



Experiencias de atención en el sistema de salud chileno: cómo influyen en el significado del derecho a la salud y el sentido de justicia de afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE

Tesis para optar al título de socióloga

Catalina Flores Lavín

Profesor guía: Omar Aguilar Novoa

Santiago de Chile, diciembre 2021

Agradecimientos

A mi familia, especialmente a mis padres por su apoyo incondicional durante todo mi paso por la Universidad e impulsarme a alcanzar mis sueños.

A mis tíos Jorge y Gladys, especialmente a mi tía Gladys.

A mi pololo Oscar por invitarme a superarme y creer en mí y mis capacidades durante este periodo.

A mis amigos Víctor, Camila y Valentina y todos aquellos con quienes compartí este extenuante proceso.

A mi profesor Omar Aguilar, por su constante guía y compromiso con la realización de mi tesis de pregrado.

Índice

Introducción	5
Antecedentes	6
Derecho a la salud... ¿Derecho a qué?	6
Caracterización e historia del sistema de salud chileno	7
Prácticas de atención y acceso a la salud en Chile	12
Movimientos sociales en salud	14
Problematización	17
Preguntas y Objetivos de investigación	19
Pregunta de investigación:	19
Objetivo general:	19
Objetivos específicos:	19
Hipótesis:	20
Marco teórico	20
Experiencias de atención	20
Experiencias de atención en salud	22
Derecho a la salud	24
Principio de justicia	26
Equidad en salud	27
Metodología	29
Principales aspectos del diseño metodológico	29
Unidad de análisis y unidad de información	30
Diseño de la muestra	30
Herramientas de producción de información	31
Herramienta de análisis de información	32
Aspectos éticos	33
Resultados y análisis de información	33

Trabajo de campo	33
Caracterización de los entrevistados	34
Hallazgos	35
Experiencias de atención	36
Factores internos al sistema de salud	37
Tiempos de espera	38
Diagnósticos certeros y oportunos	42
Trato de los profesionales	44
Infraestructura centros de salud	46
Factores externos al sistema de salud	49
Nivel socioeconómico	49
Disposición con los profesionales de salud	53
Significado del derecho a la salud	55
Componentes del derecho a la salud	56
Rol del Estado	60
Estado Garante	60
Financiamiento	62
Promoción y prevención	64
Sentido de justicia con el sistema de salud	67
Consideraciones de lo justo en salud	67
Forma de operar en el sistema de salud	73
Conclusiones	75
Bibliografía	80
Anexos	87

Resumen

El acceso y el derecho a la salud, es un tema que ha tomado relevancia durante los últimos años, debido a la creciente desigualdad de la atención entre el servicio público y privado de salud, provocado por la inserción del modelo liberal. Desde la revuelta social del 18 de octubre de 2019 la salud se ha instalado como una de las principales demandas de la población chilena. Es por ello que esta investigación analizó la influencia de las experiencias de atención de salud en el significado del derecho a la salud y el sentido de justicia con el sistema de salud de 33 afiliados-cotizantes de FONASA e ISAPRE residentes de la Región Metropolitana. Este estudio se realizó a partir de una metodología cualitativa, específicamente a partir de entrevistas semi-estructuradas con cada uno de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE, procurando representatividad de género y de edad. El análisis de la información se efectuó de acuerdo con la metodología “análisis del discurso”. Se intuía que las experiencias de atención en salud, buenas o malas, condicionaban la idea de los afiliados-cotizantes sobre el derecho a la salud y el sentido de justicia con el sistema de salud. Los hallazgos indicaron que las experiencias de atención influyen de manera importante en el significado del derecho a la salud y que el sentido de justicia con el sistema de salud se produce en base a principios normativos que principalmente apuntan a la igualdad y equidad.

Palabras clave: Experiencias de atención de salud, derecho a la salud, sistema de salud chileno, salud, Fonasa, Isapre.

1. Introducción

El acceso y el derecho a la salud es un tema que ha tomado relevancia durante los últimos años debido a la creciente desigualdad de la atención entre el servicio público y privado de salud, provocado por la inserción del modelo liberal durante el periodo de la dictadura militar y con esto la separación del sistema de salud en dos -público y privado-, provocando graves falencias en la salud pública tanto de infraestructura, medicamentos, insumos médicos y recursos humanos, lo cual repercute en el servicio brindado a la población.

Desde la revuelta social del 18 de octubre de 2019, la salud se ha instalado como una de las principales demandas de la población chilena; es por esta razón que la presente investigación se centra en las experiencias con el sistema de salud de los usuarios, sumada a la construcción del significado del derecho a la salud que realiza la población a partir de estas experiencias.

Este estudio busca comprender cómo las experiencias de la población con el sistema de salud chileno influyen en el significado del derecho a la salud y en el sentido de justicia con el sistema de salud y, a su vez, comparar estos hallazgos entre las personas que reciben prestaciones de salud en servicios públicos y aquellas que lo reciben en servicios privados. Se sospecha que la construcción del significado del derecho a la salud variará dependiendo de la calidad, eficacia y rapidez del servicio obtenido, así como también de la amabilidad de la atención del personal de salud y el respeto de sus derechos de atención.

El texto se estructura de la siguiente manera; en el primer apartado se exponen los antecedentes respecto al derecho a la salud, la historia del sistema de salud chileno, las prácticas de atención en el país y los diferentes movimientos sociales por la salud que ha tenido Chile. Estas son temáticas que permiten la construcción del problema de investigación, para luego dar paso a la problematización del tema, a la pregunta y los objetivos que guiarán el estudio. Posteriormente, se expone el marco teórico del estudio, en el cual se aborda el significado de las experiencias de atención en salud a partir de la teoría de Francois Dubet y las diferentes corrientes teóricas que definen lo justo y la equidad en salud. Posteriormente, se presenta la estrategia metodológica que permitió abordar los objetivos de la investigación. Se

anticipa que este estudio se realizó a partir de una estrategia cualitativa y de carácter exploratoria. Luego se detallan los hallazgos de la investigación, los cuales están estructurados a partir de cada objetivo específico; y en la última sección se exponen las conclusiones.

2. Antecedentes

2.1 Derecho a la salud... ¿Derecho a qué?

La salud, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad. Sin embargo, esta definición “no provee un marco satisfactorio para definir las condiciones de salud y es demasiado amplia para guiar la formulación de políticas públicas, pues es ambigua respecto a sus límites” (Ferrer, 2003, pág. 114). Por tanto, no existe un consenso internacional sobre qué se entiende por derecho a salud y cuáles son las condiciones mínimas en la materia que un Estado debe garantizar.

El ejercicio del derecho a la salud varía en cada país debido a los diferentes contextos y la organización nacional específica que lo respalda. No obstante, esto no significa que el derecho a la salud no sea algo esencial para todas las naciones, ya que el Estado tiene la obligación moral de asegurar la atención de salud de la población, en tanto es condición indispensable para la vida humana (PNUD, 2017). El derecho a la salud se debe implementar de manera coordinada con las condiciones de cada país, al igual que debe adaptarse a los cambios en la medicina y los avances en materia de salud pública (Villarreal, 2019).

El derecho a la salud expresa la justicia social que predomina en una sociedad, pues, por ejemplo, la forma de concebir lo justo cuando se piensa en salud como la ausencia de enfermedad no es la misma que cuando se piensa en salud a partir de las trayectorias y las condiciones de vida. Es así como la manera de entender lo justo en materia de salud tiene implicaciones en la acción individual y colectiva, por lo que tiene consecuencias políticas. (Hernández-Álvarez, 2008).

En Chile desde el 2001 se planteó un cambio de orientación sobre la visión del derecho a la salud, desde una visión liberal a una que favorece la medicina pública y concibe la salud como un derecho humano. En este sentido, se estipulaba una visión de la salud que se centrara en los valores y principios éticos, es decir, basada en los derechos de los pacientes. Por lo que el derecho de salud desde esta visión debía ser atendido de manera oportuna y sin discriminación. Empero, este cambio de visión no se llevó a cabo como tal, sino hasta el año 2012 en que se promulgó una ley sobre los derechos y deberes de los pacientes. Esta legislación estipula que las personas tienen derecho a tener información clara y oportuna; tener atención oportuna; que se les brinde seguridad y protección; que se les trate dignamente; tienen derecho a compañía y asistencia espiritual; derecho a conocer los informes médicos; a que se les proporcione un informe financiero de su atención; que se resguarde la privacidad de su ficha clínica; tienen derecho a aceptar o rechazar un tratamiento; aceptar o rechazar ser parte de una investigación científica; se le debe respetar su interculturalidad y se tiene derecho a inscribir el nacimiento de los hijos en el lugar donde vive el padre o la madre y no sólo en el lugar donde se produjo el parto (MINSAL, 2019). A partir de esta legislación se reconoció que los pacientes tienen derechos en cuanto a la atención de salud, mas no se hizo un cambio sustantivo en la visión liberal del sistema de salud porque se mantuvieron las características esencialmente liberales del sistema; favorecer la intervención de privados y concebir la tarea del Estado en salud como una tarea subsidiaria (León, 2012).

2.2 Caracterización e historia del sistema de salud chileno

La historia del sistema de salud en Chile y la instauración de los sistemas de protección social coincide con el paso del Estado Oligárquico al Estado Moderno durante la década de 1920. En cuanto a la salud, en el año 1924 se crea el seguro obrero obligatorio con el fin de proteger a los trabajadores manuales contra riesgos como enfermedad, accidente, vejez o invalidez. No obstante, se consideraba que los trabajadores del Estado tenían el poder económico para pagar las prestaciones de salud y se cuestionaba la discriminación a todos aquellos que no eran obreros; trabajadores informales, campesinos, gente en situación de calle, etc., quienes no tenían garantizada su previsión de salud.

Posteriormente, en la Constitución de 1925, se estableció como un deber del Estado crear y mantener un servicio nacional de salud pública. Sin embargo, no fue hasta 1952 que se modificó el seguro social obrero para crear el Servicio Nacional de Salud (SNS), el cual tenía carácter de una institución estatal de administración autónoma, se vinculaba con el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y contaba con la asesoría de un consejo nacional de salud. Una limitación que presentó el SNS fue la imposibilidad de negociar la universalización del sistema, puesto que solo se ampliaron los beneficios y se unificaron los servicios asistenciales sanitarios, manteniéndose la misma cobertura; a saber, los trabajadores asegurados en el seguro social, sus parejas e hijos menores de 15 años, los pensionados, sus cargas y los indigentes (Labra, 2002; Goic, 2015; PNUD, 2017). Pese a que existían restricciones de clase para el acceso a prestaciones de salud durante la época, el SNS cubría al 70% de la población, pues gran parte de la gente que no estaba cubierta por el seguro obrero utilizaba los servicios a través de documentos informales.

En cuanto a la infraestructura hospitalaria casi toda era de carácter estatal, solo un 3,7% le pertenecía al sector privado, debido a que éste se desarrolló de forma marginal y sobrevivía principalmente gracias a convenios con el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), prestando consultas médicas, exámenes complementarios y atención en partos (Labra, 2002).

Aunque se hicieron muchos esfuerzos por unificar el sistema de salud, sobre todo desde que Allende asumió el gobierno en 1970 no se pudo realizar. Pues existía una fuerte oposición de parte del Colegio Médico, ya que, los participantes apuntaban a la expansión del sistema privado de salud para aumentar sus rentas y con ello alcanzar un estatus a nivel de profesión. También existía oposición a los cambios desde el congreso, debido a que se encontraba polarizado ideológicamente y contaba con mayoría conservadora (Labra, 2002).

Con posterioridad al golpe militar de 1973, el SNS siguió cumpliendo sus objetivos pese a las trabas políticas existentes. Sin embargo, desde ese año en adelante, se comenzaron a gestar ideas sobre cómo cambiar el sistema de salud en base a un modelo neoliberal. Modelo que la dictadura militar quería instaurar en el país. De esta manera, se plantean tres propuestas de

transformaciones al sistema de salud en “El ladrillo”, libro que fue la base para la creación de la Constitución de 1980. Estas fueron;

“1) la descentralización de la salud; 2) una nueva política de financiamiento; 3) la creación de un organismo descentralizado que captara los fondos para financiamiento de la salud, de modo que se asegurara la elegibilidad de parte de los usuarios de servicios médicos” (Couso, & Reyes, 2009, pág. 174).

La promulgación de la Constitución de 1980 fue el inicio de las transformaciones estructurales que se realizaron al sistema de salud durante la dictadura militar. Hay que destacar en primera instancia, que esta Constitución reconoce al Estado como Subsidiario, por lo tanto, el Estado se hace cargo solo de las áreas del mercado que los privados no pueden (Goyenechea & Sinclair, 2013). En suma, lo que se pretendía al establecer un rol subsidiario al Estado era potenciar a la inversión privada por sobre la inversión pública. Esping-Andersen indica que este tipo de Estado “repliega la acción de la política pública hacia objetivos mínimos, como la asistencia a la pobreza y la igualdad formal de oportunidades, depositando en los individuos la responsabilidad principal en el logro de su bienestar” (citado en PNUD, 2017).

En cuanto los derechos sociales, como el derecho a salud, en la Constitución de 1980 figuran en el artículo N° 19, pero estos “no son amparados en todas sus dimensiones a través del recurso de protección, y si lo son es solo en el ámbito de la libertad” (Allard, 2016, pág. 101). En tal sentido, la Constitución sólo protege el derecho a elegir el sistema de salud por el cual se recibirá atención –el público o el privado– y no se garantiza el contenido social de estos derechos.

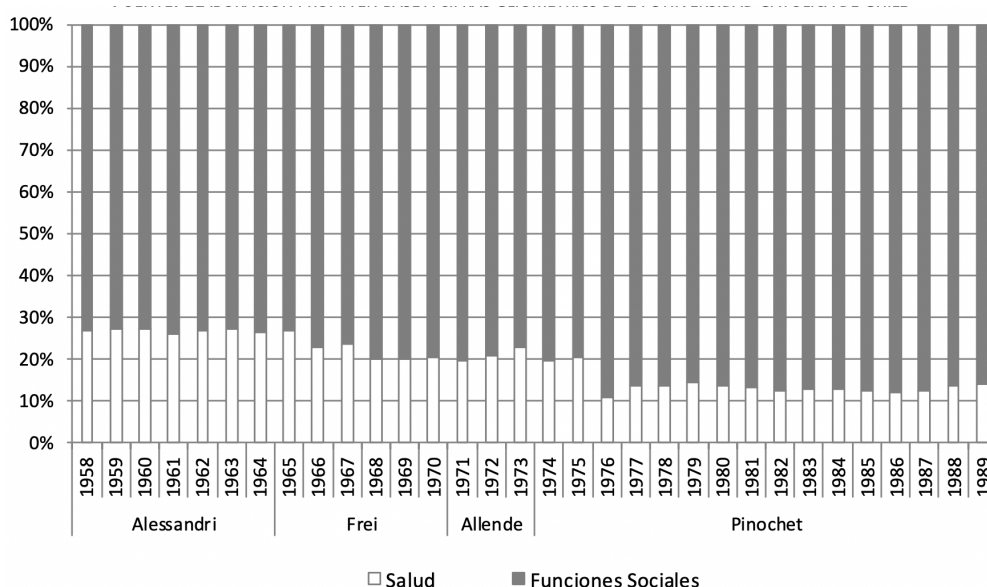
Una vez promulgada la nueva Constitución, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en 1981, que son intermediarios financieros que proveen servicios de atención médica. Junto con ello se realizaron una serie de incentivos fiscales hacia estas empresas, pues el Estado buscaba impulsar su desarrollo (Labra, 2002). Con esta medida el sistema de salud existente hasta la época fue fragmentado en dos sistemas opuestos; el público y el privado. Esta reforma implicó que el 11% de los beneficiarios se trasladase al nuevo sistema

de salud, el cual pasó a manejar el 48% de la recaudación por concepto de cotización de salud (Titalman, 2001). Un aspecto clave es que, si bien se cotiza el mismo 7% mensual bruto que en el sistema público, mientras más dinero pagues puedes acceder a más beneficios (Jiménez, 2019).

Respecto a la salud pública, durante la misma época se redujo significativamente el gasto público en salud, como se muestra en figura 1. Se creó el Ministerio de Salud (MINSAL), el cual asume el rol político técnico del sector salud. Se extinguió el SNS, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), institución encargada de la administración y distribuir los recursos públicos de salud por parte del Estado y el aporte que realizan sus afiliados, es decir el 7% de sus ingresos. Esta institución beneficia total o parcialmente las prestaciones de salud, controla la gestión del régimen libre elección y los flujos financieros. Hoy en día FONASA cubre al 77% de la población chilena (Becerril-Montekio et al., 2011; FONASA, 2020; Labra, 2002).

Figura 1

“Gasto en salud como proporción del gasto social total 1958-1989



Fuente: Análisis crítico del sistema de salud chileno, la puja distributiva y sus consecuencias (Boris, Bustamante & Rojas, 2014, pág. 24)

Junto con estas medidas se descentralizó la atención hospitalaria y primaria, transfiriendo la administración de esta última a las municipalidades. Esta medida generó varios problemas, como la desorganización de la información epidemiológica, congestión en los lugares de atención, falencias estructurales y de personal en los centros de salud -que se mantienen hasta el día de hoy-. Posteriormente, en 1994, se estableció que el financiamiento de los Centros de Salud Familiar a cargo de las municipalidades se realizaría a través de un sistema per cápita, es decir, los centros reciben un monto por usuario inscrito, lo que produjo que se estableciera una relación clientelar con el paciente (Goldstein, 2018). En 2020 este monto ascendía a solo \$2.23¹ dólares, lo cual es bajo respecto al presupuesto per cápita de otros países de la OCDE como Estados Unidos o Suiza con un presupuesto de \$10.94 y \$7.38 dólares respectivamente, lo que provoca que exista desabastecimiento de los materiales básicos de trabajo, desabastecimiento de medicamentos y falta de dinero para la contratación de médicos y personal en los diversos CESFAM del país.

Con estas reformas el acceso a la atención médica y las prestaciones de salud quedó estratificado. Los segmentos con mejores condiciones económicas actualmente se atienden a través de las ISAPRE. French-Davis (2018) indica que el 75% de la población del quintil más alto de la sociedad tiene ISAPRE versus el 2% de las clases bajas. Además, sólo un 19% de la población está afiliada a estas instituciones (PNUD, 2017). El resto de la población es atendida en los centros de Atención Primaria (APS) y la red de hospitales, los cuales no siempre cuentan con la infraestructura necesaria para atender la demanda de la población. Si bien puede parecer equitativo que en Chile el 50% de los gastos en salud se los lleve el sector privado y el otro 50% el sector público, hay que considerar que el 77% de la gente se atiende en el servicio público (Doctor Bernucci en Jiménez, 2019). Esto contradice la noción de la salud como un derecho social de carácter universal, reforzando la idea plasmada en la Constitución del derecho a elegir la vía por donde se recibirá atención.

¹ Dato: <https://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/gastoensalud.htm>

2.3 Prácticas de atención y acceso a la salud en Chile

Debido a las reformas realizadas durante los años 80 y 90 el sistema quedó dividido en dos; ISAPRE y FONASA, los cuales presentan realidades desiguales, en cuanto a experiencias de atención por distintas razones.

En cuanto al sector público de la salud en Chile un factor determinante en la experiencia de las personas es la espera, la cual ha alcanzado dimensiones, tiempos y características que la han transformado en un problema de gran relevancia (Bedregal, et al., 2017). Debido a que se producen amplias listas de espera para acceder a atención médica, procedimientos quirúrgicos y exámenes, se ha generado un gran malestar en la población que se atiende en los diversos centros de salud públicos, ya que los usuarios indican sentirse desatendidos y vulnerables. Desde su perspectiva, si tuvieran el dinero pagarían por una atención más ágil y tener un trato más digno en el sector privado (Labra, 2002; PNUD, 2017). Para el Centro de Políticas Públicas UC (Bedregal & Brahm, 2017) esto es un elemento que afecta negativamente la confianza de la población en el sistema de salud. En julio del 2020 las listas de espera por consultas a médicos especialistas en el sistema público ascendían a 1.965.283 pacientes y 291.883 personas para la realización de cirugías, lo cual provoca que el sistema de salud se estrese y aumente la mortalidad de la población, pues las condiciones de salud de las personas no son tratadas debidamente (La Torre, 2020).

Las largas esperas que existen en Chile para acceder a la atención de salud están estrechamente relacionadas con la sobrecarga de trabajo de los funcionarios y la infraestructura deficiente del sistema público. Por ejemplo, el número de médicos activos en Chile en 2015 es de 2,15 por cada mil habitantes, lo cual es bastante deficiente en comparación con los 3,30 que hay en el promedio de los países de la OCDE, pero esto se agrava debido a que el 54% de las horas médicas en Chile están en el sector privado y solo el 46% en el sector público (Jiménez, 2019). En cuanto a la cantidad de camas en Chile es de 2,2 en hospitales por cada mil habitantes, mientras que en promedio los países de la OCDE cuentan con 4,8 por cada mil habitantes (OCDE, 2015). Además, desde la creación del plan AUGE, el cual estableció que las atenciones de las enfermedades consideradas “GES” se

deben realizar dentro un periodo de tiempo determinado, las enfermedades no incluidas en el plan quedan en desmedro por la priorización de las patologías contempladas en éste (Bedregal, & Brahm, 2017).

Otro punto clave en la desigualdad del trato en salud es la relación entre los usuarios y los funcionarios de salud, especialmente en la consulta médica. La población percibe que la atención médica en el sistema público es como una “parodia”, esto es, sin dedicación de tiempo, sin mayores explicaciones sobre su enfermedad o patología y sin un tratamiento eficaz. La indiferencia en el trato, presente en esta relación que entabla el personal de salud con la población hace que esta se sienta menoscabada. Esto está estrechamente ligado a un imaginario social, pues la población piensa que esto no sucedería si tuvieran mayores ingresos y pagaran por su atención médica como las personas del sistema privado (Bedregal & Brahm, 2017). Varias investigaciones han indicado que la población piensa que el “buen trato” es un bien suntuario, que cuesta caro. A este respecto, la encuesta nacional del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello (2016) sobre el sistema de salud chileno, les pidió a los usuarios evaluar su previsión de salud en una escala del 1 al 7, donde los resultados indicaron que el 66% de la población de ISAPRE evalúa con una nota 6 o 7 el trato del personal, mientras que solo el 40% de la población afiliada a FONASA evalúa el trato que recibe con aquellas notas.

El tipo de población afiliada a FONASA e ISAPRE también produce desigualdades entre los sistemas de salud y un colapso de la salud pública, pues los afiliados de FONASA en su mayoría son población de mayor riesgo, es decir, población de tercera edad y la población de menores ingresos. En cambio, las personas afiliadas a ISAPRE son personas jóvenes de un promedio de 35 años² y con mayores ingresos por lo tanto, el sistema público debe atender a la mayor parte de la población adulta y adulta mayor que por lo general presenta mayores complicaciones de salud, produciendo que exista una mayor demanda y por tanto mayor espera. Sumado a ello solo el 38% de la población afiliada a FONASA indica estar contento

² <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/CASEN-Salud-2017.pdf>

con la atención pública en salud, versus el 61% de la población afiliada a ISAPRE (Aravena & Inostroza, 2015).

Sin embargo, tampoco se debe desconocer que existe un descontento general con el sistema de salud chileno y la sensación de injusticia en esta materia ha ido aumentando durante los últimos años. Hay un fuerte rechazo a la mala calidad de atención en salud y los tratos injustos condicionado por el poder adquisitivo de las personas, ya que, un 64% de los chilenos desaprueba el sistema de salud chileno (UNAB, 2017) y más del 30% de las personas han sido objeto de malos tratos en la atención de salud. También hay descontento con el gasto destinado a salud, pues los chilenos destinan tres veces más dinero en gastos de bolsillo que el resto de los países de las OCDE. A esto se suma la desconfianza al sistema de salud, en tanto solo el 28,6% de la población confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o grave. Esta situación se agrava en la población de menores ingresos y menor educación, al igual que la sensación de ser tratado indignamente en la atención de salud (PNUD, 2017).

2.4 Movimientos sociales en salud

Estas diferencias entre los sistemas de salud asociados a la manera en que está constituido el sistema de salud en Chile, han repercutido en el descontento de la población y se ha traducido en diferentes movimientos sociales, emergiendo movimientos y protestas por el derecho a la salud en los últimos años. Todo esto en el marco de una crisis prolongada de la salud en Chile, pues, además de las amplias listas de esperas mencionadas anteriormente, existe una inmensa deuda hospitalaria y de la atención primaria; \$223 mil millones de pesos y \$239 mil millones respectivamente (Díaz, 2016). Incluso durante el estallido social de octubre de 2019 la salud figuraba como una de las principales demandas de los manifestantes con un 57,7% de adhesión (NUDESOC, 2020).

Para la población la salud es considerada una necesidad básica, pero se cree que está definida por su desigual acceso, la mercantilización y fragmentación de esta. En este sentido Bedregal y Brahm del Centro de Políticas Públicas de la UC (2017) indican que en la población existe un sentimiento de injusticia que emerge del contraste entre la salud pública y privada, por lo

que las principales demandas hacia el Estado chileno están dirigidas a garantizar este derecho y tener seguridad de ser atendido de manera oportuna y garantizar la calidad y eficacia de la atención. Así lo ratifica el doctor José Miguel Bernucci, secretario nacional del Colegio Médico de Chile, quien en una entrevista a la BBC asegura que "el problema que estamos teniendo, y que se ha ido incrementando con el tiempo, es el de las marcadas diferencias en las experiencias que están teniendo los pacientes en el sistema público versus el privado" (Jiménez, 2019, s.p.).

Uno de los actores principales del movimiento de la salud de los últimos años es la organización Movimiento Salud para Todos (MSpT), la cual es considerada un espacio de organización de los actores de la salud ya sea pobladores, trabajadores o estudiantes. Esta fue creada en el año 2015 y su principal tarea es hacer visible que el sistema de salud es "perverso", pues está fundado en la desigualdad e injusticia, por lo cual, desde su perspectiva no es posible construir un nuevo modelo de salud sin transformar el sistema económico. Se plantearon como objetivos principales; 1. Luchar por un mejor financiamiento e infraestructura en salud; 2. La construcción de un nuevo modelo de salud, de cobertura gratuita y universal y un cambio de modelo económico y político que posibilite un nuevo modelo en salud (Villasana-López & Álvarez-González, 2019). También cabe mencionar a las agrupaciones de pacientes y las asociaciones de consejos consultivos que últimamente se han preocupado por la defensa de los derechos de los pacientes, lo que se demostró con las masivas "marcha de los enfermos" que lograron convocar a más de 10 mil personas el año 2014 (El mostrador, 2018). Además, se debe destacar que este movimiento no se ha desarrollado solo en la capital, pues ha habido movimientos regionales como en Chiloé el año 2013 a raíz de la muerte negligente de dos personas, donde se levantaron acciones colectivas para luchar por condiciones de salud pública digna (Arriagada, 2016).

Desde otra vereda, los colegios profesionales han tenido un rol mediático en la oposición a las reformas privatizadoras de los gobiernos de derecha. Especialmente, en años recientes el Colegio Médico de Chile se ha posicionado como un actor clave por la lucha por condiciones óptimas para la atención en el sistema público, reclamando por más presupuesto debido a que existe un déficit de materiales y personal. Del mismo modo, se han gestado espacios que

intentan sistematizar una visión crítica de la política de salud como el Observatorio de Políticas Públicas en Salud y Escuela Crítica de Salud.

Esto se ha acentuado durante el último año por la pandemia de Covid-19, debido a que el sistema de salud se ha visto sobrepasado, tanto para atender a los enfermos de Covid-19, como para satisfacer las necesidades propias de la población chilena, dejando en segundo plano, y muchas veces sin atención, a enfermos crónicos, lo cual puede agravar la situación epidemiológica del país.

Esta organización social en torno a la salud, no solo se ha articulado en relación con lo público, sino también con la salud privada. Debido a que anualmente las ISAPRE reajustan el precio base de los planes de salud, aumentan el costo de la cotización de salud. Esta alza ocurre debido a que el “3° inciso del artículo 38 de la Ley 18.933 de las ISAPRE, permite el reajuste anual del precio base de los planes de salud de las Instituciones de salud privadas” (Barría, 2012, s.n.). Esta norma atenta con lo plasmado en la Constitución de acuerdo con el inciso 3° del artículo 1° donde el Estado garantiza el derecho a la salud, puesto que este inciso sólo beneficia a las ISAPRE y no al usuario/ciudadano quien, además de soportar el reajuste cada año, paga su plan de salud en unidades de fomento (UF), instrumento bursátil que se ajusta a los niveles de inflación. Si bien el afiliado tiene tres opciones ante este reajuste anual, ninguna beneficia directamente al usuario. Según la Superintendencia de Salud (2021), el usuario puede aceptar el alza, cambiarse a un plan alternativo con el mismo costo que su plan sin reajuste, pero con menos cobertura y beneficios, o desafiliarse de la ISAPRE. Como se ilustra, todas las opciones son perjudiciales y convenientes únicamente para los intereses de las ISAPRE, pues los planes ya ajustan su valor según los niveles de inflación. Ante esta problemática grupos de abogados se han reunido

“para defender a los afiliados al sistema privado de salud, frente a las continuas alzas y abusos cometidos por las ISAPRE, en perjuicio de sus afiliados (...) pues, el alza de los planes de salud carece de justificación, y no se condicen con las cuantiosas utilidades percibidas por estas instituciones en los últimos años”
(Detén el alza, 2011, s.n)

Estos grupos han presentado recursos de protección ante los juzgados con el fin de que no se efectúe el alza anual de los planes de los usuarios afiliados a las ISAPRE, de manera totalmente gratuita para los cotizantes, pues son las ISAPRE quienes pagan los costes judiciales de las medidas de protección. Durante el primer semestre del 2020 “ingresaron 119.568 recursos de protección contra las ISAPRE a nivel nacional” (Cárdenas, 2020, s.n).

Barría (2012), investigador de CIPER, indica que estas alzas a los planes de salud no son justificadas pues los afiliados de regiones se atienden en su mayoría a través de prestadores públicos, los cuales no reajustan los precios de sus prestaciones cada año y, además, un buen porcentaje de los afiliados a estas empresas cuenta con planes cerrados que están asociados a establecimientos de salud que tienen convenio con su prestador de salud, los cuales les otorgan valores preferentes a las ISAPRE y no suelen aumentar en demasía cada año. Por lo mismo, esta alza anual de los planes no cuenta con mayor justificación considerando los factores mencionados anteriormente y la gran cantidad de utilidades anuales de estas empresas, cifra que en 2020 ascendió a más de 18 mil millones de pesos³.

Pese a que estos movimientos no estén articulados, ni tengan un discurso estructurado, las demandas de todos los actores sociales por una atención digna, de calidad y accesible se sobreponen, siendo parte fundamental de las discusiones del proceso constituyente que se está llevando a cabo durante el año 2021.

3. Problematización

Lo expuesto anteriormente da cuenta que la concepción del derecho a la salud que tenga el Estado afecta la estructuración del sistema de salud, puesto que estas concepciones están condicionadas por las consideraciones de lo justo o equitativo en cuanto a atención y acceso a la salud, y, por tanto, determinarán los mínimos “justos” de los que dispondrán las personas en cuanto a salud.

En Chile, pese a que los derechos de los pacientes en la atención de salud están estipulados, el que estos se cumplan está condicionado por otras variables, como el derecho al acceso a la

³ https://www.isapre.cl/images/estudios/info_resultados_1S2020.pdf

atención de salud. En la Constitución, este derecho no se concibe como un derecho social, solo se garantiza el derecho a elegir el sistema de atención por el cual se accederá a la salud. Esta concepción liberal del derecho a la salud provoca que el Estado solo cumpla un rol subsidiario y, por tanto, se haga cargo de aquello que los privados no pueden asumir. No obstante, en Chile la salud pública atiende a más del 80% de la población y esta no es percibida como eficaz, ni de calidad, y el Estado tampoco inyecta los recursos necesarios para atender la demanda de la población chilena, existiendo un déficit de más de \$400 mil millones de pesos.

Esta situación provoca desigualdades entre los dos sistemas de atención, tanto en infraestructura y tecnología de los servicios hospitalarios, como en la rapidez y facilidad de acceder a una consulta médica, una cirugía o exámenes médicos de manera oportuna como lo estipula la ley. Esto repercute significativamente en las experiencias de atención de la población, la calidad de la consulta y la satisfacción con el sistema de salud de los afiliados, de modo que son factores que inciden en la satisfacción de la población con el sistema de salud y por ende en sus juicios sobre su funcionamiento y posibles mejoras.

Lo anterior lleva a preguntarse si sus experiencias con el sistema de salud chileno repercuten en sus visiones sobre el derecho a la salud, es decir, conocer si a las personas, a partir de sus experiencias de atención y sus conocimientos sobre el funcionamiento del sistema de salud, les surgen cuestionamientos sobre cómo está construido el sistema de salud o sobre cómo se concibe el derecho a la salud en el país. Y si es así, vislumbrar sus anhelos respecto al significado del derecho a la salud.

Rescatar el significado de los afiliados-cotizantes sobre el derecho a la salud es relevante debido a que son ellos quienes, a partir de sus experiencias de atención, saben de mejor manera cómo funciona en la práctica el sistema de salud y, por tanto, si la concepción de derecho a la salud actual satisface sus expectativas. Así mismo es de relevancia estudiar las experiencias en el sistema de salud chileno, a partir de la comparación de la población afiliada a ambas provisiones de salud pues permite vislumbrar si las desigualdades existentes en el sistema de salud chileno son influyentes en las experiencias de atención y, por tanto, saber si

sus experiencias son completamente opuestas o si la diferencia entre el sector público y el privado no es decisiva en cuanto a su satisfacción y sus experiencias de atención.

Además, hay que destacar que el país está inmerso en un proceso constitucional, en el que la ciudadanía ha sido el principal motor de dicho proceso, dado que emergió del estallido social de octubre de 2019. Entre las principales demandas del movimiento que originó este proceso se inscribió el derecho a la salud digna. De esto se intuye que la concepción de salud y el funcionamiento del sistema no satisface a la población, por lo cual se hace menester indagar en sus visiones para la construcción de nuevas políticas públicas y una constitución que plasme las demandas de la población chilena.

4. Preguntas y Objetivos de investigación

4.1 Pregunta de investigación:

¿Cómo las experiencias de atención en salud de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE influyen en el significado del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud?

4.2 Objetivo general:

Indagar la forma en que las experiencias de atención en salud de los pacientes afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE influyen en sus significados del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud.

4.3 Objetivos específicos:

- a. Conocer las experiencias de atención en salud de las personas afiliadas cotizantes a FONASA e ISAPRE.
- b. Identificar los significados del derecho a salud que tiene la población afiliada-cotizante a FONASA e ISAPRE.

- c. Explorar el sentido de justicia de los afiliados-cotizantes de FONASA e ISAPRE en relación con el sistema de salud.

4.4 Hipótesis:

La hipótesis de esta investigación es que las experiencias de atención en salud, ya sea buenas o malas, condiciona la idea que tienen los usuarios sobre el derecho a la salud y el sentido de justicia con el sistema de salud. Particularmente, lo que se entiende por derecho a la salud, cómo este derecho se podría garantizar, de qué condiciones dependería garantizar este derecho y en función de aquello si consideran justo o no el funcionamiento del sistema de salud actual.

5. Marco teórico

Este apartado permite dar cuenta, desde una perspectiva teórica, de lo que se entiende por experiencias de atención en salud. Asimismo, se realizará una presentación a partir de distintas perspectivas teóricas sobre las diferentes concepciones que existen sobre el derecho a la salud, y cómo estas se construyen a partir de los conceptos justicia social y equidad. Todo esto con el fin de proponer un marco teórico para entender de qué manera las experiencias en el sistema de salud chileno son influyentes en el significado del derecho a la salud.

5.1 Experiencias de atención

Las experiencias son un proceso subjetivo, por el cual las personas construyen sus percepciones de la realidad. Un aspecto fundamental para su construcción son las formas que tienen las personas de ver el mundo, las cuales están influidas significativamente por su socialización anterior, es decir, su posición de clase, su capital cultural, sus experiencias pasadas, su capital social, entre otros.

Scott (2001) define la experiencia como un proceso por el cual se construye la subjetividad en los seres sociales, pues, es precisamente a través de este proceso donde las personas se ubican en la realidad social, perciben y comprenden como subjetivas las relaciones, tanto materiales, económicas como interpersonales, en una perspectiva amplia e histórica. Sin embargo, hay

perspectivas que también incluyen dimensiones objetivas en la construcción de las experiencias, como lo hace Jara (2006), ya que para él las experiencias son procesos vitales que están en constante movimiento, los cuales combinan dimensiones objetivas y subjetivas como el contexto, las acciones de las otras personas, sus propias percepciones, sensaciones, emociones, las relaciones personales y sociales. Bourdieu y Wacquant (2005) también hacen referencia a las experiencias como un proceso que se da de manera subjetiva, pero que tiene influencia del mundo objetivo. Ellos indican que es de importancia estudiar la experiencia de los sujetos, pues a partir de ella se pueden explicar categorías de percepción y apreciación que se estructuran en su interior y sus posteriores juicios. Debido a esto, toma relevancia estudiar las experiencias de atención médica para comprender cómo aprecian la salud y cuáles son sus percepciones sobre el derecho a salud, ya que estas son la base para emitir juicios sobre el derecho a la salud.

Así, la noción de experiencia tiene variados significados, “puede ser aquello vivido, las emociones, los sentimientos o ideas que surgen a partir de un acontecimiento, la experiencia puede designar una actividad realizada, la comprensión personal de lo vivido o el proceso que nace a partir lo vivido” (Zeitler y Barbier en Delory, 2014, pág. 696). Por tanto, la experiencia se construye a partir de la manera en que cada uno se apropia de lo que vive, experimenta o conoce. En definitiva, es el proceso por el cual se da forma y se otorga sentido a la existencia para así poder describirla y analizarla.

Para fines de esta investigación consideraremos la experiencia desde el significado que le otorga Dubet (2007), quien la define como una técnica de medición, verificación y resolución de problemas, ya que el autor indica que la experiencia social no es algo que se vive, sino que corresponde a una descripción comprensiva de los hechos, es decir, una actividad cognitiva, normativa y social que se debe aprender a analizar para así articular lógicas de acción con el fin de tener el mayor dominio posible de ellas. Es decir, la experiencia no solo es lo vivido por las personas, sino que también es la manera en que las personas comprenden los hechos sociales a partir de su posición de clase, una normatividad, un entorno cultural, social, entre otros diversos factores.

Heidegger (citado en Castro, 2011, pág. 123) reafirma la influencia que le otorga Dubet al mundo social para la construcción de las experiencias, ya que, él propuso el concepto mundo de la vida “para referirse a que las experiencias de los individuos están siempre influidas por el mundo en que viven, es decir, la interpretación de lo que comunican debe hacerse siempre en conexión con el contexto social histórico y político que moldea sus experiencias”. Por lo tanto, a la hora de analizar y comprender las experiencias hay que entenderlas como un fenómeno complejo, donde la socialización y el “mundo de la vida” tiene influencia para la construcción y el posterior análisis de estas, pues influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social.

5.1.2 Experiencias de atención en salud

En la atención de salud, las experiencias se construyen a partir de diferentes factores, tanto objetivos como subjetivos como se mencionó anteriormente. Algunos autores destacan que la percepción del usuario de la institución de salud es fundamental, pues refiere a cómo el usuario estima si la institución de salud está cumpliendo con el servicio que debe entregar de la manera en que él la concibe (Castro, 2011). En este sentido, Zeithaml y Bitner (2002), indican que los pacientes perciben los servicios en términos de su calidad y del grado en que se sienten satisfechos, asociado a sus experiencias en general, con el servicio de salud otorgado. Por lo que la experiencia es fundamental para su posterior calificación del servicio de salud otorgado. Cuevas, et al. (2013, pág. 47) señalan que en “el caso de las instituciones de salud, los usuarios tienen determinadas expectativas y percepciones del servicio que pueden recibir” lo cual está asociado a las experiencias pasadas de los usuarios.

Zeitlar y Bitner también destacan que un aspecto fundamental en la experiencia de los usuarios son los recursos humanos de las instituciones de salud, pues, tienen un fuerte impacto sobre la confiabilidad, responsabilidad, empatía y seguridad, de los usuarios de salud. Es por ello que un servicio de salud “perfecto” estaría dado por igualar lo que el usuario experimenta o percibe, con las expectativas del servicio (Jara et al, 2008).

En este sentido, la satisfacción del paciente respecto a las experiencias en la atención es fundamental, pues de esta manera se puede medir si las expectativas del usuario, respecto a la

atención de salud, se satisfacen; por lo que el paciente puede ser un ente crítico potente tanto del servicio de salud, como del funcionamiento del sistema. Este proceso subjetivo de las experiencias está sumamente relacionado con la calidad de la atención en cuanto a salud, la cual tiene una connotación histórico-cultural, ya que cada sociedad tiene diferentes formas de concebir lo que es bueno o excelente, por ello los factores decisivos son los factores subjetivos o psicosociales (Massip-Pérez, et al, 2008). Por tanto, la satisfacción de la atención está influida por factores sociales, por lo que estos junto a sus juicios variarán dependiendo de la sociedad en que se encuentre inserta la persona y, por ello, los usuarios podrán tener concepciones diferentes sobre qué es lo justo o digno en cuanto a la atención de salud dependiendo de su entorno social.

Hay que tener en cuenta que, al hablar de la satisfacción del paciente respecto a su experiencia de atención para fines de esta investigación, aquella no está referida al grado de satisfacción con los cuidados de salud brindados *per se*, sino que está referido el grado de satisfacción respecto a los servicios recibidos por el sistema de salud al que está afiliado y sus derechos de atención en salud (Massip-Pérez, et al, 2008).

Otro aspecto que influye en la experiencia “vívida” y que está relacionado con la experiencia previa del usuario es la calidad percibida de la atención de salud, la cual es una variable evaluativa basada en la experiencia previa del usuario (Gotlieb, Grewal & Broen, 1994; Pascoe, 1983). La percepción de calidad está interferida por diferentes factores estructurales de los servicios de salud, como la infraestructura de los centros de salud, la tecnología de los instrumentos utilizados, la organización de la institución, como también de las relaciones que establecen con los profesionales de la salud y sus auxiliares. En este sentido, la calidad de la atención a la salud dependerá de cómo está concebida. Para Villarreal (2019, pág. 305) la dimensión colectiva de la salud está relacionada directamente con la calidad “pues, que este sea de mala calidad implica que todos los usuarios están expuestos a riesgos, por tanto, tener servicios eficaces es sumamente necesario para evitar daños tanto materiales e inmateriales a toda la población”. En cuanto a su dimensión individual Villarreal (2019) indica que el derecho a la salud está sujeto al acceso a los servicios de salud que tiene derecho toda persona

en casos de emergencia y agrega que estas obligaciones se deben cumplir de manera inmediata y no deben estar sujetas a disponibilidad de recursos.

Por tanto, las personas nacen en una realidad concreta, que le otorga una posición social, valores, expectativas y normas, por tanto las experiencias de atención están mediadas por aquello. Además, en la construcción de estas influyen diferentes factores como; las expectativas del usuario sobre el servicio que será brindado, el trato que se le brinda al usuario en las diferentes fases de su atención, la infraestructura del servicio de salud, la solución eficaz a sus problemas de salud, su posición de clase, la concepción cultural de la salud, entre otros.

En consecuencia, retomando lo planteado por Dubet (2007) el análisis de las experiencias de los usuarios en el sistema de salud chileno es útil no solo para describir lo que han vivido las personas, sino para comprender cómo a partir de estas, se producen y comparten las maneras de vivir juntos, en un determinado sistema social y cómo estas influyen en sus percepciones y concepciones sobre lo justo o lo que debe ser concebido como el derecho a la salud.

5.2 Derecho a la salud

Históricamente la salud de la población ha influido en la organización social y el sistema de creencias y valores, lo cual ha llevado a conformar códigos morales y prácticos sobre la salud en conjunto de preocupaciones tanto económicas, políticas y sociales. Lo que produjo que emergieran discursos sobre la salud en función de estas preocupaciones, los cuales han ido cambiando y evolucionando a través de la historia (Ferrer, 2015). Uno de estos discursos es sobre el derecho a la salud. El derecho a la salud para fines de esta investigación se considerará como una obligación por parte del Estado donde éste debe tomar las medidas necesarias con el fin de asegurar que los riesgos de salud de la población se reduzcan al mínimo (Figueroa, 2013). No obstante no se ha estipulado de manera universal cómo reducir al mínimo los riesgos, dando pie a los Estados de concebir la salud a partir de diferentes corrientes.

La salud es concebida en muchas naciones como un derecho social, debido a que es una condición básica que permite el sostenimiento de la vida humana. En Chile específicamente el Estado se posiciona como “garante” de los derechos sociales, pero en la práctica esto no sucede y el derecho a la salud no está garantizado. El Estado es solo garante de la posibilidad a elegir el sistema de salud por el cual se recibirá atención, lo que ha producido que el derecho a la salud en el país se caracterice por ser fragmentado, desigual y mercantilizado (Villasana, 2019). Esto ha provocado que el derecho a la salud se convierta en una preocupación ciudadana de manera creciente y sostenida, donde la discusión está centrada en las obligaciones del Estado frente al derecho a la salud, es decir, a su protección y garantía frente a las expectativas de los usuarios por acceder a mejores y mayores prestaciones de salud (Allar, et al., 2019).

Como se desarrolló anteriormente, el derecho a la salud en Chile está concebido de manera individual, esto debido a la inserción del neoliberalismo al país durante la década del 80. Navarro en Ferrer (2015) afirma que esto ha creado un nuevo ambiente de políticas públicas las cuales enfatizan la necesidad de reducir la responsabilidad pública por la salud de la población, aumentar e incrementar la elección y los mercados, la necesidad de transformar los sistemas de salud públicos en sistemas de salud basado en seguros privados, privatizar la atención de salud, cambiar la concepción de paciente por cliente, darle a los individuos la responsabilidad de mejorar su salud y comprender la promoción de la salud a partir de cambios conductuales. En suma, esta concepción de derecho a la salud provocó un cambio en el paradigma del derecho a la salud y qué es lo que se les asegura a los usuarios por parte del Estado.

Sin embargo, esta concepción neoliberal de salud como una responsabilidad meramente individual esconde una contradicción, ya que es el mismo modelo el que se sustenta en el deber de los individuos de ser “saludables”, eximiendo responsabilidad al Estado, pero este a la misma vez impulsa un modo de producción y consumo que conspira de manera persistente en contra de esa moderación y responsabilidad individual. Al igual que legitima el desarrollo de una industria de la salud a través de la cual las personas sean quienes ejerzan su responsabilidad de su salud (Ferrer, 2015). Lo cual provoca que las personas no puedan

cumplir con el estilo de vida “saludable” impuesto por el neoliberalismo, produciendo desigualdades y frustración de parte de la población con el sistema de salud, pues no responde a sus necesidades.

Otro aspecto discutible de la concepción liberal del derecho a la salud es que las políticas públicas están focalizadas solo en la población más empobrecida, por lo que existe una gran parte de la población que no accede y, por tanto, se reproduce desigualdad y la fragmentación del sistema de salud (Villasana, 2019). Además, Villareal (2019) indica que “la prestación de servicios sanitarios por parte de entes privados no necesariamente conducirá al cumplimiento de la obligación del Estado de proporcionar servicios de salud a toda la población” por lo que pone a la noción del derecho a la salud chilena en una posición problemática, pues, no se garantiza el acceso a salud de calidad de manera equitativa y justa.

5.2.1 Principio de justicia

En materia de justicia existen diferentes teorías para definir qué es lo justo en cuestiones de la estructura y asignación de recursos sanitarios, lo cual no significa que haya una más adecuada, sino que son distintas perspectivas para comprender qué es lo que se entiende por un sistema de salud justo (Drane, 1990).

La teoría igualitarista concibe lo justo como lo igualitario, es decir, los recursos se asignan a las personas que más lo necesitan con el fin de lograr la máxima igualdad posible con el fin de asegurar un bienestar general “neto” de los pobladores. En este sentido “no aboga por prestar a todos la misma atención de salud, sino por ofrecer aquella que sea proporcional a las necesidades o se concentre especialmente en las personas más necesitadas” (Drane, 1990, pág. 591).

La concepción de la teoría libertaria es la que se reduce al principio de autonomía o la libertad de los individuos, es decir que, si bien se pueden crear desigualdades en el acceso a la salud, esto no es injusto pues cada persona tiene la libertad de decidir y debe hacerse responsable de su propia salud pues, el libre mercado supone una justicia distributiva (Drane, 1990). Entonces, el planteamiento liberal consiste en creer que no existe ninguna justificación moral

para considerar los servicios de salud como derechos humanos ni, por lo tanto, deberes del Estado (Hernández, 2008). Esta última visión sobre la justicia es la que predomina en el país respecto a la salud ya que, se asegura la autonomía y libertad de los individuos, sobre todo en el ámbito económico.

Por último, Rawls propone una teoría de la justicia que mezcla la teoría liberal y la igualitaria. Para el autor una sociedad o sistema es justo al garantizar al máximo la libertad individual y a su vez obrar en contra de las desigualdades. En este sentido, un sistema justo sería en el que cada persona tenga el mismo derecho y de la misma manera el sistema más amplio de libertades básicas. Es por ello que las desigualdades deben ser estructuradas de manera que sean más beneficiosas para los menos aventajados y que todos tengan iguales oportunidades (Rawls 1978, en Drane, 1990; Aguilar, 2003).

En suma, es fundamental, para enfrentar las injusticias, la subjetividad de las experiencias pues el individuo frente a las injusticias es capaz de decir por qué se sufre tal injusticia o diferenciar quién es testigo de una injusticia. Esto independientemente del capital cultural, ya que, cada uno de nosotros puede decir con precisión por qué lo que percibe como injusto es injusto y, sobre todo, puede desarrollar argumentos comprensibles para los demás (Dubet, 2007). Por lo que la noción de los actores sociales sobre la justicia a partir de su posición en la sociedad es fundamental para definir qué es lo justo, y para fines de esta investigación la experiencia en la atención de salud es esencial para analizar las nociones sobre que se concibe como lo “justo” en cuanto a la salud.

5.2.2 Equidad en salud

A la base del concepto de salud como un derecho humano está el concepto de equidad en salud, tanto en términos conceptuales como políticos. Braveman y Guskin (en Hernández, 2008, pág. 74) lo definen como “la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o sus determinantes) entre grupos sociales más o menos aventajados, en función de la riqueza, el poder o el prestigio”, mientras que Margaret Whitehead, quien elaboró la definición más utilizada, “define a la inequidad en salud como aquellas diferencias innecesarias, evitables e injustas en las condiciones de salud de distintos grupos de la población” (Ferrer, 2015). Por

consiguiente, el concepto de equidad en salud está estrechamente ligado con lo que es considerado justo, por lo que la justicia es una materia fundamental a la hora de realizar políticas públicas en salud.

En cuanto a la opinión y experiencias de los usuarios, la posición de clase es fundamental ya que desde ella se sostiene el sentido de pertenencia y proporciona ciertos privilegios, por lo que “hay un conjunto de desigualdades consideradas aceptables en la medida en que no amenacen la igualdad fundamental de las sociedades democráticas. Por eso, algunas desigualdades son aceptables, mientras que otras son intoleradas” (Dubet, 2007, pág. 91).

A estas desigualdades inaceptables nos referimos con el concepto de equidad, y en salud “los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (Ferrer, 2015). Sin embargo, esto no sucede en Chile debido a que no está garantizado el derecho social a la salud, pero durante los últimos años la población se ha instruido sobre sus derechos y responsabilidades en cuanto a la salud, por lo que exigen una mejor calidad de atención y un mejor sistema de salud (Oliva & Hidalgo, 2004). En este sentido, la población, al ser más sensible a las desigualdades, desarrolla un sentimiento de distancia entre las experiencias personales y una sociedad en la que los individuos no se reconocen necesariamente (Dubet, 2007), que es lo que sucede con la organización del sistema de salud actual.

De esta manera la experiencia de los individuos, junto a la cultura, creencias y diversidad de los actores, va configurando lo que se establece como “justo” en una sociedad (Dubet, 2007), por lo que son un engranaje fundamental para la construcción de sociedades justas y equitativas. Así lo plasmó la Declaración ALMA-ATA que:

“Establece que el “pueblo” tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la atención de salud, en tanto los gobiernos tienen el deber de cuidar la salud de sus pueblos: El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (En Ferrer, 2015)

por lo tanto, una construcción de un sistema de salud donde se comience por reconocer el malestar que genera la persistencia de las injusticias innegables desde cualquier posición valorativa es fundamental, para propiciar el debate público sobre lo que se entiende por salud y equidad (Hernández-Álvarez, M., 2008).

6 Metodología

6.2 Principales aspectos del diseño metodológico

En concordancia con los objetivos de investigación, a través de los cuales se busca identificar cómo las experiencias con el sistema de salud chileno influyen en el significado del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud de la población afiliada-cotizante a FONASA e ISAPRE. Es que este estudio se enmarca dentro de un enfoque cualitativo, pues se enfoca en “expresar y dar curso a las maneras de pensar y sentir de los sujetos, incluyendo todos los aspectos de profundidad asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias y esquemas de interpretación de los propios sujetos bajo estudio” (Canales, 2006, pág. 220). Es decir, busca comprender a las personas dentro del marco de ellas mismas, desde lo subjetivo y en perspectiva con su contexto social (Taylor & Bogdan, 1994). Además, al introducirnos en las experiencias en el sistema de salud chileno de los participantes, se puede vislumbrar el significado de los usuarios sobre el derecho a la salud, por lo que el centro de la investigación está situado en la diversidad de significados y percepciones únicas de los usuarios que reciben prestaciones en los centros de salud chileno (Hernández-Sampieri, et al, 2010).

Asimismo, este estudio se define principalmente como una investigación exploratoria pues la relación entre las variables de los objetivos de investigación -derecho a la salud, sentido de justicia con el sistema de salud y experiencias en el sistema de salud chileno-, es un tema que no está muy estudiado (Babbie, 2000; Hernández-Sampieri, et al, 2010). Se ha investigado arduamente sobre las experiencias de atención en salud de las personas, a partir de diferentes perspectivas, sobre todo en la salud pública. Al igual que existen estudios sobre las concepciones sobre lo justo en cuanto a salud, no obstante, hasta ahora hay escasos estudios

que relacionan las experiencias en el sistema de salud chileno del paciente con sus construcciones del significado del derecho a la salud.

Esta investigación también tiene aspectos de un estudio descriptivo y comparativo, ya que está enfocado en describir el significado del derecho a la salud, conocer las consideraciones de lo justo en salud y comparar las experiencias y significados de ambos grupos a estudiar (Hernández-Sampieri, et al, 2010). Sin embargo, predomina la característica exploratoria.

6.3 Unidad de análisis y unidad de información

La unidad de análisis del estudio, de manera general, corresponde a la población que está afiliada al sistema de salud, tanto a FONASA como ISAPRE. Mientras que la unidad de información corresponde a personas mayores de 18 años de la Región Metropolitana que coticen el 7% de su sueldo en algunas de las instituciones de salud, esto es, FONASA o ISAPRE.

En cuanto al tipo de unidad de análisis esta investigación se centrará en (1) significados. Hernández-Sampieri, et al. lo definen como “referentes lingüísticos que utilizan los actores humanos para aludir a la vida social como definiciones, ideologías (...) estos significados compartidos por un grupo son reglas y normas” (2010, pág. 397). Por otra parte (Canales, 2006) lo define como un modo en que la subjetividad se forma y se vive, en donde el mismo sujeto atribuye la forma de comprender su realidad o relato vivencial; y (2) experiencias, ya que, se estudiará aquello vivido y vivenciado por los usuarios con FONASA como previsión de salud e ISAPRE, en concordancia con su contexto social.

6.4 Diseño de la muestra

En base a la unidad de análisis y los objetivos de investigación se realizó un muestreo de casos tipo pues el objetivo de estudio se concentra en la riqueza, profundidad y calidad de la información obtenida, más que en la cantidad y la estandarización (Hernández-Sampieri, et al, 2010). Así, este estudio se centra en comprender las experiencias de los pacientes en el sistema de salud chileno y cómo estas influyen en sus significados del derecho a la salud y sus sentidos de justicia sobre salud, por lo que fue fundamental tener casos tanto de personas que

se atienden a través del sistema de salud privado, como del sistema público; como también obtener la visión de todas las edades, o sea, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores para así tener una perspectiva amplia del fenómeno estudiado.

También se realizaron muestras por conveniencia para complementar el muestreo por casos tipo, pues este tipo de muestreo permite “seleccionar casos accesibles y que acepten ser incluidos, fundamentado con la proximidad y accesibilidad de los sujetos para el investigador” (Ozten & Manterola, 2017, pág. 230), y a su vez seleccionar casos disponibles a partir de las necesidades del estudio (Hernández-Sampieri, et al., 2010). El muestreo se detuvo una vez que se saturó la información y se exploró la visión de entrevistados de ambos sistemas y de todas las edades.

En cuanto a los criterios de selección, para la muestra de esta investigación se eligieron personas mayores de 18 años que residían en la Región Metropolitana y que cotizan el 7% o más de su sueldo en algunas de las instituciones previsionales de salud, ya sea FONASA o ISAPRE.

6.5 Herramientas de producción de información

La mejor manera de medir la unidad de análisis definida en el apartado anterior, considerando los objetivos de la investigación, fue a partir de entrevistas en profundidad semi-estructuradas. Esta técnica de recolección de datos permite conocer las experiencias de los afiliados cotizantes con el sistema de salud a profundidad y cómo estas están ligadas o de qué manera influyen en el significado del derecho a la salud que tienen los usuarios afiliados cotizantes tanto al sistema de salud público como al sistema de salud privado. Todo aquello sin que sus opiniones sean influenciadas o disminuidas por el grupo, a partir de sus propias palabras y de sus propios puntos de vista (Hernández-Sampieri, et al., 2010; Taylor y Bogdan, 1986; Flores, 2009). Otra ventaja de este instrumento de recolección de datos es que permite profundizar en los temas a tratar, pues las entrevistas en profundidad quedan sujetas y son flexibilizadas a partir de las características mismas de los entrevistados, al igual que el orden de los temas a consultar, y posibilitan la realización de preguntas que surjan en el proceso mismo de entrevista (Flick, 2007). Además, al ser de carácter semiestructurado existe una guía temática

para la realización de entrevistas, la cual asegura que todos los aspectos y temas relevantes para los objetivos de investigación se mencionen durante la realización de esta (Flick, 2007). Estas preguntas fueron principalmente de opinión, expresión de sentimientos y simulación según la clasificación de Martens 2005 en Hernández-Sampieri, et al (2010).

6.6 Herramienta de análisis de información

La técnica que se utilizó para analizar las entrevistas en profundidad semiestructuradas fue el análisis de discurso. Debido a que permite identificar y comprender los principios organizadores que dan sentido al discurso que expresan los sujetos, permite comprender desde dónde nacen las experiencias de atención en salud de los sujetos y posibilita reconocer las unidades básicas de sentido a partir de las cuales los sujetos orientan su entendimiento de la realidad social como también las diferentes relaciones entre estas unidades de sentido (Canales, 2006).

Además, fue relevante analizar los datos desde el análisis estructural del discurso, dado que esta técnica “otorga especial atención a los contextos sociales de su enunciación al contexto social” (Canales, 2006, pág 302). Es importante tomar en cuenta esto al analizar la información pues, como se mencionó anteriormente, en Chile la salud está mediada por desigualdades territoriales, económicas y sociales, y por tanto los discursos pueden cambiar a partir de la discusión social en estos contextos. Del mismo modo, fue necesario tener en cuenta, al momento de los análisis, que esta investigación se llevó a cabo durante un contexto de crisis mundial debido a la pandemia por Covid-19 y también durante un proceso constituyente provocado por el estallido social del año 2019 pues estos hitos pueden haber permeado los discursos de los afiliados-cotizantes a FONSA e ISAPRE.

Para realizar el análisis de datos, en primera instancia se transcribieron las entrevistas, lo cual posibilitó el procesamiento y la revisión exhaustiva de los datos y posteriormente esta información se categorizó y organizó en el programa Atlas. Ti versión 8 pues esta herramienta permitió ahorrar tiempo, complementar con notas de campo la codificación de los datos y

facilitar la representación de los datos en diagramas, esquemas o mapas conceptuales (San Martín, 2014).

6.7 Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación, el valor social de esta es aportar información relevante para la modificación o realización de políticas públicas que mejoren y cumplan con las expectativas de los chilenos en la atención de salud, como sobre el derecho a la salud que garantiza el Estado chileno. Es relevante debido a que el país está atravesando un proceso constituyente en donde los patrones de organización del sistema de salud chileno se pueden reconfigurar, lo cual incide directamente en el significado del derecho a la salud para el Estado, como también en las experiencias de atención en salud.

Respecto a la metodología de recolección de datos, la cual fue a partir de entrevistas semiestructuradas, no se considera que las preguntas o las temáticas a tratar hayan presentado riesgos asociados para la población objetivo, más que destinar parte de su tiempo a la investigación. Se debe destacar que antes de realizar las entrevistas se realizó un proceso de consentimiento informado, en el cual se informó el objetivo de estudio, la institución e investigadora a cargo, los riesgos y beneficios de su participación, información de contacto en caso de que se necesite más información y se incluye también un apartado donde se detalla qué sucede con la confidencialidad y el anonimato de los participantes (Ver anexo 1). En cuanto a la confidencialidad y anonimato, pese a que no existen riesgos asociados si se develan las identidades de las personas que participaron del estudio, de igual manera sus datos se anonimizaron en la exposición de resultados.

7. Resultados y análisis de información

7.1 Trabajo de campo

Las entrevistas en profundidad semi-estructuradas fueron ejecutadas durante los meses de mayo y junio del año 2021, a personas afiliadas-cotizantes a FONASA e ISAPRE. Estas fueron contactadas a través de redes sociales y utilizando las estrategias de muestreo por casos tipo, ya que se necesitaba priorizar por la calidad de la información entregada y el tipo de

persona que la entregaba, es decir era fundamental obtener casos tanto de personas que se atienden a través del sistema de salud privado, como del público. Como también obtener la visión de todos los grupos etarios mayores de 18 años señalados por el INE⁴, es decir, adultos, adultos jóvenes y adultos mayores. También se mantuvieron criterios de equidad de género de la muestra. Para así tener una perspectiva amplia del fenómeno estudiado.

Posterior a ello se realizaron muestras por conveniencia, para obtener información de los grupos etarios faltantes (Battaglia, 2008, en Hernández-Sampieri, et al, 2014). Sin embargo, se priorizó el muestreo por casos tipos.

Dado el contexto de pandemia, las entrevistas se realizaron a través de la plataforma Google Meet, en horarios acordados por ambas partes. Las entrevistas duraron en promedio 25 minutos y fueron grabadas tanto en audio como video en la misma plataforma, para así poder realizar la transcripción de las entrevistas y facilitar el proceso de análisis. Hay que destacar que estas entrevistas se realizaron durante un proceso sumamente importante en el país, el cual fue la aprobación de la realización de una convención constituyente a través de un proceso electoral representativo. Por tanto, las opiniones y discursos de los participantes pueden estar mediados por el contexto político del país en ese momento.

7.2 Caracterización de los entrevistados

En el siguiente apartado se detalla las características de los entrevistados. Para realizar esta investigación en total se entrevistaron 32 personas, 17 afiliadas-cotizantes a ISAPRE y 15 a FONASA. Procurando mantener la representatividad de género y grupo etario.

Tabla 1. Caracterización entrevistados

Entrevistas	Adulto Joven (18-29 años)	Adulto (30-59 años)	Adulto Mayor (60+ años)
	Mujer 26 años	Mujer 32 años	Mujer 62 años
		Mujer 49 años	
		Hombre 57 años	

⁴ Dato: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/caracteristicas-de-la-poblacion>

ISAPRE	Mujer 29 años	Mujer 39 años	Hombre 60 años
	Hombre 28 años	Mujer 55 años	Mujer 60 años
		Mujer 57-A años	
	Hombre 29 años	Hombre 52 años	Hombre 78 años
		Hombre 57-B años	
		Hombre 45 años	
FONASA	Mujer 23 años	Hombre 53 años	Hombre 82 años
		Mujer 32 años	
		Mujer 35 años	
	Mujer 25 años	Mujer 30 años	Hombre 66 años
		Hombre 55 años	
	Hombre 23 años	Hombre 58 años	Mujer 63 años
		Mujer 43 años	
		Hombre 56 años	Mujer 64 años

Elaboración Propia.

7.3 Hallazgos

En esta sección se presentan los hallazgos de la investigación, los cuales se desarrollan a partir de cada objetivo específico. En primera instancia se detalla lo hallado en relación con las experiencias de atención en el sistema de salud, luego se abarca el significado del derecho a la salud para los afiliados-cotizantes entrevistados y en último lugar el análisis sobre el sentido de justicia con el sistema de salud.

Es pertinente indicar, antes de comenzar el análisis, que el contexto social y político en el cual se enmarca el país durante la realización de estas entrevistas pudo haber afectado los discursos de los entrevistados, ya que en el curso de las entrevistas se eligió de manera democrática a los constituyentes de la convención constitucional aprobada el 25 de octubre

del 2020. Los resultados indicaron una composición mayoritariamente de “izquierda” en la cual 77 (50%) de integrantes provienen de listas que impulsan cambios radicales al sistema, con paridad de género y con representación de los pueblos originarios, por lo que la opinión de los entrevistados pudo cambiar luego de los resultados o estar alineada al discurso social de esa época (Massai & Miranda, 2021; Olivares & Rodríguez 2021).

7.3.1 Experiencias de atención

Las experiencias de las atenciones de salud para fines de esta investigación se categorizaron en base a dos subdimensiones: (1) Factores internos del sistema de salud, categoría que está compuesta de aquellas situaciones mediadas por las formas de operar del sistema o centros de salud y que afectan de manera directa la percepción sobre las atenciones de los afiliados-cotizantes. Estos factores se subcategorizaron como: tiempos de espera, trato de los profesionales de salud, infraestructura de los centros de salud y la obtención de diagnósticos certeros y oportunos y; (2) Factores externos al sistema de salud, los que responden a las características individuales de los afiliados-cotizantes que afectan su experiencia en base a la percepción de las atenciones recibidas. Estos se sub-categorizaron como; Nivel socioeconómico del afiliado-cotizante, expectativas de las atenciones de los profesionales de salud, disposición del afiliado frente a los profesionales de salud y accesibilidad territorial a los centros de salud (Tabla 2).

Esto se definió de esta manera teniendo en consideración que las experiencias de los afiliados-cotizantes a ISAPRE y FONASA son construcciones subjetivas, que están influidas no sólo por la interacción profesional de la salud-paciente o funcionarios del centro de salud-paciente sino también por factores personales de los afiliados.

Finalmente, en base a los discursos de los entrevistados respecto de sus experiencias de atención en salud, se identificó que estas están influidas por las percepciones de la calidad de las atenciones, que reciben en los diversos centros médicos del país. En este sentido la calidad en salud es un fenómeno multidimensional, por lo que puede estar definida por diversos conceptos según la visión del entrevistados la OMS la define como: “asegurar que cada

paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso” (Rodríguez, 2016, pág. 5), por tanto, la mirada de la calidad de la salud es decisiva a la hora de identificar “buenas o malas” experiencias de los afiliados-cotizantes a ISAPRE con el sistema de salud chileno. En este sentido la experiencia en salud se construye a partir de la manera en que cada uno se apropia de lo que vive o experimenta cuando acude a centros médicos. Además de aquello, las personas a partir de la experiencia de otros y lo socialmente ideal esperan obtener un cierto tipo de atención en base a los factores que se presentaron anteriormente, como por ejemplo que el establecimiento de salud tenga una infraestructura determinada, el médico tenga un trato muy amable y atento, las esperas sean breves, entre otras (Berger & Luckmann, 1968).

Tabla 2. Experiencias de atención en salud

Dimensiones	Grupo de códigos	Red
Factores internos al sistema y centros de salud	Tiempos de espera	Experiencias de atención en salud
	Trato de profesionales de salud	
	Infraestructura centros de salud	
	Diagnósticos certeros y oportunos	
Factores externos al sistema y centros de salud	Nivel Socioeconómico del afiliado	
	Disposición frente a profesionales de salud	

7.3.1.1 Factores internos al sistema de salud

Como se mencionó anteriormente, las experiencias de atención en salud de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE se construyen de manera subjetiva y en esta

construcción influyen muchos elementos. Este apartado se concentrará en los elementos internos al sistema y centros de salud.

Tiempos de espera

El tiempo de espera para obtener una hora médica es crucial al momento de que los afiliados evalúen sus experiencias acudiendo a centros de salud, pues desde sus puntos de vista la oportunidad de las atenciones puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte cuando es una situación urgente. También en el día a día es importante para los afiliados acceder a horas médicas de médicos especialistas y exámenes médicos de manera ágil. Además, la Superintendencia de Salud establece que “toda persona tiene derecho -cualquiera sea el Prestador Institucional de Salud- a que las acciones de promoción, protección y recuperación se le den oportunamente” (19 de octubre 2021).

Es en este sentido, los entrevistados notan una diferencia entre aquellos que reciben atenciones en el servicio público y el privado, pues tanto los afiliados a FONASA como a ISAPRE coinciden en que en el sistema privado las atenciones se realizan de una manera más ágil. Señalan que en el servicio privado existe bastante disponibilidad de horas para todas las prestaciones de salud, es decir, consultas médicas, exámenes y procedimientos. Asimismo, la toma de estas la pueden realizar de manera sencilla gracias a las plataformas online y aplicaciones de celular que disponen los centros privados a sus usuarios, recursos que, desde su experiencia no posee el servicio público.

“Hay mucha disponibilidad, hay muchas horas en todos lados. si no hay en una hay en otra. A veces hay que cambiar la hora y también hay disposición, así que es bueno, es fácil eso” (Mujer 32 años, ISAPRE).

La obtención de horas en general ha sido rápida, en general ha sido por portales en internet entonces es como más o menos automático, más o menos estándar el proceso” (Hombre 29 años, ISAPRE).

Esto no implica que en el servicio privado no existan esperas, sino que la percepción de los entrevistados se puede ver afectada por la facilidad que existe para reservar una hora, independientemente de que esta sea varias semanas o meses después, como se da en el caso de necesitar acudir a algún médico especialista. O bien, debido a la posibilidad de acudir a distintos centros de salud privados de la capital. Además, los entrevistados indican que durante la pandemia se han extendido los tiempos de espera para recibir atención médica en ambos sistemas, dado el colapso del sistema de salud.

“Por ejemplo, ahora yo necesitaba una ginecóloga pediátrica para mi hija y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile solo hay una y nunca tiene hora. Pero en la clínica Santa María hay una app y cuando agendas por internet, está la opción de que si no encuentras una hora ellos después te contactan y te dan una hora” (Mujer 39 años, ISAPRE).

De este modo, en el sistema de salud público hay mayor incertidumbre al momento de reservar horas médicas, dado que las agendas se abren por periodos de tiempos más cortos y no cuentan con plataformas webs disponibles todo el tiempo, además las horas de consulta se entregan por orden de llegada de manera presencial, por lo que el proceso es un tanto más engorroso y lento. Esto desde la perspectiva de los entrevistados provoca que el servicio de salud público se destaque por prestar atenciones lentas y poco oportunas.

“Tú vas al consultorio y tienes que esperar, tienes que sentarte, tienes que darte el tiempo” (Mujer 63 años, FONASA).

“Uno tiene que estar ahí constantemente metido en el CESFAM o en el hospital para que te den una hora, recuerdo que estuve como un año esperando que me dieran una hora para oftalmología” (Mujer 23 años, FONASA).

“He tenido que esperar 2 años para que me llamen por interconsulta” (Hombre 57 años, FONASA).

Este hallazgo permite establecer que el servicio público de salud no cumple con las expectativas subjetivas en que los usuarios necesitan ser atendidos como lo indica una entrevistada.

“El servicio público no garantiza todas las atenciones en los tiempos en que subjetivamente una persona siente que deba ser atendida” (Mujer 62 años, ISAPRE).

Esta percepción de tiempos de espera desiguales entre sistemas de salud puede estar relacionada al contexto social del siglo XXI, donde la inmediatez es algo que se exige en todos los ámbitos de la vida cotidiana; el trabajo, la alimentación, la comunicación a través de redes sociales, las compras, etc. Situación que también está vinculada con la introducción del neoliberalismo en el país. No obstante, no hay que disminuir situaciones que efectivamente no son atendidas de manera oportuna por el sistema público de salud (Ruiz & Caviedes, 2020).

Considerando esta situación, algunos afiliados a FONASA prefieren desembolsar dinero extra en el sistema privado con el fin de recibir atenciones en un tiempo breve. Lo cual no solo perjudica el bolsillo del afiliado que debe gastar una mayor cantidad de dinero del que gastaría asistiendo a centros públicos, sino que también genera que el sistema privado continúe aumentando sus ganancias a raíz del sentimiento de ineficiencia por parte de los usuarios del público.

“En realidad yo podía esperar y hacerme los mismos exámenes en el consultorio, pero (...) si yo quiero optar por una forma más rápida yo tengo acceso, acceso a ir, pero obviamente tengo que pagarlo a un costo un poco más elevado en relación al consultorio” (Hombre, 53 años, FONASA),

De igual modo esta es una de las determinantes del traslado de las personas desde FONASA a ISAPRE. Al respecto, contar con mayores ingresos y por lo tanto acceder a centros de salud privados con mayor facilidad, en algunas ocasiones puede significar tener mayor posibilidad de sobrevivir a una enfermedad grave o diagnosticar a tiempo una enfermedad, ya que las atenciones en general se realizan de manera más ágil y no se escatiman gastos en realizar

exámenes o todos los procedimientos necesarios para llegar a un diagnóstico certero, ya que finalmente quien lo costea es el afiliado. Esta situación impulsa indirectamente a las personas a afiliarse a una ISAPRE.

“Mis síntomas eran muy sugerentes de una enfermedad autoinmune y para eso me tenía que ver un especialista y el CESFAM tiene que hacer la derivación y eso puede tomar años, más (además) esta pueden tomar mucho tiempo entre que te hacen exámenes y todo, se demoran muchos años en diagnosticarse y en verdad y bueno así la gente muere de esto sin que nadie se entere que tienes esto (...) me tuve que hospitalizar en el hospital clínico de la Chile, porque sino me hubiera muerto” (Mujer 25 años, FONASA).

“Estar en el sistema público y enfermarse es tener que esperar, que pase el tiempo, que corra la lista. Por eso tengo ISAPRE” (Mujer 32 años, ISAPRE).

“Fue principalmente cuando tuve mis hijos, porque veía que en el sistema público si necesitaba un especialista o alguna hora se iba a demorar mucho tiempo, entonces como estaba hecho el sistema por mis ingresos podía acceder a un plan “bueno” y que me iba a poder permitir atender a mi hijo y a mi familia de una forma más oportuna” (Hombre 51 años, ISAPRE).

Situación que afecta de manera directa al sistema de salud público dado que, si las personas que tienen mejores condiciones económicas optan mayormente por afiliarse a una ISAPRE, este pierde el ingreso mensual por concepto de cotización de aquellos afiliados. Ahora bien, se debe destacar que el Estado ha realizado medidas para agilizar los tiempos de esperas como por ejemplo con las 85 enfermedades pertenecientes al plan AUGE-GES donde se estableció que si las personas presentan una enfermedad de carácter grave tienen un plazo máximo de 7 días para su atención y si es menos grave, puede tardar un máximo de 60 días⁵. Empero, estos

⁵<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/fonasa/cual-es-la-lista-de-espera-auge-y-cuales-son-los-plazos-maximos-de/2015-10-11/131031.html>

plazos no cumplen con las expectativas de los usuarios que esperan ser atendidos inmediatamente cuando consideran que es necesario.

Pese a ello, las expectativas de los usuarios, en relación con el tiempo de espera de cada sistema, pueden estar influidas por el pago que realizan en atenciones de salud. En este sentido, el pagar una mayor cantidad de dinero que los afiliados-cotizantes a FONASA por recibir atención médica puede comprometer el juicio del entrevistado sobre la oportunidad de la atención recibida; es decir, los entrevistados que se atienden en el servicio privado podrían tolerar tiempos de espera mayores dado que pagaron un servicio que podría ser gratis al atenderse en un hospital.

Diagnósticos certeros y oportunos

Por otro lado, el tiempo entre la primera atención y el diagnóstico de la enfermedad es crucial, pues puede producir diferencia entre la vida y la muerte de una persona. Respecto a este tema, los afiliados-cotizantes a ISAPRE y FONASA mencionan que sus experiencias han sido variadas. Desde sus perspectivas los diagnósticos los han recibido de manera oportuna y en el momento indicado. Incluso cuando sus consultas se han tratado de enfermedades de mayor complejidad, no han tenido mayor espera entre la primera atención y el diagnóstico se realiza en el momento adecuado, destacando la calidad de los profesionales de salud en Chile.

“En general, en general sí, aunque en alguna oportunidad especialmente yo he tenido algunos episodios de enfermedades menos fácil de categorizar en la medicina actual y eso ha complicado un poco y ahí nos hemos dado cuenta de que a pesar de que podemos estar siendo atendidos en el mejor centro posible” (Hombre 57 años-B, ISAPRE).

“En el CESFAM en donde nos atendemos no tengo ningún problema, los profesionales trabajan súper bien con los diagnósticos por lo menos en mi caso han sido súper certeros” (Mujer 23 años, FONASA).

“He ido de urgencia al Hospital cómo se llama este de los quebrados, al traumatológico y son las mismas condiciones, mismo trato y la misma rapidez del privado” (Hombre 60 años, ISAPRE).

No obstante, también hay experiencias en las que el diagnóstico se realizó luego de que la condición de salud se haya agravado, o bien luego de acudir en varias oportunidades al centro de salud. Desde FONASA, esto puede deberse a la gran cantidad de gente que deben atender los diferentes CESFAM y hospitales cifra que en 2019 ascendía a 14.841.577 personas en el país lo que equivale al 79% de la población (FONASA, 2019), produciendo que existan largas listas de espera, sobre todo para obtener hora con médicos especialistas, odontólogos o para realizarse exámenes. Mientras que en el caso de la ISAPRE puede estar relacionado con la mercantilización y lucro con la salud de parte de algunos médicos y clínicas privadas, que si bien desde sus comienzos se ha entendido a la profesión médica como una actividad no lucrativa, en Chile existen privados con fines de lucro (Burrows, 2020).

“En el año 2018 estuve yendo 3 días seguido al consultorio a la urgencia porque estaba con mucho dolor de estómago, yo siempre había sufrido de cálculo a la vesícula, pero nunca habían sido dolores tan prolongados como esa vez, estuve 3 días yendo a la urgencia como y al 4to día fue insoportable y me fui al hospital y ahí entre lo que se demoraron en llamarme en hacerme exámenes, en tener los resultados de los exámenes y hospitalizarme, estuve como 1 día completo” (Mujer 30 años, FONASA).

“¿cómo logras obtener un diagnóstico certero si tú te atiendes con un médico que te atiende 10 minutos? que te hacen los exámenes y luego los revisa pero en realidad no se fija mucho (...) pasé como por 4 traumatólogos diferentes para poder tener un diagnóstico” (Mujer 55 años, ISAPRE).

“Tuve una mala experiencia porque cuando yo me enteré que estaba embarazada el ginecólogo del SAPU me diagnostica mal, me dice que no estoy embarazada si no lo que yo tengo es un tema estomacal y me deriva a hacer un montón de

exámenes. Pasaron casi 5 meses en donde yo solo fui tratada por un tema al estómago entonces probablemente podría haber perdido al bebé, podría haber pasado cualquier otra cosa” (Mujer 32 años, FONASA).

Esto es de relevancia pues el usuario del sistema de salud espera obtener respuesta oportuna al problema de salud que le aqueja al acudir a un centro médico y esta expectativa, al no cumplirse, hace que los afiliados pierdan la confianza en el sistema de salud y que perciban que el sistema de salud es ineficiente.

Trato de los profesionales

El trato recibido por parte de los profesionales de salud también es importante en la percepción de las experiencias de atención en el área de la salud. En este marco no se observa una diferencia significativa entre aquellos usuarios que reciben atención en centros públicos y los que lo hacen en centros privados, dado que los afiliados señalan que depende en demasía de la disposición del profesional de salud. Hay quienes tienen un trato muy atento y personalizado, mientras que otros profesionales realizan atenciones de manera bastante apática, no responden dudas y el tiempo de consulta es muy breve.

“Hay personas que creen tener el poder de algo y me ha tocado por ejemplo actitudes de las personas que son como “yo soy el dueño de aquí, yo mando en esta área y tú no preguntes hueás porque no te voy a responder o eres tonto” tienen esa potestad de pararse por encima de los otros” (Hombre 57 años-A, ISAPRE).

“Cuando estoy mal he tenido que recurrir y no ha sido buena la experiencia. Estuve hospitalizado dos noches y un día en el San Juan de Dios en una silla. Me atendió un médico en urgencias que no debió haber él haberme sacado el cálculo, tendría que haber sido un especialista, porque el médico general me hizo un daño tremendo y quizá me deba operar nuevamente” (Hombre 56 años, FONASA).

Los usuarios de ISAPRE indican que el trato del médico depende del centro médico al que acuden ya que, en centros de salud privados “cadenas” como Integramédica y Redsalud las atenciones son breves y sin mucha profundidad; no obstante, sí ellos indican que si acuden a la consulta particular del médico existe otra relación mucho más cercana y la consulta se extiende por varios minutos, lo que produce que tengan una relación más cercana con el paciente.

“En cuanto a los médicos dependiendo el lugar es como te atienden. Si son consultas privadas de los doctores mismos la atención es muy buena y muy de apego” (Mujer 25 años, ISAPRE).

“La más privada que era su consulta más allá que por ejemplo, en estos centros de salud más grande porque sentía que quizás era más comercial todo, porque te digo esto porque no sé allá (en la particular) podía estar más rato con el doctor” (Hombre 23 años, FONASA).

Esta situación podría atribuirse a la mercantilización de la salud por estas grandes empresas, dado que intentan atender al mayor número posible de personas en el menor tiempo, o bien, el realizar consultas a un menor precio deben minimizar sus tiempos de consulta para obtener el mismo ingreso. Sumado a ello, utilizan estrategias para que el afiliado desembolse más dinero en el centro de salud como por ejemplo recetar una gran cantidad de exámenes que se pueden realizar en el mismo lugar o citar en varias ocasiones a las personas para que deban pagar más veces un bono de consulta, cuando los exámenes el doctor podría revisarlos sin necesidad de que el paciente asista presencialmente, como a través de correo electrónico. (López-Morales, et al., 2007).

En esta misma línea, los usuarios indican que los profesionales de salud deben tener un trato amable y empático al momento de interactuar con pacientes, sobre todo cuando se trata de pacientes con diagnósticos complicados, pues los afiliados en varias ocasiones mencionan que los profesionales pueden llegar a ser indolentes en el trato, dado la normalización de la enfermedad y la muerte.

“Un buen trato es lo más importante. Que el médico te reciba bien, que el médico te mire a la cara, que el médico te diga que tienes porque eso no se acostumbra. El doctor tu entras a una consulta y el médico ni siquiera te mira, yo creo que son hartas cosas que todavía faltan” (Mujer 63 años, FONASA).

En este sentido, el estrés laboral al que están sometidos los profesionales del área de la salud al tener largas jornadas de trabajo, incluso de 24 horas, o agendas muy apretadas sin espacio de descanso, puede provocar que haya un deterioro en el trato hacia los pacientes. Orozco & Vija (2020) indican que la sobrecarga laboral que tienen los médicos genera deshumanización ya que es imposible generar un ambiente humanizado si el personal asistencial está insatisfecho.

Infraestructura centros de salud

La infraestructura disponible también es decisiva en las experiencias de atención en salud desde la perspectiva de los entrevistados, y es en este tema donde los usuarios notan una mayor desigualdad entre ambos sistemas de salud. La infraestructura de los centros privados según los afiliados-cotizantes en general es cómoda, cuenta con edificios nuevos y estos están bien mantenidos.

“En la parte privada es más cómodo, tienes más comodidad” (Mujer 39 años, ISAPRE).

No obstante, indican que la calidad de la infraestructura depende del tipo de centro al que acudan, puesto que según su visión en clínicas donde la atención tiene un mayor costo monetario, tienen mejores servicios, infraestructura y tecnología no sólo debido a que tienen mayores ingresos, sino que para cobrar esa cantidad de dinero la gente debe percibir que el servicio es costoso. En este sentido indican que dentro del sistema privado existen clínicas para diferente tipo de presupuesto, por lo que quienes tienen más dinero tienen la opción de pagar por “hotelería médica” y quienes no se atienden en clínicas y centros donde los recursos dirigidos a infraestructura se optimizan.

“En el sistema privado depende de donde te atiendas, en la clínica alemana no es la misma que en la Bicentenario siendo que te pueden ofrecer el mismo servicio porque la clínica en la clínica alemana la habitación y las salas de esperas tienen otro nivel” (Hombre 28 años, ISAPRE).

“hoy en día todas las atenciones de salud en realidad son peldaños aunque sean sistemas privados, pero ya son sistemas segregados y son A y B y C, entonces aún así dentro del sistema privado se producen diferencias bastante grandes entre uno y otro sistema” (Hombre 57-B años, ISAPRE).

En cuanto al sistema público, los usuarios entrevistados mencionan que la calidad y comodidad de la infraestructura depende del centro al que acudan, no todos los hospitales y CESFAM tienen las mismas condiciones, por lo que también se producen diferencias dentro del sistema. No obstante, estas no están dadas por la capacidad monetaria del afiliado, sino por la distribución territorial de estos, produciendo que exista también diferencia entre la magnitud de población que atienden estos centros. Las Condes, por ejemplo, es una comuna de la capital que se caracteriza por tener residentes con un nivel socioeconómico alto y por tanto tener un mayor porcentaje de residentes afiliados a una ISAPRE. Esta comuna tiene 71.000⁶ usuarios inscritos en sus diferentes CESFAM mientras que Cerro Navia que es una comuna que tiene mayor cantidad de población de carácter vulnerable tiene 120.774 personas inscritas en 4 CESFAM y 1 CECOF (PLADECO Cerro Navia, 2021). Sumado a ello, la disponibilidad monetaria para invertir en salud de ambas comunas es diferente. Cerro Navia es una comuna habitación por lo tanto no tiene muchos ingresos adicionales a lo correspondiente por cada afiliado, suma que en 2020 ascendía sólo a \$6.722; y Las Condes tiene la posibilidad de invertir mayor cantidad de dinero en sus CESFAM, ya que es una comuna que alberga grandes centros comerciales y empresas que pagan impuestos a la municipalidad.

⁶ <https://www.corplacondes.cl/salud.php>

“Tú vas al hospital al Salvador y el hospital se va cayendo solo, las paredes desde el año del cuete que tienen esa infraestructura que olvidate es lúgubre”
(Mujer 63 años, FONASA).

“El hospital clínico de Magallanes es mucho mejor, más bonito, tiene mejor vista y tiene toda la tecnología que la clínica privada que hay acá” (Mujer 60 años, ISAPRE).

A partir de esta situación se puede concluir que en ambos sistemas de salud existen desigualdades internas. Por un lado, el sistema de salud público cuenta con hospitales con infraestructura antigua y lúgubre, pero también con hospitales de excelente calidad, también existe una diferencia entre la población objetivo entre comunas de mayor y menor índice socioeconómico lo cual incide en la capacidad de respuesta de los centros e infraestructura. Esto no quiere decir que los servicios de salud otorgados por estos centros médicos sean de mala calidad, sino que el aspecto visual de las infraestructuras no es agradable para los pacientes. Esta sensación de parte de los afiliados puede estar asociada a la idea de higienización y pulcritud que se ha generado en la sociedad como lo deseable en centros de atención de salud. Relacionado a esto un estudio realizado el 2015 por la Superintendencia de salud evidenció que los usuarios de Fonasa evalúan de peor manera la limpieza e instalaciones de los centros de salud (Valenzuela & Pezoa). También esta percepción puede estar relacionada con el deseo de tener acceso a lugares que se vean de la misma manera que los centros clínicos más caros de la región, pues la infraestructura costosa, blanca y perfectamente limpia caracteriza estos centros.

Es un desafío para el Estado remodelar estos centros de atención para que sean más cómodos y atractivos para los usuarios, al igual que invertir más en recursos humanos en las zonas más pobladas. Por otro lado, el sistema privado pese a que se destaca por tener una buena y cómoda infraestructura, no entrega los mismos servicios a todos sus usuarios, sino que estos están determinados a partir del capital monetario del usuario, por lo que a mayor dinero

disponible tendrás mejores condiciones de atención, situación que pone la atención de salud privada como un bien de consumo.

7.3.1.2 Factores externos al sistema de salud

Como se mencionó anteriormente, las experiencias de atención en salud no solo están determinadas por situaciones internas al sistema de salud. También influyen otras variables de orden individual entre los usuarios del sistema como lo son; el nivel socioeconómico; las expectativas del afiliado al acudir a atenciones médicas y su disposición frente a los funcionarios de los centros de salud y profesionales de la salud. Los hallazgos en relación a estas categorías se detallarán en el siguiente apartado.

Nivel socioeconómico

El factor económico en Chile juega un papel preponderante a la hora de recibir atenciones de salud, debido a que los ingresos de las personas determinan su aporte en la cotización de salud. Cotización que para los afiliados a FONASA es el 7% de su sueldo, mientras que en ISAPRE se estipulan planes de salud a partir desde 81.712⁷ pesos chilenos para una persona joven y sana, cifra que es más del triple del aporte de salud obligatorio de una persona que recibe el sueldo mínimo, por lo que sus posibilidades de elección de sistema de salud para una persona con un sueldo bajo se ven coartadas.

En este sentido afiliados-cotizantes a ambos sistemas dieron cuenta que la imposibilidad de las personas con menores ingresos, de elegir el sistema de salud a través del cual recibirán atenciones de salud es sumamente injusta, ya que se establece como derecho en la Constitución actual. Pese a ello algunos afiliados-cotizantes a ISAPRE indicaron que hacen uso de esta estrategia pues desde su punto de vista de esta manera logran acceder a atenciones más rápidas y en centros más cómodos, pues muchas veces la cotización obligatoria del 7% de sus sueldos es suficiente para financiar un plan de salud en una ISAPRE.

⁷ www.queplan.cl

“Yo hoy en día no pago más del 7%, hoy día tengo mi 7% no más y ese lo tengo en la ISAPRE. Lo usé porque no sé, me quedaba más cerca la clínica donde vivía entonces ya bueno me queda cerca, entonces me vengo para acá (a la ISAPRE)”
(Hombre 29 años, ISAPRE).

Es así como personas afiliadas-cotizantes a ISAPRE operan en el sistema desde el punto de vista de su beneficio, es decir utilizan diferentes estrategias como la elección del plan de salud y seguros complementarios para tener mejores condiciones de acceso y a menores precios, pese a que consideren que la baja desigualdad de acceso sea injusta. Pese a ello, el sistema privado otorga múltiples posibilidades de elección en cuanto a planes de salud, específicamente en 2016 en Chile existían 63.316 planes de salud abiertos (BCN, 2017). Que el sistema de salud privado otorgue tal cantidad de posibilidades de elección da a entender que ve a las personas como sujetos racionales que tienen la potestad de decidir de manera informada el plan de salud que más les beneficia, cuando en la práctica al usuario se le hace muy difícil comparar todos los planes de salud existentes y no toda la gente cuenta con conocimiento en esta materia, por lo que sus decisiones no son completamente informadas. Las posibilidades de elegir un plan que se ajuste a sus ingresos producen que el gasto de bolsillo de los afiliados-cotizantes a ISAPRE sea accesible a su presupuesto mensual. Pese a ello, varios usuarios consideran que los precios de consulta y hospitalización son elevados para el costo de vida.

“Tienen un precio accesible porque como tengo un plan del 90% casi todas las cosas, entonces cuando me han operado he tenido que pagar el 10% aunque el plan es alto y lo pago mensual porque nunca lo he ocupado. es más caro, pero igual se paga como un producto” (Mujer 39 años, ISAPRE).

Desde la perspectiva de los afiliados-cotizantes a FONASA, la salud a nivel financiero les parece muy accesible pues deben aportar sólo el 7% de su sueldo mensualmente y sus atenciones en centros públicos de salud en general son gratuitas. Y cuando necesitan acudir a

centros privados de salud hay lugares donde existe convenio con FONASA y sus exámenes o atenciones médicas desde sus perspectivas tienen precios accesibles.

“Sí, sí yo tengo FONASA b que es más bajo. Entonces no me sale caro el bono (...) Los procedimientos y exámenes cambia eso tiene otro valor, pero igual es accesible para mí.” (Mujer 63 años, FONASA).

“Yo siento que es accesible porque mi 7% es bueno para las necesidades que nosotros tenemos y las del grupo familiar” (Hombre 55 años, FONASA).

Pese a la accesibilidad financieras de las atenciones que tienen los usuarios de FONASA, indican en reiteradas ocasiones que perciben que quienes tienen mejores atenciones de salud y de manera más rápida son quienes tienen los medios para pagar más dinero por ella, es decir los afiliados a ISAPRE, puesto que perciben que la salud en Chile se paga como un producto.

Por otra parte, los entrevistados también utilizan otras estrategias para aliviar los gastos de salud y poder acceder a un mejor servicio como lo son los seguros complementarios. A este respecto quienes más hacen uso de ellos son los afiliados a ISAPRE 12 de los 16 entrevistados pagan un seguro complementario de salud mensualmente, mientras que sólo 4 de los 14 entrevistados de Fonasa poseen uno. Situación que se asemeja a lo que sucede con las Aseguradoras de Fondos de Pensiones (AFP), ya que para el ahorro previsional existe una cotización mensual de carácter obligatorio al igual que lo que sucede con salud, pero también existe una cuenta de ahorro voluntario dirigida a aquellas personas que quieran incrementar el monto de su futura pensión, por lo que al igual que los seguros complementarios es una estrategia que beneficiará a la persona en un futuro. No obstante, quienes tienen la posibilidad de ahorrar dinero extra son quienes tienen mejores ingresos, a marzo del 2021 el 53,8%⁸ de los cotizantes posee una cuenta de ahorro previsional, si bien la cifra es alta se debe tener en consideración que durante el año 2020 se produjeron 2 retiros de fondos de pensiones que produjo que la gente cambiara de cuenta sus ahorros previsionales.

⁸ <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-article-14722.html>

Que los afiliados a ISAPRE utilicen estrategias para disminuir el costo de las atenciones no es extraño, pues son estos entrevistados quienes tienen mejores condiciones económicas para pagar este servicio adicional y son quienes señalan que los precios de las atenciones médicas son mucho mayores, debido a que el costo de atención en las clínicas por una urgencia o enfermedad grave es bastante alto, pese a tener un plan de salud con buena cobertura en hospitalizaciones. Por lo que obtener estos seguros les permite seguir accediendo a servicios de salud privados sin sentir el coste económico abrupto, pues invierten dinero mes a mes para cuando necesiten atención de urgencia estén asegurados, tal como lo indica una afiliada.

“Lo que no me cubrió la ISAPRE, lo cubrió el seguro complementario y lo que yo voy es como ir aprovisionando, yo podría ahorrar, pero, igual sería más, entonces por lo tanto, es una forma de estar. Asegurarse, estar asegurada” (Mujer 62 años, ISAPRE).

A partir de la información presentada anteriormente, se puede inferir que las personas afiliadas a FONASA no tienen la necesidad de desembolsar tanto dinero en atenciones de salud, dado que con el aporte de su 7% por concepto de cotización tienen la posibilidad de acceder a todas las prestaciones médicas necesarias, quienes -en general- deciden tener un mayor gasto de bolsillo son aquellos que quieren/necesitan tener atenciones de manera más rápida. En contraste, los usuarios afiliados a ISAPRE deben estar constantemente destinando dinero extra a su cotización de salud en bonos de consulta, pues sus planes no siempre cuentan con buena cobertura. Incluso en ciertos casos como el de enfermedad grave u operación, estar afiliado a una ISAPRE significa mayor gasto, ya que los costos de atención en centros privados son superiores y el plan de salud cubre sólo un porcentaje del total de los gastos.

“Cuando veo la hospitalización todos los costos de cada cosa son demasiado elevados, por ejemplo; la insulina que me sale a 35 mil pesos y ellos me la ponen por 180 mil pesos. El agua mineral sale 9500, las peinetas 3000 pesos y el termómetro 7 mil pesos, el mismo termómetro que encuentras en la calle por luca.

Todo te lo cobran más caro, todo te lo sobredimensionan la empresa” (Hombre 60 años, ISAPRE).

O bien, puede deberse a que quienes tienen mayor ingreso monetario tienen mayor educación y probablemente mayor educación financiera, lo cual los hace estar más dispuestos a contratar un seguro complementario para tener un respaldo en caso de enfermedad, pese a que tenga mayor coste económico para ellos (Larrañaga, 1999).

“Tú tienes que ser previsor con tu salud, aparte de cuidarte tienes que ser previsor entonces eso la gente no lo entiende y la gente que tiene plata, como tienes recursos viene y contrata planes adicionales, seguros, cotizaciones pactadas oye yo pacto el 7% más un porcentaje para lograr una mejor atención cuando me pasa cualquier cosa, pero no todos son así, no todos tienen los sueldos como para pagar un adicional en salud, ese es el tema” (Hombre 63 años, FONASA).

Por tanto, tener más ingresos siempre producirá mejores condiciones de vida tanto de acceso a la salud como a pensiones y a educación. Dado que estos afiliados tienen la posibilidad de acceder a atenciones más ágiles al tener mayores posibilidades de pago y al mismo tiempo contratar servicios adicionales como seguros complementarios de salud.

Disposición con los profesionales de salud

Un segundo y último factor que afecta la experiencia de atención en salud de los usuarios-cotizantes a FONASA e ISAPRE es su disposición frente a los profesionales de salud. En este sentido hay dos aspectos relevantes para los afiliados; 1) La manera de desenvolverse frente al profesional de la salud y; 2) La manera de operar en el sistema de salud.

Respecto a la manera de desenvolverse frente a los profesionales de salud, los afiliados indican que muchas veces los médicos les tratan a partir de la manera en que les perciben, es decir, si consideran que alguien es una persona de bajos recursos y con poca educación no se

dan el tiempo de explicar los diagnósticos en su totalidad, en el caso contrario si perciben que es una persona con mayor educación sí ponen mayor atención en esos detalles. Al respecto, un estudio de la Superintendencia de Salud (2012) indicó que la calidez del médico es fundamental y cuando no se le atiende de manera adecuada las personas sienten que no se les valora y sienten que no son dignos de ser atendidos. En este sentido, algunos entrevistados señalan que es necesario proyectar una imagen de persona educada, que sabe del tema para que el trato se dé de una manera más simétrica.

“Pero sí hay algunos que se nota que son que tienen una... eso que tanto criticamos en Chile que como te ven te tratan” (Hombre 57-B años, ISAPRE).

“Afecta caleta el nivel cultural, eso es lo que te decía para mí era un círculo que se ponía al lado y en verdad era como si fuera un ente y decían esta niñita y te tocaban, está flaca y nada más” (Mujer 35 años, FONASA).

Esto afirma que en la sociedad chilena la posesión de capitales marca una diferencia incluso en términos de trato, puesto que quienes se ven más afectados por esta situación son personas con un bajo capital cultural que no se manejan con el lenguaje médico. Estudios señalan que en Chile surge de manera transversal en el discurso de pacientes de hospitales como en los de clínicas una creencia de endiosamiento de los doctores o médicos, quienes a través de un lenguaje formal y técnico alejan a los pacientes de un entendimiento completo de su situación causando inseguridad y vulnerabilidad (Pezoa., 2012). Situación que no debería suceder, pues el paciente no tiene por qué manejarse en este aspecto y es deber del médico o profesional de la salud explicarle al paciente su condición de salud y diagnóstico tal como lo señalan los derechos del paciente (Const. Chile, Art. II, Ley° 20.548).

En cuanto a la importancia atribuida a la manera de buscar atenciones de salud, los afiliados-cotizantes indican que atenderse sólo con profesionales conocidos o recomendados puede producir una mayor afinidad con este y por tanto una mejor experiencia; porque sigue valores parecidos en cuanto a la concepción de la vida o debido a que desde su punto de vista son profesionales de mayor calidad. No obstante, esta estrategia es más común en gente

afiliada-cotizante a ISAPRE pues ellos tienen la posibilidad de escoger casi siempre el profesional con el cual se van a atender, lo que no sucede en FONASA, pues los afiliados señalaron que el médico se les asigna de manera más aleatoria al atenderse en hospitales o CESFAM y sólo tienen la posibilidad de elegir el profesional cuando acuden a centros privados.

“Yo tengo la impresión que eso (el trato) también depende de cómo uno busque la atención, o sea, me refiero por ejemplo no sé me atiende con un dermatólogo que conozco hace un montón de años. Si tengo que ir a un traumatólogo lo más seguro es que antes de ir a un traumatólogo no voy a ir a cualquiera” (Mujer 62 años, ISAPRE).

“Cuando uno necesita ir al médico por control lo atiende cualquier médico que esté de turno” (Hombre 53 años, FONASA).

Esta situación produce que los afiliados a FONASA perciban una desigualdad entre ambos sistemas, puesto que aspiran a poder obtener la posibilidad de elección, pese a que no siempre la posibilidad de escoger el médico o profesional de la salud asegure tener mejores experiencias con el sistema de salud, dado que muchos de los entrevistados afiliados-cotizantes a ISAPRE se quejan de las atenciones que han recibido anteriormente.

7.3.2 Significado del derecho a la salud

A partir de los discursos de los entrevistados, se identificó que la noción del derecho a la salud está compuesta por dos grandes categorías. Por un lado, se encuentran los componentes que este debe incluir entre los cuales está la oportunidad, accesibilidad, multidimensionalidad y la prevención y promoción de la salud. Por el otro, el rol del Estado en relación con el derecho a la salud que a partir de la información recabada se puede categorizar en 4 categorías: garante, promoción y prevención, financiamiento y accesibilidad.

Tabla 3 Derecho a la salud

Dimensión	Grupo de códigos	Red
------------------	-------------------------	------------

Derecho a la salud	Garante	Rol del Estado
	Promoción y prevención	
	Financiamiento	
	Accesibilidad	
Igualdad	Calidad	Componentes del derecho a la salud
	Oportunidad	
	Multidimensionalidad	

Elaboración propia.

7.3.2.1 Componentes del derecho a la salud

En este sentido, la igualdad es un principio normativo esencial del derecho a la salud. Este concepto resuena de manera transversal en todos los entrevistados, tanto los afiliados-cotizantes a FONASA como a ISAPRE, así como de todas las edades. Ellos mencionan en reiteradas ocasiones que el derecho a la salud debe ser igual para todos, puesto que, pese a que la constitución actual consagra “el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y rehabilitación de la salud” (Const. Art.19 N°9, 1980), los entrevistados indican que esto no sucede en la práctica, pues las personas obtienen diferente calidad de atención a partir del lugar en que residan, el nivel de acceso económico o al centro al que acuden como se señaló anteriormente.

“Quien tiene más plata accede a una calidad de servicio mucho mejor y la que no está destinada a estar donde está todo... casi todo el rebaño porque igual las personas que acceden a ISAPRE no son tantas” (Mujer 23 años, FONASA).

“Hoy día hay mucha diferencia, hay mucha diferencia entre lo que está allá arriba con lo que está aquí abajo” (Hombre 78 años, ISAPRE).

En este sentido se puede afirmar que “la igualdad es una referencia presente y constante en el juicio y evaluación que hacen individuos de las experiencias cotidianas que tienen en la

sociedad” (Araujo, 2013, pág. 117) lo cual revela que la igualdad es un ideal social que está muy presente en la sociedad chilena. No es de extrañar que la mayoría de los entrevistados haga referencia a ella cuando se les pregunta ¿qué es derecho a la salud? considerando que en el país existen dos sistemas de salud.

“Para mí, derecho a la salud es algo con acceso universal y la calidad de la atención no depende de ningún mecanismo de exclusión, no depende de la plata, ni nada por el estilo” (Hombre 29 años, ISAPRE).

“Garantizar el acceso igualitario, seguro, y accesible o gratuito en el mejor de los casos” (Hombre 23 años, FONASA).

“El Estado debe garantizar calidad. Tener buena calidad, gratuito, para todas las personas” (Hombre 45 años, ISAPRE).

A partir de las afirmaciones de los entrevistados, sale a la luz una serie de componentes que debería contener este derecho a la salud normativamente igualitario. En primer lugar, la calidad de las atenciones de salud se vuelve esencial, dado que se percibe una diferencia entre los sistemas de salud. Específicamente, se indica que el sistema de salud público no cuenta con la misma calidad que el sistema privado. Estas afirmaciones no están relacionadas con la calidad de los profesionales, sino más bien con aspectos nombrados anteriormente como la infraestructura de los centros de salud, los tiempos de espera y el trato de los profesionales de salud. Estos factores afectan la experiencia del afiliado-cotizante pudiendo percibir la atención de salud pública como una salud de calidad deficiente aún cuando objetivamente el sistema de salud público no proporcione atenciones deficientes.

“En el sistema público no hay una buena calidad en cuanto a la atención y tampoco en infraestructura o los equipamientos que ellos ocupan.” (Mujer 25 años, ISAPRE).

“Tú pagas la calidad que recibes” (Hombre 29 años, ISAPRE).

Sumado a ello, destacan una diferencia entre la oportunidad de las atenciones, pues los entrevistados lo perciben de manera sumamente desigual en desmedro del sistema público de atención en salud. Esta sensación de desigualdad entre el funcionamiento de ambos sistemas de salud produce que tanto entrevistados afiliados a ISAPRE como a FONASA, aspiren a que el sistema de salud permita obtener la misma oportunidad y calidad cuando se trata de atención de salud.

“De acuerdo al tema de la oportunidad es lo que uno se va pa otros lados digamos” (Mujer 57 años, ISAPRE).

“No funciona tampoco porque es pésima la atención y todo y la calidad y es poco oportuna” (Mujer 43 años, FONASA).

“Debiera haber salud con la calidad de los privados, teniendo una atención oportuna y en todo ámbito de especialidades” (Mujer 25 años, ISAPRE).

La mayoría de los afiliados-cotizantes a ISAPRE por esta razón sucumben en contradicción con sus propios principios, pues afirman aspirar a una salud igualitaria y justa para toda la población, no obstante, utilizan sus privilegios en cuanto a capital económico, cultural y social para moverse dentro del sistema obteniendo la mejor calidad de salud posible. Tal como lo plantea Araujo (2013) los usuarios afiliados-cotizantes, pese a que buscan el ideal de igualdad en la sociedad, inevitablemente se relacionan de manera vertical y jerárquica en las diversas esferas de la sociedad y en este caso quienes tienen mayores capitales se sitúan en una jerarquía superior al momento de recibir atenciones de salud. Esta situación produce frustración entre quienes no pueden optar a estos privilegios y al mismo tiempo, deseo de alcanzar esos estándares.

Por tanto, no es extraño que los afiliados-cotizantes a FONASA consideren que el sistema de salud privado es ejemplar en cuanto a facilidad de acceso y calidad de las atenciones. Y es por ello que los usuarios mencionan en reiteradas ocasiones soluciones privadas a problemas públicos; es decir, los afiliados a FONASA indican que sus problemáticas en materia de salud se solucionarían si el Estado invirtiera mayor capital en subvención a privados o bien, que

estos tengan planes más accesibles al ingreso medio de la población chilena, lo cual va en concordancia con las transformaciones realizadas durante 1975 a 1979 en el país donde se privatizaron los servicios sociales (Ruiz, 2015 en Goyenechea, 2019). De esta manera el Estado busca promover y potenciar el mercado a través de dineros públicos a manera de subsidios (Atria, 2013 en Ruiz, 2019) y al mismo tiempo con en línea con los principios normativos del liberalismo.

“Si bien la parte pública a lo mejor me podría cubrir, pero a veces uno por querer saber de forma rápida y quizás darle oportunidad a las personas que no pueden hacerlo en forma semi-particular; porque particular al tener yo una previsión como FONASA, yo tengo el derecho igual a atenderme en algunas partes, en algunas partes privadas. Por ejemplo, podría decir que yo entre enero y febrero quería atenderme con un diabetólogo en una clínica de algún sector más acomodado, como se podría decir y el tema es que por FONASA ellos no atienden, entonces solamente ellos atienden por Isapre” (Hombre 53 años, FONASA).

Por otra parte, los entrevistados mencionan que el derecho a la salud debe ser multidimensional, situación que remite a la visión de la salud como el bienestar general del ser humano y no sólo a ámbitos biológicos de salud/enfermedad. Por lo que el deber del Estado no sólo es que los ciudadanos reciban atenciones médicas de manera ágil y oportuna, sino que también vivan en un ambiente libre de contaminación, que las personas tengan la posibilidad de cultivar su salud mental, tener viviendas dignas, entre otras. Es decir, que se les asegure por parte del Estado calidad de vida. Al respecto, el informe de la encuesta sobre calidad de vida y salud indica que el 33,3% de la población chilena no realiza actividad física por falta de tiempo, el 46% de las personas a veces se siente ansioso o estresado con su vida, el 70% de la población considera que en el lugar donde habita existen problemas de contaminación o higiene y el 74% manifiesta falta de infraestructura comunitaria (2000), estas estadísticas evidencian que existen otros factores asociados al bienestar y la salud de las

personas y el Estado no se enfoca en ellos, porque la visión actual de salud está centrada en combatir la enfermedad como se expuso en los antecedentes de esta investigación.

“Tiene que ser mucho más integral multidisciplinario, que abarque el bienestar de la persona y eso implica todo el desarrollo que tiene en su vida desde que nace hasta que muere” (Hombre 51 años, ISAPRE).

“Yo creo como en relación a que se amplíe la mirada de salud y que incluya todas, todos los otros ámbitos de la vida” (Mujer 43 años, FONASA).

Este razonamiento va en concordancia con el planteamiento de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud los cuales emergen a partir de la necesidad de esclarecer “cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales” (Castaño, L., 2009, pág. 73). Por tanto, los entrevistados tienen como horizonte la igualdad de oportunidades en todo ámbito para construir una sociedad desde sus perspectivas más justa.

7.3.2.2 Rol del Estado

El Rol del Estado en cuanto a materia de salud es claro para los entrevistados. Los afiliados-cotizantes entrevistados señalan que su rol en materia de salud es garantizar, financiar, promover, prevenir y dar acceso a atenciones de salud a toda la población chilena. Contrario a la caracterización del Estado en el derecho de la salud actual el cual, si bien establece el acceso a todos los ciudadanos, no se asegura oportunidad y se centra en la libertad de elegir el sistema de salud por el cual se recibirán atenciones.

Estado Garante

Tanto afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE recalcan con ímpetu que es el Estado quien debe garantizar los derechos sociales básicos a la ciudadanía, como lo son la educación y la salud. Pues estos derechos están proclamados en la declaración universal de derechos

humanos. El derecho a la salud específicamente se expresa en el artículo 25 el cual proclama que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (Naciones Unidas. 1948, pág.7). Este tema se hace relevante debido que en general los entrevistados perciben que el Estado chileno no se hace cargo de garantizar el derecho a la salud, sino que más bien pone a la salud como un bien de mercado, permitiendo que privados se hagan cargo de esta y provocando que existan diferencias en el acceso y calidad según la capacidad económica de las personas.

“El Estado siempre debe garantizar la salud para todas las personas. Tener buena calidad, gratuito, para todas las personas” (Hombre 45 años, ISAPRE).

“El Estado tiene que ser el garante de los derechos básicos de las personas como lo puede ser la vivienda, la salud, la educación, las pensiones todos esos pilares fundamentales deberían estar regulados por el Estado” (Hombre 23 años, FONASA).

Esta percepción también está asociada con que los entrevistados no se sienten seguros de poder obtener todas las atenciones médicas necesarias en caso de enfermedad o accidente, sobre todo porque indican que esto depende de las condiciones económicas del enfermo y su familia. Es más, según datos del Ministerio de Salud del año 2015 el 19% de los usuarios de FONASA y el 6% de los usuarios de Isapre se sentían muy desprotegidos o desprotegidos en cuanto a materia de salud⁹. Este sentimiento de desprotección del sistema de salud por parte de la ciudadanía se debe a los altos costos de atención y las largas esperas. Lo cual concuerda con lo hallado en esta investigación.

“El Estado debe ser garante de la salud de los chilenos, en pocas palabras aparte de todo el texto, pero no lo es, no lo es. Uno no puede ir en contra del estado porque me atendieron mal o la persona se murió esperando atención” (Hombre 55 años, FONASA).

⁹ https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-12432_recurso_1.pdf

Además, estos datos reafirman la necesidad de parte de los entrevistados de que el Estado sea quien se encargue de garantizar de manera efectiva de entregar salud de calidad para los habitantes del país.

Financiamiento

En materia financiera los entrevistados tienen diferentes opiniones. Por un lado, están quienes indican que el Estado es el ente que debe otorgar atenciones gratuitas de salud para todos los habitantes del territorio nacional independientemente de su situación económica.

“Ojalá fuera gratis, ojalá sea gratuita” (Mujer 63 años, FONASA).

Y por el otro, aquellos entrevistados que señalan que la salud es una responsabilidad compartida entre el Estado y cada individuo. Por tanto, debiese haber un sistema mixto en donde todas las personas que están en la fuerza laboral aporten un porcentaje de dinero para la salud, al mismo tiempo que el Estado aporta de manera formidable a la salud.

Dentro de quienes opinan que es justo que la salud se financie de manera mixta, es decir, entre el ciudadano y el Estado, hay matices. Hay quienes mencionan que todos deberían cotizar una misma cifra independientemente de sus ingresos, otros quienes consideran justo la manera en que se cotiza hoy en día -un porcentaje de su sueldo- y otros indican que deberían aumentar el porcentaje de estas cotizaciones para que existan más fondos para financiar la salud.

“Sistema mixto donde tampoco tenemos que sobrecargar al Estado y que lo financie todo” (Hombre 57 años-B, ISAPRE).

Lo más nombrado sobre el financiamiento de la salud de parte de los entrevistados es que todas las personas que estén económicamente activas deben cotizar y aportar al sistema de salud, pero que este aporte sea acorde a su situación socioeconómica y que este cubra todos los posibles requerimientos de salud. Para aquello el Estado también se debe comprometer a aportar dinero suficiente para financiar la calidad de estas atenciones.

“Que todos reciban las mismas prestaciones y que cada uno aporte con lo que uno pueda porque hay algunos que realmente ganan más y otros menos” (Mujer 39 años, ISAPRE).

“Me parece que cada uno debe aportar lo que pueda y que el sistema sea el mismo para todos” (Mujer 32 años, FONASA).

Sumado a ello, los afiliados-cotizantes indican que las atenciones de salud no debieran tener un costo extra asociado como se da en el caso de algunas prestaciones de FONASA y en los planes de ISAPRE, que cada atención, procedimiento o examen tiene un costo asociado adicional al plan de salud. Por lo que las personas consideran que, al destinar un monto de sus ingresos en cotización de salud, debiera quedar cubierto todo gasto que necesite en esta materia. Es por ello por lo que surge la idea de que el Estado aporte más dinero a la salud a través del aumento a los impuestos a los súper ricos, a la minería y a quienes explotan el medio ambiente, además de la disminución del gasto en armamento y que aumente el porcentaje de la cotización de salud.

“El Estado tiene maneras para recurrir y hacerse de ingresos vía impuestos, vía muchas cosas entonces tiene que canalizar bien” (Hombre 63 años, FONASA).

“Aumentar los impuestos y mientras las personas producen y tienen mayores ingresos deberían pagar más impuestos y bueno sobre todo los que tienen sumas estratosféricas y que lo han conseguido en este país, tienen que pagar más impuestos no le veo otra forma para tratar de recaudar más dinero para eso” (Hombre 29 años, ISAPRE).

Estas ideas surgen a partir de la sensación de desprotección de parte del Estado al momento de enfermar, pues se repite constantemente en el discurso de los afiliados que, si bien en Chile al momento de enfermar pueden acceder a atenciones de salud en cualquier centro, generalmente esto significa endeudarse de manera considerable y más aún cuando se trata de enfermedades graves. Situación que en ocasiones afecta en demasía la calidad de vida, pues los ingresos mensuales familiares no alcanzan ni siquiera para cubrir la deuda con los centros

de salud. Esto se evidenció durante la pandemia por Covid-19, pues muchas familias quedaron con deudas millonarias de pacientes fallecieron, como Rosa Morales quien contó a La Tercera que tras la muerte de su esposo a causa del virus quedó con una deuda que ascendía a los \$15.399.480 de pesos (2020).

“Pero cuando te enfermas o no estás apoyado por un sistema sonaste, el pagar cualquier cosa en forma particular es muy alto, muy alto. Tú tienes que ser previsor con tu salud, aparte de cuidarte tienes que ser previsor” (Hombre 63 años, FONASA).

“El poder ir y no estar pensando me va a salir 7 millones de pesos ahí no voy a ir no puedo ir, es terrible, o sea, porque uno... todos queremos una buena atención” (Mujer 63 años, FONASA).

“En ningún lugar vives con una deuda de eso, es impagable es como que no puedes. No vas a poder estudiar después en mi caso, ni con mil colectas lo vas a lograr, no es tan real, existe una diferencia” (Mujer 25 años, FONASA).

Por lo tanto, asegurar buenas atenciones de salud a un costo accesible para la población chilena -sobre todo cuando se trata de enfermedades graves o urgencias- es esencial, pues hoy en día desde la perspectiva de los afiliados el Estado valida estos cobros exorbitantes por parte de los centros privados cuando subvenciona atenciones de usuarios de FONASA en situaciones de no disponibilidad de camas, ya que los precios de lista por día cama en ISAPRE van de un mínimo de \$77.860 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile a máximo de \$444.036 en la Clínica Las Condes (SERNAC, 2011). Además, sólo a raíz de la pandemia por Covid-19 la deuda del Estado con clínicas privadas ascendía a \$61 mil millones de pesos (La Tercera, 2020).

Promoción y prevención

Desde parte de los entrevistados se indica que parte fundamental del derecho a la salud es que el Estado se centre en educar a la población para que se puedan prevenir enfermedades y así

no sólo alivianar el sistema de salud en general, sino también debido a que tener a la población sana asegura la productividad del país. En este sentido la educación desde la primera infancia en alimentación, ejercicio físico y factores de riesgo es fundamental, puesto que hay una sensación de que no hay motivación de parte del Estado por prevenir enfermedades sino sólo medidas para atender a ellas. En este sentido también recalcan que hay cosas más allá de la individualización de la enfermedad, por tanto, el Estado al garantizar la salud debería preocuparse de que las condiciones de trabajo, vivienda y medioambiente potencien el tener una buena salud y calidad de vida.

“Para la atención, que puede ser que desde la atención en salud haya prevención y promoción, eso está bien, pero lo que yo creo que la primera parte es más amplia y eso debiera estar en todo lo ámbitos de la vida social, en el trabajo también tiene que haber promoción de la salud” (Mujer 43 años, FONASA).

A partir de esta información se puede indicar que los entrevistados consideran el derecho a la salud como fundamental y básico en la sociedad. Es por ello por lo que es el Estado quien debe garantizar el acceso a atenciones de salud de calidad y vigilar que este derecho se cumpla. Además, deben primar algunos principios como la accesibilidad universal, contar con financiamiento por parte del Estado a la salud y que existan políticas públicas para realizar prevención y promoción de la salud. En este sentido los entrevistados entienden el derecho a la salud como un aspecto más allá de sólo la enfermedad, sino también como las condiciones de vida de las personas.

“Si el sueldo mínimo son 327 mil pesos, alcanza solo para un grupo familiar para comprar 1 kilo de pan al mes, ¿qué promoción de salud puede ser eso? Nada. Entonces, si uno piensa en un derecho garantizado en la Constitución tiene que ser en base a todos esos elementos. No solo médicos y hospitales” (Mujer 62 años, ISAPRE).

Sumado a ello hay una percepción de que por parte del sistema se culpabiliza a la gente por enfermar, en el sentido de que se les responsabiliza por no cuidar su alimentación, no tener un

estilo de vida “saludable”, no realizar actividad física o tener vicios que puedan perjudicar su salud, como ocurre con el hábito de fumar.

“Eso de culpabilizar a la persona que se enferma siempre, entonces una persona obesa tampoco creo que sea su culpa, hay una cosa estructural y no hay educación alimentaria en este país y una serie de cosas. Si lo llevas a ese plano incluso incontrolable, la enfermedad aleatoria, la enfermedad rara es algo que tú no controlas” (Mujer 25 años, FONASA).

Si bien hay enfermedades provocadas por el estilo de vida, este no sólo está determinado por factores individuales, como las decisiones alimentarias del día a día, sino que también se ven afectadas por condiciones estructurales y que hoy en día en la literatura es conceptualizada como “determinantes sociales de la salud”. Es por ello que, si a una persona se le declara una enfermedad crónica, como diabetes, no solo está relacionado con su estilo de vida, también está enlazado con su profesión, con la disponibilidad monetaria para acceder a alimentos de mejor calidad y de tiempo para cocinar y hacer algún tipo de ejercicio. Por esta razón, desde parte de los entrevistados también se le reclama al Estado que otorgue condiciones de vida que posibiliten a la población tener un estilo de vida saludable y que puedan cuidarse.

“El Estado también debe implementar políticas efectivas para que la gente se alimente bien y tome todos los resguardos para que haya menor cantidad de enfermedades en la población” (Hombre 51 años, ISAPRE).

Por lo tanto, el derecho a la salud desde el punto de vista de los entrevistados es claro. Primeramente, es un derecho básico y universal; lo que implica que el Estado lo debe garantizar a toda la población a un precio accesible. Sumado a ello, debe contener una serie de componentes los cuales son: calidad, multidimensionalidad y oportunidad los cuales deben ser proporcionados de manera igualitaria a la ciudadanía. Y también el derecho a la salud tiene que ser entendido de manera mucho más amplia, no sólo desde el punto de vista asistencialista, vale decir acceso a atenciones médicas, camas de hospital, etc, sino que debe estar relacionado con el bienestar total de las personas: calidad y estilos de vida, condiciones

medioambientales, prevención y promoción de buenos hábitos, calidad de las viviendas, buen ambiente laboral, etc. Además de todo aquello, debe ser igualitario para toda la población, puesto que los entrevistados anuncian de manera frecuente una verticalidad y jerarquía en el derecho a la salud, situación que caracteriza a la población chilena según (Araujo, 2013) y que desde sus perspectivas debería modificarse.

7.3.3 Sentido de justicia con el sistema de salud

Para el análisis de este apartado se realizaron dos redes; la primera llamada “Consideraciones de lo justo en salud” en la cual se detalla los principios por los que se rigen prioritariamente los afiliados-cotizantes entrevistados, es decir, justicia liberalista, distributiva, utilitarista o igualitarista y la segunda con el nombre “Forma de operar en el sistema de salud” en donde se vislumbra a partir de qué sentido se manejan en el sistema de salud lo cual se codificó como a) sentido colectivo y b) sentido individual.

Tabla 4 Justicia con el sistema de salud

Dimensión	Grupo de códigos	Red
Justicia con el sistema de salud	Igualitarismo	Consideraciones de lo justo en salud
	Utilitarismo	
	Distributiva	
	Liberalista	
	Sentido Colectivo	Forma de operar en el sistema de salud
	Sentido individualista	

Elaboración Propia.

7.3.3.1 Consideraciones de lo justo en salud

A partir del significado del derecho a la salud que otorgan los entrevistados se puede identificar el sentido de justicia social predominante en una sociedad (Hernández-Álvarez,

2008). En este sentido, se podría inferir en base a lo planteado en el apartado anterior, donde se estipula que el derecho a la salud debe ser igualitario e ir más allá de la salud y la enfermedad, que la justicia con el sistema de salud se piensa de manera colectiva, no sólo a partir de las necesidades como individuo. Por lo tanto, el paradigma de justicia que debiera regir entre los afiliados-cotizantes entrevistados es diferente al que se postula hoy en día como derecho a la salud.

Hoy en día el sistema de salud funciona en base a atacar y curar la enfermedad y no se enfoca en prevenir y promocionar el bienestar (León, 2012). Entonces, los entrevistados debieran tener un sentido de justicia enfocado en las necesidades colectivas y no sólo en las personales. No obstante, los resultados indican resultados paradójicos. Si bien la mayoría de los afiliados-cotizantes está de acuerdo con un sistema colectivo y solidario, la forma de operar en el sistema de salud es individualista, siempre optando por el beneficio propio por sobre lo colectivo.

En este sentido cuando a los entrevistados se les hacen las preguntas ¿qué es lo justo en salud? y ¿cuál sería un sistema de salud justo? surgen una multiplicidad de consideraciones. Puesto que cuando las personas definen lo que es justo, lo hacen en términos de ciertos principios de justicia, que son criterios sobre lo que les parece justo y esos criterios se corresponden con los principios de justicia que han sido formulados teóricamente como; Justicia Igualitarista, Justicia Distributiva y Justicia Liberal.

El sentido de justicia igualitarista es el que predomina entre los entrevistados afiliados-cotizantes, pues la mayoría indica que desde su perspectiva un sistema de salud justo sería aquel que es único e igualitario para toda la población y además de aquello que sea solidario.

“Yo creo que debería de haber un sistema único de salud” (Mujer 39 años, ISAPRE).

“Yo preferiría que hubiese un sistema único de salud, único de salud para que toda la población chilena tenga un sistema de calidad, en lo que se refiere a las atenciones” (Hombre 29 años, ISAPRE).

“El sistema de salud debería de transicionar a un sistema nacional único en donde las cotizaciones fueran a un fondo y que se distribuyera en el sistema de salud” (Mujer 25 años, FONASA).

Pensamiento que es totalmente contrario al sistema que rige hoy en día en materia de salud, el cual es mixto y donde el componente económico rige como productor de desigualdades entre el sistema público y privado, afectando en la rapidez de las atenciones y en la calidad de las infraestructuras hospitalarias. En este sentido existe una tensión entre quienes tienen principios de igualdad frente a las desigualdades que son tan patentes en Chile.

Si bien el Estado indica que la sociedad chilena es moderna e igualitaria, en la práctica las personas se dan cuenta que en realidad el lazo social es sumamente jerárquico y vertical (Araujo, 2013). Lo cual se refleja en el sistema de salud, sobre todo en el factor económico.

Así lo plasman algunos entrevistados:

“La justicia es la igualdad para todos y como estamos no po, o sea no funciona” (Hombre 56 años, FONASA).

“No me parece justo. Tanto para los que pagamos o como para los que no pagan. Porque debería ser para todos igual” (Mujer 39 años, ISAPRE).

Por otra parte, están los entrevistados para quienes su sentido de justicia se asemeja más a la justicia distributiva. Ellos indican que les parece correcto que se asegure un nivel de calidad mínimo en relación con atenciones de salud, pero que esto no prohíba la existencia de un sistema privado para la población que tiene mayor acceso económico o quiere otro nivel de comodidad en las atenciones. Dado que para ellos se debe tener la libertad de poder optar a

mejores condiciones siempre y cuando la salud pública tenga excelentes estándares de calidad.

“No creo que este mal en sí mismo que existan algunos privados, no sé, parece que estoy cada vez más mixta en la cuestión, antes era como solo estado mi pensamiento, y pero para que eso ocurra creo que tendría que garantizarse lo que te decía antes, entonces que todos, a ver, que no dependa como de la condición social, la atención oportuna y de calidad en la salud” (Mujer 42 años, FONASA).

“Un sistema mixto sería bastante bueno donde el sistema público de salud llegará a toda la gente con buen servicio, no a un nivel de los particulares, pero un buen servicio” (Hombre 67 años, FONASA).

En última instancia y en menor frecuencia, están aquellos entrevistados que señalan que deben primar las libertades cuando se trata de salud y por ello la existencia de privados no les parece problemático. En otras palabras, que exista una salud pública y una privada. Aunque puedan presentar desigualdades entre sí, no les parece problemático.

“Dentro de las libertades económicas que nos rigen como nación o estado donde está el libre comercio y libre competencia. Siempre existirá lo público o privado o debe existir” (Hombre 28 años, ISAPRE).

Los entrevistados indican su sentido de justicia con el sistema de salud a partir de su sentido de realidad, es decir evalúan lo justo o injusto, comparando su vida y contexto con las personas que les resultan familiares (Boltanski, 2014). Por tanto, no es de extrañar que quien piense de manera cercana a la teoría liberal de la justicia sea una persona que está afiliado a ISAPRE ya que, debe tener mejor condición socioeconómica y, sus cercanos deben tener opiniones similares acerca de lo justo en materia de salud.

Resulta interesante que los afiliados-cotizantes que abogan por un sistema de salud igualitario sean personas afiliadas de ambos sistemas de salud. Quienes se inclinan por un sistema igualitario al momento de evaluar si es justo o no el sistema de salud dan cuenta con mayor

vigor de las injusticias que se producen entre sistemas de salud y, vislumbran que detrás de la salud privada existen intenciones que van más allá de velar por la salud de las personas, como lo es el lucro con la salud y por ello indican que es mejor que el sistema se reformara en uno igualitario y equitativo.

“Por mi parte preferiría que hubiera un solo sistema de salud porque cuando se mezclan, al haber una salud privada hay pueden haber algunos incentivos perversos por el lucro, porque lo que le interesa a la empresa que administra salud, a lo mejor más que sanar a la persona a lo mejor eso es lo que pueden mostrar como objetivo pero también le puede interesar el lucro, tener la mayor cantidad de ganancias entonces también pueden caer de repente a veces en formas que no son éticas” (Hombre 29 años, Isapre).

Al respecto, surge una serie de consideraciones sobre el sistema de salud actual, que lo hacen ser injusto desde el punto de vista de los entrevistados. La injusticia que más se repite dentro del discurso de los entrevistados es que no todas las personas tienen la posibilidad de elegir el sistema de salud a través del cual se recibirán atenciones de salud, debido a que el factor económico prima al momento de recibir atenciones en el sistema de salud privado. Injusticia que va asociada a la desigualdad de rapidez que existe entre sistemas de salud. Lo cual resulta contradictorio, ya que la posibilidad de elegir va asociada a argumentos liberales de justicia sobre todo con la filosofía de Hayeck quien plantea que “la implementación de las políticas de subsidio y protección a ciertos sectores de la población tiene por costo la libertad de cada individuo” (Boticcelli, 2018, pág.78), por lo tanto, entre los entrevistados existe una ambigüedad en cuanto a los principios de justicia. Por un lado, creen que implementar políticas que contribuyan a la equidad es necesario, y por el otro no quieren perder sus libertades de elección.

“Esto de que uno puede elegir el sistema público o privado, es mentira porque hay gente que no puede elegir” (Mujer 43 años, FONASA).

Aquellos que piensan desde un punto de vista distributivo indican que no habría problema que existan dos sistemas de salud y la posibilidad de elección, mientras que todas las personas tengan las mismas posibilidades, produciendo un sistema de salud mucho más justo.

“Si hubiera esta disposición de que cada persona elija pero que, si hubiera equidad para esa elección y que partimos de la misma base y las mismas oportunidades, sería bacán” (Mujer 35 años, FONASA).

Sumado a ello mencionan que hoy en día la visión de salud del Estado es individualista, por lo que se le atribuye al individuo la responsabilidad de velar y hacerse cargo de su propia salud. No sólo económicamente, sino que también la responsabilidad de enfermar y no prever desde la juventud la necesidad de recibir atenciones en la vejez. Lo cual es considerado injusto, dado que ellos creen que es deber del Estado velar por la salud de las personas del territorio y establecer políticas que impulsen a los ciudadanos a prevenir enfermedades de salud.

“Que deposita la responsabilidad al individuo, como si uno tuviera la posibilidad de gestar su propia salud, independiente del mundo que lo rodea” (Mujer 43 años, FONASA).

“Tú tienes que ser previsor con tu salud, aparte de cuidarte tienes que ser previsor entonces eso la gente no lo entiende y la gente que tiene plata, como tienes recursos viene y contrata planes adicionales, seguros” (Hombre 66 años, FONASA).

Los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE son capaces de comprender que el problema de la justicia está atribuido a la distribución de bienes materiales y simbólicos de las personas en la sociedad (Boltanski, 1988). Pero el sentido de justicia está relacionado con el contexto social, económico y etario de cada persona, por lo que el sentido de justicia cambia a partir de las perspectivas de las personas.

7.3.3.2 Forma de operar en el sistema de salud

La forma de operar en el sistema de salud de los entrevistados en ocasiones no coincide con sus ideales respecto al principio normativo por el que se debe regir el sistema de salud. Debido a que su sistema de salud “ideal” es sólo una representación de los afiliados-cotizantes de lo que sería un sistema de salud que encarne el principio normativo por el que se rige el principio de justicia de cada afiliado-cotizante (Aguilar, 2003), y no necesariamente representa su manera de actuar frente a un contexto diferente al ideal social. Es por ello que, al momento de operar en el sistema de salud, los entrevistados no siempre son concordantes con sus principios normativos de justicia. Por ello, para analizar sus formas de operar en el sistema de salud se categorizaron en; a) Sentido colectivo, b) Sentido individualista y c) Estatus. Estas categorías no son excluyentes entre sí, pues generalmente se entrelazan en los actos de los entrevistados.

Por una parte, están aquellos afiliados que actúan desde un sentido colectivo en el sistema de salud, es decir quienes priorizan el bienestar social por sobre su propio beneficio. En este caso, son afiliados que tienen un compromiso profundo con lo público y por ello prefieren dirigir su cotización de salud obligatoria a FONASA pese a que muchas veces su sueldo les permita acceder al sistema privado y contar con mayores regalías.

“Yo quiero cotizar en FONASA porque entiendo el cómo funciona el sistema de reparto y me parece positivo que si yo gano un poco más de plata esa plata vaya a este fondo y las personas como mi abuela que tienen menos recursos puedan acceder y ya y todo eso me encanta, me encanta la lógica” (Mujer 35 años, FONASA).

“El derecho a la salud pienso que debería estar consagrado en la constitución para todos los habitantes de este país y por eso nunca me cambié de FONASA yo estoy peleando con las ISAPRE desde que salieron las ISAPRE (...) y nunca me he inscrito porque considero que he sido solidario” (Hombre 66 años, FONASA).

“Yo cotizo el porcentaje de sueldo, también pensando un poco en esta lógica solidaria de FONASA por distribución” (Mujer 43 años, FONASA).

Pese a este sentido solidario y colectivo con el sistema de salud, muchos de ellos terminan afiliándose a una ISAPRE o bien, se atienden regularmente en centros privados dado que consideran que el sistema de salud público no funciona de la manera oportuna. Por ello prefieren desembolsar dinero en sus atenciones de salud, considerando que el monto de cotización es bajo, cuentan con rentas que permiten costear su salud y son personas sanas.

Entre aquellos que claman por un sistema igualitario, hay quienes decidieron afiliarse a una ISAPRE para contar con atenciones oportunas, pues sentían que el sistema de salud público no cumplía sus expectativas.

“Nosotros por muchos años estuvimos como familia en FONASA porque nosotros pensábamos que teníamos que solidarizar con aquellas personas que no tienen ingreso, que perdieron el trabajo y que reciben el mismo sistema de salud. Pero como lamentablemente no es así, optamos por un régimen particular” (Mujer 57 años, ISAPRE).

Si bien, esta decisión es contradictoria respecto a su principio normativo de justicia, en la realidad las personas no siempre actúan en relación con este ideal, sino desde lo que les parece moralmente correcto a partir de las condiciones reales de acción (Sen, 1988). Igualmente resulta interesante indagar por qué se produce esta disyuntiva pensamiento-acción entre los afiliados, puesto que en variadas ocasiones optan de manera estratégica por el sistema privado, pese a que abogan por un sistema único e igualitario para toda la población.

“La verdad es que por el 7% que tenía coticé como en distintos lugares como con los beneficios que podía acceder y el plan que me convenció fue un poco este en la clínica privada. Me pareció más beneficioso para mí, más barato y accediendo también a una salud mejor. Ha sido una buena experiencia y fue más como personal costo-beneficio de la decisión” (Hombre 29 años, ISAPRE).

“Es que la salud pública fuera de calidad, yo estaría en FONASA. No tendría que existir el privado” (Mujer 31 años, ISAPRE).

Al respecto, que las personas se muevan dentro del sistema de salud a partir de su beneficio propio, no es extraño considerando la historia política y social de Chile, pues desde el golpe militar en el año 1973 se comenzó a individualizar la vida, producto del miedo y disolución de la organización social, la cual abarcó prontamente todos los ámbitos de la vida cotidiana y sigue presente fuertemente hoy en día. Por esta razón, no es extraño que a pesar de que las personas cuestionen el marco normativo a través del cual funciona el sistema de salud, no operen a partir de estos principios (Boltanski, 1988).

8. Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo indagar cómo las experiencias de atención en salud de los pacientes afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE influyen en sus significados del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud.

Se intuía que las experiencias de atención en salud, buenas o malas, condicionaban la idea de los afiliados-cotizantes sobre el derecho a la salud y el sentido de justicia con el sistema de salud. Esto, debido a que las experiencias de atención se basan en criterios objetivos para los afiliados, como la calidad, eficacia y rapidez del servicio obtenido. Así como también de la afabilidad de la atención del personal de salud y el respeto de sus derechos de atención (Cuevas, 2012).

En relación con el primer objetivo específico, el cual estaba enfocado en conocer las experiencias de atención en salud de las personas afiliadas-cotizantes a FONASA e ISAPRE, se halló que los afiliados-cotizantes clasifican sus experiencias de atención como “buenas” o “malas” en base a la calidad de estas, empero no existe una definición universal para el concepto de “calidad” entre todos los afiliados; todo depende de sus expectativas con el servicio de salud y la relación que ellos establezcan con sus percepciones de experiencias pasadas (Cuevas, 2012; Zeithaml & Bitner;2002). Además, no sólo la calidad de la atención influye en las experiencias de atención, sino que también la presencia de capitales - tanto económico como cultural y social -, donde las personas entrevistadas indicaron, en reiteradas

ocasiones, que los ingresos monetarios, el acceso a información y tener amistades o conocidos que trabajen en esta área terminan por repercutir en la rapidez, oportunidad y el trato de los profesionales de salud.

Con respecto al segundo objetivo específico, que consistía en identificar los significados del derecho a salud que tiene la población afiliada-cotizante a FONASA e ISAPRE, se descubrió que el significado del derecho a la salud contiene dos aristas sumamente importantes; (1) los componentes que debe consagrar el derecho a la salud y (2) el rol del Estado en relación con la consagración efectiva de este derecho. Ambos están estrechamente relacionados con las experiencias previas de atención en los diferentes centros de salud, tanto del afiliado como de sus familiares, y al mismo tiempo también hacen referencia a la manera en que opera hoy en día el sistema de salud. En este sentido los componentes que debe tener el derecho a la salud según los afiliados-cotizantes entrevistados son; (1) calidad, (2) oportunidad y (3) multidimensionalidad. La relación de estos tres componentes con las experiencias de atención en salud es que emergen de las necesidades actuales de los afiliados al acudir al sistema de salud. En cuanto al rol del Estado en el derecho a la salud, los entrevistados indican que debe garantizar, financiar, promover, prevenir y dar acceso a las atenciones de salud; todo aquello en base a su análisis sobre la labor del Estado en el derecho a la salud actual y en base a sus experiencias.

El tercer objetivo específico apuntaba a explorar el sentido de justicia de los afiliados-cotizantes de FONASA e ISAPRE en relación con el sistema de salud. Esta investigación develó que las personas se rigen a partir de principios normativos a la hora de indicar lo que es justo en materia de salud. En este sentido, la mayoría de los entrevistados, tanto afiliados-cotizantes a ISAPRE como a FONASA, indican que el sistema de salud chileno es injusto. Desde sus puntos de vista, debería primar la igualdad de acceso y oportunidad de las atenciones, sin importar las condiciones socioeconómicas o territoriales del paciente. No obstante, también se halló que muchos de los entrevistados que exigen que el sistema de salud se base en principios normativos de igualdad, no se mueven en el sistema de salud chileno a partir de los principios normativos que indican como legítimos, sino que actúan de manera estratégica en el sistema de salud, sacando partido de sus capitales,

situación que desde sus perspectivas les permite tener una mejor experiencia acudiendo a servicios de salud. Reafirmando la existencia de desigualdades estructurales entre los sistemas de salud, basadas en el nivel de ingresos, círculo social y nivel educacional.

En definitiva, como conclusión de esta investigación se desprende que, efectivamente, las experiencias de atención de salud están estrechamente ligadas con el significado del derecho a la salud y el sentido de justicia de salud de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE. Al mismo tiempo, se encuentra que los usuarios entrevistados que pertenecen a FONASA no tienen peores experiencias en cuanto a atenciones de salud, lo cual constituyó un hallazgo inesperado. Esto se debe a que el trato recibido en los diferentes centros de salud es bueno y los profesionales que se desempeñan en el sistema público son de la más alta calidad, por lo que a nivel de las atenciones las experiencias son similares entre afiliados de ambos sistemas de salud.

En ese sentido, es posible declarar que la desigualdad que se expresa en experiencias dispares entre los usuarios de FONASA e ISAPRE se producen a nivel macro en el sistema de salud. Destaca la desigualdad de oportunidad y rapidez de las atenciones en base a los ingresos socioeconómicos, y la diferencia de infraestructura y pulcritud entre centros privados y públicos. Esto se debe a que el sistema chileno de salud es un sistema neoliberal, dado que se rige por el libre mercado, por tanto el sistema privado tiene libre disposición de cobrar lo que estime conveniente obteniendo mayores recursos para invertir en infraestructura. Esta situación de libre mercado reduce las posibilidades de acceso al servicio privado de salud a solo $\frac{1}{4}$ de la población (Biblioteca Nacional de Chile, 2021).

En cambio, el sistema público de salud no obtiene los recursos necesarios para invertir gran cantidad de dinero en infraestructura y la cantidad de población que debe atender es mucho mayor, lo que no significa que sus atenciones y centros sean malos, sino que las experiencias son diferentes. No obstante, existe una percepción generalizada de que el servicio público de salud tiene peores condiciones de atención. En este sentido, los entrevistados plantean cambios estructurales para que el sistema de salud sea más equitativo, esta demanda por cambios estructurales se viene gestando hace bastante tiempo y se refleja en los diferentes

movimientos sociales que se presentaron en los antecedentes y que confluyeron en el estallido social de octubre de 2019. Situación que produjo que todos los sectores de la sociedad aboguen por equidad en todas las aristas de la vida como salud, educación y jubilación.

Lo anterior tiene estrecha relación con lo planteado en el marco empírico y teórico de esta investigación. Se rescata la particularidad de las experiencias mediadas por el contexto social y económico del entrevistados expuesta por Dubet (2007) y lo mencionado por Gohtlieb, et al. (1994) y Pascoe (1983) donde indican que la experiencia es la calidad percibida de la atención de salud situación que se vio reflejada en esta investigación. Al mismo tiempo que lo expuesto por Allar, et al., 2019 en relación con el derecho a la salud, pues se confirmó que la preocupación ciudadana se centra en las obligaciones del Estado frente al derecho a la salud.

Dentro de las limitaciones metodológicas de este estudio se considera, haber realizado las entrevistas de esta investigación en un contexto sociopolítico álgido, como lo fue las votaciones de representantes para la asamblea constituyente, marcando un profundo hito político en el país y Latinoamérica, situación que pudo influir en el discurso de los entrevistados. En segundo lugar, se distingue también como limitación entrevistas afiliados-cotizantes sólo de la Región Metropolitana, ya que la realidad de la metrópoli chilena puede ser sumamente diferente a lo vivenciado por afiliados-cotizantes en otras regiones del país que generalmente cuenta con menos centros de salud y consecuentemente más distantes unos de otros.

También se puede considerar como una limitante la realización de las entrevistas durante la pandemia de Covid-19, pues las entrevistas se tuvieron que realizar de manera completamente online, esto significó que sólo se pudo realizar entrevistas a afiliados-cotizantes con alfabeización tecnológica, reduciendo significativamente la muestra sobre todo de personas adultas mayores. También es relevante indicar que este estudio no es extrapolable a toda la población, ni siquiera de la Región Metropolitana, ya que los entrevistados se contactaron a través de redes sociales y se seleccionó la muestra a través de casos tipos y se completó la muestra a través de un muestreo por conveniencia. De igual manera, se evidencian hallazgos que permiten aportar a la discusión política y social del país, sobre todo identificando lo que

los entrevistados consideran necesario implementar en relación a la salud en el marco de la redacción de la nueva Constitución chilena.

Entre los aportes de investigación se destaca, en primer lugar, el dilucidar que el problema del sistema de salud va más allá del mismo funcionamiento del sistema; que remite a cuestiones estructurales, como la manera en que está redactada la Constitución y las labores de las cuales se hace cargo el Estado. En segundo lugar, dar cuenta de las contradicciones que se producen en la sociedad chilena. Los entrevistados, por un lado, indican que se deben realizar cambios estructurales hacia un sistema más equitativo e igualitario para toda la población, pero actúan de una manera en que legitiman y perpetúan estas desigualdades. Y finalmente, dado las contradicciones entre los entrevistados, muchos de los cambios que plantean los afiliados-cotizantes, sobre todo aquellos pertenecientes a ISAPRE, no significan un desmedro importante de su estatus/posición de clase o privilegios con los que ellos cuentan, pues la mayoría de la gente ve como opción el servicio privado en caso de que se tengan los medios para costearlos.

Se distinguen como posibles áreas de estudio a futuro, indagar en las experiencias de atención de afiliados-cotizantes a ISAPRE y FONASA de otras regiones del país, para así tener evidencia sustantiva que permita aportar información representativa al proceso constituyente. Asimismo, sería interesante indagar en mayor profundidad en la contradicción hallada entre los principios normativos que guían el sentido de lo justo de los entrevistados y la manera de desenvolverse en el sistema de salud chileno.

Bibliografía

Aguilar, F. (2003). Teorías modernas de la justicia. Recuperado de <https://studylib.es/doc/5217552/teorias-modernas-de-la-justicia>.

Allard Soto, R., Hennig Leal, M. C., & Galdámez Zelada, L. (2016). El derecho a la salud y su desprotección en el estado subsidiario. *Estudios constitucionales*, 14(1), 95-138.

Araujo, K. (2013). La igualdad en el lazo social: procesos sociohistóricos y nuevas percepciones de la desigualdad en la sociedad chilena. *Dados*, 56, 109-132.

Aravena, P., & Inostroza, M. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(2), 244-251.

Arriagada, N. (2016). Identidad y subjetivación política en el Movimiento por la salud digna en Chiloé. *Polis* (Santiago), 15(44), 263-287.

Barría, P. (2012). Alza de precios de planes de ISAPPRE: seis verdades ocultas. 2021, de CIPER Sitio web: <https://www.ciperchile.cl/2012/04/05/alza-de-precios-de-los-planes-de-isapres-seis-verdades-ocultas/>

Bedregal, P., & Brahm, S. (2017). La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro.

Berger, P. L., Luckmann, T., & Zuleta, S. (1968). La construcción social de la realidad (Vol. 975). Buenos Aires: Amorrortu.

BIBLIOTECA NACIONAL DE CHILE. Conformación de la ideología neoliberal en Chile (1955-1978). Memoria Chilena. Disponible en <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-31415.html> . Accedido en 2/12/2021.

Boltanski, L. (2014). La sociología crítica y la sociología pragmática de la crítica. De la crítica (pp.37-84). Madrid: Akai.

Buris Poch, P., Bustamante Badilla, N. y Rojas Zúñiga, J. (2014-01). Análisis crítico del sistema de salud chileno : la puja distributiva y sus consecuencias. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115329>

Botticelli, S. (2018). Dos concepciones liberales del Estado: Adam Smith y Friedrich Hayek. *Praxis Filosófica*, (46), 61-87.

Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Burrows, J. (2020). SOBRE EL LUCRO EN SALUD.

Canales, M. (2006). Metodologías de la investigación social. LOM Ediciones. Santiago.

Castaño, L. S. Á. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.

Castro, R. (2011). Teoría social y salud. *Teoría social y salud* (pp. 197-197).

Couso, J., & Reyes, M. (2009). Notas acerca del origen y trayectoria del derecho constitucional a la protección a la salud en Chile. *Revista de derecho (Coquimbo. En línea)*, 16(2), 161-194.

Delory-Momberger, C. (2014). Experiencia y formación: biografización, biograficidad y heterobiografía. *Revista mexicana de investigación educativa*, 19(62), 695-710.

Departamento de Epidemiología y Promoción de la Salud. (2000). Informe Nacional Factores de Riesgo. Santiago, Chile.

Detén el Alza. (2011). ¿Quiénes Somos? 2021, de Detén el Alza Sitio web: <http://www.detenelalza.cl/quienes-somos.php>

Díaz, I. (2016). Hacia un movimiento social por la salud. Punto final, Volumen 862.

Drane, J. F. (1990). Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 108 (5-6), mayo. -jun. 1990.

- Ferrer Lues, M. (2003). Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. *Acta bioethica*, 9(1), 113-126.
- Flick, U. (2007). Estrategias de muestreo. Flick, U., *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid, Morata, 75-86.
- Figuroa García-Huidobro, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*, 11(2), 283-332.
- FONASA, C. P. P. (2020). Cuenta pública participativa. FONASA (internet).
- French-Davis, R. (2018) *Reformas económicas en Chile, 1973-2017*. Santiago de Chile: Taurus.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786.
- Goyenechea, M., & Sinclair, D. (2013). La privatización de la salud en Chile. *Políticas Públicas*, 6(1).
- Goyenechea, M. (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuad Méd Soc*, 59(2), 7-12.
- Goldstein, E. (2018). *El sistema de salud en Chile y la atención primaria de salud municipal*. Santiago, Chile: Asesoría técnica parlamentaria.
- Hernández-Álvarez, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de salud Pública*, 10, 72-82.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista, L. (1998). *Metodología de la Investigación*. Segunda.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62.

Instituto de Salud Pública Andrés Bello (2016). Encuesta Nacional de Salud 2016: VII Encuesta 405 sobre el sistema de salud chileno. UNAB.

Jimenez, F. (2019). Protestas en Chile: "Si tú no tienes plata en este país, te mueres", la dura realidad de la salud pública del país sudamericano. Noviembre, 2020, de BBC Mundo Sitio web: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50405749>

Labrín, S. & Radovic, P.. (2020). Cuando el Covid-19 pasa la cuenta. noviembre 20, 2021, de La Tercera Sitio web: <https://www.latercera.com/la-tercera-domingo/noticia/cuando-el-covid-19-pasa-la-cuenta/4AKISIUWTVHQZD3UZT3TOKUTDU/>

Larrañaga, O. (1999). Distribución de ingresos y crecimiento económico en Chile.

Latorre, R.. (2020). Coronavirus: cuentas de clínicas por atención de pacientes FONASA superan los \$61 mil millones. Noviembre 20, 2021, de *La Tercera* Sitio web: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/coronavirus-cuentas-de-clinicas-por-atencion-de-pacientes-fonasa-superan-los-61-mil-millones/GGVS4K4HBVA57IZNFX6Y3KH5NA/>

Latorre, R. (2020). Lista de espera suma 281 mil pacientes adicionales por efecto de la pandemia. *La Tercera*. Recuperado de: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/lista-de-espera-suma-281-mil-pacientes-adicionales-por-efecto-de-la-pandemia/5YISLKW7LRBVXJNMBEFTUXTZRU/>

Labra, M. E. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cadernos de saúde pública*, 18, 1041-1052.

León, F. J. (2012). Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Revista médica de Chile*, 140(11), 1490-1494.

López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M. I., & Espinoza-Martínez, C. E. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Medica del instituto mexicano del seguro Social*, 45(3), 233-242.

Massai, M. & Miranda, B.. (2021). La mitad de la convención: 77 constituyentes electos provienen de listas que impulsan cambios radicales al sistema. noviembre 22, 2021, de CIPER Chile Sitio web: <https://www.ciperchile.cl/2021/05/17/la-mitad-de-la-convencion-77-constituyentes-electos-provienen-de-listas-que-impulsan-cambios-radicales-al-sistema/>

NUDESOC. (2020). Informe De Resultados Oficial Encuesta Zona Cero.

PNUD, (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

OCDE, (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Oliva, C., & Hidalgo, C. G. (2004). Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé (Santiago)*, 13(2), 173-186.

Olivares, E. & Rodríguez, C.. (2021). Paridad efectiva, RD más que PC, 56 alcaldes menos de derecha: los datos de las elecciones. noviembre 22, 2021, de Pauta Sitio web: <https://www.pauta.cl/politica/empate-paridad-genero-convencion-constitucional-datos-clave>

Orozco Morales, S. M., & Vija Espitia, M. V. (2020). Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios.

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.

Parra, E., Sánchez-Gómez, M. C., García-Peñalvo, F. J., Muñoz Sánchez, J. L., Martín-Cilleros, M. V., Franco, M., & Pinto Bruno, Á. (2017). *Análisis de contenido*

cualitativo: Estudio de la satisfacción de los usuarios sobre la presentación de un nuevo medicamento en la salud pública.

Pezoa, M. (2012). *¿ Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva de la usuaria los que más contribuyen a que se sienta satisfecho. Departamento de estudio y desarrollo. Superintendencia de salud de Chile.*

Rodriguez, L. M. B. (2016). *La calidad en salud un concepto histórico vigente. Revista ciencia y cuidado, 13(1), 5-9.*

Ruiz, C., & Caviedes, S. (2020). *Estructura y conflicto social en la crisis del neoliberalismo avanzado chileno. Santiago.*

Salazar, C. (2018). "Una fuerza latente: Caracterización del Movimiento Social en Salud". *El mostrador* Sitio web:
<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2018/09/12/una-fuerza-latente-caracterizacion-de-l-movimiento-social-en-salud/>

San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa, 16(1), 104-122.*

Sen, A. (1988). *¿ Igualdad de qué?. Libertad, igualdad y derecho, las conferencias Tanner sobre filosofía moral, 133-156.*

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Codificación abierta. En Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamental. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 114.*

Superintendencia de Salud. (2021). Alzas de precio base de las ISAPRE. *de Super Intendencia de Salud* Sitio web:
<http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-5014.html>

Taylor, S., & Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación social. *Cáp. IV.*

Valenzuela, P. & Pezoa, M. (2015). Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud. Chile: Superintendencia de Salud.

Villarreal, P. A. (2019). El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo: la calidad en los servicios de salud a partir de Poblete Vilches vs. Chile. *Constitución y Derechos*.

Villasana-López, P. E., & Álvarez-González, E. C. (2019). Representaciones sociales acerca de la lucha, en Chile, por el derecho a la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(3), 44-53.

Anexos

1. Consentimiento informado entrevistas semiestructuradas

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Influencia de las experiencias de atención en salud , en el significado del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE. Un estudio comparativo.

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitada/o a participar en la investigación; Influencia de las experiencias de atención en salud, en el significado del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE. Un estudio comparativo. Su objetivo es poder identificar cómo las experiencias de atención de los pacientes afiliados a FONASA y los afiliados a ISAPRE influyen en sus concepciones sobre el derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud. Usted ha sido seleccionado(a) porque es usuario afiliado a _____.

La investigadora responsable de este estudio es Catalina Ayalen Flores Lavin, estudiante de Sociología de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista sobre sus experiencias de atención en su centro de salud y su concepción sobre el derecho a la salud. En ella se le consultará, a grandes rasgos, respecto a la calidad de su atención, su satisfacción con aquellas atenciones, sobre su consideración sobre un sistema de salud justo y qué aspectos debe cubrir el derecho a la salud. La entrevista durará aproximadamente entre 30 min a 45 min, y será grabada sólo con fines de poder sistematizar la información. La grabación podrá ser

interrumpida y/o retomada en el momento que desee. Por último, la entrevista se llevará a cabo en el día y hora que usted estime conveniente según su disponibilidad.

Riesgos: La entrevista no tiene riesgo de ningún tipo.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para la creación de políticas públicas en salud e información de suma importancia para el proceso constituyente que está viviendo el país.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva, con fines de ser utilizadas solo en el marco de la Tesis titulada: “Influencia de las experiencias de atención en salud, en el significado del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE. Un estudio comparativo”. La información será manipulada por Catalina Ayalen Flores Lavín. En el caso de la grabación de las entrevistas, estas serán borradas luego de su transcripción. Mientras que las transcripciones se borrarán una vez finalizada la investigación.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, puede solicitar la información que desee a la investigadora a cargo del estudio.

Datos de contacto: Si requiere más información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la persona responsable de este estudio:

Investigadora: Catalina Flores Lavín

Teléfono: +56993114456

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: catalinafloreslavin@gmail.com

También puede comunicarse con el presidente del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dr. Uwe Kramp Denegri
Presidente Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Teléfonos: (56-2) 29772443
Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales, Edificio A, Dependencias de Decanato. Universidad de Chile.
Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Deseo que mi nombre aparezca con un seudónimo: Sí - No

Seudónimo: _____

Yo,, acepto participar en el estudio “Influencia de las experiencias de atención en salud, en el significado del derecho a la salud y en el sentido de justicia del sistema de salud de los afiliados-cotizantes a FONASA e ISAPRE. Un estudio comparativo”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de la información:

Este documento consta de “N°3” páginas. y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

2. Tabla para la construcción de herramienta de recolección de información

Objetivos específicos	Dimensiones	Sub-dimensiones
<p>1. Conocer las experiencias en el sistema de salud chileno de las personas afiliadas cotizantes a FONASA y a ISAPRE.</p>	<p>1. Trato recibido en las atenciones de salud.</p> <p>2. Relación costo plan de salud con la atención recibida.</p> <p>3. Accesibilidad para recibir prestaciones de salud.</p> <p>4. Estrategias para obtener mejor atenciones en salud.</p>	<p>a) Experiencias de atención en centro de salud públicos.</p> <p>b) Experiencias de atención en centros de salud privados.</p> <p>c) Experiencias obteniendo horas a médico general, especialista y exámenes.</p> <p>d) Experiencias de trato del personal en las atenciones de salud.</p> <p>e) Dificultades/facilidades de pago de las prestaciones de salud</p> <p>f) Opinión sobre relación valor de sus cotizaciones de salud con la calidad de la atención recibida.</p> <p>g) Rapidez para obtener un diagnóstico.</p> <p>h) Herramientas complementarias para obtener un mejor servicio de salud.</p>
<p>2. Identificar los significados del derecho a salud que tiene la población afiliada cotizante a FONASA y la población afiliada cotizante a ISAPRE.</p>	<p>1. Significados del derecho a la salud.</p>	<p>a) Comprensión del derecho a la salud.</p> <p>b) Concepción del derecho de la salud actual</p> <p>c) Aspectos que deben estar incluidos en el derecho a la salud</p> <p>d) Ente que debe garantizar el derecho a la salud.</p>
<p>3. Explorar el sentido de justicia de los usuarios cotizantes de Fonasa e ISAPRE en relación con el sistema y las políticas de salud</p>	<p>1. Sentido de justicia en relación con el funcionamiento del sistema de salud.</p> <p>2. Sentido de justicia en relación con las políticas públicas de salud.</p>	<p>a) Opiniones sobre la organización del sistema de salud actual.</p> <p>b) Opiniones sobre cómo debería organizarse el sistema de salud.</p> <p>c) Opiniones sobre las políticas de salud.</p>

3. Herramientas de recolección de información: Pauta entrevistas semi-estructuradas

Caracterización.

- Nombre
- Edad
- Ocupación
- Previsión de salud
- Comuna

A. Conocer las experiencias en el sistema de salud chileno de las personas afiliadas cotizantes a FONASA e ISAPRE.

- 1) ¿Cómo ha sido tu experiencia de atención en centros de salud públicos? ¿Cómo han sido tu experiencia de atención en centros de salud privados?
- 2) ¿Cómo ha sido el trato de los funcionarios en sus experiencias de atención en salud? ¿Ha recibido un trato amable? -Incluye desde el recepcionista hasta el médico-
- 3) ¿Cómo ha sido tu experiencia obteniendo horas médicas? Y para médicos especialistas? Y para la realización de exámenes?
- 4) ¿Has recibido atención oportuna?
- 5) ¿Has sido diagnosticado a tiempo?
- 6) ¿Las prestaciones médicas (bonos de consulta, exámenes, procedimientos) tienen un precio accesible para ti?
- 7) ¿Tiene contratado algún seguro complementario?
- 8) ¿La calidad de la atención recibida, se condice con lo que pagas en tus cotizaciones de salud?
- 9) ¿Ha sentido que tus derechos como paciente son pasados a llevar?

B. Identificar los significados del derecho a salud que tiene la población afiliada cotizante a FONASA y la población afiliada cotizante a ISAPRE.

- Preguntas directas

- 1) ¿Qué significa para ti el “derecho a la salud”?
- 2) ¿Qué aspectos deben estar incluidos en el derecho a la salud?
- 3) Para ti ¿Quién/qué ente crees que debe garantizar el derecho a la salud en Chile?
- 4) ¿Conoces la definición actual del derecho a la salud?

Art. 9 El derecho a protección de salud

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

- 5) ¿Qué piensas de la definición actual del derecho a la salud?

C. Explorar el sentido de justicia de los usuarios cotizantes de Fonasa e Isapre en relación con el sistema y las políticas de salud.

- 1) ¿Qué opinas sobre el sistema de salud chileno?
- 2) ¿Le parece justo que el sistema de salud esté dividido en sistema público y privado?
¿por qué?
- 3) Consideras más justo que cada uno reciba prestaciones de salud en función de su aporte o que todos aporten lo que puedan y reciban prestaciones en función de lo que necesitan. ¿por qué?
- 4) ¿Cómo debería organizarse el sistema de salud chileno?