



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

# **“Calidad del servicio de salud público según la percepción de los usuarios adultos mayores de la comuna de Renca”.**

Estudiante: Karina Gutiérrez Clavero.  
Profesora Guía: Susana Vallejos Silva.

Tesis para optar al grado académico de Licenciado/a en Trabajo Social.  
Tesis para optar al título de Trabajadora Social.

Santiago de Chile  
2016

## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Planteamiento del Problema.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Pregunta de Investigación.....</b>	<b>28</b>
<b>3. Objetivo General.....</b>	<b>29</b>
<b>4. Objetivos Específicos.....</b>	<b>29</b>
<b>5. Hipótesis de la Investigación.....</b>	<b>29</b>
<b>6. Estrategia Metodológica.....</b>	<b>31</b>
6.1. Enfoque Epistemológico.....	31
6.2. Tipo de Investigación.....	31
6.3. Carácter de la Investigación.....	33
6.4. Unidad de Análisis.....	34
6.5. Universo de Estudio.....	34
6.6. Muestra.....	35
6.7. Diseño Muestral.....	36
6.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	36
6.9. Plan de Análisis.....	38
6.10. Validación y Confiabilidad de Información.....	39
6.11. Variables.....	40

## **PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO**

<b>Capítulo I: Antecedentes Históricos y Conceptuales de la Salud.....</b>	<b>42</b>
1.1. Salud y Enfermedad.....	42

1.2. Salud Pública desde el Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: Algunos Antecedentes Históricos.....	50
1.3. Modelo de Salud Familiar.....	58
1.4. Participación en Salud Pública.....	62
<b>Capítulo II: Adulto Mayor; Análisis Histórico y Conceptual.....</b>	<b>67</b>
2.1. Algunos Antecedentes Históricos.....	67
2.2. Ciclo Vital.....	69
2.3. Vejez, Envejecimiento y Longevidad.....	77
2.4. Evolución del Concepto de Adulto Mayor.....	81
2.5. Rol Social del Adulto Mayor.....	83
2.5.1. Discriminación por Edad.....	85
2.5.2. Adulto Mayor como Sujeto de Derecho.....	88
<b>Capítulo III: Salud y Adulto Mayor.....</b>	<b>90</b>
3.1. Contextualización.....	90
3.2. Modelo de Salud Familiar: Prevención y Autocuidado.....	91
3.2.1. Prevención.....	92
3.2.2. Autocuidado.....	94
3.3. Participación del Adulto Mayor en Salud.....	97
 <b>SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL</b>	
<b>Capítulo IV: Acercamientos a la Salud Pública.....</b>	<b>102</b>
4.1. Salud Pública en Chile.....	103

4.2. Descripción de la Red Asistencial.....	106
4.3. Cambio de paradigma de “Consultorio” a “CESFAM”.....	107
4.3.1. Modelo de Salud Familiar.....	108
4.4. Políticas Públicas en Salud.....	110
4.5. Ley de Participación.....	114
4.5.1. Consejos Locales de Salud.....	116
4.6. Calidad en Salud.....	117
<b>Capítulo V: Plan Nacional Adultos Mayores.....</b>	<b>123</b>
5.1. Adultos Mayores.....	124
5.2. Salud y Adulto Mayor.....	126
5.2.1. Programa del Adulto Mayor 2002.....	127
5.2.2. Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).....	128
5.2.3. Programa Nacional de Inmunización del Ministerio de Salud (MINSAL, 2012).....	129
5.3. Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025.....	129
<b>Capítulo VI: Salud a Nivel Local.....</b>	<b>133</b>
6.1. Municipalización de la Salud Pública.....	133
6.2. Centros de Salud Familiar, “CESFAM”.....	134
6.3. Salud a Nivel Local: Renca.....	135
6.3.1. Características Sociodemográficas de la Comuna de Renca .....	135
6.3.2. Establecimientos de Salud, “Cesfam” de la comuna de Renca.....	137
6.3.3. Consejos Locales de Salud.....	141

## **TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

<b>Capítulo VII: Calidad de la Salud Pública de la Comuna de Renca.....</b>	<b>144</b>
7.1. Identificación de los Adultos Mayores.....	145
7.2. Calidad de la Salud Pública de la Comuna de Renca.....	149
7.2.1. Atención Oportuna.....	149
7.2.2. Calidez Humana y Preocupación .....	170
7.2.3. Información.....	190
7.2.4. Limpieza.....	197
7.2.5. Equipos y Tecnología.....	202
<b>Capítulo VIII: Aportes al Mejoramiento de la Calidad de la Salud Pública de la Comuna de Renca.....</b>	<b>212</b>
8.1. Sugerencias Propuestas por los Adultos Mayores, para Mejorar la Calidad de la Salud Pública.....	212
8.2. Percepción sobre el rol del Estado, las Municipalidades y la Participación Ciudadana, en el Mejoramiento de la Calidad de la Salud Pública de la Comuna de Renca.....	221
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>230</b>
<b>HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>242</b>
<b>REFLEXIONES Y APORTES PARA EL TRABAJO SOCIAL.....</b>	<b>244</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>250</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>265</b>

## INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad son procesos inherentes en la vida de los seres humanos, ya que todas las personas durante el transcurso de sus vidas, han pasado por alguna determinada enfermedad. Para ello, el Gobierno de Chile se ha comprometido a otorgar una atención oportuna, que resuelva los problemas de salud de las personas, por medio de políticas públicas orientadas a la protección de los derechos en salud, con la finalidad de que estas se entreguen a todos y todas por igual, sin distinción socioeconómica, edad, sexo, nacionalidad u otra característica que pueda ser causante de vulneración. Este sentido de la salud percibida como un derecho, incluye variables que van más allá de la enfermedad en sí misma, incluyendo aspectos sociales, económicos y psicológicos que inciden en la calidad de vida de las personas.

En Chile durante la dictadura militar, se dio un giro a la salud pública del país, pues, se creó a nivel institucional el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), junto con la municipalización de los Centros de Atención Primaria. A su vez, se introdujo las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), lo que conllevó a la privatización de la salud en el país.

En el año 1997, se comienzan a incluir estrategias de promoción en salud asociadas a la educación, integrando la noción de que la salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino que es un derecho que abarca múltiples aspectos de la vida, produciéndose un cambio de paradigma de los modelos utilizados en Chile, desde el modelo biomédico al modelo biopsicosocial. Lo anterior, supone un cambio de paradigma del concepto y práctica de la salud, materializándose en el cambio de Consultorio a Centro de Salud Familiar (Cesfam).

A su vez, a consecuencia de la alta longevidad que las personas están alcanzando en la actualidad, se ha generado una cierta preocupación por parte de las entidades encargadas de garantizar la entrega de una salud pública digna y de calidad para todos y todas por igual, así como de atender las necesidades

especiales que este grupo etario requiere a consecuencia del ciclo vital por el cual trascurren, en el que generalmente se padecen más enfermedades que el resto de los grupos etarios. Como se podrá apreciar en el marco referencial de esta investigación, se han generado una serie de estrategias focalizadas en las atenciones para los adultos mayores de manera de solventar las necesidades de la población, ya que estos son los usuarios que más acuden y requieren de atenciones especiales en salud.

Lo anterior bajo el enfoque del modelo biopsicosocial utilizado en la salud pública, que tiene como fundamento poder entender los procesos relacionados con la enfermedad, como un “todo integrado”, es decir, desde una mirada holística de sistemas y subsistemas que se interrelacionan entre sí como determinantes en la salud de las personas. De este modo se comienza a entender las necesidades de los adultos mayores desde su integralidad, proporcionando cuidados básicos con acciones de promoción, prevención, curación, tratamientos, entre otras medidas que fomentan la autovalencia por el mayor tiempo posible, pero, ¿esto se cumple?, ¿es una realidad para los adultos mayores usuarios de la salud pública?, ¿es una realidad en todas las comunas del país, especialmente las más vulnerables?

La comuna de Renca es una de las comunas más vulnerables a nivel país, ubicándose en el sexto lugar de las comunas con menores ingresos económicos. Conjuntamente, tiene un 12,90% de población adulto mayor (tal como se podrá apreciar en el desarrollo de los capítulos de esta investigación). Esto conlleva a que un gran porcentaje de la población comunal, se atienda en los establecimientos públicos de la comuna de Renca y que a su vez, un gran porcentaje de estos sean adultos mayores. Así, conocer las percepciones que tienen los adultos mayores sobre la “calidad” de la salud pública en Renca, se torna una fundamentación importante sobre la necesaria reflexión que hay que hacer sobre la desigualdad de la salud pública en Chile.

Cuando se habla de “calidad”, esta debe ser pensada desde las subjetividades de los individuos, ya que esta va a ser distinta en todos los casos según las

experiencias y vivencias de los adultos mayores usuarios de la salud pública de la comuna, pero hay ciertos indicadores propuestos por la Superintendencia de Salud, que son recogidos en esta investigación. Su propuesta metodológica para determinar la percepción de la calidad en salud, son: Calidez Humana y Preocupación, Atención Oportuna, Rapidez de la Atención, Información, Limpieza y Equipos Tecnológicos utilizados en la atención en salud.

Para determinar dicha calidad, la presente investigación exhibe en una primera parte, el marco teórico dividido en tres capítulos con el objetivo de explicar la evolución que ha tenido la concepción de los conceptos salud y enfermedad por medio de diferentes autores especializados en la temática, que permitirán al lector comprender el fenómeno estudiado. En un segundo capítulo, se abordará la evolución histórica del concepto de salud y del rol social que estos han tenido a lo largo de la historia, hasta ser concebido en la actualidad como sujetos de derechos. Por último, en un tercer capítulo, se entrelazan los dos puntos anteriores con el propósito de explicar la relación existente entre salud, enfermedad y los adultos mayores.

En una segunda parte, en el marco referencial se describirán las políticas públicas en salud a nivel nacional, las cuales permitirán ahondar en el conocimiento sobre la administración política de la salud pública a nivel nacional y local. Para ello, en un primer capítulo, se realizará un acercamiento a la salud pública con la finalidad de conocer cómo es y cómo se aplica en Chile. En el segundo capítulo, se describe a nivel nacional, el Plan Nacional de Adultos Mayores y todos los programas y beneficios focalizados a este grupo etario para finalmente, describir la realidad de la salud pública a nivel local.

En una tercera y última parte, se presentarán los resultados del trabajo de campo realizado durante la ejecución de esta investigación, lo que permitirá conocer cómo es la calidad de la salud pública en la comuna de Renca desde la propia percepción de los adultos mayores usuarios del sistema y así contrastar la realidad con las políticas públicas. Esto se realizará a partir de un análisis mixto

con prevalencia cualitativa de la información recogida, lo que permite el análisis e interpretación de la información desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Finalmente, se dará término a esta investigación con las conclusiones del proceso, los hallazgos que emergen de este estudio y las reflexiones y aportes respecto al rol del Trabajo Social en el área de salud.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El derecho a la salud, es uno de los Derechos Humanos esenciales de todo individuo, ya que tiene directa relación con el derecho a la vida, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (1948), “(...) es el grado máximo de salud que se pueda lograr (...)”, estando directamente relacionado con otros derechos como la educación, vivienda, alimentación, trabajo, la no discriminación, el acceso a la información y a la participación. Estos son derechos inherentes a todas las personas, sin ningún tipo de distinción de nacionalidad, edad, sexo, religión o cualquier otra condición. De ahí su relación con la calidad de vida de las personas.

Las entidades encargadas de hacer valer estos derechos en salud a nivel mundial son: la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien se encarga de velar por este derecho a nivel mundial; la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que facilita la cooperación en asuntos como el derecho internacional, la paz, seguridad, desarrollo económico, social y derechos humanos, etc., como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el cual pretende erradicar el hambre; el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), orientada a atender los problemas de la salud pública en zonas de extrema pobreza, entre otras organizaciones. Así mismo, las entidades encargadas a nivel local de velar por este derecho, son los Gobiernos de cada país, a través de sus respectivos Ministerios de Salud (Superintendencia de Salud, 2016).

En Latinoamérica, la salud pública ha ido evolucionando dependiendo de la época histórica, de las condiciones geográficas de cada territorio, así como también, de los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales que trae consigo un mundo globalizado. Bajo este contexto, se ha ido configurando un panorama de alta heterogeneidad en cuanto a la situación de salud, es decir, a una situación desigual respecto a los riesgos, condiciones y acceso a la salud pública que tienen los diversos grupos sociales que integran a cada país de la región. En este sentido, Arriagada (2005), encargada de los Asuntos Sociales de la División de

Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), menciona que los principales problemas de la atención sanitaria en la región de Latinoamérica, tienen que ver con la precariedad institucional de la salud pública y la falta de equidad e ineficiencia de los actuales sistemas de salud.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado por la OPS, como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana. Las autoridades de cada uno de estos países, indicaron que los principales problemas de atención de salud responden a un conjunto de causas: el primero, se relaciona con el contexto económico (pobreza, desigualdad, baja calidad de vida y exclusión social) y el segundo, al desempleo y malas condiciones ambientales y de saneamiento básico. Estas barreras, se refieren a la carencia de medios económicos tanto del Estado como de los sujetos, para financiar el costo de las atenciones en salud (Arriagada, 2005).

Por lo tanto, los problemas de salud en la región de Latinoamérica están relacionados con este contexto. Particularmente, se conciernen con las condiciones económicas que posee cada persona, en otras palabras, mientras mayor sea el nivel socioeconómico, mayor capacidad de pago tendrán y por consiguiente, más acceso a servicios especializados en salud. Es así como la desigualdad es uno de los principales factores involucrados al momento de entregar un servicio de salud público de calidad.

En Chile, la promulgación de la salud como un Derecho Humano y como un derecho a la vida, ha pasado por varios momentos en la sociedad chilena. Así a comienzos del siglo XIX, el Estado aún no se hacía responsable de las cuestiones de salubridad y como consecuencia, la atención médica era un asunto privado, un lujo que solo los estratos socioeconómicos más altos se podían otorgar (Illanes, 1992). En cambio, las personas de estratos socioeconómicos más bajos, para poder suplir sus necesidades en salud, debían acudir a la ayuda de diferentes instituciones de caridad y de la iglesia católica, los cuales entregaban atenciones sanitarias focalizadas a personas que ya se encontraban en la fase terminal de su

enfermedad. Por consiguiente, los enfermos pobres que representaban la mayoría de los ciudadanos en Chile, no tenían ningún tipo de seguridad sanitaria, ni derecho a exigir atención médica, en otras palabras, estaban prácticamente desahuciados a la muerte, por lo tanto, la enfermedad y la mortalidad eran asuntos del cual el Estado debía hacerse responsable de manera urgente, sobre todo aunque parezca instrumental, por el debilitamiento de las fuerzas productivas que no favorecían de ningún modo a las clases dominantes del país.

Con el paso de los años, cambios de mandatos presidenciales y luchas sociales, se fueron creando hospitales, ministerios, leyes, entre otros, que hicieran valer el derecho a la salud, cuestión que en la práctica no se hace realidad, ya que los pobres seguían siendo atendidos bajo condiciones mínimas, sobresaliendo la desigualdad entre clases. También en este aspecto, -desde una mirada general- con el paso de los años y cambios de mandatos presidenciales, la salud pública es vista como un derecho, después de haber pasado por acontecimientos devastadores para la sociedad chilena, como por ejemplo, el período comprendido desde 1973 hasta 1989 durante la dictadura militar, donde se violaron los derechos humanos, civiles y políticos en su totalidad. Cabe mencionar, que este periodo dejó graves consecuencia en la salud física y en la salud mental de la población chilena y, por sobre todo, en las víctimas directas de la dictadura militar que fueron torturados/as, desaparecidos/as, exiliados/as y asesinados/as, así como también, a toda su red social. Frente a estos hechos, comenzaron a surgir Organizaciones No Gubernamentales comprometidas con la protección y defensa de los Derechos Humanos como la Vicaría de la Solidaridad del Arzobispado de Santiago de Chile en 1973 con el fin de promover y defender los Derechos Humanos y un sin número de otras ONG`S tales como: la Agrupación de Familiares Detenidos Desaparecidos (AFDD) en 1975, el CODEMU, creado en el año 1980 que nace para la defensa, investigación y promoción de los Derechos Humanos, entre otros (Biblioteca Nacional Digital, 2015). En esta etapa, el modelo de salud del país, tuvo un cambio drástico, ya que se instauraron medidas como la descentralización de la administración de los establecimientos públicos de salud

hacia las municipalidades y se fomentó la privatización de esta, con el fin de reducir al máximo la salud pública y dar paso al sistema de salud privado.

En dicho periodo, durante el año 1979 se crean a nivel institucional, los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP). En 1981 se producen dos reformas importantes: En primer lugar, y como se mencionaba anteriormente, se comienza con el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria a las municipalidades; en segundo lugar, se establece la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) fomentando así, la privatización de la salud en el país. De esta manera se permite la “libertad” de elección para el trabajador dependiente, al momento de optar por comprar su seguro obligatorio de salud, ya sea en el sistema de salud público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE) (Titelman, 2000).

Posterior al período de la dictadura militar, la salud pública ha tenido cambios significativos en cuanto al empoderamiento de la población en las cuestiones que les involucra directamente, como lo es en este caso, la salud. Por consiguiente, la valoración y la importancia de los Derechos Humanos en Chile después de este período, comienzan a ser percibidos como derechos que son inherentes a todo ser humano, siendo el Estado el responsable de velar por su cumplimiento independientemente del estatus socioeconómico de las personas, asegurando la entrega de un servicio de salud de calidad, para todos y todas de manera igualitaria.

Bajo este sentido, desde el año 1997 se comienzan a desarrollar distintas estrategias para la promoción de salud, asociadas a la educación, caracterizado por el modelo socio-educativo que comprende la salud, como un Derecho Humano que significa mucho más que la ausencia de enfermedad; sino que también significa un derecho fundamental que abarca todos los aspectos de la vida, independientemente del nivel socioeconómico de las personas. Es así como las orientaciones de la salud pública, han ido evolucionando paulatinamente a consecuencia de la incidencia de diversos movimientos sociales y de organismos

a nivel mundial que velan por la salud de las personas, produciéndose un cambio en la concepción de la salud pública, desde un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial. El modelo biomédico contempla solo causas biológicas para enfocar el diagnóstico de las personas, desconociendo aspectos psicológicos y socioambientales de la relación salud–enfermedad, en cambio, el modelo biopsicosocial viene a mostrar una mirada más integral de la enfermedad, mencionando que existen otros factores que inciden en el estado de salud de las personas (Laham, 2015). Esto es desde una perspectiva holística de sistemas y subsistemas que se interrelacionan como determinantes fundamentales en el estado de salud de las personas.

Bajo estos lineamientos, en el año 2000 se realiza una reforma de salud en Chile con la finalidad de asegurar una serie de elementos de amplio consenso ciudadano como: derecho a la salud, equidad, solidaridad, eficiencia y participación social, para mejorar los estándares de salud de la población que den cuenta de la prolongación de las expectativas de vida y reduciendo las desigualdades entre los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Es así como el Gobierno de Chile, avanza hacia una serie de acciones que permitan impulsar su cumplimiento por medio de diferentes iniciativas que promuevan la información y la participación como un derecho ciudadano indeclinable.

En este sentido, el 16 de febrero de 2011, se promulga la Ley N° 20.500, cuyo eje central es fomentar la participación ciudadana a través de cuentas públicas, presupuestos participativos, consultas ciudadanas, consejos de la sociedad civil y acceso a la información pública, para fortalecer el capital social, mediante la participación activa de los ciudadanos en los asuntos públicos como condición necesaria para promover el bien común y para que el Estado esté al servicio de las personas (MINSAL, 2016). Posteriormente, se impulsa la promulgación de derechos sociales denominados “Derechos y Deberes” según la Ley N° 20.584 promulgada en el año 2012 durante el primer Gobierno de Michelle Bachelet. En este periodo, se impulsó un conjunto de reformas y marcos normativos destinados a profundizar este proceso de manera transversal, “(...) *sin discriminación*

*arbitraria, respetando la diversidad social y cultural, integrando las particularidades, características y necesidades de los distintos grupos que conforman la sociedad” (MINSAL, 2016, p.1).*

De este modo, el día 1º de octubre del año 2012 en el Título II de la Ley N° 20.584 de “Derechos y Deberes”, se crea un estatuto que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud (Superintendencia de Salud, 2016). Estas son:

- A.** Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.
- B.** Recibir un trato digno, respetando su privacidad, pudor e intimidad.
- C.** Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.
- D.** Recibir una atención de calidad y segura.
- E.** Ser informado de los costos de su atención de salud.
- F.** No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.
- G.** Que su información médica, no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- H.** Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- I.** Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.
- J.** Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- K.** A ser incluido en estudios de investigación solo si lo autoriza.
- L.** Donde sea pertinente, que se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.
- M.** Que el personal de salud porte una identificación con expresión de sus funciones.
- N.** Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- O.** Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

También es importante señalar, que de acuerdo a lo establecido según el Título IV de la Ley N° 20.584, la persona podrá reclamar en la medida que sienta vulnerados sus derechos ante el consultorio, hospital, clínica o centro médico privado en el cual fue atendido/a, en el evento que no reciba respuesta en el plazo de 15 días hábiles o esta no le satisface, podrá recurrir a la Superintendencia de Salud (Superintendencia de Salud, 2016).

De acuerdo con esto, se podría decir que el Estado a lo largo de la historia de la salud pública, ha logrado establecer cambios importantes en la forma en cómo se entiende y se interviene en los asuntos relacionados con la salud de las personas, sin embargo, este tema, aún sigue siendo un potente debate ético y político dentro de las necesidades primordiales a nivel país. Es un hecho para las personas usuarias de la salud pública, que las condiciones de los establecimientos de salud tienen mucho que mejorar, ya que existe falta de recursos materiales, farmacológicos, recursos humanos, entre otros, que impide poder cubrir de manera óptima las necesidades de la población, lo que constituye a su vez, una vulneración de los Derechos Humanos. Según la encuesta Andimark realizada el año 2011, los mayores problemas detectados en cuanto a la atención, se orientan a los largos tiempos de espera, demoras en la atención y el deficiente trato por parte de los funcionarios, por lo tanto, se puede observar que la percepción de vulneración de los derechos, no solo tiene que ver con los aspectos médicos relacionados con la enfermedad en sí misma, sino que también con la dignidad y el derecho a poder recibir una atención pública digna y de calidad (MINSAL, 2016).

Encontrar una definición de “buena calidad” en la salud pública, se torna una misión difícil, ya que como lo señalan Miranda, Hernández, y Rodríguez, (2009), *“(...) la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores”* (p.3).

Así mismo, la calidad, puede ser definida como la totalidad de las funciones y características de un servicio de salud, que sea capaz de satisfacer las

necesidades de los usuarios desde sus propias subjetividades, dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o juicio en particular sobre una buena o mala calidad (Otero, 2002).

Por lo tanto, la calidad del servicio de salud puede ser definida de diversas maneras según las percepciones, aspiraciones, contextos, realidades y experiencias que tenga cada persona. No obstante, si bien hay un compromiso subjetivo en la percepción de la calidad, para la Organización Mundial de la Salud (1948), consiste en garantizar en su totalidad los siguientes aspectos:

- A. Disponibilidad:** Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- B. Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.
- C. Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiada y sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
- D. Rendición de cuentas:** Los Estados y otros garantes de derecho, son responsables de la observación y cumplimiento de los derechos humanos.
- E. Universalidad:** Los Derechos Humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.
- F. Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Lo anterior, como estatuto del derecho a la salud a nivel mundial. En cuando a Chile, según la Superintendencia de Salud (2013), la calidad puede ser definida como:

*“Grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud. El cuidado se debe basar en la evidencia clínica, de una manera técnica y culturalmente competente, con una buena comunicación y una toma de decisiones compartida” (p.3).*

Así mismo, la Superintendencia de Salud de Chile (2011), menciona que la calidad se puede medir bajo los siguientes indicadores que permiten conocer qué es lo que las personas valoran en cuanto a la atención en salud, así como también, sus necesidades y expectativas sobre cómo deberían haber sido atendidos. Estos son:

- A. Calidez humana y preocupación.
- B. Rapidez en la atención.
- C. Atención oportuna.
- D. Información.
- E. Limpieza.
- F. Equipos y tecnología.

Si bien, la calidad representa una apreciación personal, no se puede dejar de reconocer la importancia que tienen los estamentos políticos para que la administración de la salud pública cumpla con los aspectos propuestos por la Organización de la Salud a nivel mundial, y por la Superintendencia de Salud a nivel local descritas con anterioridad, primero porque es un derecho humano irrenunciable que debe ser garantizado a todas y todos por igual; segundo, porque influye en gran medida en la calidad de vida de las personas y tercero, porque es un deber constitucional.

Cabe mencionar, que aunque la percepción de la calidad sea subjetiva y personal, la presente investigación, se guiará por los indicadores descritos por la

Superintendencia de Salud, para determinar las dimensiones de calidad de la salud pública a nivel local, sobre los cuales las/los sujetos de estudio tendrán que opinar.

En cuanto a las concepciones y percepciones culturales en torno a la salud, estas han tenido un cambio muy paulatino, ya que hasta hoy en día, sobre todo en las generaciones más longevas, está muy arraigada la percepción cultural que relaciona al profesional médico, como un ser superior, un “semidiós”, entendido como un profesional cuyas prescripciones se deben aceptar en su totalidad, a consecuencia de la “falta de conocimiento” de los usuarios en cuestiones médicas, asumiendo sin ningún tipo de cuestionamiento lo que el personal médico resuelva, con lo cual, se aprecia que aún prevalece al menos en la mayoría de las y los usuarios de los sistemas de salud, el paradigma biomédico de salud. Por consiguiente, hoy en día, todavía no es posible hablar de un empoderamiento real de las/los sujetos relacionado con poder participar, conocer, elegir e informarse sobre su situación médica y así mejorar la calidad de la entrega del servicio de salud en su concepción biopsicosocial. Consecuentemente bajo este enfoque biomédico, se utiliza la palabra “paciente” para referirse al solicitante de la atención en salud, siendo un término muy utilizado y que lingüísticamente está ligado al significado de la palabra “pasivo”, es decir, a una persona que no participa activamente de su salud y que finalmente, no tiene un mayor conocimiento e incidencia sobre las prescripciones expresadas por el personal médico, ni mucho menos sobre cómo el servicio de salud es otorgado. Esta percepción del usuario como paciente, es producto de un modelo de salud asistencialista y paternalista que está más arraigada al paradigma biomédico desde el cual se transita; de ahí que esta percepción sea más incidente en las generaciones mayores. Esta visión, no considera la noción de empoderamiento y participación del usuario en la salud.

Los adultos mayores, son un grupo etario que representa a las personas mayores de 60 años y que, a consecuencia de su avanzada edad, presentan un deterioro

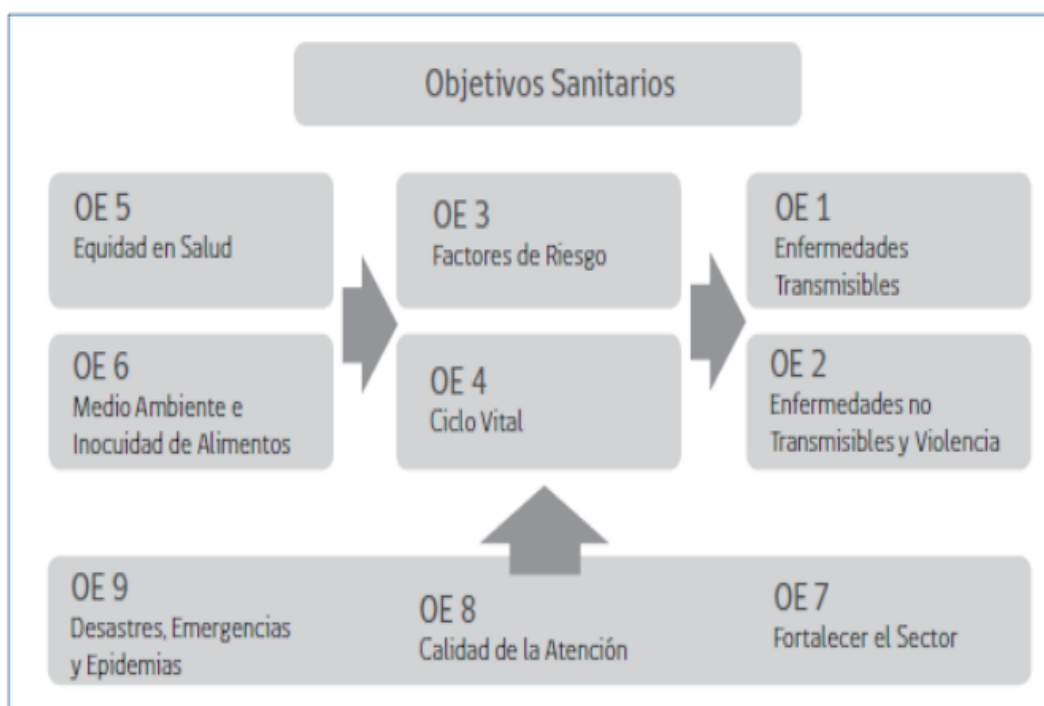
físico y/o mental, convirtiéndolos en una población sumamente vulnerable en cuestiones relacionadas con la entrega de una salud digna y de calidad. Cabe mencionar que los adultos mayores representan la mayoría de los usuarios de los servicios públicos de salud, tal como lo demuestra el Programa Nacional de Personas Adultas Mayores (2014), señalando que según las estadísticas del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), la población beneficiaria de Fonasa al año 2011 es la de 1.531.268 personas correspondiendo aproximadamente a un 90% del total de personas mayores en Chile, por lo que se estima que al *“2020 alcanzará un 17,6%, lo que se traduce en un reto para el sistema de salud”* (MINSAL 2014, p.12).

En este sentido, la vulnerabilidad en el estado de salud y la vulnerabilidad socioeconómica de los adultos mayores, inciden en que sean uno de los grandes desafíos para la administración de la salud pública, ya que se relaciona con aspectos como la discriminación por edad, la inequidad social, condiciones económicas y culturales que se interrelacionan en el uso de sus derechos en salud. Este grupo etario, muchas veces necesita acondicionamientos adecuados para su edad como, por ejemplo, recursos físicos, tecnológicos y humanos que tengan ciertas cualidades que respondan a la demanda epidemiológica que presentan por estar en una etapa de su vida, en donde las características de las enfermedades que poseen son más bien crónicas y agudas, por lo tanto, no solo la atención médica y el trato deben ser especializado, sino que también la entrega de la información comprensible, el adecuado acceso a este (como grupo prioritario) y una apropiada movilidad dentro de los recintos de salud, es decir, cumplir con derechos promulgados en 1948 y que aún, después de 68 años, sigue siendo un desafío pendiente en la agenda pública del Gobierno.

Desde la década de los 90, en Chile se ha comenzado a diseñar políticas públicas y acciones en pos de mejorar la calidad de vida de este creciente grupo de personas. De esta manera, se hace necesaria la formulación de un Programa Nacional de Salud que permita formalizar, estandarizar e integrar todas las

acciones que se realizan y se proponen en salud como lo demuestra el cuadro N°1 sobre los objetivos sanitarios propuestos para el año 2011 hasta el 2020, como Estrategia Nacional de Salud (Programa Nacional de Personas Adultas Mayores, 2014).

Cuadro N° 1: Objetivos sanitarios 2011-2020



Fuente: Programa Nacional de Personas Adultas Mayores (2014).

En el cuadro anterior, se puede observar que uno de los objetivos sanitarios corresponde a la calidad de la atención, el cual incluye en su objetivo estratégico, mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas, incluyendo objetivos transversales a todos los grupos etarios, independiente del nivel socioeconómico, tales como: disminución de las listas de espera, aumentar los establecimientos de salud acreditados (de modo de asegurar calidad), mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias y disminuir la insatisfacción usuaria.

La calidad de la entrega del servicio de salud, es uno de los elementos que miden los grados de cumplimiento y/o vulneración de los derechos de los usuarios del sistema de salud público. La calidad de estos, dependerá de la zona geográfica,

así como también, de su realidad socioeconómica, ya que existe la arraigada percepción social, casi de “sentido común”, de que la atención en salud pública es de mejor calidad en las zonas de estratos socioeconómicos más altos que en los de estratos socioeconómicos más bajos. De acuerdo con esto, la calidad del servicio de salud, va a ir variando dependiendo de la administración y de los recursos municipales que tenga cada comuna, aunque estas compartan los mismos lineamientos propuestos por el MINSAL. Según resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (2010), las personas que pertenecen a un menor quintil de ingreso económico, tiene un peor nivel de calidad de vida relacionado a la salud, por lo cual, se podría hipotetizar que la calidad de la salud pública está directamente relacionada con el factor socioeconómico de los sujetos y del territorio donde estos se sitúan, situación que será uno de los componentes importantes de observación de esta investigación.

En este sentido, la comuna de Renca, es una de las comunas de la zona norte de la Región Metropolitana que se caracteriza por tener población residente de estratos socioeconómicos medio/bajo. Esto se demuestra en la cantidad de personas afiliadas al sistema de salud público (Fonasa), en donde el 84,2% de la población de la comuna (151.500 personas), se encuentran afiliados a este sistema, es decir, un total de 127.563 personas, superando la media regional en un 11,1%. De esta, el 56,1% pertenece a los grupos A y B de menores ingresos, mayor que el promedio regional correspondiente a 55,6% y menor que el nacional 60,1% (PLADECO Renca, 2015 - 2016).

Este gran número de afiliados a Fonasa, responde al nivel socioeconómico de su población. La comuna de Renca, se ubica en el 6º lugar de las comunas de la Región Metropolitana con menor promedio de ingreso autónomo (salario, rentas, pensiones, jubilaciones, etc.), con un ingreso promedio de \$551.915 mil pesos con un porcentaje de pobreza correspondiente a un 20,2% de la población total, siendo precedido por las comunas de: La Pintana con \$443.479, La Granja con \$477.724, Cerro Navia con \$487.182, Pedro Aguirre Cerda con \$537.209 y, San Ramón con \$548.000. Por otro lado, los promedios más altos de ingresos monetarios, se

registran en las comunas de: Lo Barnechea con un promedio de \$3.254.847 y un 4,3% de la población que califica como pobre; Las Condes con un promedio de \$3.246.320 y un 1,1% de su población en condiciones de pobreza; Vitacura con un promedio de \$3.067.433 y un 1,9% de nivel pobreza y La Reina con un promedio de \$2.281.571 y un 1,8% de pobreza a nivel comunal. Las proceden comunas como Providencia con un ingreso promedio de \$2.271.297, Ñuñoa con \$1.255.540, Santiago con \$1.230.498, y San Miguel con \$1.031.703 (PLADECO Renca, 2015 - 2016).

A consecuencia de la realidad socioeconómica de la comuna de Renca, el presupuesto mensual en el ámbito de la salud es de 9.695.871 pesos, durante el año 2016, distribuido entre cuatro establecimientos de salud (PLADECO Renca, 2015 - 2016). Estos son:

- A.** CESFAM Balmaceda, con una población usuaria de 57.122 personas, correspondiente a un 48.32% de la población.
- B.** Centro de Salud Huamachuco, con una población usuaria de 15.771 personas, correspondiente a un 26.80% personas.
- C.** CESFAM Bicentenario, con una población usuaria de 13.630 personas, correspondiente a un 11.52% de la población.
- D.** Centro de Salud Hernán Urzúa, con una población usuaria de 31.692 personas, correspondiente a un 26.80% de la población.

En estos establecimientos, se implementa una serie de beneficios focalizados hacia los adultos mayores de la comuna, a través de un programa que pretende *“Mejorar la calidad de vida del adulto mayor residente de la comuna de Renca, desde una perspectiva integradora, inclusiva, equitativa y sustentable durante el tiempo”* (PLADECO, 2016, p.33), entregando una serie de atenciones con el fin de promover el bienestar y una mayor calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al 20% más pobre de la población. Los beneficios según el Plan de Salud Comunal de Renca (2016), son:

- A.** Consulta de morbilidad.
- B.** Consulta y control de enfermedades crónicas.
- C.** Consultas nutricionales.
- D.** Controles de salud.
- E.** Intervención psicosocial.
- F.** Consulta y/o consejería de salud mental.
- G.** Educación grupal.
- H.** Atención a domicilio en casos especiales.
- I.** Atención de podología de pie diabético.
- J.** Curaciones de pie diabético.
- K.** Intervención grupal de actividades físicas.

Respecto a la población adulto mayor de la comuna de Renca, según el PLADECO (2015 – 2016), esta comprende a un número de 20.124, (14%) personas adultos mayores, en el que 6.503 de ellos, (41,7%), se encuentran en situación de pobreza multidimensional (salud, educación y nivel de vida, etc.), ubicándose en el primer quintil que corresponde al 20% más pobre de la población, mas esto ¿será un determinante en la calidad de la entrega del servicio de salud?, ¿las diferentes instituciones de salud pública cumplen con la declaración de los derechos en salud independientemente del estatus socioeconómico de los habitantes de la comuna?, ¿existe realmente el derecho a la información y participación activa de los usuarios de los diferentes centros de atención de salud pública para el mejoramiento de la calidad de dichos servicios?

Estas preguntas, hacen reflexionar respecto a cómo es la calidad de los servicio de salud públicos en Chile, siendo una de las principales problemáticas de la salud pública del país. En este sentido, como ya se decía, en la presente investigación se pretenderá describir y comprender la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad de la salud pública de la comuna de Renca.

En cuanto a la percepción, según Melgatejo (1994), puede definirse como un conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación de los sentidos para obtener información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. Entonces, entender la percepción de los adultos mayores permitirá comprender cómo este grupo etario ve y siente el servicio de salud otorgado, ya sea de manera positiva o negativa, lo cual es sumamente relevante a la hora de generar instrumentos, técnicas participativas e informativas para el mejoramiento de la satisfacción usuaria de los establecimientos de salud a nivel comunal.

Es un hecho que la historia de la salud pública en Chile aún no está terminada. Si bien, con las diferentes reformas en la salud pública, han habido grandes avances en la calidad del servicio por medio de ayudas técnicas para los adultos mayores, como sillas de ruedas, bastones, lentes y audífonos; cobertura de enfermedades AUGE, enfermería a domicilio, entre otros, no se sabe con claridad si estas medidas cumplen o no con sus expectativas, por tanto, todavía existen vacíos de conocimientos sobre cuál es la percepción que tienen los principales usuarios de la salud pública, quienes cada vez van requiriendo más apoyos médicos y no médicos debido a su creciente longevidad.

Es importante en este mismo sentido, fomentar y hacer valer la Ley N° 20.500 de “Participación Ciudadana”, ya que los adultos mayores representan a la población más vulnerable del país y son quienes más utilizan los servicios de salud, así como también, la más participativa a la hora de hacer convocatorias. Es por ello, que los beneficiarios directos de la presente investigación, son los adultos mayores participantes de alguna organización social de adulto mayor, quienes podrán participar, opinar y empoderarse de su salud, mencionando cuáles son sus percepciones respecto a la calidad de los establecimientos de salud de donde son usuarios. Esta instancia les permitirá hacer valer el derecho a participar en las futuras decisiones que se determinen en correspondencia a su salud y a la calidad de esta.

Como es sabido, la participación de los adultos mayores en diferentes organizaciones sociales, permite canalizar su tiempo libre y al mismo tiempo contribuir a mejorar su calidad de vida, generalmente a través de actividades de ocio y entretenimiento. Su finalidad es incentivar la participación de adultos mayores en distintas organizaciones sociales, con la intención implícita e instrumental, de ayudar a reconstruir el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo etario, como parte de un envejecimiento activo y como una instancia de integración social, sentido de pertenencia e importancia en los lazos sociales (Fericgla, 1992).

De esta manera, la participación tiene relación con la identidad de las personas, como sujetos de derecho que tienen la opción de participar de diferentes organizaciones sociales, recreándose y aportando soluciones de adultos mayores para adultos mayores (Zapata, 2001).

Bajo este contexto, en la comuna de Renca, según la información oficial de la Municipalidad de Renca, hay aproximadamente 119 clubes de adultos mayores. A su vez, existen dos grandes instancias de participación: Centro Diurno para Adultos Mayores creado en el año 2012 a nivel nacional, y un Centro Geriátrico que aún está en construcción, con el objetivo de ser un espacio de acogida para la rehabilitación integral de adultos mayores dependientes y afectados por discapacidades psicomotoras en situación de pobreza. (PLADECO Renca, 2015 - 2016).

En cuanto a la salud primaria, los adultos mayores y las personas en general, tienen el derecho de poder participar de forma voluntaria de los llamados “Consejos de Desarrollo” o “Consejos Consultivos”, que según el Gobierno de Chile (2016) es una:

*“Instancia de participación de usuarios, de carácter asesor a la dirección de los establecimientos de salud en la cual también participan representantes del intersector (instituciones públicas o privadas) para una gestión participativa en salud. Participan también*

*en instancias de decisión y se involucran en el desarrollo de la salud en su Centro de salud (Consejos Técnicos, Comités Comunales Promoción de la Salud)” (p.1).*

Así pues, su finalidad es promover e integrar a la comunidad usuaria en los asuntos que involucran a cada establecimiento de salud. Es por ello que en estos espacios se fomenta la participación ciudadana y el trabajo con la comunidad en general, para mejorar desde las propias percepciones de sus usuarios, la calidad del servicio de salud público tanto a nivel local, como a nivel nacional. Esta es la forma de participación ciudadana en salud, en el que la comunidad puede ejercer el derecho a participar de los asuntos que involucran su salud y la de los demás, pero también, es una instancia que permite a los profesionales de la salud, poder conocer cuáles son las verdaderas necesidades sentidas por la comunidad usuaria.

Los adultos mayores, debido a que cuentan con un mayor tiempo “libre” por su condición de jubilados, son quienes más participan de dichos consejos de salud, lo que conlleva el fomento de un mejoramiento en la calidad de vida de este grupo etario, pues se propicia una vida activa y autovalente.

Desde el punto de vista de la relevancia de este proceso investigativo, se puede decir que este será un aporte para la reflexión de los adultos mayores participantes de las organizaciones sociales de la comuna que fueron parte de esta investigación, facilitando el debate sobre la calidad de la salud que están recibiendo, lo que puede fomentar el interés a participar de los Consejos Consultivos o Consejos de Desarrollo que por normativa y estrategia nacional (2011 – 2020), debieran estar presentes en todos los establecimientos de salud del país. A su vez, permitirá llenar el “vacío de información” que existe actualmente, sobre la percepción que tienen los adultos mayores de la comuna de Renca, ya que no existe mayor referencia bibliográfica que permita determinar la percepción que tiene este grupo etario sobre la salud pública de su comuna. Se espera también ser un aporte para futuras investigaciones y proyectos relacionados con la percepción de la calidad de la salud a nivel local. De ahí la

importancia de seguir avanzando en investigaciones que permitan generar análisis y reflexiones para determinar si las medidas implementadas hasta ahora, son suficientes para hablar de mejoramiento de la calidad de acuerdo a los indicadores señalados por la Superintendencia de Salud y por la declaración universal de los Derechos Humanos.

Por otro lado, el área de las Ciencias Sociales y en especial el Trabajo Social en salud, ha ido evolucionando en sus estrategias desde la asistencia del modelo biomédico, hacia otros modelos que contribuyan más integralmente al usuario, ayudándolo a abordar desde un enfoque integral aquellos problemas sociales que puedan interferir en su salud y en el tratamiento médico requerido por el enfermo. El Trabajo Social, se ve en la necesidad de enfocarse en diferentes aspectos, como la familia, el medio ambiente en que la persona se desenvuelve y los aspectos socioeconómicos con los que cuenta, con la finalidad de detectar cargas emocionales que puedan afectar negativamente la capacidad para superar los problemas de salud que tienen las personas (García, 1995).

Finalmente, el Trabajo Social está centrado en las necesidades humanas que inciden en la salud de las y los sujetos. Es por ello, que tal como ha sido históricamente, existe un espacio fundamental y cada vez más amplio para la profesión en esta área de la salud, relacionado con avanzar hacia la vinculación de los derechos humanos en salud.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la percepción que tienen los adultos mayores de 65 años, participantes de alguna organización de adulto mayor, sobre la calidad del servicio de salud público que están recibiendo en la comuna de Renca, durante el año 2016?

### **3. OBJETIVO GENERAL**

Describir la percepción que tienen los adultos mayores de 65 años, participantes de alguna organización de adulto mayor, sobre la calidad del servicio de salud público que están recibiendo en la comuna de Renca, durante el año 2016.

### **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

4.1. Establecer los tipos de atención en salud recibidos por los adultos mayores sujetos de estudio, en los establecimientos de salud públicos de la comuna de Renca.

4.2. Identificar la opinión que tienen los adultos mayores sujetos de estudio, sobre las atenciones recibidas en cuanto a: calidez humana y preocupación, rapidez en la atención, atención oportuna, información, limpieza y equipos y tecnología.

4.3. Reconocer las dificultades y fortalezas que perciben los adultos mayores sujetos de estudio, en torno a la calidad de la salud pública de la comuna de Renca.

4.4. Recoger sugerencias de los adultos mayores sujetos de estudio, para mejorar la calidad de la salud pública de la comuna de Renca.

### **5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

5.1. Los tipos de atención en salud más recurrentes por los cuales los adultos mayores acuden a los centros de salud públicos de la comuna, es la atención médica por las necesidades propias de su etapa del ciclo vital.

5.2. La opinión de los adultos mayores, en cuanto a las atenciones que reciben, tienen relación con la limpieza y una atención oportuna, mientras que los aspectos negativos, con la falta de calidez humana, equipos y tecnología, rapidez de la atención e información.

5.3. Los adultos mayores perciben que una de las dificultades que tiene la salud pública de la comuna, se relaciona con el mal trato recibido por parte de los funcionarios administrativos del establecimiento.

5.4. Los adultos mayores perciben que las fortalezas de la salud pública de la comuna de Renca, son las suficientes horas médicas para las necesidades de este grupo etario, lo que genera que su atención sea oportuna.

5.5. Las principales sugerencias que realizan los adultos mayores para mejorar la salud pública de la comuna de Renca, se enfoca en mejorar los tiempos de espera y facilitar la toma de hora médica en los diferentes centros de salud de la comuna.

## **6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

En este punto se dará cuenta de las orientaciones metodológicas que guían esta investigación para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

### **6.1. ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO**

El enfoque epistemológico que orienta la presente investigación, es el fenomenológico, el cual se caracteriza por estudiar fenómenos subjetivos en constante construcción, por medio de un análisis descriptivo en base a las propias experiencias de los sujetos de estudio (Correa, 2013). Este enfoque, permitirá describir y analizar las percepciones de los adultos mayores a partir de sus propias experiencias, vivencias y realidades.

Así pues, el método fenomenológico resulta particularmente útil para describir la percepción que tienen los adultos mayores, sobre la calidad del servicio de salud público de la comuna de Renca, por medio de un acercamiento a la realidad de los sujetos pertenecientes a este grupo etario, con la intención de conocerla de acuerdo a sus propias realidades y subjetividades.

### **6.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación, corresponde a un estudio de tipo descriptivo, dado que se pretende describir la percepción que tienen los adultos mayores usuarios del servicio de salud público de la comuna de Renca sobre la calidad de la atención en salud que han recibido durante el presente año.

La descripción de las percepciones de dichos sujetos de estudio, son fundamentales a la hora de describir la calidad del servicio de salud público de la comuna de Renca, ya que estos, representan a los sujetos que más acuden a

dichos servicios de salud y uno de los grupos etarios que presentan más vulnerabilidad social y epidemiológica. Es por ello, que este tipo de investigación responde a la pregunta de investigación, la cual busca conocer la percepción que tienen los adultos mayores de 65 años, participantes de alguna organización de adulto mayor, sobre la calidad del servicio de salud público de la comuna de Renca durante el año 2016.

En este sentido, según Sabino (1992):

*“La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. (...) Su preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada”* (p. 43).

Así mismo, Hernández, Fernández y Baptista (2003), mencionan que:

*“En algunas ocasiones la investigación descriptiva, se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien, cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo. En estos casos el diseño apropiado (bajo un enfoque no experimental) es el transversal o transaccional”*. (p. 246).

Finalmente, en relación a lo anterior, las variables de estudio se caracterizan por ser de tipo no experimental, puesto que el investigador no intervendrá en las situaciones, sino que se estudiarán y analizarán las percepciones tal cual lo manifiestan los miembros de los grupos de estudiados. Asimismo, la investigación será de tipo transaccional, debido a que se estudiará a los adultos mayores en un tiempo único y determinado (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

### 6.3. CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien, las metodologías cualitativas y cuantitativas pueden ser pensadas desde su génesis, como opuestas. Hoy en día la unión de ambas por medio de un enfoque mixto, se concibe como la posibilidad de observar los fenómenos de una manera más completa y profunda que las investigaciones en un solo método.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) los diseños mixtos:

*“(...) representan el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o, al menos, en la mayoría de sus etapas (...) agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques”*  
(Pereira, 2011, p. 17).

Bajo este aspecto, esta investigación está orientada hacia el conocimiento de la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad de la entrega del servicio de salud público de la comuna de Renca. Es por ello que el tipo de investigación que permitirá describir dicha percepción de manera más integral, es la de tipo mixta, puesto que la investigación cualitativa permite estudiar *“(...) la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para interpretar las personas implicadas”* (Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 32). A su vez, la investigación cuantitativa permite a partir de datos numéricos, aumentar el conocimiento sobre la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad del servicio de salud público que están recibiendo en la comuna de Renca.

En este sentido, el estudio cuantitativo ofrece la posibilidad obtener resultados con una mayor amplitud, así como también, dar al estudio un mayor control sobre los fenómenos y puntos de vista de conteo y magnitudes del fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Es importante señalar, que aunque el estudio presenta un carácter mixto, tiene prevalencia cualitativa, ya que el objeto de estudio está orientado hacia las percepciones y los significados que los adultos mayores le atribuyen a la calidad de la salud pública, identificando las necesidades más sentidas por la población usuaria desde sus propias experiencias y vivencias, con el objetivo de proporcionar los elementos necesarios para comprender más en profundidad, la realidad estudiada. Sin embargo, se incluye un carácter cuantitativo con la finalidad de ahondar más en detalle sobre la calidad de la salud pública en la comuna de Renca según los indicadores propuestos por la Superintendencia de Salud expresados a través de gráficos estadísticos/descriptivos que si bien, no pretenden la generalización de los resultados de este estudio, constituye una metodología importante a la hora de evaluar la calidad en salud.

#### 6.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Adultos mayores desde los 65 años, que sean usuarios de la salud pública de la comuna de Renca, y que participen de alguna organización de adultos mayores en la comuna.

#### 6.5. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio según el catastro de la Biblioteca del Congreso Nacional (2016), es de 119 agrupaciones sociales integradas por sujetos pertenecientes a este grupo etario, más, no se ha encontrado referencia bibliográfica que especifique el número exacto de participantes.

## 6.6. MUESTRA

Respecto a la muestra, esta corresponde a tres organizaciones de adulto mayor de la comuna de Renca, que al momento de realizar la invitación a ser parte de la investigación, demostraron interés de participar. Las organizaciones participantes son:

- A.** Grupo “Julia Valdés” que se reúne en las dependencias de la Iglesia “Señor de Renca” de la Villa “El Damascal”, los días martes con once integrantes.
- B.** Grupo “Años Dorados II” que se reúne en las dependencias de la Sede Social de la junta de vecinos “Villa Esperanza”, los días martes con ocho integrantes.
- C.** Grupo “Inés Río Franco” que se reúne en las dependencias de la Parroquia “El Señor de Renca” de la Villa “El Damascal”, los días viernes con dieciocho integrantes.

La Villa Damascal corresponde a la unidad vecinal N° 46 y se caracteriza por ser una población con habitantes de situación socioeconómica media-baja. Fue producto de la toma de terrenos, tramitándose la expropiación con la ayuda de la Municipalidad de Renca en el año 1978, en el que se cedieron los terrenos siendo responsabilidad de cada familia construir su hogar.

En cuanto a la población Villa Esperanza, corresponde a la unidad vecinal N° 6 y se caracteriza por ser una población con habitantes en situación socioeconómica media-baja. Se constituyó en base a una toma de terrenos durante la década de los años 70`. Durante el mandato del ex presidente Salvador Allende, se entregó ayuda sanitaria para que las personas en toma pudieran vivir mientras se realizaba el traspaso de los terrenos por parte del Estado. Posteriormente, fue en el 1977, en donde se realizó finalmente la entrega de terrenos, en el cual, cada habitante, se preocupó de construir sus viviendas.

## 6.7. DISEÑO MUESTRAL

El diseño muestral cualitativo, es de tipo no probabilística intencionada o de conveniencia. A consecuencia de lo anterior, se han determinado una serie de características y/o criterios de selección de las/los sujetos de estudio:

- A.** Hombres y mujeres adultos mayores de 65 años y más.
- B.** Adultos mayores que sean usuarios de la salud pública de la comuna de Renca.
- C.** Que deseen participar voluntariamente de la investigación.
- D.** Que pertenezcan a cualquiera de las tres organizaciones sociales seleccionadas.

En cuanto al diseño muestral cuantitativo, este es de tipo no representativo por conveniencia, ya que se seleccionarán a los mismos sujetos participantes de la muestra cualitativa.

A su vez, el diseño muestral es de tipo flexible, abierto y emergente para que este pueda ser modificado o re-estructurado en función a los cambios que se puedan ir presentando al momento de la investigación (Serbia, 2007).

## 6.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para recolectar los datos que se necesitan con el fin de determinar la percepción de los adultos mayores, se utilizará la técnica del grupo focal en la metodología cualitativa, debido a que esta permite generar una instancia en el que los adultos mayores pueden expresar sus opiniones, actitudes, experiencias e incluso, explicitar sus expectativas frente a sus necesidades en salud:

*“Los grupos focales son básicamente grupos de discusión colectiva. Lo que distingue los grupos focales de cualquier otra forma de entrevista es el uso de la discusión grupal como forma de generar los datos. Durante las discusiones en un grupo focal se puede aprender mucho acerca del rango de experiencias y opiniones que existen en el grupo (...)” (Mella, 2000, p. 6).*

Esta técnica del grupo focal, permitirá acceder a las percepciones que tienen los adultos mayores sobre su salud de una manera más profunda, permitiendo así describir la calidad de la entrega del servicio de salud público desde sus propias experiencias y vivencias. En este contexto, el grupo focal, como instrumento de investigación, es suficiente para la realización del proceso investigativo, ya que esta es una herramienta muy útil para planificación de futuras estrategias y evaluación de los mismos, en donde los participantes puedan, mediante una pauta guía de temas, expresar libremente sus opiniones basándose en el derecho a la participación. Cabe mencionar, que la pauta del grupo focal, fue elaborada en base a las variables de este estudio (ver anexo N°1).

En cuanto a la recolección de datos en el método cuantitativo, se utilizó la técnica de la encuesta autoaplicada de preguntas cerradas debido al acotado tiempo de ejecución de esta investigación, aplicándose un total de treintaisiete encuestas. Este tipo de encuesta, tiene el beneficio de evitar ambigüedades, favoreciendo las comparaciones entre las respuestas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). De esta forma, se elige este tipo de encuesta para que los adultos mayores no tengan dificultad al momento de responderlas por sí solos, como por ejemplo: dificultades para expresarse, lo cual puede generar confusión en sus ideas, propagar respuestas confusas o inentendibles que no respondan con precisión lo que en realidad desean responder, u otros factores que puedan incidir en la calidad y claridad de las respuestas.

Del mismo modo, es importante señalar que las encuestas y la pauta de preguntas del grupo focal, fueron elaboradas en base a la pregunta y objetivos de esta investigación (ver anexo N°2).

## 6.9. PLAN DE ANÁLISIS

Posterior a los resultados del grupo focal, se procederá a analizar cualitativamente desde un punto de vista descriptivo, evitando la sobre - interpretación y la tipificación forzada, de manera de responder a los objetivos planteados en esta investigación. Es por ello, que el plan de análisis es de tipo categorial. El procedimiento de dicho análisis, comprende los siguientes pasos:

- A.** Transcripción de los tres grupos focales, en donde su análisis representa lo que los adultos mayores perciben sin mayores interpretaciones.
- B.** Codificación descriptiva de los datos que emerjan de la transcripción de los grupos focales. Se utilizará la categoría de “códigos vivos”, en el cual se describen las expresiones textuales de los sujetos de estudio (Quintana, 2006).
- C.** Descripción y análisis categorial sobre la calidad de la salud pública de la comuna de Renca, en cuanto a sus expectativas y necesidades; enfermedades por las cuales más acuden a los centros de salud; dificultades y fortalezas de la salud pública y sugerencias que según ellos, permitan implementar una salud de calidad en la comuna. Todo esto a partir de sus propias experiencias y vivencias.

En cuanto a las encuestas, estas serán tabuladas en el programa computacional Excel, con el propósito de realizar una descripción estadística de los resultados obtenidos, estableciendo rangos numéricos y porcentajes en relación a la pregunta de investigación. Posteriormente, se evaluarán las distribuciones estadísticas de cada ítem o variable para analizar su distribución de frecuencia, es decir, por medio de historigramas estadísticos que permitan describir, más no generalizar las percepciones más significativas que tienen los adultos mayores sujetos de estudio, en cuanto a la calidad de los establecimientos de salud públicos de donde son usuarios.

Finalmente, se utilizó la técnica de triangulación de datos a consecuencia de la aplicación de ambos métodos de investigación descritos con anterioridad.

## 6.10. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Bajo el contexto de la investigación, se demostrará su validez por medio de la “credibilidad” de la realidad observada y de la información recogida, ya que se examinarán las opiniones de tres grupos distintos de adultos mayores, durante aproximadamente tres semanas, lo que permitirá contrastar diferencias de opiniones según las características de los sujetos de estudio por medio de un análisis continuo. Según el Doctor en Pedagogía Miguel Martínez (2006), una investigación tiene un alto nivel de validez si se observa o aprecia dicha realidad en sentido pleno, y no sólo un aspecto o parte de la misma incorporando en el proceso, un análisis continuo de realimentación y reevaluación.

En cuanto a la confiabilidad, se utilizarán dos estrategias distintas según Martínez (2006):

- A.** Utilización de la estrategia de “*categorías descriptivas de bajo nivel de inferencia*”, con la finalidad de describir lo más concretamente y cercanamente posible, a la realidad observada. Los comentarios interpretativos pueden añadirse, eliminarse o modificarse con posterioridad.
- B.** Utilización de “*todos los medios técnicos disponibles*” para conservar en vivo la realidad presenciada. En este sentido, se utilizaron grabaciones de audio, grabaciones de vídeo y/o fotografías, dependiendo de la autorización de cada grupo de adulto mayor. Este material permitió repetir las observaciones de realidades que son, de por sí, irrepetibles, y que las puedan "presenciar" otros observadores ausentes en el momento

en que sucedieron los hechos como una forma de garantizar la confiabilidad de la investigación.

### 6.11. VARIABLES

La variable utilizada en la presente investigación, es la “Percepción de la Calidad” del servicio de salud público, desglosándose las siguientes dimensiones (ver anexo N° 3).

Las dimensiones de calidad son:

1. Calidez humana y preocupación.
2. Rapidez en la atención.
3. Atención oportuna.
4. Información.
5. Limpieza.
6. Equipos y tecnología.

**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEÓRICO**

# CAPÍTULO I: ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD

El primer capítulo del marco teórico de la presente investigación, tiene como objetivo entender lo que significa la salud en la actualidad a partir de la visión de diferentes autores, los que permitirán generar una reflexión en torno a la evolución del concepto de salud y su cambio de paradigma desde el modelo biomédico al modelo biopsicosocial. Esto, con el propósito de comprender cómo este último modelo y/o enfoque se aplica en los establecimientos de Atención Primaria en Salud (específicamente los Cesfam), y las acciones que están orientadas hacia el individuo, la familia y la comunidad.

## 1.1. SALUD Y ENFERMEDAD

A pesar de que a simple vista, los términos salud y enfermedad son completamente opuestos, parecen estar unidos en una relación ineludible, ya que uno se construye en base al otro; el primero, hace referencia a la vida y al bienestar; el segundo, a la posibilidad de muerte. Esta relación se verá con más detalle a continuación, según los postulados de diferentes autores que permitirán dar cuenta de un significado más completo del concepto de salud y cómo este fue entrelazado con la enfermedad.

La salud, como cualquier otro concepto, ha evolucionado dependiendo del contexto histórico desde dónde se analice. Según los catedráticos de la Universidad de Valencia, Gavidia y Talabera (2012), la concepción de lo que significa “salud”, parte del conocimiento, conceptos, realidades de las sociedades desde donde esta se estudie “(...) *al igual que las sociedades cambian y los individuos que las componen evolucionan, los conceptos con los que cada sociedad representa la “realidad”, también se modifican*” (p.162).

Antiguamente, estar sano significaba no padecer de ninguna enfermedad biológica, sin embargo, hoy en día la salud también tiene implicancias sociales, además de incluir procesos relacionados con la enfermedad, tal como se menciona en la siguiente cita:

*“Durante miles de años, la enfermedad se ha entendido como el resultado de la invasión del organismo humano por parte de agentes externos, bien fueran éstos la acción de los dioses, el resultado de la posesión del organismo por espíritus malignos o, más recientemente, la invasión de microorganismos (...), bajo el prisma del llamado modelo biomédico de la salud y la enfermedad, según el cual todas las enfermedades pueden explicarse a partir de problemas en procesos fisiológicos, resultado de heridas, desequilibrios químicos e infecciones bacterianas o víricas (...), negándose de este modo cualquier influencia sobre la salud de procesos de índole psicológica o social” (Donante y Rubio, 2008, p.1).*

Así pues, la enfermedad es comprendida como un estado de “deterioro” de la salud, por medio la invasión de organismos externos y/o internos a nuestro organismo humano, ocasionando una alteración grave o leve del funcionamiento normal de nuestro cuerpo, produciendo finalmente una determinada enfermedad e incluso la muerte.

Sin embargo, la salud y su relación con la enfermedad son distintas dependiendo del contexto histórico desde el cual se le analice. En este sentido, el concepto de salud tiene tres grandes características que se desglosan en subcaracterísticas, dependiendo de la época histórica: A) parte de supuestos básicos distintos, B) se relaciona con las aspiraciones y con los ideales de vida que las personas deseen alcanzar y C) va a depender de los diferentes contextos de uso. Estos, se explicarán con más detalle a continuación (Gavidia y Talabera 2012):

**A) Supuestos básicos:** A lo largo de la historia, han existido variados supuestos de la salud, a saber:

– Neutralistas: Estos afirman que no hay necesidad de recurrir a juicios de valor porque la salud y la enfermedad es una cuestión netamente científico-empírica. En este aspecto, la percepción de la salud tiene un punto de vista médico, cuando se pueden demostrar ciertas características anatómicas, fisiológicas o bioquímicas identificadas como patológicas o saludables, independientemente del contexto socio-cultural de las personas.

– Normativas: Este punto de vista sostiene que la relación salud-enfermedad son conceptos inevitablemente cargados de valoración y subjetividades sobre un estado “deseable” o “bueno” de salud, de modo que no se puede determinar si la salud de alguna persona es buena o mala, sin antes conocer dichos valores, por lo tanto, estas solo pueden ser definidas en el marco de una cultura en particular.

**B) Distintos ideales sobre Salud:** La siguiente característica, tiene relación con cuatro tipos de ideales:

– Ideales corporales: Estos ideales, son los que tienen mayor tradición histórica en la medicina de la antigüedad, los cuales se basaban netamente en lo corporal. Según estas visiones, la salud es un estado de bienestar físico y la enfermedad, de desgaste de los órganos.

– Ideales que incluyen factores psíquicos: En este contexto, para tener un buen estado de salud, también debe haber un bienestar desde el punto de vista psicológico y mental de las personas.

– Ideales que incluyen aspectos sociales: Estos comprenden la capacidad que tienen las personas para llevar una vida socialmente activa y productiva o al menos poder desempeñar un determinado rol en la sociedad.

– Ideales utópicas: Aquí, un óptimo estado de salud está influido por ideales como la felicidad plena y la calidad de vida de los sujetos. A su vez, reconocen deseos, aspiraciones humanas y realizaciones espirituales. En este contexto, el concepto de salud llega a adquirir una amplitud máxima de

características que influyen tanto en la salud, como en la enfermedad de las personas.

### **C) Diferentes Contextos de uso:**

– Contexto médico-asistencial: Tiene que ver con la actividad sanitaria de los profesionales desde un punto de vista de la asistencia como método para resolver las problemáticas en torno a la enfermedad, en el que su paradigma de acción, tiene objetivos curativos y netamente pragmáticos. La salud bajo este punto de vista, tiende a ser concebida negativamente, como mera ausencia de enfermedad.

– Contexto de los pacientes: Este contexto lo aportan los sujetos a partir de sus apreciaciones culturales, es decir, cuando las personas se sienten enfermas a partir de una dolencia interpretada según los estereotipos culturales. La salud es la recuperación de “*su normalidad*”, de “*no sentirse enfermos*” y de la adaptación que hace posible la vida en comunidad.

– Contexto sociológico: Este tercer contexto, se enfoca bajo la perspectiva social como un todo integrado, en que la salud se considera como el estado en el cual los sujetos puedan funcionar eficazmente para desarrollar su rol como integrantes de una determinada sociedad. La salud será la condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales que cada territorio tenga.

– Contexto económico y político: Parte de la base de que las necesidades económicas y los puntos de vista políticos, determinan el uso del término “salud”. Esta perspectiva ve la salud como un bien económico como por ejemplo, el PIB, el gasto sanitario, la industria farmacéutica, etc. De este modo, la percepción individual de la salud estará directamente relacionada con la situación económica, la demanda de precios y con el sistema de retribución a los médicos. Por su parte, en el nivel político; “*(...) la salud debe ser concebida como el fundamento de la libertad, la democracia, la*

*igualdad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política” (Ibíd., p.163).*

– Contexto filosófico y antropológico: En este punto de vista, la noción de salud se configura desde una concepción global del ser humano, ya que este se analiza a partir de los estilos de vida y de la capacidad de realización de los valores más “humanos” de las personas como la igualdad, la justicia, la solidaridad, entre otros.

– Contexto ideal y utópico: Este contexto está influido por las ideas acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida en todos sus aspectos, dependiendo de los deseos y aspiraciones que cada persona pueda tener, incluso las potencialidades espirituales.

Como se puede apreciar, la concepción de salud está determinada a partir del contexto histórico, así como también, de las diferentes corrientes de pensamientos tanto filosóficas como científicas, que permiten concebir un cambio de paradigma desde lo netamente espiritual, religioso y biológico, hasta la integración de los aspectos sociales y económicos, incluyendo el rol del Estado como responsable de la salud de su población, tal como se demuestra en la figura N° 1, que explica la evolución de la comprensión del concepto de salud a través de sus diversos paradigmas históricos:

Figura N° 1: Paradigmas; Periodos Históricos

Periodo Histórico	Cosmovisión	Concepto Salud	Concepto Enfermedad	Paradigma Médico
Sociedades Primitivas	Cosmocéntrica	Salud como estado natural	Teoría del Cuerpo Extraño	Modelo Mágico- Religioso (Basado en fenómenos sobrenaturales)
Grecia	Cosmocéntrica	Salud como estado natural	Origen divino	Modelo Mágico- Religioso (Basado en fenómenos sobrenaturales)
		Salud como equilibrio de los humores	Desequilibrio de los Humores (Teoría de los Humores)	Modelo Mágico- Religioso (Basado en fenómenos naturales)
Edad Media	Teocéntrica	Como una manifestación de la gracia divina	Castigo por pecados o faltas cometidas	Modelo Mágico- Religioso (Basado en premios y castigos divinos)
Edad Moderna	Antropocentrismo	Cuerpo como una máquina en funcionamiento	Desperfectos en la máquina, mal funcionamiento	Modelo Mecanicista (separación cuerpo- mente)
Edad Contemporánea	Científica	Salud como normalidad	-Concepto natural de la enfermedad (causa agentes patógenos)	Modelo Biomédico (Basado en la Biología Molecular)
		Salud-enfermedad como proceso y fenómeno social		Modelo Medicina Social
		Salud-enfermedad como proceso dinámico y multivariado		Modelo Biopsicosocial
Determinada por una multiplicidad de factores, integra elementos cualitativos	Causada por múltiples factores de efectos patógenos, integra complejidad contextual			

Fuente: (Muela, 2007, p.73).

Al observar la figura N° 1 y considerando lo anteriormente mencionado, las sociedades primitivas atribuían la salud a un estado natural en el que predominaba el modelo mágico-religioso como causantes de la enfermedad. Posteriormente durante la antigua Grecia, Hipócrates, considerado el padre de la medicina, comienza a estudiar la salud desde la comprensión de las causas naturales de la enfermedad, la incidencia del medio ambiente y del medio social sobre el estado de salud de las personas. En este sentido, se desarrolla la *“teoría de los humores”*, en la cual Hipócrates consideraba que la enfermedad es más que solo una expresión de la voluntad desde el punto de vista mágico-religioso, como se consideraba en la antigüedad, sino que es una manifestación del organismo de cada persona como resultado de diversos cambios en su sustrato material (sustancia que sirve de sostén del organismo durante el trascurso de la vida), la influencia de diversos medios externos en la producción de la enfermedad y las características personales (Parafita, 2012).

En la edad media (476 hasta 1492; siglos V y XV), la salud y la enfermedad eran atribuidas a cuestiones relacionadas con la religiosidad del catolicismo que predominaba en lo religioso durante la época. Esta concepción creía que la enfermedad y la salud eran cuestiones de castigo o premios “divinos”, es decir, de “dios”. Durante esta época, se propaga una doctrina religiosa que busca que las personas lleven una vida virtuosa y santa por medio de la negación de bienes materiales, la abstinencia y la pasión por dios, por lo tanto, comienza a existir el desprecio de lo mundano y la “mortificación de la carne” a consecuencia del descuido de la higiene personal y del saneamiento público. Cabe recordar en esa época las grandes epidemias en la humanidad como la lepra (Abecasis, 2002).

Más tarde, durante la edad moderna (1492 hasta 1789; siglos XV – XVIII), comienzan a aparecer una serie de prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad desde una dimensión colectiva basado en los conceptos de población, Estado y colectividad. Desde esta época (durante los siglos XVI, XVII y XVIII), se comienza a concebir la noción de salud pública como un tópico específico de conocimiento desde el punto de vista del ser humano y su contexto

social, responsabilizando a su vez, al Estado por la salud de la población. En este sentido, la salud pública estaba interesada en poder controlar epidemias, por consiguiente, su estudio y trabajo estaba focalizado en mantener el estado de salud de la población en general, estudiando solo los fenómenos que ocurrían a nivel general y no los fenómenos que ocurrían a nivel individual (Ibíd.).

En el siglo XIX, el desarrollo industrial y comercial de la época fue responsable de la difusión del cólera y de la fiebre amarilla a nivel mundial, lo que potenció en las Américas la salud internacional por miedo a la llegada de dichas enfermedades. También, durante este periodo, se comienzan a realizar estudios relacionados con la cuantificación de procesos vitales como los nacimientos, la muerte y causas de enfermedades (Ibíd.).

Finalmente, en la edad contemporánea (año 1789 al presente; siglo XX al presente), se produce una evolución del concepto en una misma época. En sus inicios, la salud pública tenía un enfoque biomédico de la salud, es decir, se enfocaba solo en los aspectos biológicos de la enfermedad. Posteriormente, en este mismo periodo, se comienzan a estudiar otras causas que inciden en el estado de salud de las personas y en las enfermedades que estos padecen como por ejemplo, las condiciones de trabajo y los contextos socioeconómicos, que repercuten en un buen o mal estado de salud de la población (Ibíd.).

Un cambio significativo del paradigma que sustenta esta relación salud-enfermedad, tuvo lugar en el año 1946 con la promulgación realizada por la Organización Mundial de la Salud, de su Carta Magna que la define como:

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” (OMS, 2006, p.1).*

Como se puede apreciar, la salud desde este nuevo enfoque no solo representa la ausencia de enfermedad a partir de ciertos “defectos” o “fallas” biológicas-orgánicas propias de los seres humanos, sino que se define como un concepto más amplio; multidimensional y holístico ya que en él, se configuran distintos aspectos influidos por los contextos ambientales, sociales, económicos y políticos que inciden en el estado de salud de la población, así como también, -como lo postula Hipócrates ya desde la edad antigua-, la realidad que cada sujeto tiene (equilibrio personal y espiritual). Es así, como la salud y enfermedad, aunque a simple vista son conceptos opuestos, sus significados se construyen uno en función del otro, ya que no existiría el concepto de salud sin el de enfermedad y sus múltiples dimensiones (biológicas, ambientales, sociales etc.).

Entonces, el concepto "salud" es un término amplio y complejo, el que, como señala la Doctora en Filosofía y Letras y Profesora de Bioética Lydia Feito (1996), en su diálogo filosófico sobre el concepto de salud, contiene las siguientes características:

*“De la salud tendremos que decir, (...) que es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción" (p.64).*

A partir de los postulados descritos con anterioridad, se puede concluir que la evolución del concepto de salud a lo largo de la historia de la humanidad, ha representado un cambio en la forma de comprenderla. Hoy en día es comprendida, no solamente por factores biológicos, sino que también factores sociales, políticos y económicos que inciden en el estado de salud de las personas. Este cambio de pensamiento, aunque ya había sido superficialmente estudiado durante la edad antigua, su génesis parte en la segunda mitad del siglo

XX, en donde la salud comienza a ser analizada desde un punto de vista más holístico. Este cambio de paradigma se sitúa en dos grandes modelos: el primero, llamado “modelo biomédico” que tiene como objetivo la “curación” de una determinada enfermedad y por consecuencia, solo involucra factores biológicos-orgánicos como los únicos causantes de la enfermedad; y el segundo, es el “modelo biopsicosocial”, que aparte de involucrar factores biológicos incluye, dimensiones sociales y culturales centrando su praxis en la participación ciudadana, la información y la prevención de las enfermedades tanto del individuo, como de las familias y las comunidades.

Lo anterior, da paso al siguiente punto del marco teórico, pues merece un mayor análisis para el entendimiento de la realidad de la salud en la actualidad, ya que estos representan ser los modelos utilizados en la salud pública en Chile.

## **1.2. SALUD PÚBLICA DESDE EL MODELO BIOMÉDICO AL MODELO BIOPSIKOSOCIAL: ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

La salud pública, comienza a tener cabida durante los siglos XVI, XVII y XVIII como un tópico específico de conocimiento. Durante estas épocas, las problemáticas se centran en las poblaciones y no en los individuos, ya que las acciones realizadas en salud, estaban destinadas a erradicar epidemias como, por ejemplo, pestes o epidemias que pudieran afectar a la población. Posteriormente, con el desarrollo industrial del siglo XIX, se comienzan a generar mecanismos de información y acuerdos sobre normas y procedimientos que permitiesen aumentar la calidad de vida de las personas, ya que estas eran deplorables tanto en la ciudad, como en las zonas rurales (Abecasis, 2002).

A su vez, con la llegada del capitalismo, se comienza a potenciar la salud de los trabajadores, porque de ellos depende la mano de obra disponible, naciendo la legislación del trabajo: descanso, agua potable, beneficios para las mujeres embarazadas, entre otros. Este hito, da origen a la salud pública, la cual “se

*trataba de compensar a través de políticas públicas, ya que el Estado tenía que asumir y supervisar, para mantener y mejorar las condiciones del trabajo y la salud de los trabajadores” (Ibíd., p.3).*

Es así, como la salud pública surge como una estrategia de los Estados para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a una atención en salud, controlando de esta forma, posibles epidemias que pudiesen afectar a la población.

Hoy en día, la salud pública es concebida como un derecho humano que está íntimamente ligado a la calidad de vida de las personas en forma masiva:

*“(…) si bien la salud es un componente principalísimo de la calidad de vida, también la calidad de vida es parte de la salud. En otras palabras: la salud influye en la calidad de vida, y ésta influye en la salud. Un Estado de Derecho tiene la responsabilidad de velar por la calidad de vida de todos los ciudadanos. (...) de ellas se desprende la conclusión: el Estado debe asegurar a los ciudadanos el Derecho a la Salud” (Cappiello, 2011, p.1).*

En cuanto a lo anterior, los Estados deben garantizar el acceso a una salud pública asequible a todos/as los ciudadanos del país, como un requisito básico para aumentar los niveles de “calidad de vida”. El término “calidad”, puede ser definido como un:

*“(…) término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades” (Palomba, 2002, p.3).*

Como se puede apreciar, en la actualidad, la salud no solamente se relaciona con el concepto de enfermedad, sino que se incluye el factor “calidad de vida”, ya sea desde un punto objetivo (realidad) o subjetivo (mente). Ambos se interrelacionan entre sí, incidiendo en el estado de salud de las personas y de las comunidades,

pero, para llegar a este entendimiento de la salud como un “todo integral”, ha tenido que pasar por un cambio de paradigma en el trascurso de las últimas décadas. Por ejemplo, en los comienzos de la salud pública se implementaba desde el modelo biomédico, el cual tiene como objetivo solventar las necesidades de la población a partir de la “curación” de las distintas enfermedades.

El modelo biomédico, fue influido por el paradigma cristiano, el cual fue fundamental en la base conceptual de la medicina moderna. Fue postulado por René Descartes, quien considera que la mente y la parte física, son elementos diferentes y aislados uno del otro, por lo tanto, -en base a su concepción-, las enfermedades se producen por factores netamente físicos y químicos, aislando completamente lo mental y la realidad del individuo. Este paradigma considera que el cuerpo humano es una especie de “aparato” en el que se puede analizar la enfermedad y el funcionamiento defectuoso de alguno de los mecanismos que se estudian en la biología molecular y celular. En este caso, los médicos interceden a través de una intervención química para “sanar” la enfermedad, ya que el médico cura todo lo cuantificable, es decir, lo que se puede ver, diagnosticar y clasificar (García, 1995).

Consecuentemente, este es un modelo que se creó para examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación básicamente patológica, la salud se define como la ausencia de enfermedad, dividiendo y catalogando a las personas como “sanos” o “enfermos”, siendo la enfermedad, lo que el médico puede reconocer y curar (Oyarzún, 2008).

Las características del modelo biomédico, se basan en diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad de las personas. Estas son (Oyarzún, 2008):

- A.** Concepción Patologista: Su pensamiento es que la enfermedad, es la única razón del encuentro entre el profesional médico y los usuarios, o más bien “pacientes” como se les llama bajo este paradigma.
- B.** Concepción Reduccionista: Las enfermedades complejas como por ejemplo, la diabetes, bajo este enfoque terminan siendo reducidas solo a

sus componentes más elementales, como las alteraciones bioquímicas de la diabetes, dejando de lado los contextos sociales y culturales que inciden en la salud de las personas.

- C.** Concepción “Curativa”: En esta concepción, las competencias técnicas de los profesionales de la salud, definen su quehacer solamente en funciones curativas de las enfermedades con el objetivo de salvar vidas.
- D.** Concepción Objetiva: Esto supone que los profesionales de la salud, no interactúan con los “pacientes”, por ende, no conoce las subjetividades, necesidades, contextos sociales y culturales en el cual su paciente está inmerso.
- E.** Concepción “Mente/Cuerpo”: Aquí, existe la idea de la división de la mente y el cuerpo, lo cual produce que la tarea curativa se divida en dos; los médicos se ocupan del cuerpo y de lo somático (parte corpórea de un ser humano) y los siquiátras o sicólogos de lo mental.
- F.** Concepción Biológica: En este punto, el diagnóstico se hace sobre la base de una serie procedimientos puramente biológicos. Si es que al momento de la atención se descarta la existencia de una patología orgánica, inmediatamente se piensa y se deriva a atenciones de tipo psicológicas.
- G.** Concepción de Territorios: Bajo esta concepción, se establecen barreras disciplinarias o de especialidades en las distintas ramas de la salud. A consecuencia de ello, el paciente debe “dividir su cuerpo en partes”, ya que se debe “repartir” en múltiples especialidades para poder tratar una determinada enfermedad.
- H.** Concepción de Tratamiento: Finalmente, la última característica del modelo biomédico, es que el tratamiento que se les da a las personas, es considerado generalmente como un factor externo al usuario. En este sentido, se supone que estos deben ser pasivos y sin responsabilidades en los problemas y soluciones de su estado de salud, teniendo que aceptar sin más, el tratamiento que los profesionales de la salud les prescriban (Oyarzún, 2008).

A pesar de que el modelo biomédico ha permitido generar grandes avances en la manera de entender los procesos relacionados con la salud de las personas, y ha permitido abundar el conocimiento médico y teórico de la medicina moderna, es un modelo que deja fuera variables humanas, sociales y culturales relevantes a la hora de analizar la salud de las personas, ya que estas se interrelacionan tanto en la salud como en la enfermedad de los individuos, reduciendo su praxis, solamente en función de los factores biológicos.

Esta concepción, con el paso de los años también ha evolucionado a raíz de los cambios políticos, económicos y culturales que se han producido a lo largo de la historia, conllevando a que este paradigma perdiera su sentido de funcionalidad, produciéndose nuevas propuestas epistemológicas que incluyen diferentes factores que intervienen en los fenómenos relacionados con la enfermedad, como los factores históricos, sociales y culturales que el paradigma biomédico, excluyó durante toda su implementación. Esto significa un cambio paradigmático desde el “antiguo y mecánico” modelo biomédico al modelo biopsicosocial, que incluye los factores anteriormente descritos (sociales, culturales e históricos), para concebir la salud de las personas, el tratamiento y su prevención. A partir de esta concepción, en el nuevo paradigma se replantea la forma de comprender la salud, incorporando las ciencias sociales en el diálogo con las ciencias biomédicas.

Para comprender lo que significa cambiar de paradigma, lo ideal es poder entenderlo como si fuese un conjunto de ideas rectoras que modelan y guían a los individuos y a las sociedades. Estas ideas derivan de la cosmovisión dominante (manera de entender al mundo), por ende, corresponden a un momento histórico, económico y social específico dependiendo desde dónde se analice, por consecuencia, un cambio de paradigma implica un cambio en una representación social determinada (Ortiz, 2001).

En este aspecto, el cambio de paradigma desde el modelo biomédico al modelo biopsicosocial, significa un cambio en la forma de ver y entender la salud de las personas y de la comunidad en general, produciéndose una crisis en el antiguo modelo, ya que este no daba respuestas a las necesidades de la población

usuaria, así como tampoco, de la comunidad científica y de la comunidad de las ciencias sociales, quienes comenzaron a incluirse en los estudios relacionados con la salud.

El modelo biopsicosocial, fue propuesto por George Engel, siquiatra norteamericano, que en el año 1977 afirmaba que: A) la biomedicina (modelo biomédico) era dualista, es decir, que el ser humano estaba compuesto por la mente y cuerpos, dejando de lado la “vida” y las “emociones” de cada persona; B) afirmaba que la biomedicina defendía un modelo de causa y efecto, cuando la realidad es mucho más compleja, y C) el desarrollo del modelo biopsicosocial se da lugar al “modelo centrado en el paciente” por lo que recomienda averiguar las expectativas de los usuarios como método para incentivar la igualdad y la información en la toma de decisiones (Olaya, 2013).

Según Elena Oyarzún (2008), Médico especialista en Medicina General Familiar, las principales características de este modelo son las siguientes:

- A.** Comprende la salud y la enfermedad como un proceso continuo, ya que en él constantemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, culturales, familiares y ambientales. Aquí la función del profesional es cuidar la salud de las personas.
- B.** En este modelo existen opciones o tipos de enfermedades, ya que se reconocen varias como por ejemplo, tener una enfermedad y no sentirse enfermo, tener una enfermedad y que no se reconozca o de sentirse enfermo y no tener una enfermedad demostrable. En este aspecto, se pasa desde una medicina centrada en la enfermedad a una centrada en el usuario.
- C.** Los diagnósticos de las enfermedades incluyen aspectos biológicos como emocionales, culturales y psicosociales. En este sentido, el profesional pasa a ser un experto entrevistador, ya que el diagnóstico debe ser contextualizado, tomando en cuenta la familia, la red social, la relación profesional-usuario o la relación con el sistema de salud. *“La enfermedad entonces, se inserta en el acontecer de la vida”* (ibíd., p.2).

- D. La relación médico-usuario es recíproca, ya que el médico participa en conjunto con los usuarios en la definición del problema, teniendo en cuenta a la familia y estableciendo una relación en términos triangulares: profesional, usuario y familia. Este aspecto permite al profesional, tener una perspectiva más amplia de la vida del usuario, e incluso ayudar a mejorar la relación de este con su familia.
- E. En la última característica, el profesional toma un rol de facilitador, con el objetivo de incentivar la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias, educando y facilitando información para que asuman la responsabilidad que les corresponde en el cuidado y conservación de su salud.

De esta manera, el cambio de paradigma da un vuelco en la forma de ver, pensar e intervenir en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad de las personas, pues con este cambio se realizó un giro importante hacia la concepción de la salud como un derecho humano. A su vez, este cambio de paradigma incluye una transformación en la forma de pensar de las personas, por medio de un proceso sistemático y paulatino, porque no solamente implica cambios en las comunidades usuarias, sino también en la educación de la medicina, ya que este nuevo modelo llegó a romper esquemas. En Chile, la implementación del modelo biopsicosocial en salud, se introduce durante la transición a la democracia en 1990, por lo tanto, es un cambio de paradigma que sigue teniendo efectos sobre la población y por sobre todo, sobre las personas mayores, quienes vivieron gran parte de su vida, recibiendo atenciones médicas bajo el punto de vista del modelo biomédico.

Este nuevo modelo, comienza a ser implementado bajo los lineamientos propuestos por la Organización Panamericana de Salud, el cual dice que:

*“El modelo biopsicosocial coloca como actor principal a las personas con discapacidad, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión no solo física sino también personal y espiritual” (OPS, 2011, p.10).*

Así mismo, para la OPS (2011), los beneficios de este cambio de paradigma son los siguientes:

- A.** Empodera a la comunidad sobre su responsabilidad de dar soluciones a sus problemas, incorporando el enfoque de la rehabilitación basada en la comunidad, pudiendo desarrollar redes y detectar oportunidades dentro de la misma.
- B.** Participación de la comunidad en la prevención, detección temprana y abordaje adecuado a un nivel primario.
- C.** Se fortalece la organización social de la comunidad, para que todas y todos puedan acceder a los sistemas de salud, educación y rehabilitación de enfermedades.
- D.** Contribuye al bienestar y a la mejora de la calidad de vida de todos y todas, por medio de estrategias que potencien el desarrollo productivo de las personas, permitiéndoles su incorporación en las diferentes áreas de la educación y salud.
- E.** Fortalece las relaciones interpersonales, espirituales, afectivas y comunicacionales.
- F.** Promueve la participación multisectorial efectiva de los Servicios de Salud y Educación, para el cumplimiento de los objetivos individuales y colectivos (OPS, 2011).

Como se puede apreciar, el modelo biopsicosocial propone características inclusivas de la comunidad de manera participativa, es decir, que los individuos, las familias y las comunidades puedan involucrarse e informar sobre los aspectos relacionados con su salud a través de un trabajo en conjunto con los profesionales, quienes deben entregar una atención cercana y amable que permita generar un lazo de confianza entre los usuarios y el personal de salud. En este aspecto, la salud pública adopta este modelo con la finalidad de poder solventar las necesidades que existen en la actualidad, desde una perspectiva multidimensional de factores biológicos, psicológicos, medioambientales, sociales, políticos y culturales que interactúan entre sí y que en su conjunto, determinan e

inciden en el estado de salud de las personas, por lo tanto, si bien el objetivo de ambos modelos sigue siendo la “curación de la enfermedad”, en el caso del modelo biopsicosocial, se incluye al individuo y a la familia en los asuntos que afectan su estado de salud, pudiendo participar e informarse sobre las acciones que tome el personal médico, ya que la atención debe estar centrada en el usuario y su familia, con profesionales capaces de crear un lazo que permita fortalecer una atención amable, oportuna y de calidad.

Finalmente, parece necesario señalar, que el paradigma biopsicosocial es utilizado en la salud pública de Chile mediante el “Modelo de Salud Familiar” que integra las propuestas del modelo en los establecimientos Hospitalarios y de Atención Primaria (APS), siendo estos los encargados de promover, educar, informar y prevenir a los usuarios y a la comunidad en general, sobre los asuntos relacionados con su salud como una forma de anticiparse ante posibles problemáticas relacionadas con este tema.

Es así como se da paso al siguiente punto de este primer capítulo, el cual tiene como objetivo dar a conocer cuál es el modelo utilizado en las instituciones de salud pública, que va a ser descrito y analizado en la presente investigación y así otorgar un mayor entendimiento de la realidad estudiada.

### **1.3. MODELO DE SALUD FAMILIAR**

Con la evolución de la medicina y la inclusión del modelo biopsicosocial, la medicina familiar se fue convirtiendo en la orientación de la estrategia de la salud pública para solventar las necesidades de la población usuaria, después de un periodo de crisis y descontento sobre la efectividad de los consultorios y del modelo biomédico en salud.

El Ministerio de Salud en el año 1993, publica la primera edición de “*Consultorio a Centro de Salud*”, que entrega un marco conceptual sobre la Atención Primaria

con la finalidad de que los equipos de salud reflexionen y diseñen metas a nivel local. En el año 2005 y en el marco de la Reforma de Salud, se publica el documento *“Modelo de Atención Integral en Salud”*, en el que se establece una serie de consensos por parte de académicos, directivos y profesionales del sector sobre los aspectos conceptuales del Modelo. Finalmente, es en el año 2008, donde se publica el documento *“En el camino a Centro de Salud Familiar”*, que desafía a los equipos de salud a profundizar en este cambio y a trabajar con las familias sobre nuevas formas relacionales que ponen al usuario y a su salud, en centro del quehacer como eje de desarrollo social, dando paso a los “Centros de Salud Familiar y Comunitario” (CESFAM) (OPS y MINSAL, 2012).

Así, la medicina familiar comienza a tener cabida en los llamados centros de “Atención Primaria en Salud”, en adelante APS, que integra los Sistemas Nacionales de Salud, el cual tiene como objetivo el desarrollo social y económico de la comunidad. Estos centros de salud primarios no requieren de tratamientos complejos, ni cirugías ni hospitalizaciones, como es el caso de los hospitales públicos, por lo tanto, la atención es “de menor complejidad”, permitiendo que se desarrollen estrategias participativas y educativas centradas en los usuarios por medio de un trabajo en conjunto con los profesionales de la salud, la familia y la comunidad en general.

Es con la conferencia de la OMS-UNICEF de Alma Ata (1978), que se comienzan a definir las líneas de acción de la Atención Primaria, la cual se estableció como:

*“(…) la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad puedan soportar, (...) con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (p.1).*

En este contexto, se asigna a la intervención en salud roles como la promoción y protección de las personas, los cuales son indispensables para el desarrollo económico y social a nivel país. Para ello, son los “Centros de Salud Familiar”, en adelante Cesfam, los que trabajan directamente con el “Modelo de Salud Familiar”,

con un enfoque familiar y comunitario, en el que se le da énfasis a la promoción y prevención de la salud. Cabe mencionar, que antes de la implementación del modelo biopsicosocial en los Cesfam, a estos centros de salud, se les denominaba “Consultorios”, los cuales estaban orientados bajo los lineamientos del modelo biomédico, por tanto, se basaban en una atención paternalista de los profesionales de la salud, existía una importante falta de información, se utilizaba un lenguaje poco claro, entre otras características que impulsaron el cambio a los Cesfam y a la puesta en marcha de este modelo. Esta transición de “Consultorio” a “Cesfam”, aún se encuentra en proceso de consolidación, más aún con los adultos mayores, para quienes el cambio de paradigma ha sido mucho más paulatino.

Según el MINSAL (2016), los Cesfam representan el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud público, los cuales tienen el deber de otorgar una atención de salud de tipo ambulatoria:

*“Proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación en salud; y atienden en forma ambulatoria. (...) trabaja con el Modelo de Salud Integral, con Enfoque Familiar y Comunitario, y por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera, que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas” (p.1).*

Como se puede apreciar, los Cesfam vienen a integrar una salud pública participativa, en el que las personas, las familias, la comunidad y los profesionales de la salud, puedan generar un lazo de confianza y empatía. Todo esto, por medio de un “Modelo de Salud Familiar”, el cual es definido por el MINSAL (2016) como un:

*“Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más al paciente o a la enfermedad*

*como hechos aislados a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (p.1).*

Igualmente, las características del “Modelo de Salud Familiar” son (Ortega y Ponce, 2008) las siguientes:

- A.** Propone realizar acciones de promoción y prevención con las familias en cuanto a los factores protectores y de riesgo, para lograr un ambiente familiar adecuado.
- B.** Se realizan acciones de atención médica con el individuo, en donde la familia debe participar activamente.
- C.** Se identifican los problemas más importantes que se pueden presentar en un contexto familiar.
- D.** Se realizan acciones terapéuticas para solucionar los problemas identificados. Para ello, se entrega orientación familiar y consejería. Además, se incluyen técnicas de psicoterapia breves de apoyo y perspectiva racional.
- E.** Se realiza un seguimiento a la familia para evaluar las tareas realizadas con la participación de la propia familia.
- F.** Remisión al segundo nivel (hospitales) de atención para un tratamiento especializado en el caso de que así se requiera.
- G.** Colaboración y seguimiento a los casos que demanden tratamiento especializado.
- H.** Acciones de rehabilitación para la reincorporación de los miembros de la familia en su contexto social (Ortega y Ponce, 2008).

A modo de síntesis se puede afirmar que los Cesfam utilizan el Modelo de Salud Familiar, con la finalidad de mejorar la calidad de vida no solo de las personas, sino que también de la familia, con el objetivo de anticiparse ante ciertas causas que puedan afectar y enfermar a las personas, por consecuencia, su foco es generar estrategias participativas como la promoción y prevención de las

enfermedades para que la comunidad usuaria pueda informarse y educarse en torno al autocuidado personal y familiar. A su vez, fomenta el respeto, la amabilidad y la empatía entre la comunidad usuaria y los profesionales de la salud.

Bajo este enfoque, los profesionales de la salud se deben especializar en “Salud Familiar”, con el objetivo de que sean profesionales comprometidos con los componentes sociales y comunitarios y por lo tanto, deben poseer conocimiento y destrezas en relación con el trabajo en equipo. Un profesional de la salud debe ser “(...) *comprometido con la salud y no con la enfermedad, que no solo conoce a su paciente, sino que a su grupo familiar*” (MINSAL, 2008, p.39).

La comunidad juega un rol importante en el desarrollo de la implementación del modelo de salud familiar, por ende, su participación necesita un mayor abordaje, dando paso al último punto de este primer capítulo, en el que se pretende dejar en claro el rol de la comunidad usuaria, a través de los distintos canales de participación en salud que permitan facilitar la implementación y el cumplimiento de los objetivos del Modelo de Salud Familiar, por lo cual, se podría decir que existe una responsabilidad compartida entre las instituciones públicas y la comunidad para su óptima aplicación.

#### **1.4. PARTICIPACIÓN EN SALUD PÚBLICA**

Como se mencionaba con anterioridad, la participación de la comunidad es fundamental para la aplicación del Modelo de Salud Familiar, el cual tiene como objetivo generar trabajo en equipo entre los profesionales de salud con los individuos, la familia y la comunidad, con la finalidad de conocer las realidades y necesidades tanto objetivas como subjetivas de las personas, en relación a su contexto histórico, político, social y económico, como determinantes de la salud y la enfermedad.

La participación es *“la capacidad real y efectiva del individuo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad (...)”* (Gyarmatí, 1992, p.12).

Del mismo modo, los psicólogos Zimmerman y Rappaport (1988), se refieren a la participación como el involucramiento en actividades organizadas que pueden ser desde firmar una petición hasta votar para lograr un bien común:

*“(...) la participación puede darse en cualquier campo laboral, educativo, de salud, tanto en referencia a un agente externo como dentro de una misma organización o comunidad. En cualquier caso, la finalidad es la misma: actuar para garantizar congruencia entre decisiones y necesidades”* (en Sánchez, 2000, p.3).

A partir de lo anterior, la participación puede ser comprendida como una instancia que permite a las personas debatir y tomar decisiones en torno a las problemáticas que pueden afectar a una determinada comunidad. En este aspecto, la organización en torno a la salud está relacionada con poder debatir, conocer y buscar posibles soluciones frente a diversas dificultades epidemiológicas por medio de la participación de la comunidad usuaria. De este modo, la participación ciudadana permite incluir las opiniones y percepciones de la comunidad usuaria, en torno a sus necesidades en salud.

Posteriormente, la participación en la salud ha sido entendida de diversas formas a lo largo de su evolución histórica (OPS, OMS, 2010):

- A.** Como beneficiario (década de los 50` y 60`): Se entiende el concepto de participación como una contribución a la promoción de la salud y participación comunitaria, desde miradas diferentes. Se considera a las personas como simples receptores o beneficiarios de la atención de salud. Se define como el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los Servicios de Salud o las autoridades locales, implicando una relación de verticalidad

entre el agente público y las personas, ya que son vistas como un instrumento o recurso que facilita la acción del Estado.

- B.** Como participación comunitaria (década de los 70` y 80`): Esta es promovida principalmente por organismos multilaterales, los cuales comprenden la participación, como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social con una asignación de mayores espacios de acción a la ciudadanía, sin embargo, su principal dificultad es identificar a la comunidad como un interlocutor único en representación de la diversidad social y por tanto, se considera que los instrumentos de participación tradicionales son poco eficaces frente a las demandas de los ciudadanos.
- C.** Reconocer a las personas como usuarios (década de los 90` hasta la actualidad): Como ya se ha reiterado, durante la transición del modelo biomédico, los usuarios eran denominados “pacientes”, el cual representa a las personas como un mero receptor de una medicina enfocada solo en la curación de la enfermedad. Este cambio de reconocimiento de las personas como sujetos de derecho, representa la visión más moderna de participación en salud, reconociendo a las personas como usuarios ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como también del uso eficiente de los recursos.

Como se puede apreciar, la participación también ha tenido un proceso evolutivo, dependiendo del contexto histórico en donde esta se sitúe. En la actualidad, la participación constituye un requerimiento esencial para las instituciones de salud pública del país, ya que este permite impulsar la implementación del Modelo de Salud Familiar. Por consiguiente, hoy en día se requiere de una mayor responsabilidad de los sistemas de salud frente a la ciudadanía, estableciendo mecanismos de participación que permitan a las personas tener control sobre sus derechos en salud, siendo necesario potenciar la educación y el derecho a la información.

Desde este nuevo escenario, la participación en salud es vista como el derecho que tienen los usuarios de la salud pública de poder participar de las decisiones tomadas en torno a esta, tal como lo señala la Declaración de Alma Ata (1978), mencionando que: *“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”* (p.1). Según la declaración anterior, la participación en salud corresponde a un determinante importante en las políticas públicas, ya que estos a través de la participación, pueden colaborar en la formulación de dichas políticas en salud.

Para el MINSAL, la participación es un eje fundamental en las políticas en salud, ya que por medio de esta, se ha realizado un cambio en la forma de comprender y abordar integralmente los problemas de salud. Sitúa a la participación como un proceso social mediante el cual el sector público facilita la gestión entre los ciudadanos y el Estado, para que en el diagnóstico de sus propias necesidades, indiquen cuáles son sus prioridades, establezcan relaciones de intercambio y cooperación y pongan en práctica soluciones concretas (Ponce y Ortega, 2008).

Los tipos de participación son los siguientes (Ibíd.):

- A.** Colaboración o participación colaborativa: Participación tutelada de la población, brindando la colaboración que se le solicite.
- B.** Cogestión o gestión conjugada: La población o su representante participa, pero esta sigue siendo dominada por la “hegemonía médica”.
- C.** Autogestión: Acciones que realiza la persona con ayuda de su familia con la finalidad de mejorar o solucionar sus problemas.
- D.** Negociación o participación negociada: Las instituciones involucradas siguen un proceso que influye la deliberación de una comunidad, en el que se reconoce la validez como sujetos de derechos, que pueden colaborar en la elaboración de una visión conjunta.

Como se ha podido apreciar a lo largo de este capítulo, el desarrollo de la participación en salud no tendría cabida sin la participación de la comunidad como actores sociales relevantes, ya que sin ellos no se podría generar un diagnóstico

que permita a los profesionales de la salud y a los organismos responsables de esta, conocer cuáles son sus necesidades y problemáticas en torno a su salud, la de su familia y de su comunidad. A su vez, la participación es una instancia que permite mejorar los niveles de calidad de vida de las personas a través de la problematización, la crítica, el debate y la educación de ciertas situaciones específicas que puedan afectar su salud a nivel local. Cabe mencionar, que la participación en salud comienza a ser implementada como mandato de la Ley N° 20.500 de “Participación Ciudadana” promulgada el año 2011, (la cual se puede estudiar con más detalle en el marco referencial de la presente investigación), potenciando así la participación ciudadana en salud como eje fundamental de los planes y políticas públicas.

Finalmente, este primer capítulo del marco teórico, pretende generar un acercamiento a la evolución de la concepción salud y la enfermedad para, finalmente, comprender cómo ha evolucionado la salud pública en nuestro país. Sin embargo, quedan una serie de interrogantes al respecto, tales como: ¿cómo determinan los usuarios de la salud pública, la calidad de este?, ¿se está entregando un servicio de calidad y accesible a todas y todos los usuarios de la salud pública?, ¿existen problemáticas que mejorar?

Estas preguntas permiten comprender los objetivos de la presente investigación, ya que desde la teoría anteriormente descrita, se podrá describir y analizar la realidad de la salud pública, en una de las comunas más vulnerables a nivel país, como lo es la comuna de Renca. Por otro lado, esta investigación está orientada en conocer cómo perciben los adultos mayores la calidad de la salud de la comuna y para ello es necesario entender lo que ha significado y lo que significa en la actualidad ser adulto mayor, ya que, al igual que los conceptos descritos con anterioridad, la concepción de este grupo etario también ha evolucionado a lo largo de la historia, teniendo hoy en día un rol más protagónico en la sociedad actual.

## **CAPÍTULO II: ADULTO MAYOR: ANÁLISIS HISTÓRICO Y CONCEPTUAL**

En este capítulo se realizará un breve acercamiento de lo que ha significado ser adulto mayor en la sociedad a lo largo de la historia. Se abordarán además, los conceptos del ciclo vital, vejez, envejecimiento y longevidad, para dar paso a la noción de adulto mayor en la actualidad. Así mismo, se realizará una aproximación de la realidad del adulto mayor en un mundo globalizado, en el que se podrá observar que la discriminación es un proceso latente hasta el día de hoy para, finalmente, llegar a la evolución de la concepción del adulto mayor como sujeto de derecho que pueden participar, opinar e incidir en las acciones que le competan en relación a su salud y a la de la comunidad en general.

### **2.1. ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Antiguamente en las culturas pre-históricas, los “ancianos” representaban a un grupo etario sabio, con abundantes conocimientos en todos los ámbitos de la vida, debido a los años de experiencia, madurez, sabiduría, entre otros aspectos considerados relevantes. La longevidad era motivo de orgullo, aspiración y liderazgo entre las tribus.

Según el Dr. Gerontólogo Carlos Trejo Maturana (2001), los ancianos representaban un fuerte liderazgo por su conexión con los antepasados. Eran los intermediarios entre el mundo y el más allá, permitiendo tener el conocimiento para ejercer labores de sanación, de jueces y educadores, “(...) *en otras palabras la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad*” (p.1).

Según el mismo autor, con la llegada del cristianismo, el concepto de adulto mayor o más bien, de anciano o viejo como se les llamaba en aquella época (pues el

concepto de adulto mayor es más bien contemporáneo), dejaron de ser un motivo de interés especialmente durante la edad media, ya que en esta época se escribía y privilegiaba la excelencia, la virtud, la perfección y belleza, adoptando la imagen de vejez como símbolo de pecado. Los ancianos no constituían un mundo específico, sino que estaban dentro del grupo de los desvalidos, los cuales eran acogidos temporalmente en los hospitales y monasterios. Posteriormente, durante el renacimiento y el mundo moderno, los ancianos siguen siendo representados como símbolos de fealdad, decrepitud y decadencia, siendo los tiempos más agresivo contra este grupo etario, el cual se puede reflejar en la siguiente cita:

*"Pero lo que verdaderamente resulta más divertido es ver a ciertas viejas, tan decrepitas y enfermizas como si se hubieran escapado de los infiernos, gritar a todas las horas "viva la vida", estar todavía "en celo", como dicen los griegos, seducir a precio de oro a un nuevo Faón; arreglar constantemente su rostro con afeites; plantarse durante horas frente a un espejo; depilarse las partes pudibundas; enseñar con complacencia sus senos blandos y marchitos; estimular con temblorosa voz el amor lánguido, banquetear, mezclarse en la danza de los jóvenes, escribir palabras tiernas y enviar regalitos a sus enamorados" (Erasmus, 1993 p.14).*

Por otro lado, en las culturas nativas de Latinoamérica, los ancianos eran considerados como autoridades quienes se reunían en una "junta de ancianos" para tomar decisiones en las cuestiones que afectaban a la comunidad. Posteriormente, con la llegada de los españoles y su influencia occidental-cristiana, comenzó a esfumarse el concepto de veneración que se le asignaba a las personas adultos mayores prevaleciendo sólo en los grupos étnicos que resistieron al impacto occidental. A pesar de ello, gran parte de los valores occidentales lograron internalizarse, conduciendo a que la sociedad eluda su responsabilidad ante este grupo etario y se generen actitudes de rechazo, abuso y discriminación (Trejo, 2001).

Posteriormente, la apreciación que se tiene del adulto mayor en la edad contemporánea, es más bien de alguien inservible y poco útil para la sociedad, ya

que no contribuye en la productividad como lo haría una persona más joven. Además, con la implementación del capitalismo y la globalización, las personas son cada vez más individualistas, lo cual propicia la deshumanización entre los seres humanos y la concepción social de que los ancianos no contribuyen a la sociedad, menoscabándolos de manera violenta, *“Los viejos, que no constituyen ninguna fuerza económica, no tienen los medios de hacer valer sus derechos (...)”* (Jara, 2013, p.1).

Este pensamiento neoliberal, constituye una contradicción respecto al aumento de la población adulto mayor que existe en la actualidad, ya que con el paso de los años, este grupo etario va aumentando en su número y por tanto, los usuarios de la salud pública van a ir en un progresivo aumento. Esto contempla desafíos especiales en salud como por ejemplo, contar con entornos físicos y sociales más cercanos, con la finalidad de reinventar el significado que se le atribuye a esta etapa del ciclo vital, desde la concepción de personas inservibles e improductivas a sujetos de derechos visibles y socialmente activos.

Respecto a lo anterior, y para entender más integralmente lo que significa ser adulto mayor en la actualidad, se da paso al siguiente punto relacionado con el ciclo vital, el cual permitirá comprender las fases o etapas por las que los adultos mayores han atravesado a lo largo de sus vidas. En este sentido, se enunciarán a continuación una serie de teorías psicológicas y sociológicas que permitirán entender el significado de envejecer.

## **2.2. CICLO VITAL**

Comprender el proceso del ciclo vital de los seres humanos, se torna fundamental a la hora de conocer las percepciones que tienen los adultos mayores en torno a la calidad de la salud pública, ya que como se explicará a continuación, sus percepciones y realidades, así como sus expectativas, dependerán del ciclo vital que cada persona desarrolle a lo largo de toda su vida. Para ello, se analizarán las

teorías de autores clásicos como Jean Piaget y Erik Erikson, bajo un análisis psicoanalítico del desarrollo, para finalmente analizar la incorporación de los estudios sociológicos y antropológicos en torno al tema.

El concepto de ciclo vital, ha sido estudiado en múltiples investigaciones constituyendo un factor importante en la comprensión de las dinámicas de los individuos y las familias. Puede ser definida como un concepto que trata de responder al tránsito de la vida, al crecimiento y al desarrollo social, por medio de la superación de una serie de experiencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales como un proceso continuo desde el nacimiento hasta la muerte, por ende, el desarrollo continúa hasta la última etapa de la vida humana, ya que aún se siguen enfrentando y superando problemáticas, encrucijadas, fases, como se le quiera llamar, que condicionan el desarrollo interno y externo de cada persona a nivel individual y social durante todo su desarrollo vital.

Para el psicoanalista Sigmund Freud, el desarrollo del ciclo de la vida, se sitúa bajo un punto de vista psicosexual y biológico, centrándose en la maduración física y en los instintos que el niño/a desarrolla con los demás. Según el autor, el hombre nace con varios grupos de instintos: autopreservación (respiración e ingestión de alimentos, entre otros), satisfacción sexual y la agresión en donde, a medida que van pasando los años, las personas intentarán satisfacerlos por necesidad (Rojas, 2014).

A finales de la década de los 70, se comienza a incluir el concepto de “ciclo vital”, iniciándose el estudio y análisis del envejecimiento de las personas desde el punto de vista de la psicología evolutiva. De esta manera, se comienza a integrar en los estudios de la trayectoria humana y del proceso de envejecimiento, el desarrollo y enfrentamiento a diversas experiencias externas que determinarán en gran medida la personalidad que cada persona desarrolle. Es por ello, que algunos autores como Erikson, amplían el conocimiento del ciclo vital más allá de la adolescencia, abordándolo como un proceso que se vive hasta el final de los días, es decir, hasta la vejez.

En este sentido, el psicoanalista Erick Erikson fue uno de los iniciadores del estudio del ciclo vital, que si bien, se orienta desde los postulados planteados por Freud, estudia el desarrollo a lo largo de toda la vida (hasta la vejez), en que lo importante es el “yo” como entidad que unifica a la persona de acuerdo con la etapa de la vida en que se encuentre y con los aspectos sociales y culturales en el cual estos se sitúan (Hernandis y Martínez, 2004).

Para Erikson, cada etapa del ciclo vital es como una “encrucijada” en las que el “yo” se enfrenta a una serie de compromisos y demandas sociales. Si las personas frente a estas denominadas encrucijadas, logran superarlas con éxito, se producirá una expansión y una adición de nuevas competencias y cualidades, en cambio, si no pueden enfrentarlas con éxito, se producirá un estancamiento del desarrollo e incluso una regresión del “yo”, que dificultará el abordaje de futuras encrucijadas (Hernandis y Martínez, 2004).

El autor aborda el ciclo vital desde un punto de vista psicosocial, en el que los impulsos personales y el mundo social inciden directamente en la forma en cómo se van desarrollando las personas en cada etapa o momento de sus vidas. Estas “encrucijadas” como las denomina el autor o “disyuntivas psicosociales” en mi opinión, se van superando en la medida en que se vayan enfrentado dichos impulsos personales y realidades sociales, ya que puede producirse tanto la pérdida como la ganancia de nuevas competencias, así como también, su posible estancamiento.

Asimismo, aborda el ciclo vital como un proceso que no finaliza en la adolescencia, sino que se extiende hasta la etapa adulta mayor. Para Erikson, envejecer es un estado de “sabiduría”, en donde no se le tiene temor a la muerte, sino que se acepta como un agradecimiento a la vida y si no lo logramos, es porque existieron algunos problemas anteriores que retrasaron nuestro desarrollo (Boeree, 1998). En este sentido, existen maneras de envejecer: primero están las formas negativas como el aislamiento, sentimientos de culpa, depresión y temor a la muerte y; segundo, la formas positivas como cuando las personas son capaces de expandir su capacidad creativa, de poder relacionarse con el entorno y de

asumir los errores conservando un sentimiento de satisfacción en relación con su propio devenir evolutivo (Bordignon, 2005).

El autor establece una serie de etapas que a diferencia de Freud, incluye las de la vejez, en las cuales según el autor, se van produciendo nuevas exigencias tanto internas como externas que requieren de una mayor adaptación al entorno, ya que en esta etapa se producen nuevos desafíos y crisis que se pueden desencadenar en enfermedades tanto físicas como psicológicas, dependiendo de la superación exitosa o de estancamiento de cada una de ellas. Estas fases según Erikson son (en Rojas, 2014):

- A.** Confianza básica v/s desconfianza: Tiene relación con el peso que puede tener la confianza frente a la desconfianza o etapa incorporativa (fase oral) que se genera desde el nacimiento hasta el año de vida. En esta etapa, se produce una sensación de confianza básica, de esperanza y optimismo en el caso de los niños/as que son bien cuidados y amados por los padres, porque en el caso contrario, es decir, los niños/as a los cuales no se les brinda los cuidados necesarios, se desarrollan bajo un contexto de “ambiente caótico”, produciéndose una sensación de desconfianza temprana que puede terminar en un estancamiento del desarrollo.
- B.** Autonomía v/s vergüenza y duda o etapa niñez temprana (fase muscular anal): Esta etapa se desarrolla desde el año uno hasta los tres, cuando el niño/a es capaz de controlar esfínteres, utilizar sus músculos para el desplazamiento y vocalización, fija su autonomía o voluntad propia. Si hay mucho control o es avergonzado ante los primeros fracasos, pueden surgir sentimientos de vergüenza, duda e inseguridad (estancamiento).
- C.** Iniciativa v/s culpabilidad o etapa locomotora genital (preescolar): Comprende desde los 3 hasta los 6 años, en donde el niño/a comienza a tener conciencia del medio externo, estableciendo relaciones más cercanas con el progenitor del sexo opuesto. También hay una mayor preocupación por sus genitales, por los padres y una mayor noción de las diferencias entre ambos sexos.

- D.** Laboriosidad v/s inferioridad: Esta fase se desarrolla desde los 6 hasta los 12 años, en que el niño/a se desenvuelve entre el contexto educacional y social, desarrollando relaciones sociales con personas que están fuera de su núcleo familiar. En la medida en que supera esta etapa, aparece el sentido de ser competente; si no ocurre, conlleva sentimientos de inferioridad, mal rendimiento escolar, fobias, aislamiento social.
- E.** Búsqueda de la identidad v/s difusión de identidad: En esta etapa se produce una identidad del ego frente a confusión de roles o etapa de la adolescencia situada entre los 12 años hasta los 20 años. Se consolida la identidad, debido a que los cambios físicos y síquicos de la pubertad generan un período de conflicto psicológico interno, que hace que se entre en un sentido de continuidad y estabilidad con respecto a uno mismo a lo largo del tiempo. Si lo anterior no se logra, puede producirse pérdida de la identidad. Es por ello que en esta etapa se deben fortalecer los intereses, gustos, valores, principios que permitan el crecimiento, fuera de sus padres y familia.
- F.** Intimidad v/s aislamiento: Tiene relación con la intimidad frente al aislamiento o etapa del adulto joven que es comprendida entre los 20 y 40 años, en donde el adulto desempeña un trabajo, tiene parejas más estables, comienzan a formar familia, fortaleciendo la capacidad de intimidad. Esta etapa requiere de solidaridad y de identidad compartida en pareja, lo contrario produce aislamiento personal.
- G.** Generatividad v/s estancamiento: Etapa del adulto medio o maduro que abarca desde los 40 hasta los 60 años. En esta fase es crucial fortalecer la capacidad de cuidar y facilitar el desarrollo de las generaciones más jóvenes. En este sentido, los adultos constituyen guías, padres, profesores, y necesitan de los niños para cuidar de ellos, sin embargo, si no se puede ser generativo, esto conllevará un estancamiento y un egocentrismo en las personas.
- H.** Fase de integridad del ego v/s la desesperación o etapa adulto tardío (adulto mayor): Esta etapa va después de los 60 años luego de haber

completado el ciclo y ayudado a las generaciones menores. En este sentido, si se logra la integridad o aceptación de la sucesión de generaciones y del término de la vida natural, implica el desarrollo de la sabiduría, mas si se pierde esta noción de integridad, ocurre la desesperación, el temor a la muerte y el sentimiento de una vida irrealizada.

- I. Fase final de desesperación v/s la esperanza y fe: Esta etapa, se desarrolla desde los 80 años en adelante. Su característica es enfrentar un nuevo sentido de sí mismo, en el organismo que comienza a fallar, con la finalidad de lograr un nuevo sentido de la sabiduría y trascendencia.

Como se puede apreciar, Erik Erikson se basa en la teoría Freudiana descrita en un comienzo, pero añade otras fases de la vida, que se extienden más allá de la adultez, como lo es la vejez, en el que influyen no solo aspectos relacionados con la libido, sino que también con el entorno social e impulsos personales que determinan el desarrollo del ciclo vital de cada persona.

Asimismo, el biólogo Jean Piaget dedica su análisis al desarrollo social y de personalidad. Al igual que Freud, sus postulados de ciclo vital son hasta la etapa de la adolescencia. Este autor, se centra en “estadios” de desarrollo, aplicando principios biológicos, sobre todo en la maduración biológica, como procesos del pensamiento, considerando al ser humano como un “todo integrado”, ya que su desarrollo va a estar influido por el medio ambiente en el que vive, en donde se explora, comparte y observa, obteniendo nuevas experiencias, aprendizajes, etc. Estas se agrupan en cuatro etapas dependiendo del desarrollo del sistema nervioso central y de la superación de cada una de las fases. Estas fases son (Ibíd., 2014):

- A. Sensoriomotriz: Desde el nacimiento hasta los dos años, cuando el niño/a con su inteligencia práctica resuelve lo que inmediatamente se le presenta, asimilando en forma progresiva la idea del objeto.
- B. Representativo preoperatorio: Se desarrolla desde los 2 a 6 años. En este surge la representación del objeto, aun sin el objeto presente, por ejemplo, al esconder un juguete, el niño es capaz de buscarlo; además,

es la fase en la que observan, evocan, imaginan, dibujan, aparece el lenguaje y accede al mundo simbólico que le permitirá tener algo presente aunque esté ausente y describirlo semiológicamente.

- C.** Operaciones concretas: El niño/a, puede sumar, restar, multiplicar y dividir, para luego trabajar sobre lo virtual. El pensamiento aquí es intuitivo operacional.
- D.** Pensamiento hipotético deductivo: En esta etapa, el adolescente, quien puede solucionar problemas más complejos y se le facilita la abstracción (acto de pensar mentalmente sobre qué es un determinado objeto). Según Piaget, el progreso del conocimiento involucra un proceso de desarrollo que no solo es biológico, sino psicológico. Desde este punto de vista, se marcan los límites del proceso de aprendizaje, en tanto que uno no se puede dar con independencia del otro.

En este sentido, la mirada sociológica del ciclo vital, surge como alternativa frente a la crisis de los modelos clásicos de las ciencias sociales (psicológicos), quienes pretenden integrar la sociología en los estudios relacionados con ciencias de la naturaleza. Desde esta mirada, el envejecimiento no es un concepto estrictamente biológico, sino que también involucra aspectos sociales, culturales y materiales en las que vive una persona.

Desde este punto de vista, la socialización es un proceso fundamental en las primeras etapas del niño/a, ya que este contribuye a que las personas sean capaces de adaptarse a la cultura en la que se ha nacido, por lo tanto, los procesos culturales son fundamentales en la forma en cómo las personas alcanzan su desarrollo a lo largo de sus vidas, ya que la cultura incide durante todo el ciclo vital. A su vez, en el mundo occidental cristiano, la muerte tiende a ser un asunto socialmente oculto y “temido”, lo que conlleva a que las personas puedan adoptar ciertos temores en relación con el término de sus vidas, como la negación, ira, depresión o –desde un punto de vista positivo- la aceptación.

A su vez, se menciona que toda sociedad tiene un sistema de expectativas sobre las conductas “deseables” en cada etapa de la vida, de forma tal que el individuo

pasa desde el nacimiento hasta su muerte por un ciclo que está socialmente regulado a través de la edad de las personas, a quienes se les asigna una serie de derechos, deberes y obligaciones específicos. Así, el ingreso formal a la escuela, el matrimonio, la paternidad, la iniciación laboral, etc., son puntuaciones en el ciclo de vida (UNAD, 2013).

Desde el punto de vista antropológico, este puede abordarse desde la “edad”, en donde la antropología trata de indagar el papel asignado que se les atribuye a las personas dependiendo de su “edad” desde una comparación intercultural, es decir, se estudian las características de grupos de edad específicos en distintas sociedades, lo que conduce a aproximaciones etnográficas y holísticas. A su vez, esta perspectiva propone un análisis transversal sobre la edad como proceso cultural, lo que conduce a aproximaciones de naturaleza esencialmente teóricas, por ende, los estudios relacionados con el ciclo vital, más que definir características de los diferentes rangos de edad, estudia las relaciones intergeneracionales como marco de análisis global (Feixa, 2016).

Finalmente, están los estudios sociológicos fundados desde el año 1948, que relacionan el ciclo de vida de los sujetos con la familia desde un paradigma más sistémico, ya que antes de este periodo, aún se concebía a la familia como la suma de vidas individuales. Este pensamiento sociológico postula que cada uno de los miembros de la familia tiene tareas distintas según la etapa de desarrollo en el que estos se encuentren; el logro o el fracaso de dichas tareas van a depender del logro o el fracaso de las tareas de los demás. De ahí proviene la necesidad de intervenir socialmente. Al final de la década del cincuenta, los pioneros de la terapia familiar –Murray Bowen, Nathan Ackerman, Don Jackson, Virginia Satir, Carl Whitake-, empezaron también a considerar a la familia como una unidad de evolución, comenzando a interesarse en cómo el ciclo vital influye en los procesos de cambio tanto de las familias disfuncionales como de aquellas que no lo eran (Ibíd.).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la vejez podría definirse como el resultado del desarrollo del ciclo vital marcado por la superación o estancamiento de los

acontecimientos enfrentados a lo largo de su vida. Entonces, el ciclo vital va a ser distinto en cada caso, ya que va a depender de la historia personal del sujeto, del medio ambiente, de estados internos, de la cultura, entre otros, en el que dicho estancamiento o superación de cada fase, influirán en la salud física y psicológica de las personas.

En los estudios relacionados con el ciclo vital de las personas hasta el final de sus días, las investigaciones relacionadas con la vejez, el envejecimiento y la longevidad, han sido muy abundantes. Los cambios en la evolución sociodemográfica de la actualidad, han requerido investigar la vejez, la longevidad y el envejecimiento a través de una rama llamada gerontología que investiga empíricamente y construye teorías en base a la nueva sociedad envejecida del mundo occidental, la cual será descrita con mayor detalle en el siguiente punto.

### **2.3. VEJEZ, ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD**

Según la Doctora en Sociología Paulina Osorio (2006), el interés científico por el envejecimiento, comienza durante los años cincuenta y sesenta, centrándose en los problemas de vejez ligados a la geriatría (medicina que se encarga de las enfermedades propias de la vejez) y la gerontología social que estudia problemas relacionados con la pobreza, abandono familiar y exclusión social. Según la misma autora, durante la década de los setenta, se presenta la teoría de la desvinculación que concebía a las personas de edad como individuos que ya no participaban del marco laboral, por lo tanto, ya no formaban parte esencial en la sociedad. De ahí se propaga una imagen negativa del envejecimiento, ya que la declinación física y social les obligaba a llegar a un estado de dependencia familiar y social. Ya en los años noventa, se produce una concepción positiva de la vejez desde una mirada activa y socialmente más valorada, rompiendo con la relación de envejecimiento-enfermedad.

Las teorías de la vejez, la longevidad y el envejecimiento, se han basado desde tres aspectos. En primer lugar, desde la longevidad y esperanza de vida de una población, ya que esta es una parte importante de la sociedad debido a que la población envejece y la sociedad también. En este caso, por muchos años los estudios en gerontología se centraron solamente en las dificultades funcionales de la salud y la pérdida de autovalencia e independencia. En segundo lugar, se ha estudiado como un proceso evolutivo de un mayor nivel de desarrollo, crecimiento y senescencia (quien comienza a envejecer), centrándose en los problemas sociales, biológicos y psicológicos del proceso. Finalmente, hoy su estudio agrega factores como la jubilación, mercado laboral, la familia, sistema sanitario y sistema de pensiones (Osorio, 2006).

La transformación de los estudios gerontológicos, constituye una evolución en la forma de concebir la realidad de las personas mayores como sujetos de derechos, activos y fundamentales en la sociedad actual, dejando de lado las antiguas concepciones peyorativas de la vejez como la enfermedad, la falta de productividad económica, dependencia, pérdida de la autovalencia, entre otros.

Para comprender la evolución de la significancia que ha ido teniendo la preocupación por el envejecimiento, se debe entender los conceptos de longevidad y vejez. En este sentido, la longevidad se relaciona con el crecimiento de la edad de la población. Esta, durante las últimas décadas, se ha caracterizado por el descenso de la fertilidad y el aumento de la esperanza de vida en las personas de edades avanzadas. La longevidad es el “(...) *envejecimiento biológico de cada especie animal, en la que la heredabilidad representa aproximadamente el 35% y un 65% los factores ambientales*” (Pulido, 2011 p.2). Es decir, la longevidad representa la máxima duración de la vida humana, en la cual existe un número límite aproximado de 120 años de edad que puede alcanzar una persona.

Según la revista de “Ciencia y Salud” (2000), entre los siglos XV y XX existen referencias escritas de al menos una veintena de personas, cuyas respectivas fechas de fallecimiento y nacimiento significarían edades comprendidas entre 115 y 180 años. Sin embargo, las investigaciones más rigurosas realizadas hasta la

fecha no han podido confirmar esos valores, por lo que la referencia contrastada de mayor duración de la vida humana corresponde a la francesa Madame Jeanne Calment que murió a la edad de 122 años y cuatro meses.

La longevidad por tanto, es un área de estudio que investiga la duración de la vida humana en la tierra, en donde:

*“(...) todos los estudios tienden a indicar que, al menos desde que existen registros históricos, las personas hubieran podido vivir tanto como se vive hoy día, si hubiesen contado con tecnologías, modos de vida, recursos sanitarios y tamaños poblacionales similares a los actuales. No son las personas los que han cambiado, sino sus condiciones de vida. Por tanto, al menos en los últimos cien mil años de la Humanidad, ha aumentado la esperanza de vida pero la longevidad humana parece que ha permanecido muy estable, en alrededor de unos 120 años” (Revista “Ciencia y Salud”, 2002, p.1).*

En cuanto a la vejez, según la sicóloga Grace, J. Craig (2001), refiere a un período que comienza a la edad de los 60 años, aproximadamente. Menciona que es un proceso a nivel biológico, siendo un fenómeno universal ya que:

*“Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez (...) Muchos de los efectos no se perciben sino hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva” (p. 553).*

Asimismo, la vejez es considerada como un producto biológico, que incluye una serie de elementos físicos, psicológicos y sociales que influyen significativamente en la forma en cómo se presentaban las personas en esta edad biológicamente, es decir, desde la enfermedad misma (Ramos 2009).

Con el inicio de estas áreas de estudio relacionadas con la vejez, que incluyen un punto de vista social y psicológico como elementos que influyen al momento de envejecer, se da paso a lo que algunos autores consideraran más conveniente utilizar el término “envejecimiento”, en lugar de “vejez”, ya que este es un proceso

que no solo significa la etapa final de la vida en relación a los aspectos biológicos, físicos y psicológicos propios de la longevidad, sino que también se debe considerar que el envejecimiento es un acontecimiento de la vida que es parte de todos nosotros desde que nacemos, y que involucra una serie de características que dependen del contexto histórico y social de la realidad que vive cada persona.

En este sentido, el envejecimiento no significa solamente el paso del tiempo, sino que comprende una serie de manifestaciones biológicas las cuales entendemos al momento que nos llega “la hora” de experimentar la vejez física y mental. El envejecimiento es la única acción que todos y todas compartimos sin excepción. De esta manera, el envejecimiento es un ciclo que tiene múltiples causas, es decir, es un proceso multifactorial que involucra la genética en la regulación del envejecimiento biológico demostrado por la longevidad (Pulido, 2011).

En conclusión, la longevidad es la cantidad de tiempo biológico que es capaz de alcanzar la especie animal, es decir, la cantidad de años que podría vivir una persona. Para ello, se utiliza el concepto de vejez como una forma de catalogar el deterioro físico y biológico de la longevidad, es decir, como una etapa de la vida. Posteriormente, con la evolución de los estudios en la gerontología y la inclusión de las ciencias sociales en el estudio de la vejez y la longevidad, se da paso a la utilización del término envejecimiento como un proceso en la vida del ser humano el cual se inicia desde el nacimiento y que está determinada por una multiplicidad de factores que se interrelacionan entre sí, incidiendo y determinando la forma en que las personas envejecen. Es así como la vejez, el envejecimiento y la longevidad significan un proceso que viven todas las personas cuando llegan a una avanzada edad antes de morir. Este proceso involucra múltiples factores, tales como: sociales, económicos, biológicos y ambientales que inciden en la forma que tienen las personas de envejecer.

Hoy, desde una mirada más integral, se ha logrado enfocar la concepción de este proceso de envejecimiento desde la prevención de los aspectos biológicos de las personas, generando diversas estrategias para prevenir enfermedades que pudieran afectar la longevidad (geriatría) y fortaleciendo la autovalencia de las

personas a través de políticas públicas que promueven la valoración de este grupo etario como sujetos de derecho, fomentando la idea de la autovalencia, para que sigan siendo capaces de realizar actividades básicas de la vida diaria por el mayor tiempo posible, como poder desplazarse por sí solos, administrar su dinero, alimentarse, etc.

Desde el punto de vista denominativo, durante los últimos años de preocupación por este tema, numerosos estudios se han orientado en el entendimiento del envejecimiento y de su denominación mediante una serie de conceptos como, por ejemplo, “anciano/a”, tercera edad, adulto mayor, entre otros, con la finalidad de definir y catalogar a este grupo etario desde la integralidad de los factores que inciden y que fueron anteriormente mencionados. Esto se podrá apreciar con mayor detalle en el siguiente punto.

## **2.4. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ADULTO MAYOR**

Entendida la relación de los conceptos de longevidad, vejez y envejecimiento, nace en el mundo contemporáneo la concepción de adulto mayor para catalogar a las personas con avanzada edad.

Como se mencionaba, el concepto de adulto mayor es un término de uso relativamente reciente en reemplazo de los términos tercera edad y ancianos, que socialmente involucran significaciones peyorativas como un grupo etario “inferior” o con menos capacidades: *“Las personas mayores, se han definido desde una concepción de ancianidad, vale decir, desde la perspectiva de vejez, de lo que significa ser viejo/a, construido históricamente desde un paradigma asistencial y excluyente”* (Osorio, 2006, p.9).

El concepto de anciano proviene de las concepciones de vejez, que asume que la longevidad se relaciona con cuestiones biológicas, sociales y físicas que generan enfermedad y dependencia, lo que los convierte en personas frágiles y próximas a la muerte.

Este concepto de anciano/a los encasilla en un grupo etario desde los 60 años llamado tercera edad o senectud. El término “tercera edad”, es un concepto antropológico-social que surgió en Francia en el año 1950, acuñado por J.A. Huet, quien fue uno de los iniciadores de la gerontología. El término se refiere a un sector de la población que ha dejado de trabajar, por consiguiente, están jubilados o pensionados, teniendo una nula actividad laboral y generando una fuerte carga económica y social (Mier, 2006).

Según la Socióloga Mexicana Gabriela Mier (2006), en la actualidad se ha cambiado la forma cómo se visualiza esta etapa de la vida, considerada como un periodo de adaptación y socialización, al igual que las otras etapas del ciclo vital:

*“(...) considero que en nuestra cultura aún existe una percepción negativa con respecto a este cada vez más numeroso grupo etario, cargada de prejuicios, como el pensar que por su edad son incapaces de continuar con una vida creativa, activa, productiva, y propiciando en ellos una actitud de pasividad y contemplación. Esta percepción origina en muchos casos exclusión social, sobre todo en el sector laboral, y en ocasiones el rechazo de la propia familia, manteniéndolos al margen y tomando decisiones por ellos” (p.7).*

En la actualidad, se ha tratado de cambiar la mirada que se tiene de este grupo etario, desde sujetos pasivos a sujetos de derecho. Al igual que el concepto de vejez y envejecimiento, los términos ancianos y tercera edad, han evolucionado hacia el concepto de adulto mayor a consecuencia del crecimiento sociodemográfico que este grupo etario ha ido demostrando con el paso de los años y la necesidad de seguir avanzando en la concepción de las personas adultos mayores como sujetos de derecho y no como grupo socialmente inferior como se concebía hace cincuenta años atrás.

Es por ello que en abril de 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más de edad. Esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en

muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios que permitan aumentar los niveles de calidad de vida del adulto mayor (Padilla, 2002).

Cabe mencionar que la evolución del concepto de adulto mayor, también ha significado una diferenciación del rango etáreo de los sujetos en dos categorías distintas: primero, están los adultos mayores en etapa temprana, que según la sicología médica (2014), parte desde los 65 hasta los 75 años, los cuales pueden ser catalogados como personas aún sanas y activas; segundo, la etapa avanzada que parte desde los 76 años en adelante, en donde se van requiriendo mayores cuidados de asistencia médica y de rehabilitación.

¿Pero en la actualidad ha servido el cambio de mirada de tercera edad a adulto mayor como sujetos de derecho?, ¿se ha podido aumentar los niveles de calidad de vida de la población adulto mayor?, ¿existe discriminación?, ¿los adultos mayores, en la actualidad, siguen siendo discriminados e inferiorizados por el solo hecho de tener una avanzada edad?

En el siguiente punto, se abordará el rol del adulto mayor en la sociedad actual, en el cual se podrá apreciar que la discriminación y la vulneración de derechos, son realidades que siguen perdurando hasta el día de hoy.

## **2.5. ROL SOCIAL DEL ADULTO MAYOR**

La jubilación es uno de los procesos determinantes en el rol social que cumplen los adultos mayores en la sociedad actual. El Antropólogo Fericgla (1992), plantea que “(...) *la jubilación constituye un auténtico anti-rito de paso que desorganiza la trama vital de los individuos (...)*” (p.146). Según el autor, para estos sujetos el hecho de llegar a la edad de la jubilación, implica la llegada del momento en que serán apartados de su trama habitual, de sus vidas cotidianas (en torno al trabajo) y de todo lo que de ello deriva. Esto los hace sentirse confundidos respecto al nuevo rol social que tendrán bajo esta realidad, que es netamente social e

impuesta, porque tampoco existe mucha diferencia ni cambios físicos entre los 64 y 65 años, entonces, esta concepción de jubilación impone a los sujetos una condición que no todos aceptan ni superan de la misma manera.

Es por ello que, dependiendo de la superación, retroceso o estancamiento de los conflictos internos y externos que se producen en esta fase del ciclo vital, como diría Erik Erikson, la superación positiva o negativa de las diferentes “encrucijadas”, determinarán la manera en cómo los adultos mayores enfrentarán esta fase. Los sujetos que afronten positivamente esta fase tendrán una calidad de vida mucho mayor, ya que por ejemplo, se tendrá más tiempo libre para ellos/ellas mismos como participar en clubes de adultos mayores, agrupaciones, organizaciones, entre otras, que les permitan sociabilizar con otros sujetos que se encuentren en las mismas condiciones que ellos, en cambio, si lo enfrentan de manera negativa, se producirá un aislamiento, un temor a sociabilizar, depresión, temor a la muerte, entre otros.

De este modo, esta etapa del ciclo vital constituye un dilema emocional, ya que los sujetos no saben qué hacer con las horas libres que antiguamente se utilizaban para trabajar, llegando incluso a avergonzarse de su estado laboralmente inactivo, aislándose para que los vecinos y su entorno más inmediato, no se den cuenta de su “irreversible” estado social, ya que lo que se valora es la productividad y no el desarrollo al tiempo libre (Fericgla, 1992).

Sin embargo, ¿la forma en cómo los sujetos enfrentan esta etapa, depende solo de los estados interiores de los individuos o dependen también de factores sociales y culturalmente concebidos?

Esta pregunta parece fácil de responder, producto de que la jubilación (que representa el paso a este grupo etario), es una concepción no solamente política, sino que también social, ya que no se pueden negar la incidencia de la sociedad en las formas en cómo las personas superan positiva o negativamente cada una de sus encrucijadas. Por ejemplo, los adultos mayores al momento de la jubilación, comienzan a sentir un vacío, porque este grupo etario se aferra

socialmente a la “antigua organización social” impuesta por el trabajo, a la independencia económica y a todo lo que de ello deriva, manifestando sentimientos de inseguridad, inutilidad y de dependencia económica.

Como se desarrollará a continuación, una de las concepciones construidas del adulto mayor es que ya no aporta social ni económicamente a la sociedad a consecuencia de su condición de jubilación, produciéndose un fenómeno llamado “discriminación por edad”, lo que se analiza con mayor detalle a continuación.

### 2.5.1. DISCRIMINACIÓN POR EDAD

Los adultos mayores han sido históricamente discriminados por su edad, por su improductividad, estética, etc., especialmente en la sociedad en donde la cultura hegemónica es abundantemente neoliberal, a pesar de que la longevidad que conlleva esta etapa natural en la vida, es vivenciada por todos los seres humanos, siendo un estado compartido sin distinción alguna. La poca empatía y solidaridad con los adultos mayores es la llamada discriminación por edad:

*“(...) la discriminación es una conducta, culturalmente fundada, y sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales” (Rodríguez, 2006, p. 26).*

Asimismo, la problemática en el adulto mayor se resume, principalmente en la soledad, problemas de salud, de ingresos económicos y las pérdidas de trabajo por jubilación, pérdida del contacto con los hijos (síndrome del nido vacío) y el miedo a la muerte. Sin embargo, los adultos mayores tienen diferentes potenciales únicos y distintivos como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia individual y social, que pueden compensar las limitaciones propias de esta etapa de la vida. No obstante, este grupo etario, se

encuentra entre la población que sufre más discriminación y exclusión a nivel social (Cifuentes, 2006).

Debido a las características propias del envejecimiento, se produce una discriminación negativa por edad que está socialmente extendida, sustentándose en el prejuicio de que estos no contribuyen a la sociedad sino que son una carga para las personas más jóvenes.

En conclusión, la discriminación se puede interpretar como una limitación injusta de las propias libertades de cada persona a tener acceso a los derechos y libertades políticas, cívicas, sociales. Tal como lo menciona el Doctor en Filosofía Moral y Política, Jesús Rodríguez (2006):

*“La discriminación se trata, en primer lugar, de una conducta con raíces culturales profundas y socialmente extendida. Su lógica de funcionamiento se halla en la expresión sistemática de desprecio hacia determinados grupos a los que los prejuicios o los estigmas (ambos socialmente contruidos, pero no defendibles racionalmente) han individualizado, separado y señalado. Esta conducta de desprecio se ejerce con independencia de las acciones del grupo discriminado, por lo que decimos que la suya es una situación de desventaja inmerecida, ya que sus miembros nunca han hecho nada que justifique el maltrato y el desprecio en términos de justicia retributiva”*  
(p.27).

En este aspecto, la discriminación que sufren los adultos mayores, como lo menciona el autor, es inconcebible, pues se les discrimina a base de prejuicios y estigmas, ya sea de manera directa o indirecta. La discriminación directa es aquella que se representa en forma de violencia física: empujones, pellizcos, abandono físico, aún por los mismos familiares o cuidadores, y la discriminación indirecta que sería la violencia moral en forma de segregación, indiferencia, aislamiento, desprecio, insultos, desamparo. También dicha discriminación por edad se manifiesta indirectamente a través de malos sistemas de salud, largas esperas para atenciones médicas, encarecimiento de medicamentos, inserción

obligada en contra de su voluntad en establecimientos geriátricos, mal alimentación, descuidos y abandono por parientes, entre otros. A esto se suma las dificultades arquitectónicas y de acceso que presenta la sociedad para todos y todas aquellos/as que tienen alguna dificultad de movilidad (Roldán 2001).

En el sector de salud, por ejemplo, la mayor vulnerabilidad de los adultos mayores, se traduce en una falta de medidas relacionadas con los cuidados especializados que este grupo etario requiere, ya sean humanos, tecnológicos y materiales que sean diferenciados y apropiados para el cuidado de la salud en una etapa de la vida en que las enfermedades tienden a ser más crónicas que agudas (Peláez y Ferrer, 2001).

Otro ejemplo, es la discriminación laboral, ya que el Estado, jurídica y legalmente, obliga a los adultos mayores a esperar su jubilación hasta los 65 en el caso de los hombres y a los 60 años en el caso de las mujeres, no pudiendo acortarlas o extenderlas (la excepción de jubilación anticipada son solo en casos de discapacidad). Esta es una realidad sumamente compleja, ya que el trabajo tiene una trascendencia relevante en la vida cotidiana de las personas teniendo un significado mucho mayor que una simple estrategia de supervivencia económica, ya que comprende también un rol social de las personas, determinando el ritmo y la actividad cotidiana, proporcionando redes y relaciones sociales que contribuyen la creatividad, ofreciendo significados en relación a la acción individual (autoestima). En síntesis, el trabajo responde también a una necesidad personal de sentirse útil y de realizar lo que a uno le agrada, por lo tanto, éste incide en la realización personal fundando, para muchas personas, un punto central que determina sus intereses y motivaciones (Sirlin, 2007).

Finalmente, se puede concluir que la discriminación por edad, son concepciones tanto culturales como sociales. En la cultura occidental y en las sociedades neoliberales como ya se ha dicho, se estigmatiza al adulto mayor como un ser social "inservible" e incapaz de aportar a la sociedad, haciéndolos sentir como un estorbo para los hijos y para la familia en general, ya que son estos quienes deben

responsabilizarse por medio de la privación de ciertas “libertades económicas”, pues se produciría un incremento en sus gastos debido a las atenciones especializadas que este grupo etario necesita. Por este motivo son social, familiar, cultural y políticamente abandonados y segregados (Álvarez, 2013).

Como se aprecia, el adulto mayor sufre constantemente vulneraciones y discriminaciones por sus condiciones físicas, tanto de la sociedad como del Estado, ya que si bien, ha comenzado a realizar un cambio en la concepción del adulto mayor, generando estrategias en políticas que permitan concebirlos como sujetos de derechos, estos continúan estando en los márgenes de la sociedad quedando aún, un largo camino por recorrer. Así, se da paso al siguiente punto, el cual tiene como objetivo mencionar las características de los adultos mayores en la actualidad bajo el enfoque de derechos.

#### 2.5.2. ADULTO MAYOR COMO SUJETO DE DERECHO

Como se mencionaba en el punto anterior, en la actualidad se ha potenciado un cambio de paradigma desde la discriminación por edad, hacia la valoración del adulto mayor como sujetos de derecho.

Chile se enfrenta a un envejecimiento de la población, lo cual tendrá en el futuro, una repercusión en los sistemas de seguridad social dado que la realidad sociodemográfica (aumento de la población adulto mayor), ha implicado que se comiencen a generar diferentes estrategias que permitan concebir a los adultos mayores no solamente como un sujeto que requiere de cuidados especiales debido sus condiciones físicas, sino que también, como sujetos de derecho (Frenk 2011).

El enfoque de los derechos, está propiciado por los derechos humanos de todos los grupos sociales, en base a la igualdad y al respeto de la dignidad humana, con

el objetivo de favorecer la integración social y con ello, la construcción de una sociedad más igualitaria para todos y todas (Huenchuan y Rodríguez, 2010).

En relación a lo anterior, concebir a los adultos mayores como sujetos de derechos, implica tener la certeza de que en esta etapa del ciclo vital, los derechos no se pierden, pues estos son universales e intransferible, de modo que no se pierden ni con los años, ni con la pobreza, ni con la jubilación, ni con la enfermedad. Pero para ello, es necesario un cambio cultural para que los propios adultos mayores, se empoderen como actores sociales y como ciudadanos con plenos derechos.

Cuando se habla del envejecimiento bajo este contexto de derechos, es para contextualizar lo importante que es incluir a los adultos mayores en las decisiones tomadas en relación con su salud. En este aspecto, los adultos mayores que participaron de este estudio, se encuentran participando de alguna organización de adultos mayores, lo que conlleva a la conclusión de que son sujetos activos y autovalentes que podrán comentar desde sus propias percepciones cómo es la calidad de la salud, demostrando teóricamente que la concepción del envejecimiento, desde un punto de vista actual, deja de ver a las personas de edad avanzada como “inservibles” sino que como un grupo etario capaz de entregar el suficiente conocimiento sobre la calidad de la salud desde sus propias experiencias, conocimientos y sabidurías respecto a la temática de investigación.

Desde la apreciación del derecho a la salud, este requiere un protagonismo especial, ya que este es el espacio al que más acuden por atenciones relacionadas con las enfermedades propias de la vejez, como enfermedades cardiovasculares (consecuencia del sedentarismo), diabetes, hipertensión, entre otros. Para ello, se abordará en el siguiente capítulo la importancia del rol del adulto mayor dentro de la salud pública, como los usuarios que más acuden y los que más participan de estos espacios, por consiguiente, el objetivo es entender la relación salud y adulto mayor puesto que esta permitirá trabajar una mejor comprensión a la hora de analizar sus percepciones y necesidades en torno al tema de estudio.

## CAPÍTULO III: SALUD Y ADULTO MAYOR

El desarrollo que se ha desplegado hasta ahora en el presente marco teórico, ha sido con el objetivo de otorgar al lector a una mejor comprensión de los conceptos de “salud” y de “adulto mayor” para, finalmente, establecer una relación entre ambos con el propósito de explicar las medidas tomadas en el área de la salud pública en APS, focalizadas en este grupo etario.

### 3.1. CONTEXTUALIZACIÓN

La salud es uno de los derechos humanos básicos inherentes en todas las personas sin distinción de edad, sexo, religión, nacionalidad, etc. Según la OMS (2015), este derecho representa el goce del grado máximo en salud que se pueda lograr, siendo uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Las personas adultas mayores son los/las que más utilizan los centros de salud, como consecuencia de los controles médicos de las enfermedades que se van desarrollando en esta etapa de la vida. En este sentido:

*“Los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios puede impactar fuertemente su calidad de vida” (Araya, 2012, p.6).*

Como lo señala el autor, los cambios en los estilos de vida de los adultos mayores, tales como la jubilación, el envejecimiento, las enfermedades crónicas, entre otros, procesos inevitables en todos los seres humanos, son en gran medida determinantes de la salud tanto física como mental. Por consiguiente, los controles de salud no solo comprende la enfermedad en sí misma, sino que también aspectos del medio social, ambiental, familiar, económico, entre otros. En este

sentido, la salud se podría definir como un concepto dinámico que dependerá del contexto en donde los sujetos desarrollen las actividades de su vida diaria. Por su parte, la vejez representa una transición humana frente a la cual los adultos mayores se encuentran más cercanos. Por lo general, se le atribuye a esta etapa del ciclo vital, la aparición de estados de salud más complejos, provocando que la salud y la vejez se encuentren estrechamente relacionadas.

En la actualidad y con el aumento de las expectativas de vida, la mayoría de las personas alcanzan la etapa de la vejez, por lo tanto, más personas van a necesitar de la atención en salud para poder vivir más adecuadamente.

Es por ello, que luego de concebir a los adultos mayores como sujetos de derecho en el capítulo anterior, se comienzan a implementar una serie de medidas que promueven la calidad de vida por medio de la prevención de las enfermedades. Esta prevención genera la necesidad de crear instancias educativas que permitan a los adultos mayores empoderarse sobre las cuestiones relacionadas con la salud (autocuidado), como una forma de contribuir a elevar sus niveles de calidad de vida, generando más y mayor autovalencia. Estos aspectos podrán ser estudiados con mayor detalle a continuación.

### **3.2. MODELO DE SALUD FAMILIAR: PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO**

La prevención y el autocuidado son términos que se han ido utilizando con frecuencia desde la última reforma en salud el año 2000, en el que se busca contribuir en la calidad de vida de los adultos mayores desde un punto de vista anticipatorio.

La calidad de vida tiene directa relación con el medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia, por consiguiente, integra aspectos multidimensionales debido a su carácter objetivo (niveles materiales obtenidos a partir de ingresos económicos) y subjetivos que están delimitados por el contexto cultural y el sistema de valores en el cual se vive, siendo estos, los que

determinan posibles expectativas, metas e intereses que cada sujeto pueda tener a lo largo de sus vidas.

En este sentido, la prevención de las enfermedades es uno de los elementos fundamentales para potenciar conceptos tales como, la autovalencia y el autocuidado en los sistemas de Atención Primaria en Salud (APS), específicamente, en los Cesfam.

Cabe señalar que los adultos mayores en general, por el modelo de sociedad imperante, se desenvuelven en un contexto que no les reconoce su experiencia y conocimiento y además, no les entrega las mejores condiciones socioeconómicas. A esto se suman procesos propios del envejecimiento, como enfermedades propias de la edad, discapacidades, entre otras, que afectan la calidad de vida de este grupo etario. Por este motivo surge la medicina geriátrica, la cual se especializa en las enfermedades propias de la vejez con la finalidad de mantener o extender durante el mayor tiempo posible, la funcionalidad del adulto mayor para su mantención en forma digna, aumentando las expectativas de vida por medio de la autovalencia (Ardila, 2003).

La autovalencia, según el Senama (2016), significa que las personas adultos mayores son capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria como, por ejemplo, poder vestirse y alimentarse por sí solos, que sean capaces de manipular dinero, de hacer trámites, etc. Esta se impulsa a través de dos estrategias que permiten potenciar estas capacidades. Estas son:

### 3.2.1. PREVENCIÓN

El término prevención, proviene del latín *praeventio*, que significa la acción y efecto de prevenir, es decir, de prepara con antelación lo necesario para un fin, anticipándose ante una determinada enfermedad con la finalidad de prever posibles daños (Pérez y Gardey, (2010).

Es por esto que la prevención, contribuye a aumentar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores y también, promueve el empoderamiento de las personas en asuntos relacionados a la salud, dejando de lado la concepción “biomédica” de “*paciente ignorante*” al de “*usuario informado*”.

Según los Psicólogos Márquez y Rubio (1997), la prevención

*“Relaciona dos conceptos previos: de una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada y de otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como prever (saber con anticipación lo que ha de pasar), avisar, advertir (para que otros conozcan lo que va a ocurrir) y precaver (tomar medidas para evitar o remediar algo)” (p.4).*

Igualmente, según el “Glosario Gerontológico” del SENAMA (2016), la prevención es una “(...) acción y efecto de prevenir. Preparación o acción anticipada para evitar daños o males inminentes. Se asocia también a advertir (dar a conocer lo que va a ocurrir) y precaver (tomar medidas para evitar o remediar algo)” (p.25).

En este sentido, existen tipos de prevención en la salud de los adultos mayores tales como:

- A. Prevención Primaria:** Es toda aquella actividad que se realiza con la intención de informar sobre el estado de salud de las personas, para que se puedan llevar a cabo medidas que reduzcan el posible daño que se avecina (estudios epidemiológicos, controles de salud, etc.).
- B. Prevención Secundaria:** Actividad tendiente a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene información. Generalmente corresponde a una acción más compleja que la prevención primaria, ya que esta se organiza como un programa con objetivos y métodos definidos que van más allá de la información, implicando una inversión de recursos de los que se espera resultados (vacunar, instruir la prevención en medidas de autocuidado como alimentación saludable, ejercicio físico regular).

**C. Prevención Terciaria:** Intervenciones de tratamiento en el control de determinadas enfermedades, con el objetivo de lograr curación o de impedir recaídas.

Por lo tanto, la prevención en salud, es una metodología de trabajo que pretende generar medidas anticipatorias, con la finalidad de evitar la aparición de enfermedades crónicas y de situaciones indeseables por medio de la promoción de una vida saludable, de la actividad física y actividad mental, generando bienestar y calidad de vida. Bajo este contexto, la prevención en salud tiene como objetivo, la existencia de más adultos mayores autovalentes.

### 3.2.2. AUTOCUIDADO

El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona a la persona para tener una mejor calidad de vida, brindados en grupo, en familia o en comunidad. Esto está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella *“(…) estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgos para la salud”* (Tobón, 2006, p.1).

Así el autocuidado, tiene que ver con la promoción de una vida sana a través de la educación, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud, en el que se involucran según Becerra (2009), una serie de factores internos y externos:

**A. Factores internos o personales:** Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado. Corresponden a:

- **Conocimientos:** Determinan la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables frente al cuidado de su salud.
- **Voluntades:** Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada uno tenga una concepción de autocuidado diferente.
- **Actitudes:** Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra frente a una determinada situación. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación.
- **Hábitos:** Se refiere a la repetición de una conducta que internaliza la persona en respuesta a una situación determinada, es decir, está relacionada con el comportamiento.

**B. Factores externos o ambientales:** Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas, ya que le corresponden los siguientes determinantes:

- **Cultural:** Culturalmente, es complicado adquirir nuevos conocimientos y adoptar nuevas prácticas, debido a que ciertos comportamientos provenientes de las culturas de los sujetos están arraigadas a sus creencias y tradiciones provenientes de generación en generación.
- **Científico y Tecnológico:** Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud, y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la salud, puesto que compartimos un universo en permanente interrelación, obligando a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y las comunidades.

- Físico, Económico, Político y Social: Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria que requieren compromisos intersectoriales, políticos y sociales.

A partir de lo anterior, el autocuidado necesita de un respaldo político, en donde se incentive la creación de políticas públicas que promuevan el autocuidado, con el fin de garantizar a las personas y a la comunidad en general, un marco legal que apoye los esfuerzos relacionados con el cuidado de la salud, para de este modo, contribuir a la promoción de más adultos mayores autovalentes, capaces de realizar actividades de la vida diaria en forma independiente por el mayor tiempo posible.

Como se puede apreciar, la prevención y el autocuidado son aspectos fundamentales en el aumento de la autovalencia de los adultos mayores y las personas en general y por consecuencia, en el aumento de la calidad de vida de este grupo etario, ya que la prevención tiene el objetivo de implementar una serie de *“(...) medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”* (Vignolo, 2011, p.12).

Finalmente, estos términos, no tendrían cabida sin los canales de participación, ya que sería muy complicado poder realizar acciones de prevención y autocuidado sin instancias participativas, primero, porque no se sabría cuáles son los requerimientos de los adultos mayores en la actualidad, y segundo, porque no existirían instancias con la comunidad que permitiesen entregar información educativa en torno al autocuidado en la salud y la prevención de enfermedades.

### 3.3. PARTICIPACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN SALUD

La participación es efectiva cuando los sujetos miembros de un grupo, son capaces de trabajar de forma voluntaria en torno a una problemática en común, en donde estos se reúnen por medio de instancias organizativas que potencian la igualdad, la democracia y la autonomía, ya que la toma de decisiones se realiza de forma colectiva (Anderson 2002).

Entendido el enunciado anterior, la participación puede definirse desde distintas perspectivas dependiendo desde dónde se le analice, por ejemplo, participación en educación, política, ciudadana, en salud comunitaria, etc. Bajo este último enfoque (participación en salud) dirige sus lineamientos la presente investigación, pues lo que se procura, es que los adultos mayores puedan participar voluntariamente de los asuntos relacionados con su salud, con los de su familia y su comunidad. Bajo este aspecto, la participación social en salud representa un derecho ciudadano.

Cuando se habla de participación, se realiza por medio de un proceso inclusivo de la comunidad en los asuntos que compete al Estado, en el que *“(...) el acto de participar conduce al individuo a desarrollar una conciencia de sí mismo, de sus derechos y de su pertenencia a un grupo o comunidad”* (Ortega, 1997 p.38). Es por ello, que la participación está relacionada con la capacidad de los sujetos a poder opinar y tomar decisiones libremente.

Es así como la participación es fundamental a la hora de aumentar los niveles de calidad de vida de las personas, ya que como se mencionan en el apartado anterior, a través de ésta se accede a los canales de información respecto a las necesidades y problemáticas que tiene la población, en este caso, de los adultos mayores en torno a la salud. Esto, se genera a través de un trabajo activo de la comunidad y de los profesionales de la salud, con la finalidad de establecer vínculos que permitan llevar a cabo, acciones de mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

La participación social según la OPS (1999):

*“Es un proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior al presente”* (Vargas y otros, 2003, p.31).

También la participación en salud, ha sufrido un cambio de paradigma entre la relación profesional – usuario, a consecuencia del fracaso del modelo biomédico, en el que los profesionales no tomaban en cuenta ni la opinión, de los sujetos ni mucho menos de las comunidades. En cambio, en el actual paradigma biopsicosocial, se recurre a un sujeto más empoderado de su sistema de salud (Vargas y otros, 2003).

Sin embargo, más allá de los antecedentes del contexto referido anteriormente, existen distintas formas de participación, (Duque y otros 2008, p. 20-21):

- A.** La participación como información: Puede ser entendida como la más básica y fundamental entre los diferentes niveles posibles y corresponde a aquella en la que la ciudadanía participa por el hecho de conocer o estar informada de sus deberes y derechos de manera clara, pertinente, oportuna y precisa.
- B.** La participación como consulta no vinculante: Corresponde a una forma de participación que se caracteriza por no implicar una relación directa con el proceso de toma de decisiones. Es decir, los resultados de la consulta no tienen mayor impacto, pues la decisión suele radicar en un tercero.
- C.** La participación como consulta vinculante: Es una forma más avanzada de participación, ya que toma en cuenta la opinión o parecer de las personas. Esto requiere de personas informadas, respecto de los temas que se les preguntan.

- D. La participación como co-gestión o co-ejecución: Está referido a la realización conjunta entre las partes, sin que necesariamente haya existido un proceso de decisión conjunta.
- E. La participación como control: Esta es una forma avanzada de participación ciudadana, pues alude a la posibilidad de emprender acciones de fiscalización con respecto a la gestión pública. Es decir, en este nivel, la ciudadanía puede participar en instancias de evaluación o auditoría de las distintas etapas o fases de un proyecto.
- F. La participación del tipo co-implicación o codirección: Corresponde a aquella forma que idealmente incorpora a todas las anteriores, pero que se traduce en la concertación de voluntades, formación de alianzas y participación en las decisiones, en conjunto con las instituciones que dan forma a una oferta de participación.

Estas definiciones coinciden en que la participación es un proceso del cual la sociedad puede incluir la voz de los ciudadanos en el reconocimiento y búsqueda de solución a sus necesidades, con la finalidad de mejorar la calidad de vida. De esta manera, la participación puede definirse como una herramienta importante en la prevención, el autocuidado y la autovalencia de los adultos mayores y las personas en general, ya que las convierte en personas responsables y empoderadas de los sucesos de su vida y los de la comunidad, siendo capaces de adquirir nuevos hábitos y comportamientos saludables que permitan la autovalencia y un mayor bienestar. Sin embargo, hay que definir qué nivel o tipo de participación se le otorga al usuario y/o cuál es el nivel de deseo que tienen los mismos usuarios en organizarse y participar en torno a acciones relacionadas con su salud.

Es así, como el rol del Trabajo Social en salud, se torna de suma importancia:

*“Los profesionales, en sus nuevos cometidos, han de conseguir ya no la curación del individuo enfermo sino la aceptación del mismo de su nuevo estado, de forma que le permita desarrollar su vida social y laboral dentro de la normalidad. Por otra parte, los nuevos*

*profesionales dentro del campo de la sanidad han de intervenir sobre toda la población, en tareas de tipo educativo, preventivo y de rehabilitación” (Castillo y Abad, 1992, p.129).*

De esta forma se comienza a dar respuestas a las problemáticas sociales en salud, mediante la participación de la comunidad adulto mayor de los asuntos relacionados con su salud, por medio de actividades que promuevan el autocuidado, la participación y la prevención, como medidas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Cabe señalar que la sola participación social para los adultos mayores significa un aporte terapéutico que contribuye a la autovalencia y el envejecimiento activo.

Así pues, Trabajo Social juega un rol fundamental a la hora de facilitar e incentivar instancias participativas en salud que permitan mejorar la calidad de vida de las personas, con el objetivo de que las y los sujetos reconozcan sus derechos y deberes como actores de cambio y no de simples receptores de algún beneficio en salud.

Finalmente, la conclusión que se puede realizar al finalizar este capítulo, es que el empoderamiento de los adultos mayores en las cuestiones relacionadas con su salud, ha sufrido un cambio de paradigma positivo; de sujetos pasivos a sujetos activos que participan de instancias de prevención y autocuidado, generando más autovalencia en las personas y contribuyendo a una mejor calidad de vida, porque dicha autovalencia les permiten participar, sociabilizar, compartir y opinar como sujetos de derecho que aún tienen mucho que aportar en nuestra sociedad.

**SEGUNDA PARTE**  
**MARCO REFERENCIAL**

## CAPÍTULO IV: ACERCAMIENTOS A LA SALUD PÚBLICA

Tal como fue expresado en el marco teórico de esta investigación, la salud es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de la historia, desde la caridad y exclusividad económica, hasta las revoluciones y luchas sociales que ponen de manifiesto las fuertes desigualdades de los sistemas de salud público de los países del mundo occidental. Así es como desde los años sesenta, han surgido una serie de movimientos sociales, redefiniendo la salud y cuestionando las relaciones de poder en un contexto socio – político que afecta al sistema sanitario como, por ejemplo, mejorar las condiciones laborales como una exigencia social frente a la salud de los trabajadores. Dichos movimientos sociales y por sobre todo, de obreros, permiten realizar un cambio de paradigma de lo que significa el concepto de salud, colocando en el tapete social y político problemáticas como la desigualdad y derechos humanos relacionados con el acceso a una salud digna y de calidad (Briseño-León, 1999).

Si bien, la institución encargada de velar por la salud de los habitantes del país (como lo es el Gobierno de Chile a través del Ministerio de Salud), ha logrado generar diversas estrategias y políticas públicas para solventar las necesidades sociales en salud como, por ejemplo, la implementación de un modelo de salud familiar, la formulación de objetivos sanitarios dependiendo de las necesidades epidemiológicas de la época, el plan AUGE (aunque focalice los recursos solo en algunas enfermedades), entre otros, sigue siendo un potente tema de debate ético y político, porque continúan existiendo grandes brechas de desigualdad no solo en el tratamiento de la enfermedad en sí misma, sino que también en los accesos, la calidad, el trato, entre otros aspectos sociales, medioambientales y económicos que influyen en la salud de todos y todas; *“(...) es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”* (Briceño-León, 1999, p.15).

Según lo mencionado, la salud puede redefinirse como un fenómeno social, como una necesidad básica sumamente relevante a la hora de alcanzar el bienestar social e individual entendido como el balance entre lo físico, mental, social y espiritual, ya que integra todos los aspectos de la vida en la cotidianidad de las personas, tal y como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (2006): *“La salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (p.1).

Pero ¿existen políticas, estrategias y objetivos dirigidos a comprender la salud como un componente que involucra no solo la enfermedad, sino que también otros aspectos como los descritos anteriormente? En el siguiente capítulo, se pretende realizar una serie de aproximaciones sobre la actual situación de la salud pública en Chile, que permitan contextualizar y responder la pregunta mencionada con anterioridad.

#### **4.1. SALUD PÚBLICA EN CHILE**

La salud pública, es aquella que está dirigida a mejorar la salud de una determinada población, Según Navarro (1998), Catedrático de políticas públicas, sociales y económicas sanitarias de la Universidad de Pompeu, Barcelona, menciona que la *“(...) salud y enfermedad no son solo categorías científicas, sino también políticas (es decir de poder) (...) altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea”* (p.1).

En este sentido, desde 1981, la salud pública ha estado influenciada políticamente por la lógica mercantil del sistema capitalista que promueve la privatización de esta. Con esto, se ha materializado una diferenciación entre las personas que pueden pagar un sistema de salud privado, a través de las Isapres, y las personas que no pueden acceder al sistema público de salud por medio de Fonasa.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), se creó en el año 1979 con la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud, enfatizando su carácter normativo y

fiscalizador del sistema de salud público del país, transformando el antiguo Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Este nuevo organismo público, pasó a recibir todos los recursos de la seguridad social destinados a la salud que inicialmente correspondía a un 3% de los sueldos, pero en la actualidad es de un 7% más el aporte fiscal de un 58.5% (Galleguillos y otros, 2000). En otras palabras, Fonasa pasa a ser la institución que administra la atención de salud pública de las personas con menores ingresos económicos.

En este sentido, según la página oficial de Fonasa (2016), este es un:

*“(...) organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo” (p.1).*

Según la Superintendencia de Salud (2016), los afiliados a FONASA están categorizados según el tramo de ingreso, es decir que de acuerdo a su renta imponible y número de cargas, pertenecerá a algunos de los siguientes tramos:

CUADRO N° 2: TRAMOS POR INGRESO DE FONASA

Tramos	Porcentaje de copago	Características usuarios
Tramo A	Copago 0%	- Indigentes o carentes de recursos. - Beneficiarios de pensiones básicas solidarias. - Causales de subsidio familiar según la Ley 18.020
Tramo B	Copago 0%	- Ingreso imponible mensual menor o igual a \$210.001
Tramo C	Copago 10%	- Ingreso imponible mensual mayor a \$210.001 y menor o igual a \$306.000 - Con tres o más cargas, pasa al tramo B.
Tramo D	Copago 20%	- Ingreso imponible mensual mayor a \$306.601 - Con tres o más cargas, pasa al tramo C.

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SALUD, (2016).

Por otro lado, con la privatización de la salud mencionada con anterioridad, en el año 1981 con la publicación del Decreto con Fuerza de Ley N° 3, se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), aseguradoras de la salud privada que administran la cotización obligatoria de un 7% de la remuneración imponible, captando el aseguramiento de la población con mayores ingresos económicos. Las Isapres, son organismos asumidos por particulares bajo un sistema de libre competencia, en el que sus afiliados pueden elegir el establecimiento de salud de su preferencia para que les entregue la prestación requerida (MINSAL, 2016).

La diferenciación de ambos sistemas de salud, está determinada por factores económicos, en donde casi por “sentido común” o por “*concepciones socialmente concebidas*”, se reconoce que existe una diferencia entre lo público y lo privado en cuanto a calidad de la atención médica, infraestructura, el trato recibido, tiempos de espera, entre otros factores que demuestran una profunda brecha entre estos dos sistemas. Tal como lo menciona los investigadores Goyenechea (Cientista Político experto en economía de la salud) y Sinclair (Médica Psiquiátrica), (2013) en su artículo de opinión sobre “*Cómo se ha desmantelado la salud pública*”:

*“(...) la injusta distribución de los recursos del Estado, es la razón de que el sistema público no logre atender las demandas de la población. Dicho de otro modo, los privados no nos parecerían tan eficientes y modernos, ni tendrían grandes utilidades sin las transferencias fiscales que reciben. Durante los últimos 25 años, los sucesivos gobiernos han favorecido la expansión del sistema de salud privado” (p.1).*

Como se puede apreciar en la cita anterior, el Gobierno en su administración ha fallado en una justa distribución de recursos en la salud pública del país, favoreciendo la privatización de esta, lo cual representa ser una de las mayores brechas existentes en la salud pública a nivel nacional. A consecuencia de esto, se ha distribuido las funciones de los establecimientos de salud, de manera de focalizar las necesidades y problemáticas epidemiológicas de la población, las cuales, se mencionan a continuación.

## 4.2. DESCRIPCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

La Red Asistencial de Salud Pública de Chile, está constituida por distintos establecimientos: Establecimientos Públicos Asistenciales, que forman parte del Servicio de Salud; Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud y Establecimientos Públicos o Privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud. Estos establecimientos, están organizados en tres niveles de atención según la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2016):

**A. Nivel de Atención Primaria en Salud (APS):** Corresponde a los establecimientos caracterizados por asistir niveles mínimos de complejidad de carácter ambulatorio y de alta cobertura, en que sus acciones corresponden a la prevención por medio de diversos programas de salud. Las actividades que se efectúan en este nivel son: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan.

Los establecimientos de este nivel son: Centros de Salud Familiar (CESFAM); Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF); Postas de Salud Rurales (PSR); Consultorios General Rural (CGR), Consultorios General Urbano (CGU); Centro Comunitario de Salud Primaria (COSAM) y SAPU (Servicios de Atención Primaria de Urgencia).

El objetivo de la Atención Primaria en Salud, es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, adelantarse a la enfermedad bajo el Modelo de Salud Integral que se describirá con mayor detalle, en el siguiente punto.

**B. Nivel Secundario de Atención:** Ningún usuario puede por cuenta propia, solicitar atención en este nivel, ya que se caracteriza por atender a personas que ya han sido atendidas en el nivel primario y que por prescripción médica, son derivados a una atención de mayor complejidad, como Hospitales, Institutos, Centros de Diagnósticos y Tratamiento y Centros de Diagnósticos Terapéuticos (CDT), correspondientes a una complejidad intermedia y cobertura media.

**C. Nivel Terciario de Atención:** Se caracteriza por su alta complejidad. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia y de hospitalización. Sus recursos humanos y tecnológicos son de la más alta especialización y cumplen una función ambulatoria y de hospitalización. De acuerdo a estos niveles se pueden clasificar distintos establecimientos que cuentan con especialidades quirúrgicas como: Neurocirugía, Otorrinolaringología, Urología, entre otras.

Entendiendo los distintos niveles de atención establecidos por el MINSAL, es en el nivel primario, específicamente en los Centros de Salud Familiar, en adelante CESFAM, en donde esta investigación se orienta, con la finalidad de describir la calidad de la salud pública percibida por los usuarios adultos mayores usuarios de este tipo de establecimientos de salud.

#### **4.3. CAMBIO DE PARADIGMA DE “CONSULTORIO” A “CESFAM”**

Anteriormente, los CESFAM, eran los denominados “Consultorios” sustentados por el modelo “biomédico”, es decir, centrados sólo en la rehabilitación” de las enfermedades de las personas.

Sin embargo, los cambios sociodemográficos y epidemiológicos de la población del país, han generado un aumento en enfermedades como la diabetes,

hipertensión, obesidad, problemas de colesterol, entre otras, generando un alto costo para la administración de la salud pública del país, por lo tanto, el análisis de las “nuevas” necesidades de la población, permite comenzar a reconocer que estas enfermedades son prevenibles si se siguen ciertos cuidados en la salud de las personas como por ejemplo, incentivar estilos de vida más saludables, cuidados en la alimentación, actividades físicas y recreativas, entre otras (Gatica, Herrera y Llanos, 2002).

Así, se hace necesario cambiar el modelo de atención en salud, hacia uno que respondiese a las nuevas necesidades de la población del país. Es por ello, que desde el año 1990, en Chile se han ido generando diversas innovaciones técnicas, administrativas y financieras para traspasar el antiguo concepto de “Consultorio” a “Centro de Salud Familiar” (CESFAM), cuya finalidad según el MINSAL (2016), será proporcionar cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud. El objetivo, es poder comenzar a implementar a través de los Cesfam, el Modelo de Salud Familiar basado en el modelo biopsicosocial, que concibe la salud desde un enfoque participativo y en el que intervienen factores biológicos relacionados con la enfermedad misma, factores psicológicos como pensamientos, emociones y conductas y factores sociales, que desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad

#### 4.3.1. MODELO DE SALUD FAMILIAR

A partir del cambio de paradigma del modelo biomédico al modelo biopsicosocial, y el cambio en la concepción de “Consultorio” a “Cesfam”, van surgiendo nuevas alternativas de ver, gestionar y trabajar en salud. En este sentido, el Modelo de Salud Familiar creado en Chile en el año 1990, tiene como fin proponer una nueva metodología de atención centrada en las personas y en las familias, involucrando a los profesionales de la salud en los aspectos relacionados con la prevención y la

participación activa de la comunidad usuaria, por medio de una atención personalizada y continua.

Este cambio implica la incorporación y participación de un equipo de salud territorial y de un Médico de Medicina Familiar, con el propósito de facilitar el diseño, ejecución y evaluación de un proyecto participativo, destinado a incorporar un conjunto de acciones y estrategias tendientes a favorecer un mejor estado de salud de las familias inscritas, previniendo los factores de riesgo presentes en el entorno en el cual se desarrolla la vida familiar. La finalidad de la prevención, es realizar diagnósticos que permitan conocer oportunamente, cuáles son los problemas de salud de la comunidad usuaria.

Esta nueva reorganización de los establecimientos de salud primarios, ha significado redefinir la organización y funcionamiento existentes en la mayoría de dichos establecimientos, lo que ha significado para los equipos de salud, reformular sus metas para adherirse y adecuarse al Nuevo Modelo (Gatica, Herrera y Llanos, 2002).

En este aspecto, las características centrales del Modelo de Salud Familiar según MINSAL (2015), son las siguientes:

- A.** Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y la comunidad.
- B.** Continuidad de la atención y de los cuidados de salud.
- C.** Prestación de servicios integrados.
- D.** Resolutividad.
- E.** Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes.
- F.** Participación social.
- G.** Promoción de Salud.
- H.** Interculturalidad.
- I.** Impacto sanitario.

## J. Enfoque de Género.

Así mismo, este modelo según el MINSAL (2015), conlleva un aumento en las expectativas de vida, de envejecimiento de la población, la urbanización y la inmigración como fenómeno creciente. Dichos factores generan implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. Para ello, este modelo contribuye al fortalecimiento de la atención primaria como el pilar del sistema de salud chileno, basado en los cuidados, el uso eficiente de recursos, la incorporación de la comunidad en los cuidados y prevención de la salud, así como también a la anticipación de las enfermedades.

A modo de conclusión, el modelo busca establecer una relación continua entre el equipo de salud, la familia y la comunidad para que se potencie el conocimiento sobre los cuidados (promoción en salud) y la prevención de la salud, por medio de una relación más cercana y horizontal, dejando de lado la concepción de “paciente” que lo entiende como un sujeto pasivo, a un concepto de “usuario” que, participa y se involucra en su salud y en la de su comunidad. Este modelo, junto con diferentes políticas y programas en salud, buscan dar respuesta a las necesidades actuales de la población orientadas a mejorar la calidad del servicio de salud público.

### **4.4. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD**

Posterior a los cambios en la forma de concebir la salud pública en Chile y desde la Reforma de Salud en el año 2000, las políticas ministeriales comienzan a tener una mirada más integral sobre las cuestiones que afectan la salud de la población, buscando mejorar la calidad de las prestaciones en salud, garantizando igualdad de derechos e implementando medidas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social, en la

formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales (Bastías, 2007).

Según el Académico de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica Gabriel Bastías (2007), los objetivos declarados en el proceso de reforma de salud chileno, son a saber:

- A.** Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- B.** Reducir las desigualdades en salud.
- C.** Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

Desde dicha reforma de salud, se establece la Comisión de Estudios de la Reforma, comprometiéndose a presentar cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, enviados a discusión parlamentaria en mayo de 2002 y que perduran hasta el día de hoy. Los contenidos, según Bastías (2007), fueron los siguientes:

- A.** Derechos y deberes del paciente: Esta ley regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación a las acciones vinculadas con su salud y la atención misma.

Derechos: Los derechos de las personas, tienen que ver con poder acceder a la entrega de información oportuna y comprensible de su estado de salud, recibir un trato digno, respetando su privacidad, ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad, ser informado de los costos de la atención, no ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso, que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención, aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria, consultar y reclamar respecto de la atención, ser incluido en estudios de investigaciones científicas solo con autorización, que se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria, que el personal público porte identificación, inscribir el nacimiento de su hijo en su lugar de residencia y, finalmente, que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante una hospitalización.

Deberes: Los deberes que los usuarios deben respetar, están relacionados con el trato amable y respetuoso en la relación funcionario/usuario. Estos deberes, están relacionados con entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección; conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica; cuidar las instalaciones y equipamientos del recinto; informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago, tratar respetuosamente al personal de salud e informarse acerca de los procedimientos de reclamo.

- B. Financiamiento:** Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES) para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho régimen se conocía como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).
  
- C. Autoridad Sanitaria y Gestión:** Fortalece las potestades del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización. Se crean nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorgar mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.
  
- D. Ley de Isapres:** El proyecto de modificaciones a la Ley de Isapres se separó en dos proyectos y se tramitó un régimen especial de vigilancia y control. Tiene relación con los reajustes de precios de los planes de salud, la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones, la difusión de información por parte de la Superintendencia, el acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.
  
- E. Régimen de Garantías en Salud:** Establece, entre otras materias, un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) y considera el financiamiento público para los

ciudadanos carentes de ingresos o indigentes que será responsabilidad de FONASA.

Estos cinco proyectos constituyeron la base jurídica de la Reforma en Salud, en donde a través del Ministerio de Salud, se pretende seguir avanzando en más y mejor salud para las personas, abordando factores de riesgo que inciden en los problemas más relevantes de la población a nivel país. Es por ello, que en la actualidad se espera que el trabajo esté abordado desde la intersectorialidad en todas las políticas públicas, desarrollando e integrando redes asistenciales para proveer servicios oportunos, culturalmente pertinentes y de calidad que contemplen la promoción, prevención, rehabilitación y curación, así como también, la reducción de inequidades en el acceso y resultados sanitarios, considerando la salud como un derecho ciudadano (Ministerio de Salud, 2015).

En el año 2015, el Ministerio de Salud, tiene dentro de sus ámbitos de acción:

- A.** Fortalecer la salud pública y el sistema público de salud.
- B.** Mejorar el nivel de salud de la población.
- C.** Disminuir las inequidades en el acceso y en los resultados de salud.
- D.** Incorporar la pertinencia cultural y el enfoque de derechos en el sector.
- E.** Fortalecer la participación social y comunitaria, la equidad de género y el trabajo intersectorial.

Es así como las políticas públicas están orientadas a generar un cambio cultural, con el objetivo de que la salud comience a ser concebida como un asunto que involucra socialmente a todos y todas. Para ello, se han ido generando una serie de estrategias para fomentar el cuidado del medio ambiente, la promoción de hábitos y los estilos de vida saludables, a través de la educación, participación, transparencia e información que permitan comprender la salud no solo como la enfermedad en sí misma, sino como un asunto que incide e involucra a todos y todas socialmente. Es así como, una de las estrategias implementadas en las instituciones de Atención Primaria en Salud (APS), para concebir la salud como un

asunto local, social y comunitario, es la participación definida con más detalle a continuación.

#### **4.5. LEY DE PARTICIPACIÓN**

Uno de los conceptos fundamentales en la implementación del Modelo Salud Familiar, es la participación de la comunidad y la familia en los asuntos que involucran su salud, como se mencionaba con anterioridad, “(...) *entre una relación continua entre el equipo de salud, la familia y la comunidad*” (Minsal, 2016, P.1).

En este aspecto, para potenciar dicha participación, el 16 de febrero de 2011, se crea la Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, cuyo eje central es la participación ciudadana. Esta Ley, se crea para asegurar que los establecimientos de salud generen instancias participativas, en donde los usuarios puedan involucrarse y opinar respecto de los asuntos propios de cada Cesfam, Hospital, Cosam, etc. En ella es posible encontrar principalmente cuatro áreas abordadas según el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2015):

- A.** Derecho Ciudadano a la Información Pública.
- B.** Gestión Pública Participativa.
- C.** Fortalecimiento de la Sociedad Civil.
- D.** No Discriminación y Respeto a la diversidad.

Con esta ley, se pretende que el Ministerio de Salud fortalezca la creación de condiciones orientadas a incorporar la participación ciudadana en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas en salud.

Posteriormente, se institucionaliza la Participación Ciudadana en el país, cuya misión establecida por Ley es, “(...) *fomentar la participación ciudadana para*

*promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas” (Ibíd., p.1.).* Por ende, la participación es la herramienta que impulsa a los ciudadanos a comprometerse en los asuntos que involucran su salud de manera integral.

Cabe mencionar que son tres los mecanismos de participación implementados en los Centros de Salud: Primero, está la oficina O.I.R.S. (Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias), que están orientados a que las personas puedan expresar sus opiniones respecto a la calidad de los servicios de salud, pudiendo dejar reclamos, sugerencias y/o felicitaciones respecto a la atención entregada. Segundo; estrategias educativas a través de talleres preventivos, promoción de salud, conciencia medioambiental, entre otros. Tercero, los denominados “Consejos Consultivos” o de “Desarrollo”, quienes encarnan una entidad de participación de la sociedad civil representada por la comunidad usuaria y los profesionales de la salud, cuyas funciones son asesorar a los directores de salud, en torno a mejorar la atención y la satisfacción usuaria de cada uno de los establecimientos de la red pública de salud de Chile.

Otros de los mecanismos de participación según el MINSAL (2014) son:

- A.** Audiencias Públicas: Mecanismo que representa el derecho de dialogar con la autoridad para expresar sus preocupaciones, demandas y propuestas. Las audiencias podrán ser solicitadas por no menos de quinientos ciudadanos y/o veinticinco organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro.
- B.** Presupuestos Participativos: Mecanismo de decisión ciudadana sobre los recursos que un servicio público dispone anualmente para financiar el diseño, formulación y ejecución de proyectos prioritarios para la sociedad civil. El presupuesto será decidido a través de jornadas de votación directa, abiertas a la comunidad, combinado con los acuerdos adoptados por el consejo o asamblea del mismo.

- C.** Cabildos Ciudadanos territoriales y sectoriales: Instancias de discusión y participación ciudadana convocada por una autoridad o servicio, con el objeto de escuchar opiniones y propuestas de la comunidad sobre una determinada materia de interés público. Pueden tener un carácter territorial o sectorial como también nacional o local.
- D.** Encuentros de Diálogos Participativos: Espacios de diálogo e interlocución entre las autoridades de Gobierno y representantes de la sociedad civil, en forma presencial y la ciudadanía. También existe una plataforma virtual participativa que busca que la comunidad pueda realizar observaciones e indicaciones sobre las políticas públicas, para así aumentar su legitimidad, eficiencia y eficacia.

De esta manera, la salud es un asunto que influye en todos los aspectos de la vida, por lo tanto, el poder contribuir a cuidar, por ejemplo, el medio ambiente o convivir pacíficamente con los demás, no se podría realizar sin la educación y participación de todos y todas. Es por esto, que las políticas públicas, han estado orientadas en el potenciamiento de la participación ciudadana en salud, con la finalidad de poder realizar un trabajo integrado con los profesionales y técnicos de la salud y la comunidad usuaria, con el objetivo de promover una salud pública más equitativa, amable y de calidad.

#### 4.5.1. CONSEJOS LOCALES DE SALUD

Los Consejos Locales en Salud, es una iniciativa de organización comunitaria, que surge a través de la promulgación de la Ley 20.500, por medio de los llamados “Consejos Consultivos”, “Consejos de Desarrollo”, “Consejos Consultivos de jóvenes” y “Comités Locales”; diferentes nombres para un mismo fin, orientado hacia la organización social en torno a las problemáticas en salud. Estos consejos, tienen un carácter asesor y técnico, cuyo objetivo es asesorar al Ministerio de Salud, en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de

las Garantías Explícitas en Salud, además de emitir su opinión en aquellas materias que sean requeridas por el MINSAL (MINSAL, 2016).

Los Consejos Locales en APS, si bien son de carácter informativo, pueden participar de los debates para el mejoramiento de la salud de su Cesfam. Está compuesto por integrantes del equipo de salud (enfermeros, médicos, asistentes sociales, funcionarios administrativos, etc.) y usuarios del establecimiento.

En síntesis, este consejo permite a los usuarios interesados en participar, ya sea de manera resolutive y/o informativa de los asuntos que competen a su establecimiento de salud, en conjunto con el equipo técnico y profesional. Generalmente, estos están constituidos por adultos mayores, ya que como se menciona en el planteamiento del problema, son las personas que disponen de mejores condiciones para participar, ya sea porque poseen un mayor tiempo libre (por la jubilación), y/o por su experiencia de vida.

Finalmente, en el último punto de este primer capítulo, se analizará la noción de calidad en salud, la cual sintetiza la finalidad de la presente investigación, en el que se podrá apreciar que la “calidad”, es más que solo asegurar funciones y características de un buen servicio.

#### **4.6. CALIDAD EN SALUD**

Para finalizar, uno de los elementos importantes a la hora de generar un “*acercamiento a la salud pública*”, como se ha pretendido evidenciar a lo largo de este capítulo, es fundamental concluir con una de las mediciones sobre la efectividad y la eficacia de la salud pública. Esta medición, es parte de los objetivos sanitarios de la década (2011-2020), que consiste en determinar la “*calidad de la salud*”.

Según la Superintendencia de Salud (2011), y a partir de lo mencionado anteriormente, se han generado diversas estrategias que permitan responder a una atención de calidad de acuerdo al Decreto con Fuerza de Ley N°1 del 2005, que tiene como función:

- A.** Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.
- B.** Establecer los estándares mínimos, como condiciones sanitarias, de seguridad de instalaciones, equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, centros de salud familiar y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares serán iguales tanto para el sector público como para el sector privado.

En cuanto a establecer un sistema de acreditación, este tiene el objetivo de medir el cumplimiento de ciertos estándares. Lo que mide la acreditación, es que las instituciones hayan definido y aplicado procesos de mejora continua de la calidad en los aspectos que son críticos para la seguridad de los pacientes, es decir, evaluar sistemáticamente la calidad del servicio de salud, precaviendo errores, fallas u omisiones que puedan causar daño o afectar a los pacientes. Este proceso de acreditación es voluntario, sin embargo, los prestadores institucionales que realizan prestaciones en alguna patología de Garantías Explícitas en Salud (GES) deben estar acreditados (Superintendencia de Salud, 2011).

Los estándares incluidos en los instrumentos de acreditación según la Superintendencia de Salud (2011) son:

- A.** Estándar de Respeto a la Dignidad del Pacientes.
- B.** Estándar de Gestión de la Calidad.
- C.** Estándar de Gestión Clínica.

- D. Estándar de Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención.
- E. Estándar Competencias del Recurso Humano.
- F. Estándar de Registros.
- G. Estándar de Seguridad del Equipamiento.
- H. Estándar de Seguridad de las instalaciones.
- I. Estándar de Servicios de Apoyo.
- J. Estándar de Vigencia de la Autorización Sanitaria.

Para la evaluación de dicha acreditación, se dará aviso 30 días antes (hábiles) al establecimiento de salud, de modo que el prestador se prepare para la acreditación. Posteriormente, puede ser fiscalizado en cualquier etapa o momento por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud o por el Instituto de Salud Pública según la naturaleza del prestador. Una vez en terreno, los profesionales de la entidad acreditadora deberán revisar documentos, visitar las diferentes dependencias, analizar datos de los sistemas de información disponibles, entrevistar a funcionarios, usuarios, alumnos u otras actividades (Superintendencia de Salud, 2011).

La acreditación por tanto, es un proceso de evaluación que si bien es opcional, está destinada a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con calidad de la atención en una institución determinada, evaluando si estas entregan una atención apropiada y segura para los usuarios. En este punto, se logra apreciar cómo todos los componentes de la salud pública, como modelos, estándares, estrategias, políticas etc., se interrelacionan con la finalidad de poder entregar una salud pública digna, accesible, asequible y de calidad.

Además de existir instancias de acreditación como una forma de asegurar una atención de calidad, existen otras estrategias para medir el grado de satisfacción de los usuarios respecto de la salud pública. Esta forma, es la denominada “satisfacción usuaria” que es una estrategia utilizada para medir la calidad de la salud pública, desde las propias percepciones de las personas, en base a su experiencia en relación a las atenciones en salud.

Bajo esta concepción, la Superintendencia de Salud (2011), define la calidad en salud como:

*“(...) la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (p. 6).*

Como se puede apreciar en la cita anterior, una forma de determinar la calidad de la salud, es a través de la identificación de las necesidades que tienen las personas en relación a su salud, la de su familia y su comunidad, por consiguiente, el conocerla, se torna esencial para poder destinar óptimamente los recursos necesarios para cada una de las distintas realidades territoriales.

La satisfacción usuaria, pretende no solo evaluar los aspectos médicos relacionados con la enfermedad, curación y rehabilitación de esta, sino que también se relaciona con otros aspectos que van a incidir, en gran medida, en la percepción que tienen los usuarios respecto a la calidad del servicio de salud. Estos, según la propuesta metodológica para medir la calidad percibida y la satisfacción de la salud según la Superintendencia de Salud (2011), son:

- A.** Calidez humana y preocupación.
- B.** Rapidez de la atención.
- C.** Atención Oportuna.
- D.** Información
- E.** Limpieza
- F.** Equipos y tecnología

Estos son los aspectos que se miden ya que según la superintendencia de Salud (2013), en su *“Informe de Calidad y Satisfacción Usuaria en la Atención de Salud Hospitalaria”*, una de las premisas básicas ampliamente difundida por años ha sido

que el paciente solo valora sanarse como resultado de una intervención médica. Sin embargo, esta idea ha quedado atrás con el paso de los años, ya que existen elementos asociados a la satisfacción o calidad que están incorporados en el proceso de evaluación que hacen los usuarios a los establecimientos de salud a los cuales pertenecen, es por ello, que se incluyen variables como la calidez, amabilidad, acceso a la información, limpieza, etc., que influyen en la percepción que tienen las personas sobre una buena o mala calidad en salud.

Es importante señalar, que las orientaciones metodológicas e instrumentales de la presente investigación, se desarrollan bajo la propuesta metodológica de la Superintendencia de Salud, como una forma de entrelazar los lineamientos políticos con la realidad de la salud pública de la comuna de Renca.

Además esta investigación se guiará bajo este modelo, ya que en la actualidad los usuarios también valoran sus expectativas de cómo debería haber sido atendido por el equipo médico y a su vez, otras dimensiones que van más allá de sanar su enfermedad como por ejemplo, el trato (relaciones interpersonales), las instalaciones, la entrega de información clara y precisa sobre su estado de salud, entre otros aspectos que son valorados por las personas en sus beneficios psicológicos como respuesta a sus beneficios emocionales experimentados desde la entrada al establecimiento hasta su salida. Lo anterior se expresa en percepciones, sentimientos y decisiones que se conjugan con los valores que aplican en la cotidianeidad de las personas y que definen la percepción de la calidad del servicio de salud público frente a una atención “ideal” y el servicio “real” entregado (Superintendencia de Salud, 2013).

Es así, como concluye el primer capítulo del marco referencial, en donde se logra estimar a lo largo de su desarrollo, que sí existen políticas, objetivos y estrategias orientadas hacia el continuo mejoramiento del sistema de salud público, pero ¿será suficiente para solventar las necesidades de la población? De ahí la importancia de investigaciones que permitan aumentar los niveles de conocimiento

sobre cuáles son sus necesidades y requerimientos para poder finalmente otorgar una salud pública como un servicio de “calidad”, ya que son los propios usuarios los que albergan las experiencias necesarias sobre cómo es el servicio de salud recibido y cuáles son sus aspectos tanto positivos como negativos.

En el próximo capítulo, se abordarán las políticas públicas y programas en salud, focalizadas hacia las personas adultos mayores, quienes son el grupo etario, protagonista de la presente investigación, pero también, los que más acuden a los servicios de salud públicos del país.

## CAPÍTULO V: PLAN NACIONAL ADULTOS MAYORES

Durante la implementación del modelo biomédico en los establecimientos de salud, la concepción que se tenía de los adultos mayores y de los usuarios en general, era de simples beneficiarios de la salud pública, que se acercaban a dichos establecimientos de salud solo a curar su enfermedad. Hoy, con la implementación del modelo biopsicosocial la concepción es distinta, ya que se comenzaron a implementar metodologías participativas entre los profesionales de la salud y la comunidad, a través de Consejos de Salud, que permiten integrar a la comunidad en los asuntos relacionados con la salud de la comunidad usuaria. Este trabajo con la comunidad, ha permitido focalizar las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores con la finalidad de aumentar sus niveles de calidad de vida.

Para ello, la Estrategia Nacional de Salud para el período 2011 – 2020 entre sus nueve objetivos estratégicos, incluye en su objetivo N° 4 *“reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital”*, y en su objetivo específico *“mejorar el estado funcional de las personas mayores”* (SENAMA, 2014, p.16).

En el siguiente capítulo, se mencionarán aquellas características relacionadas con las políticas públicas focalizadas hacia los adultos mayores. Primero se dará cuenta de la realidad sociodemográfica que refleja el aumento de la población adulto mayor.

En segunda instancia, se mencionarán las características de la salud de los adultos mayores como políticas públicas, estrategias, programas de alimentación, de envejecimiento positivo, entre otros.

## 5.1. ADULTOS MAYORES

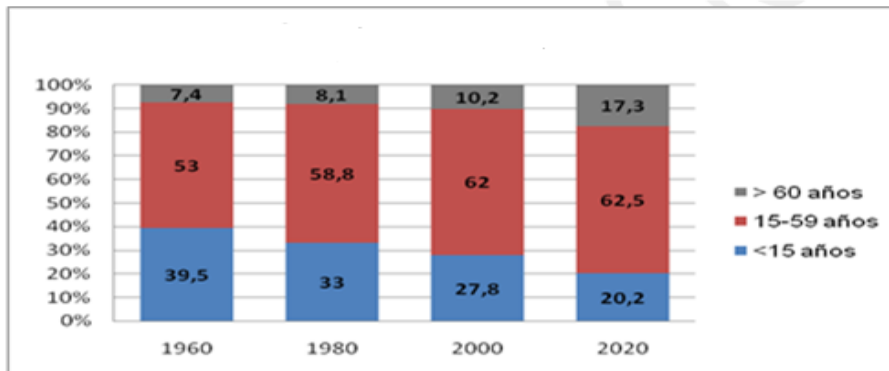
Los adultos mayores son las personas de 60 años y más en el caso de las mujeres, y 65 años y más, en el caso de los hombres según lo establecido en la Ley N° 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). En función del incremento de la población adulto mayor, el SENAMA se crea en el año 2002. Desde esta institución, se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como persona mayor, en remplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente, que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez (MINSAL, 2014).

El envejecimiento poblacional, constituye un fenómeno mundial del cual Chile no está ajeno. En el año 2009 se estimaba que 737 millones de personas tenían 60 años y más, y constituían la “población” adulta mayor del mundo. Se proyecta que esta cifra aumentará a dos billones en 2050. Hoy en día, una persona de cada nueve en el mundo tiene 60 o más años (hoy en día, una persona de cada nueve en el mundo tiene 60 o más años (MINSAL, 2014).

Dentro del fenómeno del envejecimiento poblacional se está produciendo el “envejecimiento del envejecimiento”, esto quiere decir, que el aumento de la esperanza de vida ha aumentado considerablemente. Es así como actualmente, las personas mayores de 80 años constituyen el 14% de la población de 60 años y más, siendo este el segmento de la población que crece más rápido. Así en el 2050, un 20% de la población mayor tendrá 80 años y más (MINSAL, 2014).

En Chile, la distribución etaria de la población ha variado significativamente desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. En 1960, los menores de 15 años representaban el 39,5% de la población total, los de 15 a 59 años eran el 53% y los mayores de 60 años alcanzaban un 7,4%, es decir, menos de la décima parte de la población. En el año 2000, estos porcentajes eran de 27,8%, 62% y 10,2% respectivamente, disminuyendo la población infantil y aumentando la población adulta mayor. Se estima que al año 2020 estos grupos representarán el 20,2%, 62,5% y 17,3% respectivamente (ver figura N° 2).

FIGURA Nº 2: EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD:  
CHILE 1969-2020.



FUENTE: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTOS MAYORES, MINSAL, 2014.

Las fuentes de información indican que Chile ha tenido un proceso de envejecimiento acelerado, lo que se traduce en que las personas viven más años, incrementándose en forma importante la esperanza de vida en los mayores de 60 años. De esta forma, este grupo ha llegado a constituir el 13% del total de la población en el año 2011, proyectándose a que llegue a un 16,7% de la población para el 2020 (MINSAL, 2014).

A su vez, la población mayor de 60 años se duplica cada 25 años aproximadamente. Así, en el año 1950 de 416 mil, aumentó a 814 mil en 1975, y 1,55 millones en el año 2000. Se proyecta de 3,55 millones en 2025, cifra mayor al doble, y a 5,22 millones en 2050, lo cual evidencia que el mayor envejecimiento se producirá en el período comprendido entre 2000 y 2025, lo que corresponde al momento actual. De la misma forma, en 1950 la población mayor de 60 años representaba el 6,9% y se espera que el 2050 sea el cuarto de la población total (24,1%) (MINSAL, 2014).

De esta manera, la población adulto mayor ha aumentado considerablemente en tamaño, por consiguiente, para enfrentar dicha situación, la salud se ha estado basando en un enfoque anticipatorio y preventivo para evitar situaciones de riesgo de uno de los grupos etarios más vulnerables.

## 5.2. SALUD Y ADULTO MAYOR

En relación al punto anterior, el Ministerio de Salud ha creado desde hace ya una década, la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable. A partir de esta edición, se clasifican a los adultos mayores dependiendo del riesgo de perder la funcionalidad, por ende, se implementan constantemente estrategias y programas preventivos de tratamiento o rehabilitación. Por otro lado, se potencia la red de apoyo y se detectan los riesgos de posible maltrato (MINSAL, 2014). Esto, porque los adultos mayores generalmente acuden a los centros de salud solos, conllevando a que puedan producirse complicaciones con la entrega de información sobre los cuidados y tratamientos necesarios para la curación de su enfermedad, es por ello, que se potencia la red de apoyo, enfatizando en que los adultos mayores acudan en compañía de algún familiar que le ayude con las prescripciones médicas, con el retiro de medicamentos, con la toma de horas, entre otras acciones que puedan significar una dificultad para el adulto mayor, sobre todo cuando padece de alguna enfermedad que pudiese perjudicar la retención de información.

Es así como el Programa del Adulto Mayor, tiene como propósito que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida. En este contexto, se debe tener en cuenta que las necesidades de esta población son multisectoriales: económicas, sociales, culturales, políticas, de vivienda, urbanismo y transporte, influidas por variables de género y nivel socioeconómico (MINSAL, 2015).

En respuesta a los acontecimientos descritos anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), desarrolla una serie de estrategias y planes de acción para las personas adultas mayores que establecen las prioridades de acción para

el período 2009-2018. Para ello, la OMS plantea una serie de estrategias (MINSAL, 2014), a saber:

- A.** Estrategia 1: Incluir la salud de las personas mayores en las políticas públicas.
- B.** Estrategia 2: Adecuación de los sistemas de salud para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.
- C.** Estrategia 3: La capacitación de los recursos humanos necesarios para afrontar las necesidades en salud de las personas mayores.
- D.** Estrategia 4: El desarrollo de la capacidad de generar la información necesaria para emprender y evaluar actividades para mejorar la salud de la población de personas mayores.

Como se puede apreciar, las estrategias están orientadas a incluir a los adultos mayores como sujetos de derechos que pueden opinar, participar y empoderarse de su salud, dejando de lado la percepción peyorativa de las pocas “capacidades” que tendrían los adultos mayores al alcanzar una determinada edad. Hoy, la percepción es distinta, ya que se han creado diversas políticas y estrategias que incluyen y potencian el trabajo con los adultos mayores, por medio de instancias participativas que permitan expresar sus necesidades a partir de sus propias experiencias y necesidades respecto del trato recibido, los accesos a los establecimientos, la atención médica, entrega de medicamentos, de alimentos, entre otras prestaciones que otorgan los establecimientos de salud públicos.

A partir de dichas estrategias, se desglosan los siguientes programas según el MINSAL (2015):

#### 5.2.1. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR 2002

El Departamento de Salud de las Personas Adultos Mayores (MINSAL, 2014), elaboró la “Norma para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor” hasta el momento vigente, donde se planteó que el gran desafío de las “políticas en salud”

era adaptar el tipo y las características de la atención otorgada en los distintos niveles de salud para lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socio-económicas, urbano-rural y regional. Esta propuesta se enmarcó en los principios de solidaridad intergeneracional y de equidad y se sustentó fuertemente en las estrategias de participación social, descentralización, intersectorialidad y trabajo en equipos multidisciplinarios, teniendo dos grandes objetivos de la atención de salud:

- A.** Contribuir a mantener o recuperar la autonomía de la persona mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida.
- B.** Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.

#### 5.2.2. PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria, es una de las prestaciones entregadas por los establecimientos de salud que nace a consecuencia de los factores económicos y nutricionales de los adultos mayores. En el año 1998 el Gobierno del Presidente Eduardo Frei solicitó al Ministerio de Salud iniciar un estudio para ver la factibilidad de un programa de alimentación complementaria dirigido a la población adulto mayor, que se asemejara al programa de alimentación dirigido a niños y embarazadas. El Programa del Adulto Mayor y la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud, realizó estudios que fundamentaron el programa de alimentación complementaria, el que incentiva a la persona mayor a acudir a los centros de salud público no solo por enfermedad, sino para un control de salud nutricional que permita pesquisar factores de riesgo

latentes, con el fin de realizar acciones anticipatorias ante la pérdida de funcionalidad (MINSAL, 2014).

En conclusión, el PACAM es un programa que permite a los adultos mayores acceder a la entrega de alimentos nutricionales fortificados con micronutrientes para poder solventar un óptimo estado nutricional, con la finalidad de mejorar la calidad de vida tanto física como psíquica de la población adulto mayor.

### 5.2.3. PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSAL, 2012)

El Programa Nacional de Inmunización contempla la vacunación a las personas mayores con el objetivo de disminuir las complicaciones y la mortalidad por influenza y neumococo, protegiendo a la población en riesgo de gravedad. Por otra parte, la campaña de vacunación contra la Influenza se realiza todos los años y está dirigida a los grupos más vulnerables para esta enfermedad. El objetivo es prevenir la infección, sus complicaciones y muerte por Influenza, entregando la vacuna en forma gratuita en todos los centros de salud primaria y postas rurales del país.

A estos programas se le suma Examen de Medicina Preventiva de las personas adultas mayores (EMPAM), mencionado anteriormente, que se enfoca en pesquisar oportunamente factores de riesgo, problemas de salud y predicción de la pérdida de funcionalidad y las Garantías Explícitas en Salud (GES) que tiene garantías específicas para la población adulto mayor. Estos pueden ser, salud oral, párkinson, artrosis, entre otras.

## **5.3. POLÍTICA INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO 2012-2025**

Para evitar enfermedades en los adultos mayores, además de implementar el PACAM como estrategia para fortalecer física y psíquicamente a la población

adulto mayor, con el propósito de aumentar su autovalencia, durante el año 2012 el SENAMA desarrolla la “Política Integral de Envejecimiento Positivo” para los años 2012 al 2025, que se constituye como una respuesta intersectorial a las necesidades de las personas adultas mayores. Esta Política propone tres objetivos generales (MINSAL, 2014):

- A.** Proteger la salud funcional de las personas mayores.
- B.** Mejorar la integración de las personas mayores a los distintos ámbitos de la sociedad.
- C.** Incrementar los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores.

Para ello, se creó un plan de implementación con acciones a corto, mediano y largo plazo para avanzar en la protección de la salud funcional con profesionales con conocimiento especializado en la atención de las personas mayores. Para ser integrales, deben enmarcarse en el Modelo de Atención Integral de Salud. Este Modelo debe identificar los factores de riesgo y causas que pueden llevar a los distintos grados de dependencia y pérdida de autonomía, siendo los dos pilares fundamentales de este modelo, un Plan de Rehabilitación y un Plan de Demencia (Figura N° 3). El Plan de Rehabilitación aborda los diversos procesos de rehabilitación que apuntan a moderar la disminución de la capacidad motora de la persona mayor, a través de intervenciones centradas en la atención primaria, pero que se extienden también hasta la atención secundaria y terciaria. El Plan de Demencia, comprende la identificación a nivel de atención primaria del grado de deterioro de la capacidad cognitiva, para dar curso a intervenciones dirigidas que apunten a moderar el avance del deterioro cognitivo y cuando este es avanzado e irrecuperable, a fortalecer los mecanismos de apoyos familiares y comunitarios (MINSAL, 2014).

FIGURA Nº 3: SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES



FUENTE: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTOS MAYORES, MINSAL, 2014.

Bajo esta concepción, el principal objetivo de los planes de salud de los adultos mayores se relaciona con la autovalencia, entendido como la capacidad para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, como desplazarse por sus propios medios, asearse, comer, cocinar, usar dinero, entre otras actividades de la vida “cotidiana”. Es por ello que el Estado, a través de dichas estrategias, busca poder contribuir a la autovalencia de los adultos mayores por medio de acciones preventivas que inculquen la vida sana, el autocuidado, el ejercitamiento mental y físico como una estrategia para mejorar la calidad de vida de esta población.

Con la finalización del presente capítulo, se deja un espacio que permite problematizar si las estrategias dirigidas hacia los adultos mayores implementadas hasta el día de hoy son eficaces o no. Es importante reconocer que con el paso de los años, los adultos mayores se han empoderado como sujetos de derecho y han ido dejando de lado, la imagen de simples usuarios de la salud pública, para ser percibidos como usuarios capaces de desarrollarse como individuos y contribuir a la sociedad. Sin embargo, aún queda un largo camino que recorrer cuando se habla de igualdad y dignidad en la salud pública, sobre todo con el trato que en general la sociedad otorga a los adultos mayores, como por ejemplo, minimizar sus capacidades a través de diminutivos que los inferiorizan como, por ejemplo, no llamarlos por su nombre y decirles “mi niña/o”, hablarles por sílabas, “retarlos” porque se les olvidó algún documento, entre otras acciones demostrando una

infantilización de las personas adultas mayores y la prevalencia de una concepción asistencial y autoritaria respecto de este grupo etario.

Es importante, como profesionales de las Ciencias Sociales y de la salud, hacer valer el derecho a la participación de todos/as los ciudadanos del país, incluyendo a los adultos mayores, pues están facultados para debatir, analizar y criticar un sistema de salud del cual han sido usuarios, por lo tanto, son personas con un abundante conocimiento sobre cómo ha ido evolucionando la salud pública en Chile y sobre cuáles son las materias que se deben continuar trabajando para recibir una salud pública de calidad.

Finalmente, en el siguiente y último capítulo de este marco referencial, se abordará la implementación de dichas políticas públicas y programas en salud focalizados hacia esta población, pero desde la realidad local, es decir, desde la realidad de una de las comunas de la Zona Norte de la Región Metropolitana de Santiago, como lo es la comuna de Renca; objeto de estudio de la presente investigación.

## **CAPÍTULO VI: SALUD A NIVEL LOCAL**

A consecuencia de las políticas en salud de carácter neoliberal impulsadas durante la dictadura militar, desde 1981 se concreta el traspaso de la administración de los establecimientos de salud de nivel primario a las municipalidades, lo que origina un aumento en la inequidad de la salud pública entre los municipios con más recursos económicos, en comparación a los municipios de menores recursos. Es por ello, que la salud pública a nivel local, aunque respondan a los mismos lineamientos ministeriales, difieren en todos los casos, ya sea por diferencias territoriales, sociales y/o económicas, así como también, por las diferencias en la administración y traspaso de recursos que cada municipio otorga a la salud pública de su comuna.

### **6.1. MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**

En el año 1980 con el decreto con fuerza de ley N° 1/3063 durante la dictadura militar, se concreta el proceso de municipalización de un 92% del sector primario creándose los establecimientos de Atención Primaria, dependientes administrativamente de las municipalidades bajo el principio de descentralización y desconcentración. Dichos establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS), representan el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud público por medio de una atención ambulatoria en Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud (CECOSF), Postas Rurales (PSR) y SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia). Esta se puede definir como un proceso participativo e intersectorializado para mejorar integralmente la calidad de vida de todos/as los habitantes del país, dándole en este proceso, la primera prioridad a los más pobres y sectores postergados (Olmos, 2015).

Es por ello que desde el año 1990, el Ministerio de Salud comienza a implementar innovaciones técnicas, administrativas y financieras, orientadas a cambiar el concepto de salud desde un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial, en donde se incluya a la familia y a la comunidad en los asuntos relacionados con la salud abordándolos territorialmente.

Así pues, se pretende cambiar la concepción de Consultorio a Centros de Salud Familiar para que su enfoque esté orientado hacia la familia y la comunidad, mediante un modelo centrado en la prevención más que en la recuperación. A su vez, implica la incorporación y participación de un equipo de salud territorial y de un médico de medicina familiar, con el propósito de realizar un trabajo participativo que permita educar y entregar una mejor atención, abordando factores protectores y de riesgo presentes en el entorno en el cual se desarrolla la vida familiar, tratando oportunamente los problemas de salud que se pudiesen producir (Gatica y otros, 2002).

En síntesis, son las Municipalidades las encargadas de administrar el funcionamiento de los “Centros de Salud Familiar” (CESFAM) de su comuna, lo que en la práctica, se traduce en una severa desigualdad, ya que no todas las municipalidades cuentan con los mismos recursos económicos y administrativos, aunque su fundamentación política sea la misma para todos los CESFAM del país.

## **6.2. CENTROS DE SALUD FAMILIAR, “CESFAM”**

Como se mencionaba anteriormente, los “Centros de Salud Familiar” (CESFAM), se crean para cambiar la mirada de los llamados “consultorios” que relacionan su quehacer a partir de un enfoque biomédico, por los de “CESFAM”, que viene a responder las orientaciones del modelo biopsicosocial, enfocando hacia un trabajo preventivo dirigido hacia las personas, la familia y la comunidad, focalizando su labor en una atención directa y continua con las personas, las familias y las comunidades y así, satisfacer las necesidades de la población (MINSAL, 2014).

Así mismo, según el MINSAL (2016), estos proporcionan los cuidados básicos en la salud de las personas, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud de manera ambulatoria bajo el contexto del “Modelo de Salud Familiar y Comunitario” de carácter integral, familiar y comunitario abordado con más detalle en el capítulo N° I.

Entendiendo el contexto de municipalización y del cambio de paradigma de Consultorio a CESFAM, se presenta a continuación, la realidad territorial de los establecimientos de salud de la comuna de Renca. Para ello, se describirán en primer lugar, los contextos territoriales, sociales y económicos de la comuna, para luego dar paso a la especificidad de las realidades de la salud a nivel local.

### **6.3. SALUD A NIVEL LOCAL: RENCA**

#### **6.3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA COMUNA DE RENCA**

Como se mencionaba anteriormente, la realidad de la salud pública a nivel comunal, está determinada por los factores socioeconómicos de su población, por la administración Municipal y por los lineamientos políticos propuestos por el MINSAL. En este sentido, para conocer la realidad de la salud pública de la comuna de Renca, es necesario determinar factores territoriales, económicos y sociales de su población, de manera de contextualizar la realidad de la salud pública de la comuna.

De acuerdo a lo anterior, en cuanto a la localización territorial de la comuna de Renca, esta se ubica en el sector norte de la Provincia de Santiago de la Región Metropolitana. Fue fundada en 1894 y antiguamente se llamó Villa de Renca. Limita con la comuna de Quilicura al norte, Conchalí e Independencia al este,

Quinta Normal y Cerro Navia al sur y Pudahuel al oeste (PLADECO de Renca 2016 – 2017).

Cuenta con una población de 151.500 habitantes durante el año 2015, proyectada en 155.465 habitantes para el presente año, como lo demuestra el siguiente cuadro según el PLADECO de Renca (2016 – 2017).

CUADRO N° 3: POBLACIÓN TOTAL POR SEXO, AÑO 2002, 2015, 2016, Y 2017

SEXO	Año 2002		Año 2015		Año 2016		Año 2017	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
HOMBRES	66.253	49,6	75.806	50,04	77.826	50,06	76.702	50.05
MUJERES	67.265	50,4	75.694	49.96	77.639	49,94	76.564	49.95
<b>Totales</b>	<b>133.518</b>	<b>100</b>	<b>151.500</b>	<b>100</b>	<b>155.465</b>	<b>100</b>	<b>153.266</b>	<b>100</b>

FUENTE: (PLADECO, RENCA, 2016 – 2017).

En cuanto a la población adulto de mayor, el índice es de 12,90%, correspondiente a un número de 18.975 personas, en donde 1.632 personas se encuentran en situación de pobreza multidimensional (salud, educación, nivel de vida, etc.), por lo tanto, Renca tiene una población envejecida, con altos niveles de pobreza y con mayores demandas en los ámbitos sociales, económicos y de salud. Según los datos de la Ficha de Protección Social comunal, de 15.578 adultos mayores encuestados, el 41,7% (6.503 personas) se ubica en el Quintil I que corresponde al 20% más pobre de la población (PLADECO Renca 2016 – 2017). Estos índices demuestran la importancia de generar estudios, para conocer sus percepciones como principales usuarios de la salud pública a nivel comunal.

La realidad socioeconómica, según el PLADECO de la comuna de Renca (2016 – 2017), es la cantidad de población pobre por ingresos en esta comuna, siendo menor a la región y al país, como se demuestra en el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 4 POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA DE INGRESOS

TERRITORIO	% Pobres por Ingresos	% Pobres Multidimensional
PAIS	14,4	20,4
REGION METROPOLITANA	9,2	18
<b>RENCA</b>	<b>8,6</b>	<b>20,2</b>

FUENTE: (PLADECO RENCA, 2016 – 2017).

A nivel comunal y atendiendo a la población de Renca durante el año 2015, se puede deducir que de los 151.500 habitantes, 13.029 personas se encuentran en situación de pobreza por ingresos y 30.603 personas en situación de pobreza multidimensional (salud, educación y nivel de vida). De 18.975 adultos mayores, 1.632 personas se encuentran en situación de pobreza multidimensional (PLADECO de Renca 2016 – 2017).

De acuerdo a los datos de la encuesta Casen 2009 (última publicada en el PLADECO de Renca 2016 – 2017), a nivel de las 32 comunas de la provincia de Santiago, la comuna de Renca según promedio de ingreso autónomo del hogar (son todos los pagos que recibe el hogar: salario, rentas, pensiones, jubilaciones, etc.), es de \$551.915, ubicándose en el 6º lugar de las comunas con menor promedio de ingreso autónomo, en el que el porcentaje de pobreza corresponde a un 20,2% de la población total (PLADECO de Renca, 2016 – 2017).

### 6.3.2. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, “CESFAM” DE LA COMUNA DE RENCA.

Bajo el contexto social y económico anteriormente descrito, la población de Renca que se encuentra afiliada al sistema de salud público a través de Fonasa, representa el 84,2% de la población total de la comuna (151.000 personas), en donde aproximadamente 127.563 personas se encuentran inscritas en los servicios de salud público de la comuna, superando la media regional en un

11,1%. De esta, 56,1% pertenece a los grupos A y B de menores ingresos, mayor que el promedio regional de 55,6% y menor que el nacional 60,1% (PLADECO Renca, 2015 - 2016).

Según el Plan Comunal de Salud (2015), la comuna de Renca cuenta con cuatro centros de salud:

- A.** Centro de Salud Balmaceda o Centro de Salud de Renca ubicado en calle Balmaceda #4420. Tiene una población usuaria de 57.122 personas, correspondiente a un 48.32% de la población comunal. En este, la comuna de Renca establece en su página oficial que se trata de un Centro de Salud, sin embargo en el nombre del establecimiento según lo visto en terreno, menciona que se trataría de un Cesfam.
- B.** Centro de Salud Huamachuco, con una población usuaria de 15.771 personas, correspondiente a un 13.34% de la población comunal. Este establecimiento de salud se ubica en la calle Las Margaritas # 2466, Huamachuco II.
- C.** CESFAM Bicentenario, con una población usuaria de 13.630 personas, correspondiente a un 11.52% de la población comunal. Este establecimiento de salud, se ubica en la calle Av. Brasil #8005.
- D.** Centro de Salud Hernán Urzúa, con una población usuaria de 31.692 personas, correspondiente a un 26.80% de la población a nivel comunal. Este establecimiento de salud, se ubica en la calle Totoral Bajo #1011.

CUADRO N° 5: POBLACIÓN INSCRITA EN LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICOS DE LA COMUNA DE RENCA.

Población Inscrita en los Centros de Salud		
CENTRO DE SALUD	Población Per cápita validada año 2015	N° inscritos porcentual
Centro de salud Renca	57.122	48.32%
Centro de salud Dr. Hernán Urzúa Merino	31.692	26.80%
Centro de salud Huamachuco	15.771	13.34%
Centro de salud Familiar del Bicentenario	13.630	11.52%
<b>TOTAL</b>	<b>118.215</b>	<b>100%</b>

FUENTE: PLAN DE SALUD, RENCA 2016.

En estos cuatro Cesfam, existe un equipamiento de personal de 319 cargos, los cuales pueden ser observados con mayor detalle a continuación:

CUADRO N° 6: DOTACIÓN 2016

CARGO	CAT.	DOTACION	
		N° CARGOS	HORAS
DIRECTOR		4	176
MEDICO	A	36	1584
ODONTOLOGO	A	22	829
QUIMICO	A	2	88
FARMACEUTICO			
ENFERMERO(A)	B	19	836
MATRON (A)	B	19	836
NUTRICIONISTA	B	13	572
KINESIOLOGO	B	12	528
ASISTENTE SOCIAL	B	12	528
PSICOLOGO	B	10	440
EDUCADORA DE PARVULOS	B	6	264
TERAPEUTA OCUPACIONAL	B	1	44
TECNICO NIVEL SUPERIOR	C	78	3432
AUX. PARAMEDICO	D	23	1012
ADMINISTRATIVO	E	39	1716
AUX. DE SERVICIO	F	23	1012
<b>TOTAL</b>		<b>319</b>	<b>13897</b>

FUENTE: PLAN DE SALUD, RENCA 2016.

Este cuadro describe el número de cargos y profesionales de la salud existentes en la comuna de Renca según el Plan de Salud Comunal (2016), empero, no se encontró documentación sobre la distribución de estos cargos en cada uno de los Centros de Salud.

Para poder solventar de alguna forma las necesidades y requerimientos de la población, la Municipalidad de Renca, en la página oficial de la Corporación de Salud y Educación (2016), ha implementado una serie de programas para los adultos y adultos mayores en los establecimientos públicos de la comuna, estos son:

- A.** Control de salud para pacientes hipertensos, diabéticos y con problemas de colesterol.
- B.** Salas de tratamiento kinésica para adultos con enfermedades respiratorias (Salas ERA).
- C.** Tratamiento kinésico para adultos, mayores de 55 años, con problemas de artrosis.
- D.** Programas nutricionales para pacientes obesos y con sobrepeso.
- E.** Atención y tratamiento para pacientes con tuberculosis y epilepsia.
- F.** Atención integral del adulto mayor.
- G.** Alimentación (entrega de sopa) para adultos mayores de 70 años.
- H.** Radiografía de tórax gratuita en mayores de 65 años con diagnóstico de sospecha de neumonía y observación de EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
- I.** Realización de ecotomografía abdominal en pacientes de 35 a 64 años.
- J.** Realización de Holter de presión arterial en casos de hipertensión arterial de manejo complejo con indicación exclusiva de su médico tratante.
- K.** Entrega de ortesis y ayudas técnicas.

Finalmente, es importante señalar que los establecimientos de salud existentes en la comuna de Renca no se encuentran acreditados. De hecho, existe una resolución en el año 2008 realizada por la Superintendencia de Salud, sancionando en ese entonces, a los tres establecimientos de salud de la comuna (Balmaceda, Hernán Urzúa y Huamachuco), por el incumplimiento del deber de dejar constancia escrita, informando y notificando sobre sus pacientes GES, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley N° 19.966.

Es por ello, que resulta de suma importancia comenzar a generar instancias participativas para que las personas se empoderen de las cuestiones relacionadas con su salud, opinando respecto a cómo ven, sienten y perciben la calidad del servicio de salud, porque es un derecho que se debe asegurar a todas y todos los ciudadanos del país.

### 6.3.3. CONSEJOS LOCALES DE SALUD

Como se mencionaba anteriormente en el punto 6.1 del capítulo I, los Consejos Locales en Salud, son una iniciativa que pretende fomentar la organización comunitaria surgida a partir de la Ley 20.500 de Participación Ciudadana en el año 2011.

Estos consejos, se crean para fomentar la participación de la comunidad usuaria en los asuntos que le competen a cada establecimiento de salud. Así mismo, permite a los profesionales de la salud, poder conocer cuáles son las expectativas y necesidades de la población usuaria.

En este aspecto, según el PLADECO (2016) de la comuna de Renca, cada Centro de Salud cuenta con su respectivo Consejo Consultivo, teniendo reuniones mensuales tanto locales como comunales. Además se realizan charlas, capacitaciones y diferentes actividades relacionadas con la salud primaria pero, ¿los usuarios de la salud pública de Renca, conocen estos Consejos Consultivos?

Por este motivo, esta investigación consultó si los adultos mayores organizados en clubes de adulto mayor, conocen esta instancia de participación, el cual debiese ser asequible para todas y todos los usuarios sin ningún tipo de distinción. De ahí la importancia de conocer las percepciones de los usuarios de dicha comuna, respecto de estos Consejos Locales de Salud, que están considerados en la Ley N° 20.500 de “Participación Ciudadana” anteriormente descrita (ver más detalle en el capítulo III).

Como se logra apreciar en el desarrollo de todo el capítulo, la población adulto mayor con el paso de los años, ha ido aumentando significativamente tanto a nivel país como a nivel comunal, haciéndose absolutamente necesario poder implementar los lineamientos de participación y calidad en salud propuestos por el MINSAL a nivel local. Es por ello, que un buen número de programas sociales están orientados a esta población como una forma de prevenir su progresivo debilitamiento físico y/o mental, no solamente desde el punto de vista médico, sino que también desde el punto de vista psicológico. Para ello, se potencian instancias de participación social y comunitaria como la prevención, la autovalencia y el fomento de una vida saludable. Es debido a este aumento poblacional, que se deben seguir potenciando iniciativas de investigación y de acción necesarios para conocer y determinar las percepciones que tienen los adultos mayores respecto a la calidad del servicio de salud público en tanto, es uno de los servicios más demandados en esta etapa de la vida.

Así pues, la salud pública de la comuna de Renca, presenta características importantes, ya sean socioeconómicas o de población adulto mayor. Más ello, ¿será un determinante en la calidad de la salud pública percibida por los adultos mayores? De ahí la importancia de analizar los indicadores anteriormente descritos, para poder describir de mejor forma la calidad del servicio de salud otorgado por cada establecimiento desde sus propias realidades sociales, económicas, demográficas, epidemiológicas, entre otros factores que permitirán definir la salud pública como igualitaria o desigual, tal y como lo perciben los sujetos de estudio.

**TERCERA PARTE**

**ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

## **CAPÍTULO VII: CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNA DE RENCA.**

Este primer capítulo del análisis de la información recolectada durante el proceso de investigación, tiene la finalidad describir las percepciones que tienen los adultos mayores, sobre la calidad de la salud a la que ellos acceden en los establecimientos de donde son usuarios a partir de las variables de estudio.

Dichas variables son: Atención Oportuna; Calidez Humana y Preocupación; Rapidez de la Atención; Información; Limpieza y Equipos y Tecnología. Estos representan según lo visto en el marco referencial de este estudio, un método que permite conocer las percepciones de las personas respecto a la calidad de los servicios de salud públicos de Atención Primaria (APS), en este caso, de la comuna de Renca. Estos APS son cuatro: Centro de Salud Balmaceda, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino, Centro de Salud Familiar Bicentenario y Centro de Salud Huamachuco. Las dimensiones serán descritas en base a la información recogida por medio de una encuesta de preguntas cerradas, que posteriormente será graficada para su mejor lectura.

Como se ha dicho, el análisis central de esta investigación es cualitativa, de ahí la indagación sobre las percepciones de los adultos mayores, segregándose en las siguientes preguntas: *¿Qué significa para ustedes una buena atención en salud, es decir, una atención de calidad?* y *¿Cómo dirían ustedes que es la calidad de la salud pública de la comuna de Renca y de los Cesfam o Consultorios en donde ustedes se atienden?* Estas preguntas permiten ahondar en el conocimiento sobre la calidad de los servicios de salud desde las propias experiencias y percepciones de los adultos mayores sujetos de estudio, los cuales permitirán describir qué sienten ellos/ellas sobre la calidad de la salud pública de la comuna de Renca. Como se enunció en la estrategia metodológica, este estudio no pretende ser representativo por el carácter cualitativo del mismo, no obstante representa a

adultos mayores organizados en Clubes de Adulto Mayor, por lo que se podría inferir que ellas/ellos mantienen contacto con otras personas que también hacen uso del sistema público de salud de la comuna.

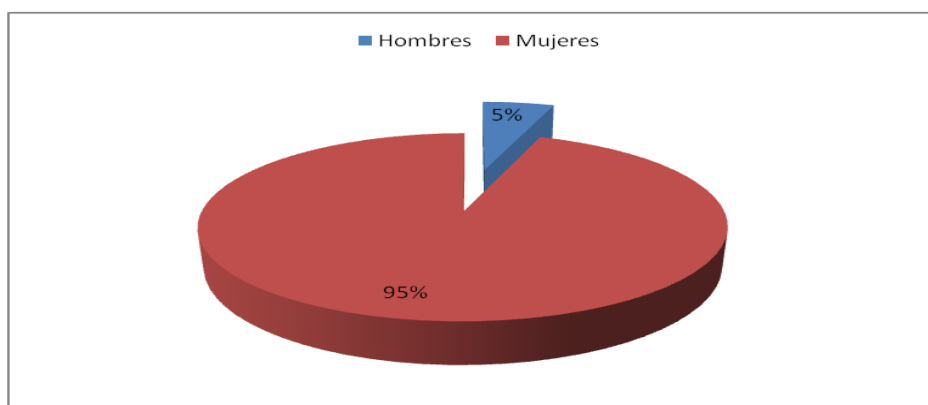
La información se obtuvo mediante la ejecución de tres focus group con un total de treinta y siete participantes los cuales a su vez, respondieron una encuesta que recogió información sobre los mismos ítems tratados en el grupo focal, pero con preguntas estandarizadas. Las categorías y tópicos identificados se irán presentando durante el desarrollo del análisis de la información,

Se presentan a continuación, antecedentes que permiten identificar a las y los participantes en este estudio:

### 7.1. IDENTIFICACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

El objetivo de esta investigación, es poder describir la percepción que tienen los usuarios adultos mayores, sobre la calidad del servicio de salud público de la comuna de Renca. Para ello, ha parecido pertinente comenzar describiendo quiénes son los sujetos de estudio, tal como se puede observar en el siguiente gráfico:

**Gráfico Nº 1: Sexo sujetos de estudio**

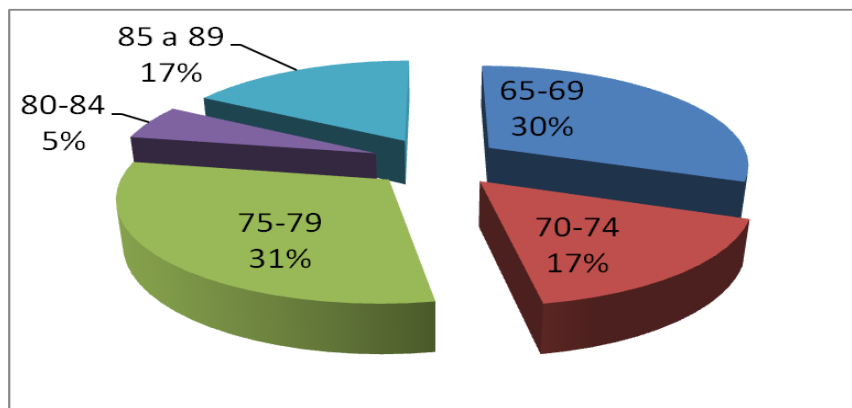


Fuente: Investigación directa, 2016.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el 95% de los sujetos de estudio, son del sexo femenino (35 personas), mientras que el 5% restante (2 personas), pertenece a los integrantes del sexo masculino. La poca cantidad de integrantes del sexo masculino, se debe a que su presencia a nivel organizativo, es considerablemente más escaso en comparación con la participación femenina. Sin embargo, en relación a los objetivos de esta investigación, este dato no es relevante, ya que lo que se pretende es describir la percepción de los adultos mayores como rango etario y no como género.

Un dato relevante de analizar, es la edad de los sujetos de estudio. Primero, porque permite garantizar la efectividad de la muestra de la presente investigación, y segundo, porque permite hacer una distinción entre los denominados adultos mayores en *etapa temprana*, que según la psicología médica (2014), parte desde los 65 hasta los 75 años, pudiendo ser catalogados como personas aún sanas y activas; y la *etapa avanzada* que parte desde los 76 años en adelante, en donde se van requiriendo mayores cuidados de asistencia médica y de rehabilitación. En este sentido, las edades de los sujetos de estudio son:

**Gráfico Nº 2: Rango de edades de los sujetos de estudio**



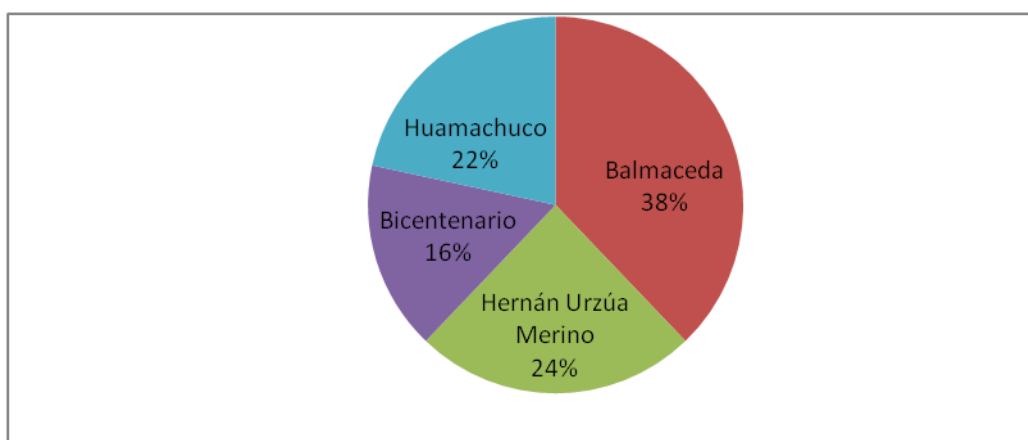
Fuente: Investigación directa, 2016.

Según el gráfico anterior, los porcentajes más altos se dividen entre dos rangos de edades: entre los 75 y 79 años con un 31% (11 personas) y entre los 65 a 69 años

con un 31% (11 personas) del total de los encuestados. El primero, representa a los adultos mayores en etapa avanzada, mientras que el segundo, a los adultos mayores en etapa temprana. Lo siguen con un 17% los adultos mayores entre 70 y 74 años (6 personas) y los adultos mayores entre los 85 a 89 años (6 personas). Finalmente, los adultos mayores entre los 80 y 84 años (3 personas) con un 5% del total de los participantes sujetos de estudio.

Otros de los requisitos de la muestra de la presente investigación, es que los participantes fuesen usuarios activos de alguno de los cuatro establecimientos públicos de salud de la comuna de Renca, lo que queda expresado en el siguiente gráfico:

**Gráfico Nº 3: Distribución de sujetos de estudio por establecimiento de salud**



Fuente: Investigación directa, 2016.

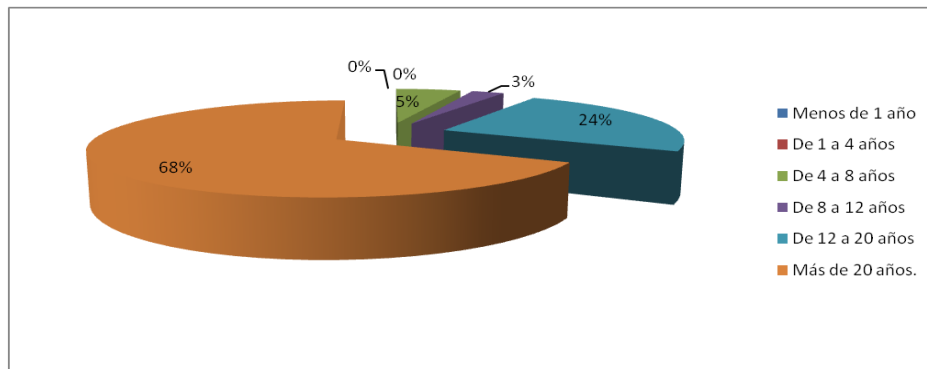
Al observar el gráfico anterior, se puede apreciar que el mayor porcentaje de usuarios sujetos de estudio, se atiende en el Centro de Salud Balmaceda con un 38% (14 personas). Cabe mencionar que el Cesfam Balmaceda, es el establecimiento con mayor cobertura en la comuna de Renca, con un 48,32% del total de personas inscritas a nivel comunal según lo visto en el marco referencial de esta investigación.

El segundo porcentaje más alto, representa al Centro de Salud Hernán Urzúa Merino con un 24% (9 personas). Lo siguen el Centro de Salud Huamachuco con

un porcentaje de 22% (8 personas) y el Centro de Salud Familiar Bicentenario, con un porcentaje de usuarios sujetos de estudio de un 16% (6 personas).

A su vez, la mayoría de los sujetos de estudio debido a su avanzada edad, han sido usuarios de los establecimientos de salud de la comuna de Renca durante una cantidad importante de tiempo:

**Gráfico N° 4 Antigüedad como usuario del servicio público de la comuna**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Como se puede apreciar, los rangos “menos de 1 año” y de “1 a 4 años”, tienen una representación del 0% del total de los sujetos de estudio, seguidas por las categorías de “8 a 12 años” con un 3% (1 persona), de “4 a 8 años” con un 5% (2 personas) y de “12 a 20 años” con un 24% (9 personas). En tanto, el rango que presentó un mayor porcentaje fue la categoría “más de 20 años” con un 68% (25 personas), de manera que las percepciones de los sujetos de estudio en base a los objetivos de esta investigación, cuentan con la suficiente experiencia sobre cómo es la calidad de la salud pública que ellos reciben, pues han sido usuarios permanentes del sistema de salud de la comuna de Renca.

A continuación, después de finalizada la identificación de los adultos mayores participantes de esta investigación, se proseguirá con el análisis de las variables de estudio, las cuales se mencionaban en el comienzo de este capítulo: Oportunidad de la Atención, Calidez Humana y Preocupación, Rapidez de la Atención, Información, Limpieza y Equipos y Tecnología, desde la percepción de

las y los sujetos de estudio. Cuando corresponda, se complementará la información cualitativa con los datos arrojados por las encuestas. Este mecanismo permite una triangulación de la información, especialmente en aquellas dimensiones de estudio que requieran de mayor objetivación.

## **7.2. CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNA DE RENCA**

En este punto, se mostrarán los resultados tanto de las encuestas como de los grupos focales de forma complementaria, sin embargo, con prevalencia cualitativa. Cabe mencionar, que la encuesta se aplicó antes de la ejecución del grupo focal, lo que les permitió reflexionar sobre sus experiencias y vivencias en salud en relación a las variables de estudio, aumentando el debate y la crítica en torno a la calidad de esta. Como se podrá apreciar a continuación, se generaron tanto congruencias como incongruencias en algunos de los ítems en relación a los resultados de las encuestas versus las percepciones recogidas.

### **7.2.1. ATENCIÓN OPORTUNA**

Una atención oportuna significa entregar una atención en salud adecuada y en el momento apropiado. En este aspecto, se incluyeron una serie de subdimensiones con la finalidad de poder ahondar (en el caso de las encuestas), en el conocimiento sobre el cumplimiento de esta variable medida a nivel de la Superintendencia de Salud. Además, se incluyen los relatos de los sujetos de estudio que, como se observará a continuación, es una de las variables más mencionadas por ellos.

Así, uno de los aspectos fundamentales para conocer la calidad de los establecimientos de salud de la comuna de Renca, es determinar si estos entregan una atención oportuna o no, ya que esta variable representa ser uno de

los objetivos primordiales de las instituciones de salud pública a nivel nacional, es decir, que estos sean capaces de atender las necesidades en salud de la población usuaria. Para esto, se les preguntó a los sujetos de estudio: *¿Se le entrega una atención oportuna y adecuada cuando ha asistido a los Cesfam o Consultorios de la comuna?* Sus respuestas, arrojaron las siguientes percepciones y/o experiencias de acuerdo a la pregunta formulada:

***“Hace tiempo atrás, me dio una tortícolis que no podía ni andar ni nada... fui al consultorio de allá abajo que siempre voy y que me atienden bien, pero no me quisieron atender porque no había llegado a la hora, entonces yo andando apenas, ni siquiera para al lado podía mirar....”*** (84 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).

***“(...) yo por ejemplo me atiendo en particular, pero (...) con mis enfermedades crónicas, tengo que sí o sí irme a atenderme en la parte pública, pero me atiendo particular porque si dios no quiera, me da alguna cosa grave con lo mala que es la atención acá (...)”*** (68 años, Cesfam Bicentenario).

***“Yo me atiendo re poquito en los consultorios (...) pero siempre que voy me atienden apuraos y no me dicen nada...”*** (66 años, Centro de Salud Balmaceda).

***“La verdad de las cosas es que la atención es mala porque siempre nos están cambiando los médicos, no hay hora para verla a una, no nos tratan bien... yo por lo menos prefiero atenderme particular no más, aunque salga más caro, pero mis hijos me ayudan”*** (65 años, Centro de Salud Huamachuco).

Como se puede apreciar, existe la percepción de que no “siempre” reciben una atención oportuna en los establecimientos de salud en donde son usuarios, lo que genera como consecuencia, una cierta desconfianza respecto a la efectividad de la salud pública de la comuna de Renca, prefiriendo atenciones de tipo particular; percibidas como la alternativa que les permite obtener una atención más oportuna y eficaz.

Según lo visto en el marco referencial de esta investigación, el objetivo del sistema público es disminuir las inequidades en el acceso y en los resultados de salud de las personas, lo que no logra ser percibido por los adultos mayores participantes de este estudio:

***“(...) cuando usted necesita urgente, no hay hora para verla a uno” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

A partir de lo señalado en el marco teórico de esta investigación, los adultos mayores a consecuencia de su edad, van requiriendo de más atenciones en salud, por ende, debería existir preferencia para este grupo etario tal como lo menciona la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2016), en su descripción de los derechos y beneficios de los adultos mayores en salud “(...) *tienen el derecho a una atención preferencial (...)*” (p.1). Esta consideración, se basa en el hecho de que este grupo etario no solamente debe enfrentarse a cambios físicos, sino que también psicológicos y emocionales propios de la vejez que repercuten en sus estilos de vida, tales como: enfermedades crónicas, reducción de la movilidad corporal, la jubilación, entre otros aspectos que son constituyentes de un dilema físico y emocional. Esto mismo los obliga a asistir de manera recurrente a los establecimientos de salud, con necesidades físicas y/o emocionales que requieren que sean resueltos oportunamente. Por lo tanto, la salud y la vejez están estrechamente relacionados con la manera en cómo viven los adultos mayores, ya que la calidad de vida de estos, dependerá en gran medida de las condiciones que el entorno les proporcione para vivir adecuadamente de acuerdo a sus necesidades y realidades, por consiguiente, la entrega de una atención oportuna en salud, es primordial en este sentido.

Del mismo modo, una de las percepciones asociadas por los adultos mayores sujetos de estudio en cuanto a la oportunidad de la atención, es la dificultad que sienten al momento de solicitar horas médicas:

***“Es que las horas se terminaron y se terminaron (...) entonces ahí es cosa de decir, ya listo usted no tiene hora para hoy, pero tiene hora para mañana... nunca se hace eso, nunca... jamás... hay que ir de nuevo al consultorio”***  
**(65 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).**

Como se puede distinguir, la dificultad para acceder a una atención en salud en el momento requerido, es percibido como una de las principales dificultades de la salud pública de Renca, pues, las dolencias las tienen “ahora” y no “mañana”. Más, según lo visto en el marco teórico de esta investigación, la falta de medidas relacionadas con los cuidados especiales que este grupo etario necesita, son constituyentes de vulnerabilidad. Cabe mencionar, que el adulto mayor es un sujeto de derecho, lo que implica tener la certeza de que estos derechos no se pierden ni con los años, ni con la jubilación, ni con el estatus socioeconómico de los usuarios.

Sin embargo, los relatos que se presentan a continuación, dan cuenta de que la realidad descrita no es la misma cuando acuden a solicitar atenciones o controles de enfermedades crónicas. Para dichos efectos, ellos/ellas asisten regularmente a sus controles crónicos, atendándose por lo general, con los mismos médicos, lo que facilita la creación de vínculos de mayor confianza con la atención recibida. Es así, como se produce una clara distinción respecto a las atenciones de medicina general versus las atenciones para crónicos:

***“A mí en los controles de crónicos... porque soy asmática, cuando voy con la crisis y me atienden al tiro y dos veces al año, me atiende la doctora... igual que el de la presión, pero cuando así... cuando necesito hora para el médico que necesito, nunca dan porque tienen que ir temprano, y tienen***

***que haber preferencia pa´ uno de la tercera edad ya po´. Antes le daban al tiro a uno a cualquier hora que iba, pero ahora no po´, antes de las ocho, como las siete de la mañana hay que ir” (75 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***(...) yo trabajé muchos años en el consultorio y yo sabía todas las falencias que hasta el día de hoy han existido... médicos por ejemplo, no puede ser que de repente un día por ejemplo en el invierno (...) son cinco pacientes por hora y el resultado es que usted va con sus dolencias y no estoy hablando de enfermedades crónicas ni cardiovasculares, sino que estoy hablando de medicina general, y (...) yo muchas veces tenía que ir a buscar las fichas y llamar a los pacientes y decirle ¿sabe qué?, lo siento mucho pero el médico no vino... entonces dígame usted... qué hace la persona si no tiene a dónde ir (...)” (65 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

Con lo anterior, se aprecia una diferenciación en cuanto a las atenciones recibidas en los programas de atención para crónicos y las atenciones de medicina general. En la primera, la mayoría de las percepciones fueron positivas en cuanto a la oportunidad de la atención, el trato recibido, la información entregada, entre otros aspectos que demostraron una atención de calidad (y que se pueden ir afirmando a medida que avanza en análisis de la información), empero, el problema se encuentra al momento de solicitar atención en medicina general:

***“En especialidad no po´, porque hay pocos pacientes, por eso en especialidad por ejemplo donde va ella, no hay tanta gente... entonces se dan el tiempo para escucharla y todo eso... pero para medicina general eso nunca pasa, nunca... uno va... es como atender a un perrito... ya toma y nada más...” (68 años, Centro de Salud Balmaceda).***

Estas dificultades en salud no presentan base ni sustento político, ya que las políticas públicas, programas y/o enfoques en salud en general, están orientados hacia la entrega de una atención oportuna y de calidad en todas y cada una de las intervenciones tanto médicas como no médicas, de toda la red de salud pública a nivel país, pero, ¿por qué sucede esta diferenciación en las atenciones de salud? Como se explicó, los lineamientos ministeriales en torno a esta, están orientados en la promoción, la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades de las personas, incluyendo la reducción de inequidades en el acceso y en el resultado de las intervenciones de salud; cuestión diferenciada en el tratamiento de enfermedades crónicas y no crónicas, por consiguiente en ambos casos, el enfoque debiera estar orientado hacia una óptima solución de las enfermedades y necesidades de los usuarios, de modo de asegurar una mejor calidad de vida, más esto, es una problemática que tiene directa relación con la capacidad de cobertura que tienen de ambas atenciones y que son reconocidas por los sujetos de estudio, tal como fue señalado en el relato anterior.

En el caso de este grupo etario, la Organización Mundial de la Salud en su estrategia N° 2 menciona que los establecimientos de salud, deben adecuarse para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades en salud de las personas mayores, con la finalidad de lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y una menor discapacidad.

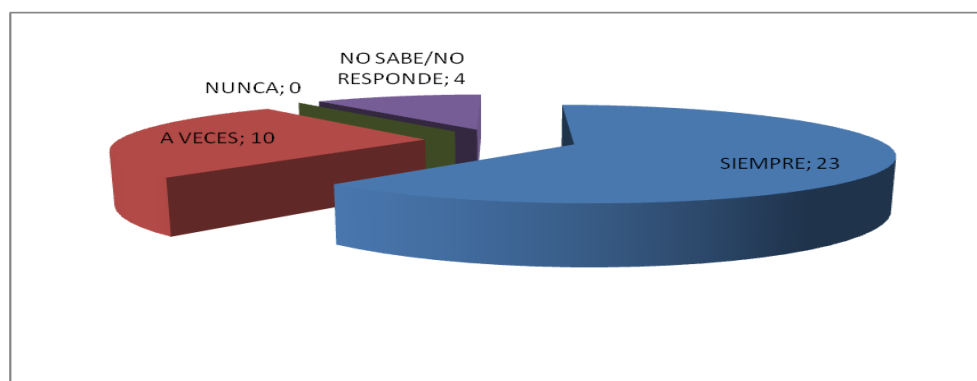
*“Los sistemas de salud deben organizarse mejor en torno a las necesidades y las preferencias de las personas mayores, estar concebidos para reforzar la capacidad intrínseca de los ancianos e integrarse en diferentes entornos y personal de atención. Las actuaciones en ese ámbito están estrechamente relacionadas con el trabajo que se lleva a cabo en toda la Organización para fortalecer la atención sanitaria universal y los servicios de salud integrados y centrados en las personas” (OMS, 2016, p.1).*

A su vez, los estándares mínimos requeridos por la Superintendencia de Salud, los cuales están presentes en los objetivos sanitarios para esta década (2011 –

2020), exige el cumplimiento no solo al acceso y a la oportunidad de una atención digna y de calidad, sino que también el respeto a la dignidad de las personas, lo cual según los relatos anteriormente descritos, no está garantizada en su totalidad en los recintos de salud públicos de la comuna, exceptuando las atenciones de enfermedades crónicas.

Por su parte, el análisis de las treinta y siete encuestas realizadas, arrojaron los siguientes resultados frente a la oportunidad de las atenciones en salud de los establecimientos públicos de la comuna de Renca:

### Gráfico Nº 5: Oportunidad de la atención en salud de la comuna de Renca:



Fuente: Investigación directa, 2016.

Frente a estos datos, se puede concluir que 23 de los encuestados tienen la percepción de que **“siempre”** se les ha entregado una atención oportuna, eso quiere decir, cuando lo han requerido; 10 de los encuestados señalan que esto sucede sólo **“a veces”**; cuatro destacan la opción **“no sabe o no responde”** frente a esta situación. Finalmente, ninguno de los encuestados señala que **“nunca”** se les ha entregado una atención oportuna.

A partir de los datos registrados, se puede sintetizar que las y los encuestados **“siempre”** han recibido una atención oportuna cuando lo han requerido. Este punto demuestra una falta de concordancia importante entre los relatos recogidos a través del grupo focal y los resultados arrojados en las encuestas.

Se podría inferir que quizás con la instancia de reflexión crítica que permiten los grupos focales, estos pudieron profundizar en sus experiencias y tomarse el tiempo necesario para construir sus respuestas en base a sus propias experiencias y realidades, a diferencia de la encuesta que solo permite una opinión superficial sobre ciertos temas.

Además, en cuanto a la oportunidad de la atención, se les preguntó a los adultos mayores: *¿Se ha logrado resolver los problemas de salud por los cuales solicitaron atención médica?*, lo cual constituye un eje fundamental para evaluar la efectividad de los servicios de salud. Esto según la Estrategia Nacional de Salud en su objetivo estratégico N° 4, propone según lo revisado en el marco referencial de esta investigación, mejorar el estado funcional de las personas mayores. Frente a esto, las opiniones y realidades sentidas por los sujetos de estudio fueron las siguientes:

***“Hace quince años atrás (...) yo pedí para el oculista aquí en el consultorio, y no me dieron nunca, me fui a ceguera (...) no me llamaban del consultorio (...) hace quince años que yo tengo “leucoma” (...) En diciembre me tocaría ir ya... si hubiera esperado estaría ciega y todavía no me llamaron... nunca me llamaron.... nunca me llamaron.”*** (86 años, Centro de Salud Huamachuco).

***“Yo de marzo estoy así, y si yo hubiese tenido recursos, en abril ya hubiera estado recuperada, pero hoy no puedo ni hablar po’, y todo lo he hecho particular y me han hecho masajes, porque antes tenía la boca por acá, y no podía ni hablar, ni comer, nada, me estresé me dio depresión...”*** (66 años, Centro de Salud Balmaceda).

La oportunidad de las atenciones en salud, constituye una problemática sumamente importante, ya que si no se logran resolver a tiempo los problemas de salud de la población usuaria, ¿cuál es objetivo real por el cual la salud pública de

la comuna de Renca se está guiando? Esto porque al no cumplir con las políticas públicas sobre el acceso y oportunidad de la atención, se están vulnerando los derechos que tienen los adultos mayores y las personas en general, de poder detener el aumento de sus enfermedades bajo una atención médica, farmacológica y de rehabilitación oportuna como requerimiento fundamental de los establecimientos públicos de salud a nivel nacional.

Como se pudo apreciar en el desarrollo del marco referencial de este estudio, las políticas ministeriales en salud no sólo están orientadas a resolver las problemáticas de salud de las personas desde un punto de vista clínico, sino que también deben estar focalizadas en la promoción, prevención y participación ciudadana con la finalidad de prevenir futuras enfermedades y sobrellevar de mejor manera las enfermedades de tipo crónicas. Lo anterior a través de instancias de información y educación que debieran, según la Ley 20.548 de “Derechos y Deberes” y la Ley 20.500 de “Participación Ciudadana”, estar garantizados como un derecho ciudadano que les permita detener o sobrellevar de mejor manera sus enfermedades de una manera activa y empoderada.

Además, los estándares de acreditación que se les exige a los establecimientos de salud, es que estos puedan cumplir con el acceso, oportunidad y continuidad de la atención a los usuarios, lo que según los relatos mostrados, no corresponde a la realidad.

Como se ha dicho, el programa del “Adulto Mayor” implementado a nivel nacional, busca que los problemas de salud de este grupo etario sean resueltos de manera oportuna y de calidad, asegurando una buena calidad de vida entendida como autonomía e independencia de las personas mayores. No obstante, otro aspecto más crítico señalado por las/los entrevistados, es la referida al tránsito entre la Atención Primaria a la Secundaria:

***“Otra cosa, las interconsultas.... Cuando a uno le dan una interconsulta tiene que pasarla por el SAPU y no llegan nunca al Hospital... más de cinco años esperando...” (75 años, Centro de Salud Familiar Bicentenario).***

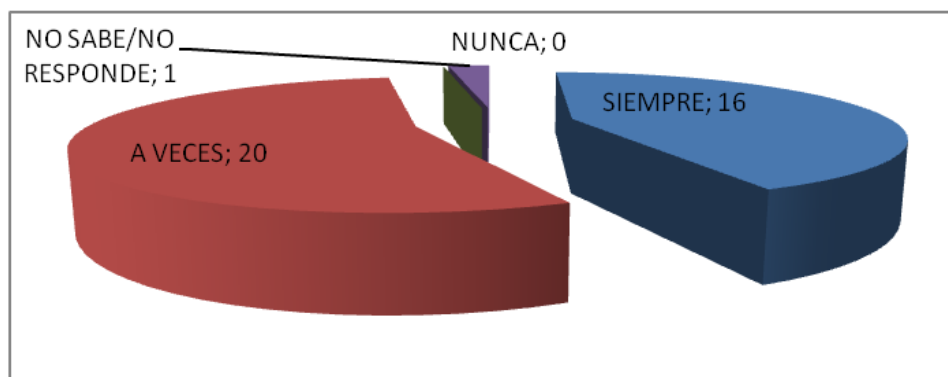
Las citas referidas son claros ejemplos de la vulneración de derechos que sufren los adultos mayores, ya que el sistema de salud público no responde a sus requerimientos en casos tan severos como los descritos. Dicho incumplimiento, conllevará el aumento progresivo de la enfermedad. Lo más crítico de todo esto, es que los adultos mayores deben concurrir a atenciones privadas para solucionar en un tiempo razonable, el problema que los queja. Esto representa una cierta incongruencia respecto a los objetivos de los Centros de Atención Primaria, sobre otorgar una atención equitativa y de calidad que logre resolver los problemas de salud de la población usuaria de forma oportuna y de calidad, cuestión que pone en el tapete la intersectorialidad de la salud, es decir la capacidad de convergencia y de interacción entre los nodos de redes asistenciales que permitan efectuar de manera oportuna, derivaciones desde la Atención Primaria a la Secundaria y/o Terciaria.

Además, es importante señalar que con las nuevas orientaciones basadas en el modelo biopsicosocial, las atenciones en salud deben ser ejecutadas por un equipo de cabecera que controla a la familia y a la comunidad de manera continua y personalizada, con el objetivo de generar acciones participativas que favorezcan el estado de salud de las personas desde una perspectiva integral de las familias, lo que significa una responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud, la familia y la comunidad; cuestión que en la práctica, parece no estar implementada. En este ámbito, es importante destacar el rol que cumplen no solo los profesionales de la salud, sino que también los profesionales de las Ciencias Sociales y de los Trabajadores Sociales en su rol como facilitador y agente de cambio de las problemáticas sentidas por la población usuaria.

No obstante, al igual que en el punto anterior, existe una cierta incongruencia entre las opciones referidas en las encuestas y los relatos recogidos, ya que la

mayoría de los adultos mayores frente a este ítem, mencionan que esto ocurre “a veces” seguido por la opción “siempre”, por consecuencia, esta es una variable en la que las y los sujetos de estudio, están relativamente satisfechos. Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico:

**Gráfico N° 6: Percepción sobre la solución entregada frente a los problemas de salud**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Según el gráfico anterior, la opinión de los adultos mayores a nivel general, se encuentra dividida entre las opciones “siempre” y “a veces”, ya que 20 de los encuestados, menciona que “**a veces**” se logra dar respuesta a sus problemas en salud, mientras que 16 adultos mayores opinan que “**siempre**” se les ha dado solución a sus problemáticas. Finalmente, una persona indica la opción “**no sabe/no responde**” y ninguno de los usuarios sujetos de estudio, eligió la opción “**nunca**”.

Como se logra apreciar, existe una clara distinción entre las opciones señaladas por los adultos mayores en las encuestas y las experiencias y percepciones en torno a la capacidad que tienen los establecimientos de salud para resolver sus enfermedades.

También se agregó a este ítem, la pregunta: *¿Los medicamentos, están oportunamente en la farmacia, cuando usted los solicita?*, ya que la entrega de estos, constituye parte de las políticas ministeriales que asegura el tratamiento y la

rehabilitación de las enfermedades que padecen los adultos mayores y la población usuaria en general, por consiguiente, también es un indicador de la oportunidad de las atenciones en salud.

Es importante señalar que los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas esenciales en la práctica de la recuperación de las enfermedades, cuyo uso de manera apropiada, permite la obtención de importantes beneficios sanitarios representados en la prevención, diagnóstico, curación, atenuación, y tratamiento de las enfermedades y sus síntomas. Según el Ministerio de Salud (2010), el proceso de elaboración de los medicamentos requieren de la participación de los profesionales y técnicos de la salud, tales como: Médicos, Enfermeros, Químicos Farmacéuticos, Auxiliares Paramédicos, entre otros que deben participar activamente en la búsqueda de la alternativa más eficaz para la prevención, tratamiento y restablecimiento de la salud de las y los usuarios. Además, se señala que en este proceso el/la usuario también es requerido, ya que se fomentará una actitud de autocuidado y de responsabilidad compartida frente al uso de medicamentos de forma informada, apropiada y racional (MINSAL, 2010).

Sin embargo, existen percepciones variadas respecto a la oportunidad de los medicamentos, los que se pueden apreciar en los siguientes relatos:

***“A mí nunca me han dejado de darme los remedios, acá en el consultorio Balmaceda” (75 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Bueno por lo menos, los remedios los dan, a mí me dan siempre me tienen los remedios” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

A pesar de ello, también refirieron una gran cantidad de experiencias negativas en relación a esta temática:

***“A mí lo único, son las sacarinas que no me dan” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Cuando llega diciembre ya, ya no nos dan remedios, porque están todas allá arriba después po’... (risas), allá arriba en el cerro por la cuestión de los fuegos artificiales po’, y estamos hasta enero sin remedios... ahí decimos... allá va la Dipirona... allá va Famotidina (risas), pero es la verdad porque en diciembre siempre faltan los remedios... entonces lo que hacemos por lo menos nosotros dos con mi viejo, andamos viendo jeringas pa’ la cuestión de la diabetes y andamos juntando... es verdad si en diciembre no hay hasta enero” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

***“Yo no tengo quejas... no tengo quejas... lo único que hay pocos remedios que le dan a uno (...) le dan remedios y les dicen... no estos no se dan en el consultorio (...)” (86 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino”.***

Como se logra advertir en las experiencias descritas con anterioridad, los adultos mayores participantes de esta investigación, perciben la entrega de medicamentos como una de las variables esenciales a la hora de describir la calidad de la salud pública de Renca, ya que la administración eficaz de los tratamientos farmacológicos, constituye una de las medidas de prevención y de rehabilitación de las enfermedades que los adultos mayores poseen, debido a que estos cuentan con propiedades curativas que permiten al organismo “recuperarse” de ciertas dolencias producidas por una determinada enfermedad. Por consiguiente, que los establecimientos de salud puedan cumplir con un óptimo tratamiento farmacológico, representa una de las características fundamentales en la percepción de una atención en salud de calidad.

Adicionalmente, garantizar el acceso oportuno de medicamentos es parte de la “Política de Promoción de la Autovalencia y Prevención de la Dependencia” del Programa Nacional de las Personas Adultos Mayores (2014), que fue mencionada en el marco referencial de esta investigación. Este plan, tiene como objetivo la autovalencia de la población adulto mayor, incentivando el empoderamiento de la población usuaria no solo en sus derechos en salud como ciudadano, sino que también del autocuidado respecto a la responsabilidad de los usuarios frente al uso de medicamentos de forma informada y racional como fue señalado con anterioridad. De este modo, tener acceso a un tratamiento farmacológico acorde a su enfermedad y al poder adquisitivo de los usuarios, es una temática que el Estado y la administración de las municipalidades, deben garantizar. Así, en el año 2014 el Ministerio de Salud fomenta un programa llamado “Fondo de Medicamentos”, cuyo objetivo es la entrega oportuna y gratuita de medicamentos en la Atención Primaria con el objetivo de reducir las brechas existentes en la provisión de medicamentos asegurados en determinadas enfermedades desde los 15 años de edad como: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión, Dislipidemia (colesterol alto) e insumos para el manejo avanzado de heridas de Pie Diabético (Gobierno de Chile, 2014).

En tanto, según lo visto en el marco teórico de esta investigación, los adultos mayores durante esta etapa del ciclo vital, van adquiriendo enfermedades crónicas que requieren de tratamientos farmacológicos continuos, que les permita tratar y sobrellevar de mejor manera la enfermedad, pero a pesar de ello, existe la percepción de que estos no siempre están asegurados, lo que conlleva a una cierta desconfianza en las instituciones de salud de la comuna de Renca:

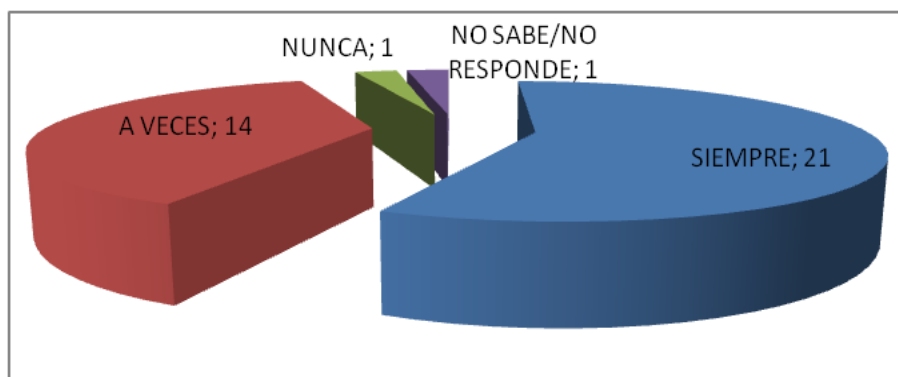
***“Yo por lo mismo trato de atenderme en particular porque la atención no es muy buena en el consultorio... yo cuando iba a buscar los remedios nunca hay, entonces pa´ qué voy a ir (...)” (77, Centro de Salud Balmaceda).***

**“A mí me dan, pero yo no me las tomo, no me gustan... prefiero comprarlas aparte” (66 años, Centro de Salud Balmaceda).**

Como se puede apreciar, las opiniones respecto a la oportunidad de los medicamentos, ya sea positiva o negativa, constituye un eje fundamental en la percepción de la calidad de la salud pública, en donde los usuarios que han experimentado situaciones negativas al respecto, demuestran desconfianza en la salud pública prefiriendo atenciones de tipo particular y por ende, a la adquisición de medicamentos también de forma particular.

Finalmente, es posible deducir de acuerdo a los relatos de los adultos mayores, que la entrega oportuna de medicamentos está ampliamente dividida entre experiencias positivas y negativas al momento de evaluar este ítem. Empero, los datos objetivos de la aplicación de la encuesta, mencionan que “siempre” se les ha entregado oportunamente los medicamentos en los establecimientos públicos de la comuna de Renca, lo que se puede ver reflejado en el gráfico presentado a continuación:

**Gráfico Nº 7: Percepción de la oportunidad en la entrega de medicamentos a nivel general**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Con respecto al gráfico anterior, 21 de los encuestados indicaron que “**siempre**” los medicamentos están oportunamente cuando los solicitan; 14 de ellos determinan que esto sucede sólo “**a veces**”; sólo uno de los encuestados indica la

opción “**no sabe/no responde**” frente a lo consultado. Finalmente, una persona señala que “**nunca**” los medicamentos han sido entregados oportunamente en los establecimientos de salud públicos de la comuna de Renca.

Tal como se pudo observar, desde el punto de vista de un análisis cuantitativo, la conclusión es que mayoritariamente los medicamentos “siempre” han sido entregados de forma oportuna, más, desde el punto de vista cualitativo, es decir, desde las propias experiencias y vivencias relatadas por los adultos mayores sujetos de estudio, la entrega de estos, no siempre ha sido garantizada.

Por último, se les preguntó: *¿Confía en las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales de la salud, que trabajan en los Cesfam o Consultorios de la comuna?*; característica que permite determinar cómo es la percepción que se tiene en torno a los profesionales que trabajan en la salud de la comuna.

Según las percepciones descritas por los adultos mayores en relación a la pregunta formulada, se demuestra una importante incertidumbre a consecuencia de la constante rotación de los profesionales que trabajan en los establecimientos públicos de la comuna. Esto es descrito como una dificultad importante al momento de generar de lazos de confianza entre el usuario y el profesional de la salud; cuestión que se viene promoviendo desde la incorporación del enfoque biopsicosocial en salud en que los profesionales deben caracterizar un rol de facilitador que permita incentivar la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las personas, logrando que asuman una cierta responsabilidad en torno los cuidados necesarios para su salud, pero, para que lo anterior se cumpla, los profesionales deben estar capacitados no sólo en conocimientos técnicos, sino que también en su rol como agente facilitador y de cambio, tal como fue señalado en el marco teórico de este estudio. Cabe destacar que el “Modelo de Salud Familiar”, modelo utilizado en los establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS), promueve una relación de confianza y empatía con los profesionales de la salud, la familia y la comunidad, lo que en los establecimientos públicos de la comuna, no se estaría consiguiendo, según los siguientes relatos:

***“Yo por ejemplo, para el adulto mayor... lo que es cardiovascular (...) a mi me da lo mismo que me atiendan las enfermeras porque las enfermeras saben más que los mismos médicos, si el médico no sabe nada... entra uno, sale otro, entra uno... entonces al final... ponen un pajarito ahí que no sabe nada y yo no me voy a atender con él... prefiero atenderme con una enfermera que lleva muchos años y que tiene mucha experiencia...ese es un gran problema (...) tiene que volver a decirle todo de nuevo al otro médico... que por qué no vino, que por qué vino, qué le duele, qué esto y esto otro (...)” (65 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).***

***“Sabe que una vez... le tuve que decir yo al doctor... sabe que doctor, necesito que me vea unos exámenes que me hice la semana pasada ¿y cuáles son esos exámenes? me dice... y empieza a buscar los exámenes y no los encontraba... y después los encontró y ahí me dice... haaay verdad, ahí está la ficha... entonces ellos no se dedican a mirar las fichas de uno...” (89 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“(...) porque el médico en general en ningún consultorio se da la molestia de agarrar las fichas médicas y ver pa´ atrás po´ cuándo fue la última vez que vino... tienen de pantalla el computador...” (65 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).***

En los relatos anteriores, se aprecia desconfianza en torno a las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales de la salud, lo que está directamente relacionado con el sentimiento de incertidumbre que causa la excesiva rotación de personal capacitado en atender sus necesidades de forma oportuna y eficaz. Situación que los lleva a confiar más en los profesionales que llevan un mayor periodo de tiempo, es decir, que los atienden de forma regular. Por tanto, se

podría decir que la confianza en las capacidades técnicas de los equipos de salud, están directamente relacionados con la cercanía que se logre entre el usuario y los profesionales, lo que se obtiene mediante un trato cercano, amable y con continuidad en el tiempo.

***“La verdad de las cosas es que la atención es mala porque siempre nos están cambiando los médicos, por ejemplo cuando yo voy a médico y la atienden a uno y me ve a la rápida y me cita pa’ la otra semana y ya tiene otro y uno le pregunta a la señorita de las horas y me dice no... tiene que ir al médico que le tocó no más... y eso no puede ser po’, hay que volver a empezar de nuevo con el otro médico...”***  
**(65 años, Centro de Salud Huamachuco).**

Este punto es relevante a la hora de definir la calidad de la salud, pues, los profesionales que trabajan en esta según el “Modelo de Salud Familiar”, deben estar comprometidos con los componentes sociales, comunitarios, y con conocimientos y destrezas en relación al trabajo en equipo, con la finalidad de otorgar una atención integral y cercana a los usuarios, la familia y la comunidad, caso que en Renca, parece ser vista como una realidad aún lejana:

***“(...) la atención nunca ha sido buena... vienen diciendo hace años que la atención va a ser buena pero sabe que de repente... hasta te dicen de repente que no hay médicos... entonces por eso yo evito atenderme en el consultorio Balmaceda...”*** (77 años, Centro de Salud Balmaceda)”.

Además, durante el desarrollo de los grupos focales, se pudo apreciar una cierta desconfianza sustentada en la nacionalidad de los médicos trabajadores de los establecimientos públicos de la comuna:

***“Sabe que, yo me fui a hacer exámenes de sangre y me lo hizo una negrita, sabe que al otro día “así” tenía el brazo... morado y el brazo hinchado y con las otras niñas, nunca antes me había pasado” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

No obstante, esta percepción no es compartida por todos los participantes, ya que existen otras opiniones que le tribuyen significados positivos a la diversidad cultural de las/los médicos que los atienden. Lo anterior, se puede reflejar en los siguientes discursos tanto positivos como negativos en relación a la crítica de los profesionales extranjeros que trabajan en los establecimientos de salud de la comuna de Renca.

**A. Aspectos negativos:**

***“Mala porque yo creo que hay puros médicos extranjeros... hay puros médicos extranjeros, no hay ni uno chileno...” (82 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Ahora hay puros médicos extranjeros, no te dan ni ganas de ir...” (85 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

**B. Aspectos positivos:**

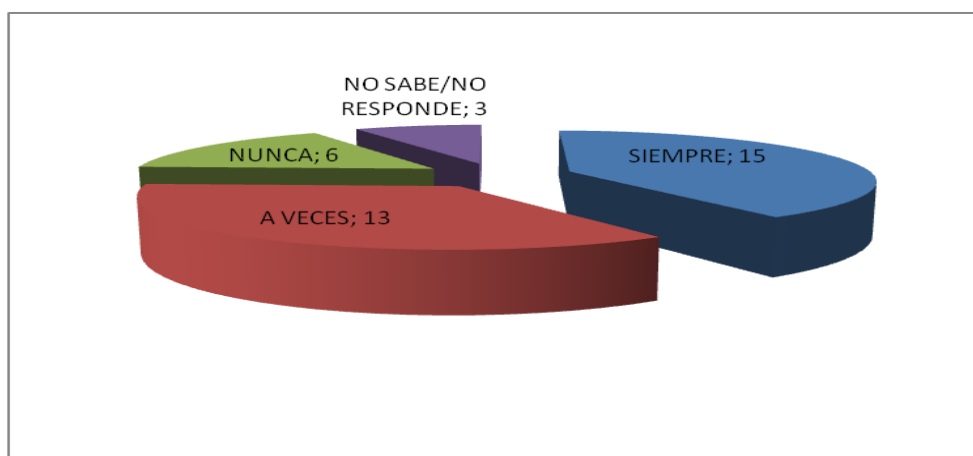
***“Pero sabe, (...) resulta que los médicos extranjeros, a uno la atienden mucho mejor que los chilenos, tienen más disponibilidad y son más amables con uno... los chilenos olvídense...” (66 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“El extranjero se da más tiempo... Los chilenos, usted entra... ¿qué tiene?... esto... ¿qué le duele?... ¿desde cuándo le duele? Aaa listo, aquí está la receta... hasta luego que le vaya bien... y nada más” (87 años, Cesfam Bicentenario).***

De esta manera, se puede apreciar que las percepciones negativas en torno a los profesionales extranjeros no tienen mayor fundamentación que el sólo hecho de no ser chilenos. Esto quizás porque durante el desarrollo del ciclo vital de estas personas, la migración extranjera nunca fue tan recurrente como lo es hoy en día, es más, en la comuna de Renca, existía un número muy bajo de extranjeros residentes, por tanto, es posible hipotetizar que el rechazo que manifiestan algunos de los adultos mayores sujetos de este estudio, es consecuencia de un sentimiento de desconfianza por el sólo hecho de no ser de su misma nacionalidad. Por otro lado, hay quienes destacan sus capacidades y/o conocimientos técnicos. En definitiva, se puede deducir que la percepción respecto a las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales extranjeros, es completamente subjetiva, ya que va a depender de la realidad de cada uno de los adultos mayores.

En cuanto a los resultados de las encuestas frente a esta problematización, respondieron lo siguiente:

**Gráfico N° 8: Percepción del nivel de confianza en las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales de la salud de la comuna de Renca**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Desde este punto de vista, 15 de los participantes confía **“siempre”** en las capacidades y conocimientos de los profesionales que los atienden; sin embargo 13 de ellos, describen que sólo **“a veces”** confían en dichas capacidades. Seis de los encuestados indica que **“nunca”** han confiado en las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales que los atienden y finalmente, tres personas apuntaron la opción **“no sabe/no responde”** frente a este cuestionamiento.

En conclusión, las percepciones de los adultos mayores se sitúan entre las opciones **“siempre”** y **“a veces”**, lo que está en concordancia respecto con sus relatos. Se podría inferir que la excesiva rotación de personal provoca que los usuarios sujetos de estudio, no confíen plenamente en las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales de la salud al no generarse ningún tipo de cercanía y confianza en la relación profesional-usuario:

***“(...) les voy a decir algo, Cesfam significa algo muy amplio que un consultorio... Cesfam significa que a usted (...) lo va a atender solamente un puro médico... o sea siempre que usted vaya con su familia, lo va a atender solamente un médico que va a ser el cabecera digamos de... de... la familia (...) no como en los consultorios que siempre nos cambian de médicos... porque Cesfam significa eso que es un conjunto familiar en donde hay un grupo que lo van a atender siempre... eso nunca se dio...”*** (65 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).

Este discurso genera una importante reflexión en correspondencia con las estrategias, formas y/o enfoques que están siendo utilizados en los establecimientos de salud de la comuna, que no estarían según lo visto, siendo completamente eficaces debido a que existe un sentimiento de desconfianza respecto a las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales de la salud, a consecuencia de la alta rotación de estos.

Por último, la amabilidad en la atención es uno de los ítems fundamentales de los aspectos no médicos que se miden en torno a una buena atención en salud, por esta razón, se describirá a continuación la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad y amabilidad de la atención recibida, según sus propias experiencias.

### 7.2.2. CALIDEZ HUMANA Y PREOCUPACIÓN

Como se mencionaba con anterioridad, la calidez humana y la preocupación que el personal médico otorga a los usuarios, es una política pública en salud implementada por medio de la Ley N° 20.584 de “Derechos y Deberes” promulgada el año 2012, en los establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS). Se trata de otorgar una atención en base al respeto, al trato digno, la amabilidad, etc. Lo anterior, según lo señalado en el marco referencial de esta investigación.

Esta Ley, en su Párrafo N° 2 sobre *“El derecho a un trato digno”*, refiere que las personas tienen el derecho de acceder a un trato amable, cercano y respetuoso en todos los establecimientos de salud ya sean públicos o privados, debiendo cumplir con las siguientes características (BCN, 2012, p.1):

- A.** Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento (si existiese) o con apoyo de un tercero que sea designado por el usuario.
- B.** Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.

- C. Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso.

Bajo este aspecto, se les consultó a los adultos mayores: *¿Está satisfecho/a con el trato que recibe por parte de los profesionales de la salud durante toda la atención en cuanto a la calidez, cercanía, interés, etc.?* Frente a esto, respondieron lo siguiente:

***“(...) yo me agarré con un médico que me atiende yo... el otro día yo fui (...) y bueno dije yo... doctor me pueden atender a mí... No me dijo... los de la tercera edad tienen que volver a las siete de la tarde... y le dije yo... no voy a volver a las siete de la tarde, le dije yo, mire como ando... ya... vino, me dijo se baja de ahí me dijo o la bajo (...) ¿sabe qué le dije?, esos modales no son para nosotros... y yo me alteré po’, me puse roja y la secretaria estaba “así po’”, porque le tienen pánico a ese médico (...) y fui donde el director, hablé con el director y la asistente social me dijo que no podía hablar con el director, pero yo le dije que me iba a quedar toda la tarde aquí (...) le dije, el dentista del adulto mayor, no sirve para nada porque falta el respeto, si quieres que te respeten, respeta tu también... ya entonces de ahí el doctor me dijo, sabe que, puede venir a las ocho de la noche (risas) y todavía no me he podido hacer nada, ni prótesis ni nada” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

Según el relato anterior, la calidez humana, el respeto y la preocupación que debiese demostrar el equipo médico hacia los usuarios no se estaría cumpliendo, tal como se dispone en la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes”, referido al respeto

y a la dignidad del usuario. Es por ello que el equipo médico debiese poseer habilidades y destrezas para tratar e informar con palabras claras y entendibles una determinada situación en particular a los usuarios adultos mayores. En el relato anterior, no se garantizó este derecho sino que al contrario, se vulneraron los derechos que tienen los usuarios sobre informarse y manifestar lo ocurrido a través de las Oficinas de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (O.I.R.S.), así como también, sobre manifestar lo ocurrido frente al director del establecimiento de salud si fuese necesario, con la finalidad de garantizar el derecho de los ciudadanos a informarse, sugerir, felicitar y/o reclamar sobre lo que ocurre durante su atención. Además, de esta manera se retroalimenta la gestión y las estrategias implementadas en cuanto al trato en cada uno de los establecimientos de salud de la comuna.

Del mismo modo, el rol de un Asistente Social, *“(...) supone un ejercicio profesional (...) caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud (...), garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa”* (Osler, 2013, p.6), por tanto, el/la profesional, debe velar porque el cumplimiento del derecho a ser tratado de forma digna y respetuosa, sea garantizado para todos y cada uno de los usuarios del establecimiento, sin ningún tipo de distinción por edad, sexo, nacionalidad, entre otros.

A su vez, la calidez humana y preocupación que demuestra el equipo médico por los usuarios, se ve ampliamente dificultado por el desinterés percibido a consecuencia del acotado tiempo de atención:

***“Yo siempre que voy... no me dice nada, como que no les importa nada...” (76 años, Bicentenario).***

Con lo anterior, se podría realizar una reflexión crítica sobre cómo influye el acotado tiempo otorgado para cada consulta médica en la creación de un ambiente cercano y cálido entre el profesional y los usuarios.

De igual modo que se realizó una distinción en las atenciones de medicina general v/s las atenciones para crónicos, en este aspecto también perciben una distinción respecto del trato recibido a nivel Hospitalario y a nivel de Atención Primaria en Salud (APS):

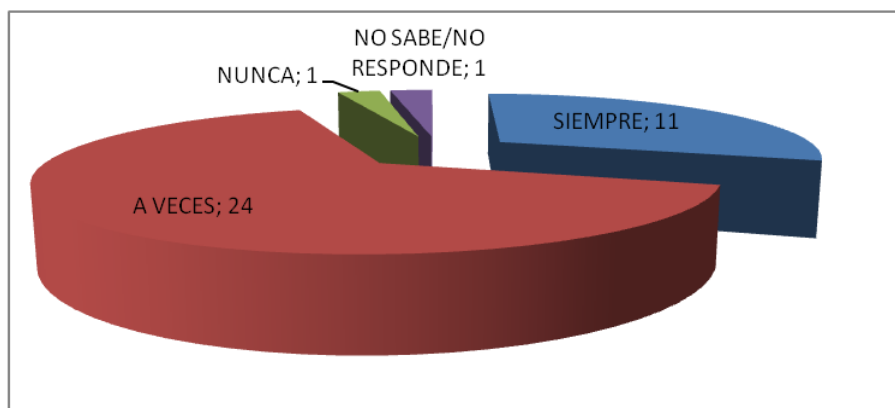
***“Cuando voy al médico ponte tu, del Joaquín Aguirre por ponerte un ejemplo, ellos te ponen una alfombra, te dan la mano, te abrazan te dice usted tiene esto... o sea un detalle de lo que es la enfermedad... pero tú vas al consultorio y en el consultorio te dicen... ¿pucha doctor que tengo?... y no te dicen nada... de repente no te hablan, no te hablan y si tu le preguntas... te dicen a sí, ya sí... o sea es muy mala la atención, y eso que son los mismos médicos los que atienden en la parte pública y en la parte privada... al final entonces no hay vocación, es injusto...” (68 años, Centro de Salud Familiar Bicentenario).***

Cabe mencionar que la promoción de una atención cálida y amable, es un requerimiento no sólo para los Hospitales públicos o privados, sino que también para los establecimientos de Atención Primaria en Salud, el que por medio de las orientaciones basadas en el enfoque biopsicosocial, se debe promover una atención amable y de buen trato de manera recíproca entre los profesionales de la salud, el usuario, la familia y la comunidad, con el objetivo de generar una perspectiva más amplia de la vida del usuario, lo que se construye por medio de la confianza y la amabilidad, es decir, por medio de la calidez humana y la preocupación que el personal de salud, demuestre por los usuarios. Por consiguiente, este es un ítem fundamental en los nuevos requerimientos de las políticas públicas sobre una salud más equitativa, eficiente y de calidad, en el que no solo se logren resolver las problemáticas relacionadas con la salud de las personas (enfermedad), sino que también se puedan crear lazos de confianza en base al respeto y el buen trato.

Además con lo anterior, se trata de romper con lo visto en el planteamiento del problema de esta investigación, sobre la visión que se tiene hasta el día de hoy, de los médicos catalogados como “semidioses”, los cuales tendrían absoluta autoridad sobre las decisiones que se toman en torno a la salud de las personas. Bajo este enfoque, se fomenta una relación recíproca en el que el médico participa en conjunto con los usuarios en la definición del problema, de tal forma que es un requerimiento que las y los profesionales y técnicos de la salud, se adecúen bajo la concepción de un buen trato con el fin facilitar el entendimiento de las personas sobre los cuidados requeridos para su salud. Con esto, se da cuenta de la importancia del buen trato en cuanto a la cercanía, interés y calidez, como componentes fundamentales en una óptima relación médico-usuario.

En cuanto a los resultados obtenidos de las encuestas, se refleja una congruencia respecto a las percepciones relatadas por los sujetos participantes de este estudio y los resultados de esta. Lo anterior, queda reflejado en el siguiente gráfico:

**Gráfico N° 9: Percepción sobre el trato recibido durante la atención**



Fuente: Investigación directa, 2016.

A pesar de que uno de los lineamientos esenciales implementados desde la Reforma en Salud del año 2000, es la potenciación del buen trato recíproco entre el equipo médico y los usuarios; 24 de los encuestados, señalan que solo “**a veces**” los han tratado con amabilidad, cercanía, interés etc., lo cual presenta una cifra negativa a la hora de reconocerlos como sujetos de derecho:

***“Es que ahí se ve... como que los adultos mayores estamos molestando...” (87 años, Cesfam Bicentenario).***

En las opciones restantes, 11 de los encuestados señalan que **“siempre”** han recibido un trato amable. Las opciones **“nunca”** y **“no sabe/no responde”**, obtuvieron sólo una preferencia.

Como se logra apreciar, en este cuestionamiento prevalece la opción **“a veces”**, por tanto, existe la necesidad de que los Centros de Salud amplíen sus estrategias en torno al trato recíproco durante las atenciones en salud, ya que esta percepción es esencial a la hora de determinar cómo es la calidad de la salud pública de la comuna de Renca. En tanto, ambos resultados (cualitativo y cuantitativo), están en concordancia.

Bajo este mismo contexto, cuando se refiere en este documento al equipo de salud, también se está incorporando a los trabajadores administrativos de cada establecimiento. No obstante, durante el desarrollo de los grupos focales, los adultos mayores frente a esta problematización generalmente atribuían el buen trato sólo en los profesionales como por ejemplo: Médicos, Enfermeros/as, Dentistas, Asistentes Sociales entre otros. Por este motivo se optó por diferenciar el trato a través del siguiente cuestionamiento: *¿Está satisfecho/a con el trato que recibe por parte de los funcionarios administrativos (S.O.M.E., entrega de alimentos, farmacia, etc.) durante toda la atención en cuanto a la calidez, cercanía, interés, etc.?*

Antes de describir las percepciones de los sujetos de estudio frente a esta pregunta, cabe indicar que la implementación de los llamados **“protocolos de atención”** dirigidos a los funcionarios administrativos, es una resolución con fuerza de Ley N° 1 de la Superintendencia de Salud desde el año 2005, en el cual se menciona que uno de los requerimientos mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud, son garantizar una atención de buen trato y de atención amable. Es por ello, que cada establecimiento de Atención Primaria, debe poner en funcionamiento una serie de estrategias participativas (con los funcionarios),

con el objetivo de implementar los protocolos de atención propuestos por el Ministerio de Salud, sobre una atención amable, cordial y de calidad.

Frente a esto, los adultos mayores sujetos de estudio, señalaron opiniones positivas como: **“sí es buena, nos tratan bien”**, pero al momento de reflexionar un poco más sobre sus experiencias y vivencias en torno al tema, la opinión cambió de contenido:

**“(…) lo que pasa que a mí, me está fallando un poco la memoria, se me olvidan mucho las cosas y el otro día andaba en el consultorio y justo encontré hora pa` la tiroides y toda la cuestión, y no había llevado la orden de examen para que me dieran la hora, entonces me retaron po`... ¿cómo si tiene para el día tres viene ahora?, señorita le dijo yo... disculpe pero a mí se me olvidan las cosas y me dice... cómo se le ocurre ahora venir... le dije yo... señorita a mí se me olvidan las cosas, usted no tiene los problemas que tengo yo, usted no ha pasado las cosas que yo he pasado (...)”** (79 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).

Como se logra apreciar, la percepción positiva respecto al buen trato recibido por parte de los funcionarios administrativos, cambia cuando comienza a reflexionar sobre sus vivencias. Esto permite inferir que existe discriminación por edad con los adultos mayores y falta de empatía con su situación de salud. Esto se refleja en el siguiente discurso de la entrevistada:

**“Usted no tiene los problemas que tengo yo, usted no ha pasado las cosas que yo he pasado (...)”**

Como se sabe, la falta de retención de información, es una cuestión que está presente en los adultos mayores, siendo más preocupante aún, si se proyecta desde el punto de vista del aumento de la población adulto mayor, lo que indica la

importancia de potenciar diversas estrategias que permitan una atención más especializada y de buen trato para los integrantes de este grupo etario. Así, se puede reflexionar en torno a la necesidad de incluir las ramas relacionadas con la Gerontología Social y la Geriátrica a nivel de Atención Primaria, para que los sentimientos de vulnerabilidad en relación al mal trato recibido a consecuencia de la longevidad de las personas, sea erradicado de los centros públicos de salud de la comuna.

En este sentido, los profesionales de las Ciencias Sociales debiesen de cumplir un rol de agente facilitador y propulsor del “buen trato” con el objetivo de aumentar los niveles de satisfacción usuaria en los establecimientos de salud. Para ello, uno de los requisitos esenciales son los aspectos no médicos (trato, amabilidad, respeto, etc.) como una de las variables fundamentales al momento de evaluar la calidad de la salud pública, por tanto, las falencias relacionadas con el trato, es un asunto que involucra no solamente a los organismos Estatales y municipales en su responsabilidad política y administrativa, sino que también a sus trabajadores.

Según el “Modelo de Salud Familiar”, no sólo el médico tiene que atender con amabilidad y construir una relación de confianza con las y los usuarios, sino que también, lo deben hacer los funcionarios administrativos en donde el buen trato, el respeto y la amabilidad mutua entre el usuario y el funcionario, son fundamentales a la hora de aumentar la percepción de la calidad de la salud pública a nivel país. Bajo este punto de vista, cada establecimiento de salud es el encargado de proporcionar estrategias educativas y participativas a los funcionarios administrativos, por medio de capacitaciones y protocolos de atención con el objetivo de mejorar la atención en salud. Cabe mencionar, que estas estrategias también pueden ser planteadas en los Consejos Consultivos, como una forma de incentivar el “respeto mutuo”. En la práctica, los sujetos de estudio relatan situaciones que reflejan dificultades en el trato que reciben de los funcionarios administrativos:

***“ (...) un día fui, me equivoqué el día que tenía que ir y fui un día antes y no me quisieron atender y al otro día llovía***

***era como tirar agua con un balde, pero tenía que ir o sino perdía los remedios, la atención, todo, entonces en ese sentido, yo le rogué a la niña le dije señorita... y yo todavía ando con un carrito, yo no puedo andar si no ando con el carro, le rogué... señorita por favor porque yo se que mañana va a llover y yo de mi casa pa´ fuera no puedo salir porque se llena de agua y no me buscaron solución así tuve que salir así al otro día pa´ afuera” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

Estos malos tratos, generan que su autoestima decrezca conllevando a que sientan que son un “estorbo” a consecuencia de su avanzada edad. Como se mencionaba en el marco teórico, estos sujetos se encuentran en una etapa del ciclo vital en el que se produce un fuerte dilema emocional que incide en la manera en cómo las personas enfrentan, ya sea positiva o negativamente, las diferentes “encrucijadas” que determinarán la manera en cómo los adultos mayores superan esta fase. Entonces, este tipo de situaciones de maltrato, aumenta el sentimiento de vulneración y de abandono.

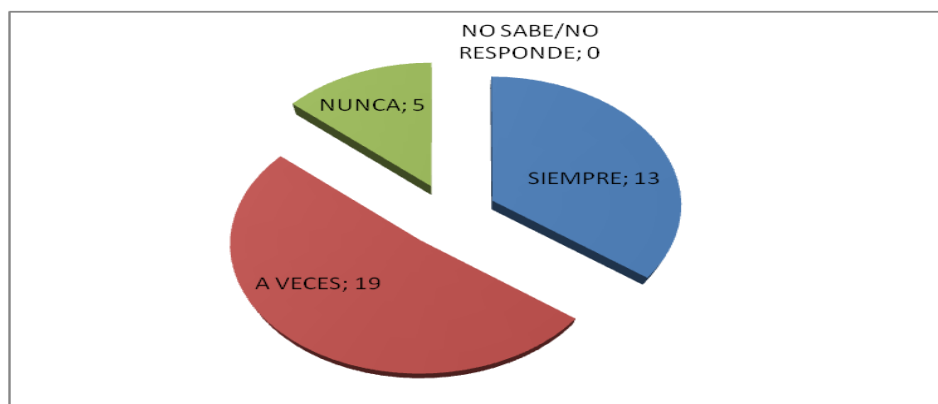
***“Lo que pasa (...), es que tienen que comprendernos que nosotros ya a los 60 años, ya estamos... se nos olvidan muchas cosas...” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Nunca nos han tomado en cuenta” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

Como se puede observar, se sienten “inferiorizados” debido a las características propias del envejecimiento, como uno de los motivos principales por el cual no son “escuchados” ni “tomados en cuenta”, por tanto, esta es una de las problemáticas relevantes a la hora de determinar la calidad del servicio de salud en donde el respeto y la amabilidad ofrecida a este grupo etario, sea garantizado en su totalidad como sujetos de derecho.

En cuanto a los resultados de las encuestas, los adultos mayores participantes de esta investigación, señalaron lo siguiente:

**Gráfico N° 10: Percepción del trato recibido por parte de los funcionarios administrativos a nivel general**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Según el gráfico anterior, 19 de los adultos mayores encuestados se sienten “**a veces**” satisfechos con el trato recibido; 13 de ellos, se sienten “**siempre**” satisfechos y cinco indican que “**nunca**” se han sentido satisfechos con el trato recibido por parte de los funcionarios administrativos de la salud pública de Renca. Con ello se deduce que el nivel de satisfacción en relación al trato, tiende a ser levemente superior al trato percibido por los profesionales de la salud.

Por otro lado, el siguiente ítem implica indagar sobre el tiempo de duración de las consultas médicas en donde los usuarios puedan sentirse satisfechos con el tiempo asignado a la atención recibida. Por ello se les realizó la siguiente pregunta: *¿Está satisfecho/a con el tiempo que el médico se toma para examinarlo, preguntar sobre sus malestares y aclarar sus dudas?,* frente a lo que respondieron:

***“(…) Para mí, una buena atención sería que el doctor se dé el tiempo de ver al paciente, cosa que en el consultorio no existe... porque no se pueden demorar más de cinco***

***minutos en atenderla a uno” (74 años, Centro de Salud Balmaceda).***

Respecto a lo anterior, cabe mencionar que durante la revisión bibliográfica para comprender esta variable, no se han encontrado documentos que indiquen el tiempo de duración de las consulta médicas en los establecimientos de Atención Primaria en Chile, sin embargo la percepción que existe, es que el tiempo otorgado es insuficiente para entablar una relación empática a través del cual, los usuarios puedan expresar sus malestares, dudas y/o consultas y ser retroalimentados adecuadamente, lo que demuestra una clara contradicción con el actual modelo biopsicosocial, en el que se promueven usuarios activos y comprometidos con su salud.

También es importante relacionar la cantidad v/s la calidad de tiempo otorgado por atención. Esto implica una optimización del tiempo dedicado a la consulta médica, evitando interrupciones que afecten la atención. La mayoría de los estudios que abordan el tema de la cantidad de tiempo adecuada para una consulta, recomiendan que esta debe tener una duración mínima de 18 a 20 min (Outomuro y Actis, 2013).

Lo anterior se contrapone a las ideas contenidas en la Reforma de Salud en el año 2000, en el que según lo mencionado en el marco referencial de esta investigación, tendría una mirada integral de las cuestiones que afectan la salud de las personas, buscando mejorar su calidad de vida, asegurando derechos, igualdad, equidad, solidaridad, efectividad técnica, entre otras. Así mismo, no se estaría implementando una de las estrategias propuestas por la OMS focalizada en los adultos mayores como sujetos prioritarios de acción para el periodo 2009-2018, en el que se propone capacitar a los equipos de salud para que estos sean capaces de afrontar las necesidades especiales en salud de las personas mayores; cuestión que según los relatos anteriores, no ocurre:

***“Yo me atiende re poquito en los consultorios (...) pero siempre que voy me atienden apuraos y no me dicen nada...”*** (66 años, Bicentenario).

***“Ir a medicina general, parece una burla, uno va... es como atender a un perrito... ya toma y nada más y chao...”*** (73 años, Centro de Salud Balmaceda).

La efectividad técnica de las atenciones en salud, no se podría describir como de calidad, ya que la percepción que tienen los sujetos de estudio sobre la duración de dichas atenciones, es que estas son muy acotadas, definiéndolas como “a la rápida”. La duración de las consultas médicas, no serían suficientes para examinarlos e informarlos adecuadamente sobre su estado de salud. A pesar de ello, existen percepciones positivas en relación al tiempo que el médico se toma para atender, examinar, preguntar sobre sus malestares y aclarar sus dudas, en las atenciones para crónicos:

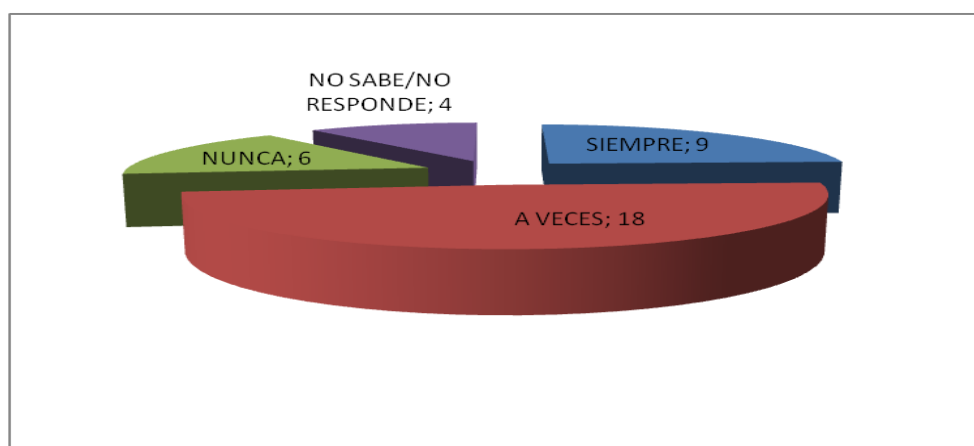
***“Yo voy al médico del párkinson, que a mí me atiende muy bien y me escucha... de aquí del consultorio Balmaceda... me explica para qué son los remedios, yo le hago preguntas, nos demoramos un buen rato... me atiende muy bien. La enfermera que me atiende, también me atiende muy bien (...)”*** (85 años, Cefam Bicentenario).

Las citas evidencian que existen experiencias individuales marcadas por sujetos que valoran de mayor modo sus experiencias y relaciones con los equipos de salud, manifestando que algunos profesionales se relacionan de una manera más amable y cordial con las y los usuarios. Empero, es importante señalar que el tiempo estimado de consultas no depende de los profesionales de la salud, sino que de múltiples factores como por ejemplo, el número de profesionales existentes para dar cobertura a la población usuaria, lo cual corresponde directamente a la responsabilidad de una administración en salud eficaz con los recursos destinados. Lo señalado con anterioridad también coloca en el tapete de la

discusión, la desigualdad de la salud pública a nivel nacional, ya que no todos los APS cuentan con los mismos recursos económicos, por tanto, no todos cuentan con las mismas capacidades y realidades. En este caso, en la comuna de Renca, la percepción en los sujetos entrevistados para esta investigación, es que el tiempo que el médico se toma para examinarlos y aclarar sus dudas, es insuficiente.

Los datos arrojados por las encuestas, señalaron lo siguiente:

**Gráfico N° 11: Porcentaje de satisfacción del tiempo que se toma el médico para examinarlos durante la atención médica**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Se evidencia según lo anterior, que 18 personas perciben que el médico sólo “**a veces**” se toma el tiempo necesario para examinarlos; nueve de ellos mencionan que “**siempre**” el médico se toma el tiempo adecuado; seis de los encuestados indica que “**nunca**” se toman el tiempo necesario y cuatro sujetos apuntaron la opción “**no sabe/no responde**”.

Finalmente, el tiempo que el médico ocupa para examinarlos, se encuentra dividido entre las opciones “a veces” y “*siempre*”, ya que según las percepciones de los sujetos de estudio, en algunas ocasiones el médico se toma el tiempo requerido, pero en otras ocasiones no.

En la distinción realizada en relatos anteriores sobre las atenciones de crónicos y las atenciones de medicina general, expresaron que en la primera sí se estaría tomando un mayor tiempo para atender sus dolencias y en la segunda, el equipo médico realiza atenciones de menor duración, por ende no existe un mayor diálogo entre el médico y el usuario, lo que para los adultos mayores constituye una apreciación negativa al momento de evaluar la calidad de la salud pública que reciben en la comuna de Renca. De esta manera y en congruencia con las citas descritas, la opción con mayor frecuencia es “a veces”, lo que significa que la percepción que tienen los sujetos de esta investigación sobre la calidad de la atención médica, no es totalmente satisfactoria.

Otro de los indicadores que permiten determinar la calidad de la salud pública, es la variable “rapidez de la atención”, directamente relacionada con el punto anterior, ya que permite determinar si las atenciones en salud son eficientes o no. De este modo, el tiempo que los adultos mayores demoran al momento de solicitar horas médicas, representa uno de los ítems más comentados a la hora de debatir en torno a la pregunta: *¿Cómo es la calidad de la salud pública de la comuna de Renca?* Esto porque a consecuencia de su avanzada edad, acceder a los establecimientos de salud representa una dificultad mayor. A partir de esto, se les preguntó lo siguiente: *Pedir horas médicas, ¿tomó un tiempo prudente?*, el cual pretende dar cuenta de la realidad que viven los adultos mayores en este aspecto.

***(...) cuando necesito hora para el médico que necesito, nunca dan porque tienen que ir temprano, y tienen que haber preferencia pa´ uno de la tercera edad ya po´. Antes le daban al tiro a uno a cualquier hora que iba, pero ahora no po´, antes de las ocho, como las siete de la mañana” (75 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Porque mire, ¿sabe por qué? (...) usted sale a la calle y no sabe realmente lo que va a pasar, y como en la mañana está tan oscuro, entonces eso para nosotros es muy difícil porque están los “cogoteros” en la esquina para***

***molestarnos, ese es el problema (...)*** (84 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).

Las citas anteriores, demuestran la inseguridad que sienten los adultos mayores al momento de ir a solicitar una hora de atención médica. Esta percepción de inseguridad y temor, se agudiza en invierno por las características climáticas y socioambientales del periodo, en donde a las siete de la mañana aún está oscuro, hay bajas temperaturas y eventualmente existen presencia de fuertes lluvias:

***“Sí por eso...tenemos que ir a las seis y a veces es la misma gente la que hace el horario, cada vez más temprano... mal acostumbran a la gente también porque se vulneran los derechos y todas esas cosas... porque antes era más temprano aún, antes uno a las cinco de la mañana a estaba haciendo fila afuera de los consultorios... terrible, sobre todo en el invierno”*** (86 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).

De esta forma, este tipo de situaciones perjudica la percepción de la calidad de la salud, ya que son sentidos como causales de vulneración de derechos. Este punto, comprende a uno de los principales cambios sugeridos por los sujetos de estudio, el cual se podrá analizar en el segundo capítulo del análisis de la información, mencionando que debiesen existir instancias que faciliten la toma de horas médicas.

***“(...) yo la otra vez le reclamé po’, le dije que deberían dar preferencia a cualquier hora que fuera para el médico”*** (75 años, Centro de Salud Balmaceda).

***“Yo me atiendo en el consultorio “Balmaceda”, detrás de mi casa, pero de todas maneras yo me tengo que levantar antes de las seis de la mañana para que la atiendan a uno, ya que si uno llega a las siete, ya no hay números, entonces***

***para uno, sobre todo yo que sufro de los huesos, me le hace difícil ir a veces, entonces a veces prefiero atenderme en particular no más” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

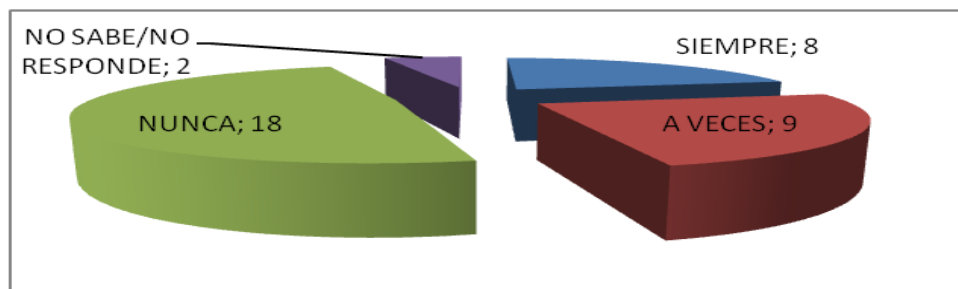
Estas opiniones colocan en el tapete las grandes brechas de desigualdad entre los servicios de salud públicos con los servicios de salud privados, dado que los adultos mayores no tienen otra alternativa de solicitud de horas médicas que no sea de manera presencial y a tempranas horas.

Se menciona “conseguir hora médica”, ya que si las personas no acuden directamente a los centros de salud, quedan sin atención médica. Además, esto influye en que los usuarios pierdan tiempo, dinero, que sus enfermedades aumenten, que se puedan o que puedan contagiar a los demás, sin tener la certeza de que su atención va a estar asegurada, dado que podrían o no, conseguir dicha hora médica.

Tal como la Geriátrica se especializa en las enfermedades propias de la vejez - aunque sólo a nivel hospitalario-, la Gerontología Social debiese estar presente en los APS, como rama especializada del envejecimiento desde el punto de vista sociológico, estudiando los fenómenos relacionados con la pobreza, el abandono familiar y la exclusión social, que son determinantes en la salud y en la enfermedad de las personas. Esto se hace necesario debido a que es un hecho que la población adulto mayor, con el paso de los años va en aumento y la esperanza de vida es mucho mayor, por consiguiente, los centros de salud deben ir actualizando sus estrategias de manera que exista una preocupación mayor por este grupo etario.

Por último, durante la aplicación de las encuestas, los sujetos de estudio señalaron lo siguiente:

## Gráfico N° 12: Percepción sobre el tiempo de espera al solicitar hora médica a nivel general



Fuente: Investigación directa, 2016.

Según lo anterior, 18 de los encuestados señalan que **“nunca”** toma un tiempo prudente solicitar horas médicas; nueve de ellos indica que esto ocurre **“a veces”**; ocho de los encuestados cree que **“siempre”** toma un tiempo prudente. Finalmente, dos adultos mayores indicaron la opción **“no sabe/no responde”** frente a esta pregunta.

Con lo anterior se concluye que las percepciones respecto a este ítem son hasta el momento, la más críticas debido a su mayoritaria evaluación deficiente, la cual es sentida por la comunidad usuaria que participó de esta investigación, como causal de vulneración de sus derechos como sujetos prioritarios de la salud; temática que también es muy importante en la calidad de vida de los adultos mayores.

Posterior a la solicitud de horas médicas, se les preguntó a los sujetos de estudio si los tiempos de espera entre la hora agendada y la atención médica, *¿tomó un tiempo prudente?*, esto porque otro de los objetivos de la Atención Primaria en Salud, es garantizar accesibilidad a los usuarios identificando posibles factores que influyen en la demora de la atención médica.

Adicionalmente es importante mencionar, que para citar a los usuarios en un determinado horario, es necesario tener un tiempo medio de las duraciones de las atenciones médicas, lo cual resulta muy difícil teniendo en cuenta la dificultad de cada uno de los diferentes casos, que van a ser influidos por una multiplicidad de

factores que pueden demorar o adelantar la atención médica. Entonces cuando se habla de “tiempo prudente”, no se puede delimitar un tiempo preciso, ya que este también tiene un carácter subjetivo, más, en el caso de esta investigación, se expresa en un tiempo de espera aproximado entre 10 a 20 minutos. Frente a esto, las percepciones de los adultos mayores, indicaron lo siguiente:

***“Yo siempre que voy se demoran mucho en atenderla a uno, como una hora estuve el otro día esperando a que me atendieran porque no habían médicos” (65 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Yo siempre que he “ido enfermo”, nunca me atienden al momento, sino que no ha llegado el médico... que no ha llegado el otro... y me tienen esperando largo rato, y como nunca faltan los amigos las amistades... me ayudaron a que me atendieran antes o si no, ahí hubiera tenido que seguir esperando” (85 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).***

***“(...) para hoy día tenía hora, salí temprano y llegué como las 8 y media a la calle y volví pa abajo como las diez, tenía hora a las once pero igual me atendieron casi a las doce” (79 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

Los tiempos de espera entre la hora agendada y la atención médica, también es catalogado como un importante elemento de insatisfacción usuaria. Además, esto se enmarca en una de las principales estrategias que el Modelo de Salud Familiar busca otorgar; una atención cercana, eficiente y de calidad. Pero, según las percepciones mencionadas por los adultos mayores, dicho tiempo de espera es excesivo:

***“Te dan hora para las cuatro de la tarde, las cinco de la tarde, hay que ir... volver...y volver a ir...” (75 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

Cabe mencionar que las personas de más de 55 años que estén afiliados a Fonasa, tiene el derecho a una atención preferencial (BCN, 2016), por lo cual, los adultos mayores debiesen tener preferencia en las atenciones en salud, cuestión que en la práctica, según los discursos, parece ser una temática aún no resuelta.

Una de las estrategias propuestas por la OPS focalizadas en adultos mayores, sobre *“Adecuar los sistemas de salud para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores”* en su objetivo estratégico N° 2 (MINSAL, 2014), implica el reto constante de la salud pública a nivel nacional, al momento de enfrentar el aumento del envejecimiento de la población, de tal forma que los establecimientos de salud deben potenciar estrategias que permitan solventar las necesidades de sus usuarios. Esto porque no solo tienen la responsabilidad de tratar enfermedades, sino que también de entregar un apoyo espiritual, emocional, de confianza, entre otras características que permitan aumentar o mejorar su calidad de vida, pero ¿perciben esto los adultos mayores?

Parece claro que pasar por largos tiempos de espera, es un determinante de disconformidad importante respecto a la calidad y la oportunidad de las atenciones en salud, más si se analiza desde el punto de vista de que las personas se encuentran enfermas y vulnerables. Esto se acentúa aún más durante la época estacional de invierno, ya que según ellos, en este periodo se tornan más difícil el acceso a una atención médica oportuna.

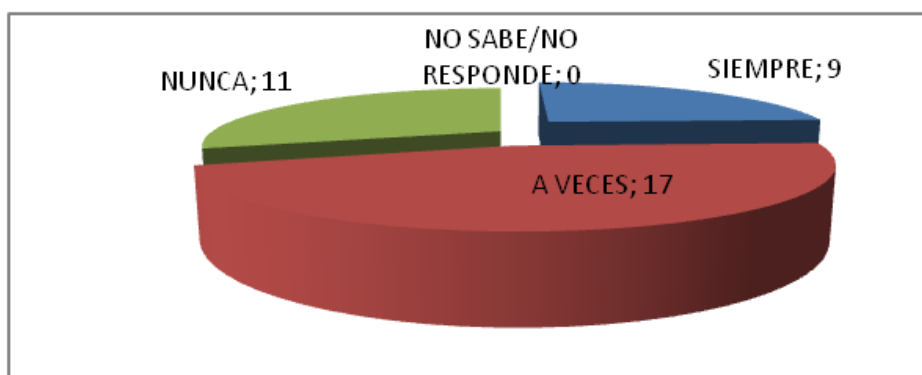
***“Mire, el error que hay allá abajo, es porque uno va a las siete de la mañana para buscar hora al dentista... dan en la mañana a las siete de la mañana para que tu vuelvas como las siete de la tarde porque esa es hora de alargue, entonces en invierno es el problema porque uno no puede salir de allá por el frío, la lluvia y todo... en este tiempo no porque está bueno (...)”*** (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).

Con lo anterior, se vuelve a poner en el tapete la inexistencia de la atención preferencial de los adultos mayores en los establecimientos públicos de salud. Sin embargo, también hay adultos mayores cuya experiencia ha sido positiva expresando satisfacción con el tiempo de espera entre la hora agendada y la atención médica, lo permite concluir, que no todos los adultos mayores han pasado por experiencias negativas en este aspecto:

***“Yo no tengo nada que decir porque me atienden al tiro...” (65 años, Centro de Salud Huamachuco)”***.

Respecto a los resultados de las encuestas, los adultos mayores señalaron lo siguiente:

**Gráfico N° 13: Percepción sobre los tiempos de espera entre la hora agendada y la atención médica**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Lo anterior, destaca que 17 de los encuestados indica que sólo **“a veces”** el tiempo de espera entre la hora agendada y la atención médica toma un tiempo prudente; 11 de ellos señalan que **“nunca”** toma un tiempo prudente; nueve de los encuestados mencionan que **“siempre”** el tiempo de espera es prudente, y finalmente, ninguno de los sujetos de estudio indica la opción **“no sabe/no responde”**. Con esto se reafirma que el nivel de disconformidad en relación a los largos tiempos de espera es amplio, demostrándose una cierta concordancia con los relatos mencionados en párrafos precedentes.

Para finalizar, se da paso al análisis del ítem “información”, el cual constituye unos de los elementos claves de los derechos que tienen las personas sobre poder acceder una información clara y entendible sobre su estado de salud, convirtiéndose en uno de los elementos indispensable a la hora de pretender generar autovalencia, autonomía y prevención.

### 7.2.3. INFORMACIÓN

La información que se les debe proporcionar a las y los usuarios del sistema de salud, ha sido concebida desde la política social, como uno de los componentes claves para incluir a los usuarios de manera activa y consciente sobre los asuntos relacionados con su salud, por medio de la entrega de una información clara y comprensible, es decir, en palabras que las y los usuarios puedan comprender. Esto está asegurado en la Ley N° 20.584 de “Derechos y Deberes”, respecto al párrafo N° 2, sobre un “trato digno” mencionando que los establecimientos de salud deben *“Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención (...)”* (BCN, 2016, p.1) y del párrafo N° 4, sobre el “Derecho de información” que señala que *“Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito (...)”* (Ibíd., p.1).

Por esto, se les consultó a los adultos mayores: *¿Ustedes creen que se le entrega información comprensible (en palabras que usted entienda) sobre su estado de salud?,* frente a lo cual respondieron lo siguiente:

***“Una buena atención para mí sería que el médico se diera el tiempo a explicarnos a nosotros para ver qué es lo que realmente tenemos... que cuando le consultamos, nos den con palabras precisas y claras la enfermedad que uno tiene, porque de repente le hacen la receta a uno y para afuera... ni si quiera se dan el tiempo para uno pa´ explicarle qué es***

***lo que significa lo que uno tiene...” (69 años, Centro de Salud Huamachuco).***

***“Yo... sobretodo con los remedios... el doctor la ve a uno y ya listo, tome... la receta... ¿bueno y para qué son estos remedios?, no le saben explicar y a qué hora si te atienden a la rápida...” (77 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Así un tanto de remedios ¿para qué?” Blanca (85 años, Centro de Salud Bicentenario).***

Como se puede apreciar, los adultos mayores no se sienten informados de manera clara y entendible sobre su condición de salud, cuestión que representa una falta de compromiso de la administración municipal frente al cumplimiento de la Ley de “Derechos y Deberes” desde su promulgación en el año 2012. Esta ley, señala lo siguiente frente al ítem “*información*”, según la Biblioteca del Congreso Nacional (2016):

- A.** Derecho a que la información sea suficiente, oportuna, veraz, comprensible, en forma visual, verbal o por escrito, respecto a: atenciones de salud o tipos de acciones de salud que ofrecen o tienen disponibles los prestadores; mecanismos para acceder y su valor; las condiciones previsionales requeridas para su atención, disposiciones y obligaciones de sus reglamentos internos y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias.
- B.** Los prestadores deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, una carta de los derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud.
- C.** Las personas tienen derecho a que los miembros del equipo de salud tengan una identificación personal visible con la función que desempeñan, así como quien autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.

**D.** Toda persona tiene derecho a ser informada en forma oportuna y comprensible acerca de: estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. Si la condición de la persona a juicio del médico, no le permitiera recibir tal información, debe ser entregada al representante legal o la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. En caso de atenciones de urgencia o emergencia el paciente recibirá la información cuando el médico determine que está en condiciones de comprenderla.

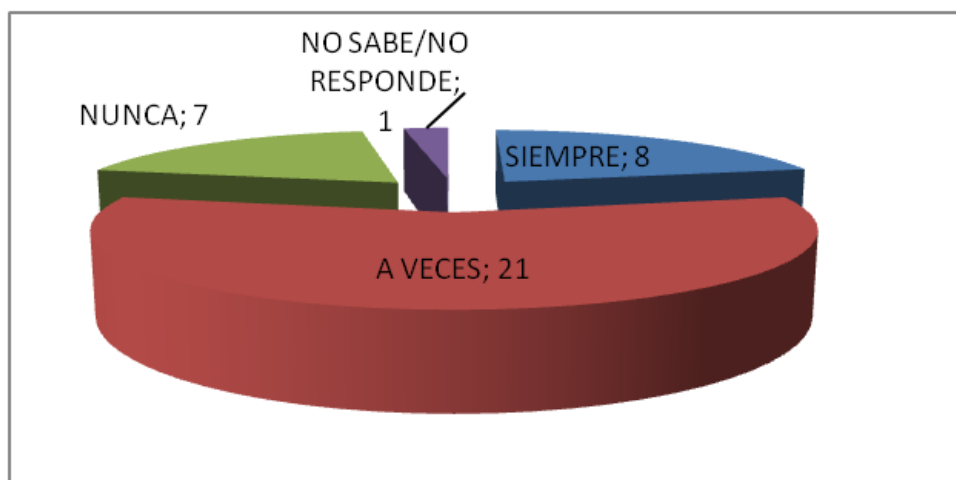
De esta manera, los establecimientos de salud deben estar preparados para enfrentar los retos que el modelo biopsicosocial conlleva, el cual incluye a la comunidad usuaria como un componente fundamental en la definición de una salud de calidad, puesto que el acceso a una información clara y entendible sobre el estado de salud de las personas, es parte trascendental en la concepción de un usuario activo y responsable. A pesar de ello, esta dimensión en la comuna de Renca, no ha sido vivenciada positivamente por los adultos mayores participantes de este estudio.

Adicionalmente, la falta de información clara y entendible no sólo se atribuye a la explicación de la enfermedad diagnosticada, sino que también a la desinformación existente sobre los medicamentos que el médico les receta. En este aspecto, en el marco referencial se señala que los servicios públicos de salud de la comuna de Renca, cuentan sólo con dos profesionales Químicos Farmacéuticos para los cuatro establecimientos de salud existentes. Esta situación, permite reflexionar sobre la importancia de realizar un trabajo con los Médicos, Químicos Farmacéuticos y profesionales de las Ciencias Sociales, para realizar instancias

educativas que promuevan la prevención, el autocuidado y la administración consciente e informada de los medicamentos recetados en los Centros de Salud.

En relación a esto, los sujetos de estudio señalaron lo siguiente:

**Gráfico N° 14: Percepción sobre la entrega de información comprensible sobre el estado de salud de las y los usuarios**



Fuente: Investigación directa, 2016.

A partir del gráfico anterior, 21 de los encuestados creen que **“a veces”** se les entrega información clara y entendible sobre sus dolencias; ocho de ellos percibe que esto **“siempre”** ocurre; mientras que siete encuestados cree que **“nunca”** se les ha entregado información clara y entendible sobre su estado de salud. Finalmente, una persona señala la opción **“no sabe/no responde”** frente a dicho cuestionamiento.

Respecto a lo anterior, se deduce que aún queda un largo camino que recorrer para erradicar la concepción del médico como un “semidiós” y de los “pacientes” como meros receptores de indicaciones médicas, hacia una noción situada en la reciprocidad entre los usuarios y el equipo médico, con el propósito de beneficiar el autocuidado de las personas mayores como sujetos de derechos. De aquí la importancia de concebir a los “pacientes” como “usuarios” que se informan y que se involucran de los asuntos relacionados con su salud, por medio del

empoderamiento y la participación activa de las y los sujetos, de modo de hacer efectivo el cambio de paradigma del modelo biomédico al biopsicosocial; asunto que en la comuna de Renca, pareciese aún estar en un lento proceso de transición.

En este sentido, cabe destacar que no sólo importa la información clara y entendible que el médico le entregue durante la atención al usuario, sino que también, la información que el personal administrativo (funcionarios de S.O.M.E., farmacia, O.I.R.S., etc.), otorguen durante la atención. Cabe señalar que esta debe ser entregada de forma amable, cercana y oportuna. Frente a esta situación, se les realizó a los adultos mayores la siguiente pregunta: *Cuando ustedes han realizado alguna consulta al personal administrativo ¿la respuesta entregada, es clara, precisa y comprensible?*

Esta concepción en la práctica, puede cuestionarse según los siguientes relatos:

***“Lo que yo sugeriría... sería que para el adulto mayor, hubiera por lo menos... un funcionario que se diera el tiempo para atender al adulto mayor... darle la hora, darle eee información... porque nosotros los adultos mayores... como que ya... somos lo último ya... entonces no nos atienden bien o lo que quieren ellos es que uno salga luego y se vaya... entonces eso sería conveniente que hubiera en cada consultorio por lo menos un funcionario que se dedicara a atender a los adultos mayores...”*** (69 años, Centro de Salud Huamachuco).

En efecto, los adultos mayores por estar en la última etapa del ciclo vital van requiriendo nuevas necesidades respecto a las atenciones para evitar justamente este tipo de sentimientos de abandono, de rechazo, de que *“son lo último”*, lo que genera como consecuencia, un sentimiento de falta de empatía:

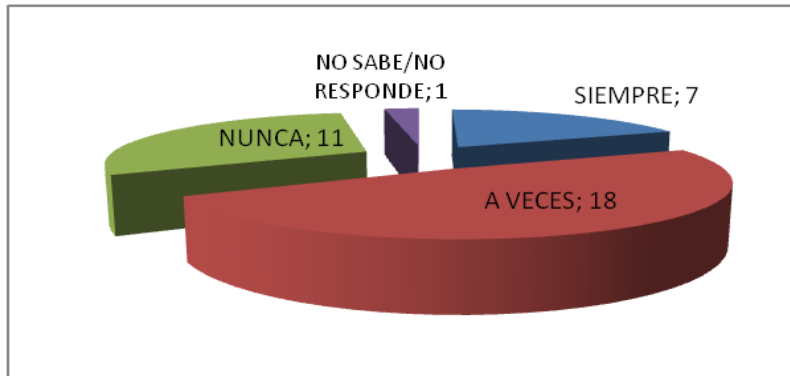
***“Lo que pasa (...) es que tienen que comprendernos que nosotros ya a los 60 años, ya estamos... se nos olvidan muchas cosas...” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

Esta percepción puede ser abordada desde el concepto de discriminación por edad. Según lo visto en el marco teórico de esta investigación, la discriminación por edad tiene relación con la falta de medidas relacionadas con las atenciones especializadas que este grupo etario requiere, ya que dicha discriminación, no solo está asociada con la violencia física, sino que también con la violencia “moral” como la segregación, el abandono, la indiferencia, los desprecios, entre otros comportamientos que los hacen sentirse aislados y discriminados. No obstante, la concepción del adulto mayor como sujeto de derecho implica tener la certeza de que en esta etapa del ciclo vital estos derechos no se pierden, sino que al contrario, se agudizan; cuestión que en la práctica según los relatos, no tiene un respaldo práctico, debido a que la mayoría percibe la desinformación como un maltrato producto de la incomprensión de los funcionarios administrativos, frente a esta etapa del ciclo vital:

***“Es que lo que pasa es que (...) la gente no tiene voluntad... parece que nunca hubieran estudiado psicología porque nadie puede atender al adulto mayor, porque no nos saben explicar nada con paciencia (...)” (65 años, Centro de Salud Balmaceda).***

En concordancia con lo anterior, los resultados del análisis cuantitativo indican lo siguiente según el gráfico presentado a continuación:

**Gráfico N° 15: Percepción sobre una atención clara, precisa y comprensible por parte del personal administrativo**



Fuente: Investigación directa, 2016.

En cuanto a las percepciones sobre la entrega de información clara, precisa y comprensible en respuesta a las consultas que los adultos mayores realizan al personal administrativo; 18 de los encuestados cree que esto solo “**a veces**” se cumple; 11 de ellos perciben que “**nunca**” se les entrega información comprensible; siete de los encuestados siente que esto “**siempre**” se cumple, mientras que una persona indica la opción “**no sabe/no responde**” frente a esta pregunta.

Las percepciones de los adultos mayores sujetos de estudio frente a esta temática, demuestran una inconformidad importante, ya que la mayoría de sus relatos y experiencias respecto la información clara y entendible entregada por los funcionarios administrativos, prevalecen entre las opciones “a veces” y “nunca”, lo cual indica que existe un vacío en el trabajo con los funcionarios administrativos frente a esta materia.

Con esto, es posible cuestionar la efectividad de las estrategias implementadas hasta el día de hoy por cada establecimiento de salud en materia de trato y satisfacción usuaria, ya que todos los funcionarios administrativos debiesen estar capacitados para entregar información clara y comprensible a todos los/las usuarios/as, más si estos son adultos mayores, puesto que son sujetos prioritarios de la salud pública a nivel nacional.

A continuación, se describirán las percepciones de la penúltima variable estudiada, con el propósito de determinar cómo es la salud pública en la comuna de Renca, desde la propia percepción de los adultos mayores en relación a la limpieza e higiene de los establecimientos de salud de donde son usuarios; asunto sumamente relevante ya que estos establecimientos son los encargados de velar por la salud y la recuperación de las enfermedades de las personas, por ende, la salubridad en este caso es esencial y obligatoria.

#### 7.2.4. LIMPIEZA

Cabe decir que este ítem no fue incluido en el debate producido durante el desarrollo de los grupos focales, de manera que los relatos mencionados si bien con acotados, demuestran que es una temática relevante en la percepción de la calidad en salud, ya que fueron mencionados al momento de evaluar los aspectos positivos y negativos de la salud pública de Renca a través de la siguiente pregunta: *¿Cómo dirían ustedes que es la calidad de la salud pública de la comuna de Renca y de los Cesfam o consultorios en donde ustedes se atienden?* Frente a este cuestionamiento, surgieron críticas importantes sobre la limpieza e higiene de los establecimientos de salud de la comuna:

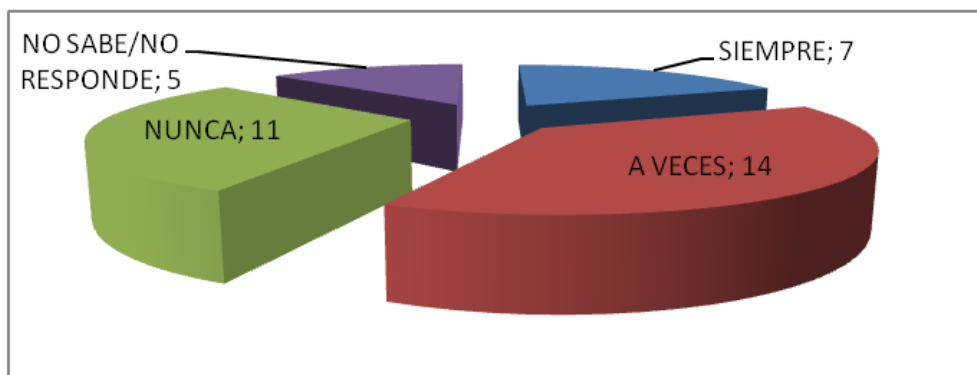
***“Yo encuentro ahí no más la limpieza en el consultorio porque la gente es tan “recochina” que ensucia todo... todo, no hay cultura, nada, llegan, botan la basura en cualquier parte...” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

La limpieza que deben presentar los establecimientos de salud, están regidos por una serie de protocolos propuestos por el Ministerio de Salud, con la intención de facilitar información sobre las medidas requeridas para una adecuada higiene en cada una de las áreas de atención: salas de espera, box de atención médica, box odontológicos, salas de curaciones, entre otros, los cuales tienen distintos cuidados y niveles de saneamiento. Por consiguiente, esta debería ser una

variable garantizada en su totalidad, pero como se logra apreciar en la cita anterior, existe una crítica importante respecto a la utilidad que le dan las personas a los espacios del establecimiento, por esta razón, la higiene y mantención de la limpieza no sólo es una tarea específica de la administración del Centro de Salud en cuanto al cumplimiento de los protocolos de limpieza, sino que también de la comunidad usuaria. Al respecto, decir que existen diferentes estrategias educativas que permiten sensibilizar a la comunidad usuaria sobre los cuidados y la importancia de la higiene en salud, por consiguiente, la responsabilidad vuelve a recaer en las instituciones de salud pública.

En cuanto a las encuestas se les preguntó: *¿Está satisfecho/a con la limpieza en general del Cesfam o Consultorio en donde se atiende?*, frente a lo cual, respondieron lo siguiente:

**Gráfico Nº 16: Nivel de satisfacción de la limpieza de los establecimientos de salud a nivel comunal**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Con respecto a la percepción de la limpieza de los establecimientos de salud a nivel general, 14 de los encuestados se siente **“a veces”** satisfecho; 11 de ellos mencionaron que **“nunca”** se ha sentido satisfecho con la limpieza de los establecimientos de salud; siete de los encuestados señalan la opción **“siempre”** y cinco indican la opción **“no sabe/no responde”**.

Adicionalmente en este ítem, los sujetos de estudio mencionaron su descontento con las condiciones de higiene de los baños públicos:

***“Oiga, pero si los baños nunca están limpios... no hay “confort”, ni una de esas cosas... por eso prefiero aguantarme hasta mi casa no más” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“(...) yo no tengo ningún reclamo que hacer a los consultorios excepto los baños que están siempre tan sucios que llega a dar asco (...)” (85 años, Cesfam Bicentenario).***

Estas opiniones entregadas por las y los entrevistados, manifiestan una problemática real sobre el cual se debe intervenir en forma urgente, puesto que se manifiesta precisamente en un lugar encargado de velar por la salud de la comunidad usuaria. Téngase en cuenta que en el año 2005, se establecen una serie de condiciones de higiene y seguridad de los baños de acceso público en lo dispuesto por el Código Sanitario en sus artículos 24, 29, 67 y 77 el que menciona que (Ministerio de Salud, Departamento de Asesoría Jurídica, 2005):

**Artículo 1º:** Todo establecimiento, local o sitio que conforme a la reglamentación sanitaria vigente, debe contar con baños de acceso público, destinados a los usuarios que albergan transitoriamente, deberán contar en dichos recintos con dispositivos para proveer de jabón líquido común para el aseo de las manos, medios higiénicos desechables para su secado, tales como toallas de papel de un solo uso o mecanismos de aire caliente, además de papel higiénico para su uso en cada uno de los excusados.

**Artículo 2º:** Estos recintos deberán mantenerse permanentemente limpios, mediante la aplicación de procedimientos sanitarios de aseo e higienización adecuados a dicho propósito.

**Artículo 3º:** En los establecimientos señalados en el artículo N 1º deberá difundirse al público usuario, a través de carteles u otros medios apropiados, las disposiciones necesarias para su utilización, así como proveer al personal encargado del aseo de manuales destinados a practicar la higienización de estos recintos.

**Artículo 4º:** Los administradores o sostenedores de estos establecimientos estarán obligados a proveer los medios necesarios para dar cumplimiento a estas disposiciones y serán responsables de su implementación.

**Artículo 5º:** Las normas contenidas en este decreto supremo serán fiscalizadas por la autoridad sanitaria de conformidad a las atribuciones que le concede el Libro Décimo del Código Sanitario.

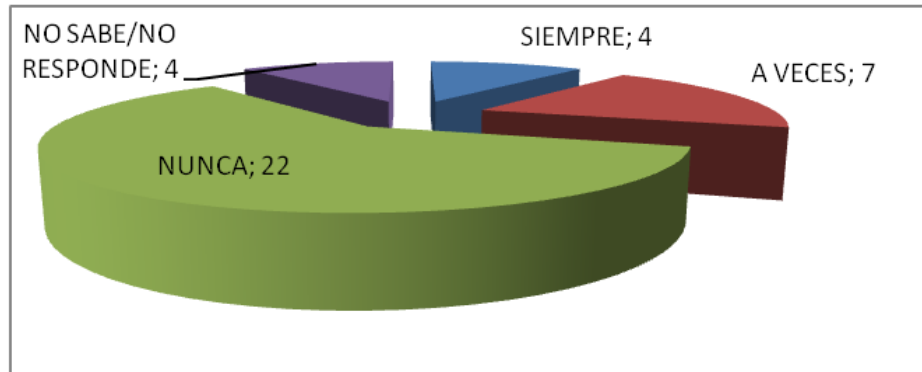
Sin embargo, el cumplimiento de los artículos anteriores es cuestionado al analizar la descripción de la siguiente cita:

***“Ahí en el consultorio Hernán Urzúa que es donde me atiendo yo, no tenemos ni baño... tenemos que estar saliendo a una de esas cosas... ¿cómo se llaman?... esas como bodegas... y ahí colocaron unos baños para que podamos entrar, si es terrible...” (79 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

La usuaria constata que debe acudir a un contenedor que es utilizado como baños públicos, lo que supone un asunto importante de vulneración de derechos y de incumplimiento con el mandato de ley N° 35 anteriormente descrito, que establece las condiciones de higiene y seguridad de los baños de acceso público.

En cuanto a las encuestas, se les realizó la siguiente pregunta: *¿Está satisfecho/a con las condiciones de los baños públicos?* Frente a lo cual respondieron lo siguiente:

**Gráfico N° 17: Nivel de satisfacción sobre las condiciones de los baños públicos de la comuna de Renca**



Fuente: Investigación directa, 2016.

El nivel de insatisfacción respecto a las condiciones de los baños públicos de los establecimientos en el que son usuarios, forma parte de las exigencias mínimas a la hora de evaluar la calidad de la salud pública, ya que constituye un requerimiento básico que debe garantizarse en su totalidad. En este aspecto, 22 de los encuestados indica que **“nunca”** se han sentido satisfechos/as con las condiciones de los baños públicos de la comuna; siete de ellos señalan que **“a veces”** se han sentido satisfechos/as; cuatro de los encuestados indican que **“siempre”** se han sentido satisfechos/as y cuatro mencionan la opción **“no sabe/no responde”**.

Como se puede apreciar, más de la mitad de los encuestados se sienten insatisfechos con las condiciones de los baños públicos. Sin dudas este es un asunto relevante del cual la administración municipal debiese hacerse cargo no solo por dar cumplimiento de los artículos anteriormente señalados, sino que por la dignidad de todos y todas las personas.

Finalmente, se describirán las percepciones de los adultos mayores sobre el avance de los equipos médicos y tecnologías que son utilizados en la salud pública de Renca. Estos avances tecnológicos, tienen el objetivo de entregar una atención en salud más rápida y oportuna para los usuarios de los establecimientos

de salud, apoyándose en equipamientos adecuados que permitan determinar las necesidades de la población de una manera más rápida y eficiente.

#### 7.2.5. EQUIPOS Y TECNOLOGÍA

Para comenzar la descripción de la última variable propuesta por la Superintendencia de Salud, cabe mencionar que para que estos sean catalogados de “calidad” deben también (por parte de las entidades administrativas), realizar inversiones tecnológicas que permitan facilitar al personal administrativo y a los profesionales de la salud, una atención más oportuna y de calidad. Así, cuando se habla de equipos y tecnología, es para evidenciar los recursos materiales y tecnológicos con los que cuenta cada establecimiento de salud.

En este aspecto, la mayoría de los sujetos de estudio son usuarios de la salud pública de Renca hace más de veinte años, de manera que, son los más capacitados para apreciar la evolución tecnológica y de equipos médicos que han tenido los Centros de Salud a lo largo de los años. Por consiguiente, se les realizó a los adultos mayores, la siguiente pregunta: *¿Los equipos médicos de su Cesfam o Consultorio, son modernos?* Frente a esto se destaca el siguiente relato:

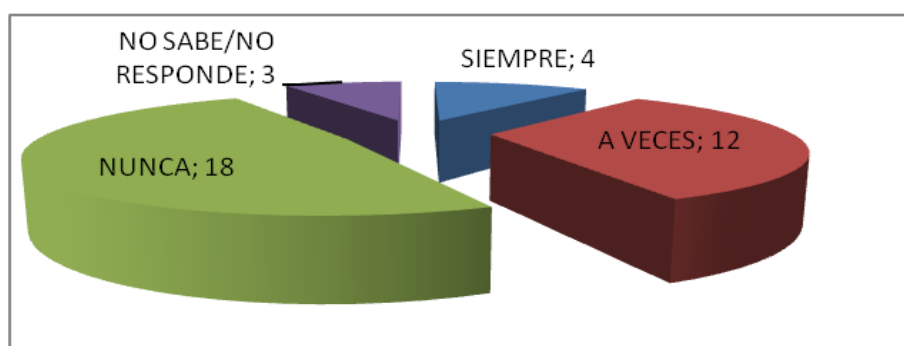
***“(...) en otras comunas da gusto... los Cesfam son completos y de calidad entonces... en La Florida, mi hermana vive en La Florida y dice que es una clínica los consultorios... muy modernos... tiene de todo (...) Providencia que conozco, por acá mismo en Independencia... entonces hay muchos consultorios que tiene otra realidad de la salud...” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

Como se logra apreciar, existe una crítica respecto a la poca modernización de los establecimientos de salud de la comuna. La modernización de los Centros de

Salud, es uno de los objetivos propuestos por el Ministerio de Salud sobre entregar una atención altamente resolutiva por medio del uso de tecnologías adecuadas que permitan mejorar los tiempos de respuesta frente a los trámites de salud. Es por esto que los establecimientos deben modernizarse, para facilitar el trabajo del equipo de salud y así entregar una atención más oportuna, eficiente y de calidad.

La percepción mayoritaria de las y los encuestados, es que “*nunca*” se han modernizado los equipos médicos de los establecimientos de la comuna, tal y como se aprecia en el siguiente gráfico:

**Gráfico N° 18: Percepción sobre la modernización de los equipos médicos de los establecimientos de salud de la comuna de Renca**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Respecto a lo anterior, 18 del total de los encuestados opina que “**nunca**” ha existido modernización de los equipos médicos en la salud pública en la comuna de Renca; 12 de ellos, que esto pasa sólo “**a veces**”; cuatro encuestados mencionan que “**siempre**” su establecimiento de salud ha tenido equipos médicos modernos; mientras que tres de los encuestados restantes, indican la opción “**no sabe/no responde**”.

Frente a esto, una usuaria expresa el siguiente relato:

*(...) lo que pasa es que en esta comuna se dedicó exclusivamente a cosas mundanas porque eso empezó a*

***hacer... cosas mundanas... a traer vedetos para fin de año, a traer artistas como el Puma Rodríguez y millonadas de plata que supuestamente se les pagó... sepa molla que fue así... se dedicó a la pura farándula... esto es lo que era la comuna de Renca, una farándula pero los problemas de la gente no se hizo nada... acá tenemos cuánto... tenemos el consultorio Huamachuco, tenemos el Bicentenario, el Hernán Urzúa y el Balmaceda y siguen exactamente igual, no hay cambios, no hay nada...” (65 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

A modo de profundizar en esto, se les consultó a los sujetos de estudio: *¿Existe tecnología que facilite la toma de horas médicas?*, dado que ha sido uno de los temas más sensibles mencionados por los sujetos de estudio.

En este sentido, mencionan que en los establecimientos de salud, hay información sobre la existencia de un número telefónico que permitiría a las personas solicitar horas médicas vía telefónica, evitando así, que estos tengan que asistir a las seis de la mañana a su Centro de Salud. No obstante, esta información según los sujetos de estudio no es real:

***“Noo, no la dan, no dan nunca la hora por teléfono, porque yo que vivo atrás, he tratado a veces... y eso que a veces no puedo ni menear las manos, no contestan... antes las daban... pero ahora no” (66 años, Centro de Salud Balmaceda).***

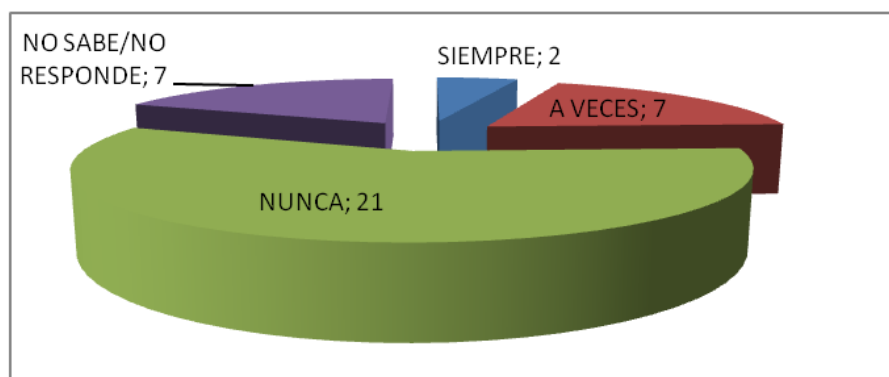
***“No sé para qué entonces dan números de teléfono si no van a contestar po’, entonces eso es una lata igual po’” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Eso es mentira, es mentira... nunca han contestado el teléfono para pedir hora, yo llamo y llamo y nadie contesta...” (80 años, Centro de Salud Balmaceda).***

Con esto, se demuestra que las percepciones si bien son subjetivas, son compartidas por los sujetos de estudio al momento de criticar la falta de modernización de los canales de solicitud de horas médicas por ejemplo, siendo una de las principales molestias percibidas por los adultos mayores a consecuencia de la entrega de lo que ellos y ellas califican, como información falsa e inoperante. No obstante, aunque esta problemática se ha intentado resolver con dicha línea telefónica, esto aún no se ha implementado en su totalidad, tal y como se pudo apreciar en los relatos anteriores.

El análisis sobre la tecnología existente que facilite la toma de horas médicas en la comuna de Renca, los resultados de las encuestas arrojaron que 21 de los usuarios sujetos de estudio cree que **“nunca”** ha existido tecnología que les facilite adquirir una hora médica; siete de ellos señalan que esto ha ocurrido sólo **“a veces”**; dos de los encuestados mencionan que esto ocurre **“siempre”** y finalmente, siete de ellos indicaron la opción **“no sabe/no responde”**, lo que se puede apreciar en el siguiente gráfico:

**Gráfico N°19: Percepción sobre la tecnología existente para la toma de horas médicas**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Para finalizar, se agregó la siguiente pregunta: *¿La tecnología existente, permite poner reclamos, sugerencias y/o felicitaciones?*

Esta tecnología puede ser traducida en el uso de tótem digitales de satisfacción usuaria, utilización de la herramienta de internet para facilitar la comunicación

entre los usuarios y los profesionales encargados de la O.I.R.S., por medio de página web, envío de correos electrónicos, encuestas de satisfacción usuaria, entre otras tecnologías que pudiesen facilitar el cumplimiento de las funciones de la O.I.R.S., como canal de participación usuaria.

Vale destacar que según el Plan de Salud Comunal de Renca (2016), la O.I.R.S. cuenta con un sistema de *“cartillas de opinión”* en el que los usuarios pueden expresar sus reclamos, sugerencias y/o felicitaciones en todos los establecimientos de salud públicos de la comuna. Estas cartillas son depositadas en buzones y retiradas semanalmente por un funcionario externo al área salud. Posteriormente, son leídas personalmente por la primera autoridad comunal, quien a través de los diferentes dispositivos municipales y de salud, canaliza las posibles respuestas frente a las felicitaciones, sugerencia y/o reclamos de los usuarios. Además, se menciona que las respuestas a dichas *“cartillas de opinión”* se dan a través de entrevistas individuales, entrevistas telefónicas y/o visitas domiciliarias; cuestión que en la práctica y en la percepción de los adultos mayores sujetos de estudio, no se estaría desempeñando:

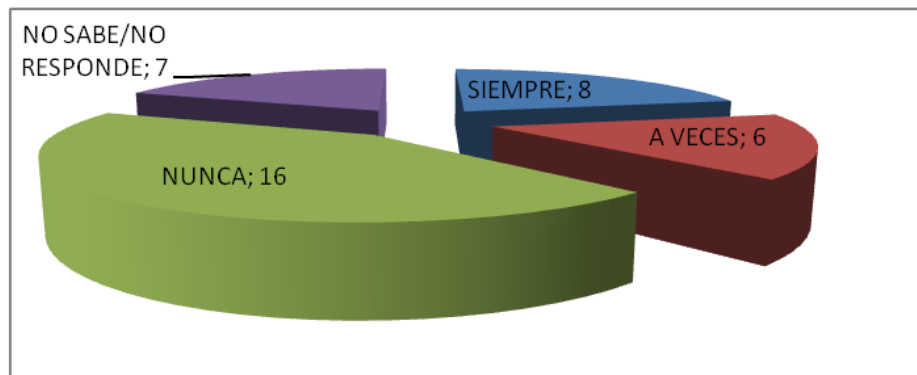
***“A nosotros nunca nos toman en cuenta en ni una cosa... uno reclama y reclama y sigue todo igual, ninguna solución... nada... así que, ¿pa´ qué gastar el tiempo en pelear para que hagan algo? (...)” (79 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino).***

También se debe tener en cuenta que la O.I.R.S., es una instancia de participación ciudadana y una vía de comunicación con los Servicios de Salud, Seremis de Salud y Ministerios de Salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y atención de las prestaciones otorgadas en sus establecimientos como una manera de retroalimentar la gestión de las reparticiones públicas (Minsal, 2016).

De ahí la importancia de que los establecimientos de salud avancen en el uso de sus tecnologías para que los usuarios puedan estar informados y hacer uso de los canales de información, sugerencias, reclamos y/o felicitaciones, ya que esto permite que los establecimientos sigan avanzando en la entrega de una más y mejor salud de calidad.

Las respuestas de las y los encuestados/as frente a este ítem presentan una gran dispersión:

**Gráfico Nº 20: Percepción actualizada de la tecnología existente en las O.I.R.S., a nivel general**



Fuente: Investigación directa, 2016.

16 de ellos señalan que **“nunca”** ha existido tecnología que permita poner reclamos, sugerencias y/o felicitaciones; ocho de los encuestados indican que **“siempre”** ha existido dicha tecnología. Por otro lado, siete de los encuestados **“no sabe/no responde”** y seis de ellos, que esto ocurre sólo **“a veces”**.

Como se puede apreciar, en este ítem también prevalece la opción **“nunca”**, de lo que se puede inferir, que el rol cumplido hasta el día de hoy por la administración municipal, aún resulta ser un asunto pendiente.

De esta manera, se puede sintetizar que las percepciones en torno a la descripción de la calidad de la salud pública en Renca, aún tiene muchos desafíos

que superar, ya que en sólo tres de las de las 16 categorías presentadas en la encuesta, obtuvieron porcentajes satisfactorios en relación a la opción “siempre”. Estos son:

- A.** ¿Se le entrega una atención oportuna y adecuada cuando ha asistido a los Cesfam o Consultorios de la comuna?
- B.** ¿Los medicamentos, están oportunamente en la farmacia, cuando usted los solicita?
- C.** ¿Confía en los conocimientos técnicos de los profesionales de la salud, que trabajan en los Cesfam o Consultorios de la comuna?

En contraposición, la opción “*nunca*” prevalece mayoritariamente en respuesta a las siguientes preguntas:

- A.** Pedir horas médicas, ¿toma un tiempo prudente?
- B.** ¿Está satisfecho/a con las condiciones de los baños públicos?
- C.** ¿Los equipos médicos de su Cesfam o Consultorio, son modernos?
- D.** ¿Existe tecnología que facilite la toma de horas médicas?
- E.** ¿La tecnología existente, permite poner reclamos, sugerencias y/o felicitaciones?

En cuanto la opción “a veces” prevalece en las siguientes preguntas:

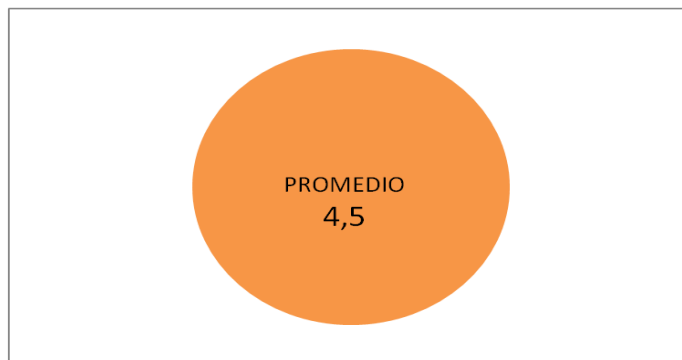
- A.** ¿Se ha logrado resolver los problemas de salud por los cuales solicitaron atención médica?,
- B.** ¿Está satisfecho con el trato que recibe por parte de los profesionales de la salud durante toda la atención en cuanto a la calidez, cercanía, interés, etc.?

- C. Está satisfecho con el trato que recibe por parte de los funcionarios administrativos (S.O.M.E., entrega de alimentos, etc.) durante toda la atención en cuanto a la calidez, cercanía, interés, etc.?
- D. ¿Está satisfecho/a con el tiempo que el médico se toma para examinarlo, preguntar sobre sus malestares y aclarar sus dudas?
- E. Los tiempos de espera entre la hora agendada y la atención médica, ¿tomó un tiempo prudente?
- F. Cuando ustedes han realizado alguna consulta al personal administrativo ¿La respuesta entregada, es clara, precisa y comprensible?
- G. Cuando ustedes han realizado alguna consulta al personal médico ¿La respuesta entregada, es clara, precisa y comprensible?
- H. ¿Está satisfecho/a con la limpieza en general del Cesfam en donde se atiende?

Finalmente, la opción *no sabe/no responde*, no se destaca por sobre ninguna de las categorías de estudio.

Como se logra apreciar, la mayoría de las categorías analizadas se reflejan a través de la expresión “a veces”, lo que podría determinar una calidad regular. En este aspecto, los sujetos de estudio evaluaron la calidad de la salud pública con la siguiente nota:

**Figura Nº 4: Nota salud pública de Renca**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Respecto a la nota anterior, la calidad de la salud pública de la comuna de Renca, puede catalogada como “regular”, según la escala presentada a continuación:

**Cuadro N° 7: Escala de evaluación de calidad**

Calidad	Nota
Buena	De 7 a 6
Regular	De 5 a 4
Mala	De 3 a 2
Muy mala	Nota 1

Fuente: Investigación directa, 2016.

De esta manera, se puede concluir que los mayores problemas del sistema de salud, están relacionados con la falta de horas médicas, lo cual constituye una de las principales dificultades sentidas por la comunidad adulto mayor. Por lo tanto, la percepción sobre una atención oportuna es favorable en las encuestas, pero en los relatos que describen las experiencias sentidas y vividas por los adultos mayores, es insatisfecha.

Esta dificultad de la atención médica, puede ser sintetizada un varias dimensiones, ya que la relacionan con la poca información que se les entrega sobre su estado de salud y por sobre todo, por la excesiva rotación de personal, que les perjudica al momento de tener una atención más personalizada y cercana con las y los profesionales de la salud:

***“La verdad de las cosas es que la atención es mala porque siempre nos están cambiando los médicos, por ejemplo cuando yo voy a médico y la atienden a uno y me ve a la rápida y me cita pa´ la otra semana y ya tiene otro y uno le pregunta a la señorita de las horas y me dice no... tiene que ir al médico que le tocó no más... y eso no puede ser po,***

***hay que volver a empezar de nuevo con el otro médico...***  
**(65 años, Centro de Salud Huamachuco).**

La cita anterior, da cuenta de que se está perdiendo el objetivo principal de la salud pública sobre entablar una relación de confianza entre los usuarios y el equipo de salud, de manera de generar atenciones en salud más participativas e informadas que potencien el autocuidado.

También, se destaca el problema relacionado con los baños públicos, cuestión que tuvo la mayor desaprobación de todas las variables medibles con veintidós preferencias de los treinta y siete encuestados que se sienten insatisfechos con las condiciones de los baños públicos.

Finalmente, se puede concluir respecto a los datos cuantitativos, que la calidad de la salud pública de Renca es percibida como “*regular*” en ambos análisis (cualitativo y cuantitativo) ya que en su calificación (4,5) si bien, representa una nota de aprobación, aún existen muchas falencias que impiden que esta pueda ser descrita como de calidad.

Sin embargo, como se está analizando la salud pública desde la integralidad de todos los aspectos que involucran una salud de calidad, se agregaron para este análisis, los cambios y sugerencias que los sujetos de estudio realizarían en sus Centros de Salud, fomentando así, la participación ciudadana y la responsabilidad de estos de incidir en dicha calidad. Lo anterior, se podrá ver con más detalle en el siguiente capítulo.

## Capítulo VIII: Aportes al Mejoramiento de la Calidad de la Salud Pública de la Comuna de Renca

En este capítulo, se describirán las acciones de mejoramiento que los adultos mayores entrevistados les gustaría realizar, para obtener una mejor atención de sus necesidades en salud.

Para empezar, se describirán los cambios y sugerencias que los sujetos de estudio realizarían, los cuales están en plena concordancia con las necesidades anteriormente descritas, para luego profundizar en el rol de los entes políticos y de la comunidad usuaria en las cuestiones relacionadas con su salud, la de su familia y la comunidad en la realización y puesta en marcha de dichos cambios.

### 8.1. SUGERENCIAS PROPUESTAS POR LOS ADULTOS MAYORES, PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA

Según los adultos mayores, las principales problemáticas presentes en los establecimientos de salud públicos de la comuna de Renca son los siguientes (ver anexo N° 4):

#### Cuadro N° 8: Frecuencia de las principales problemáticas de la salud pública de la comuna de Renca

PROBLEMAS DETECTADOS	FRECUENCIA
Mal estado de los baños públicos	25
Falta de horas médicas	25
largos tiempos de espera	22
Falta de información	22
Falta de medicamentos	21
Malos accesos al establecimiento	14
Falta de participación	13
Malas condiciones de las salas de espera	13
Falta de alimentos	11
Maltrato percibido por parte de los funcionarios administrativos	10

Fuente: Investigación directa, 2016.

Del mismo modo, cuando se les pregunta a los adultos mayores qué es lo mejor que tiene la salud pública en Renca, señalan lo siguiente (ver anexo N° 5):

**Cuadro N° 9: Frecuencia principales aspectos positivos de los establecimientos de salud de la comuna de Renca**

PROBLEMAS DETECTADOS	FRECUENCIA
No existe ningún aspecto positivo que destacar	22
Óptima cobertura de alimentos	6
El buen trato de los funcionarios con los usuarios	5
Óptima cobertura de medicamentos	4
Entrega de información clara y comprensible	4
Adecuados tiempos de espera	4
Óptima existencia de horas médicas	4
El buen estado de las salas de espera	1
Los óptimos accesos al establecimiento	1

Fuente: Investigación directa, 2016.

Como se puede observar, existen más apreciaciones negativas destacadas por los adultos mayores que apreciaciones positivas, demostrando una clara disconformidad en los siguientes ítems:

- A.** Estado de los baños públicos: Las condiciones de los baños públicos tuvieron una considerable percepción negativa tanto en el desarrollo de los grupos focales (como se pudo observar en el capítulo VII) como en las encuestas, puesto que obtuvo veinticinco preferencias que lo indican como una de las principales falencias de los establecimientos de salud de la comuna. Esto se incrementa al notar que ninguno de los sujetos de estudio lo destaca como aspecto positivo.
- B.** Hora médicas: En este ítem, veinticinco de los encuestados destacaron la “falta de horas médicas” como uno de los aspectos negativos de la salud pública de la comuna de Renca.

- C.** Tiempos de espera: Este representa otra de las problemáticas de la salud pública de Renca según veintidós de las preferencias. Por otro lado, sólo cuatro de los encuestados, cree que estos son adecuados, por ende los consideran como un aspecto positivo de destacar.
- D.** Falta de información clara y comprensible: En esta variable, veintidós del total de los encuestados menciona que la falta de información clara y comprensible es una de las principales dificultades presentes en la salud pública de la comuna de Renca. Esto en contraposición a las cuatro personas que se muestran conformes respecto a la información, lo cual representa una aprobación considerablemente minoritaria.
- E.** Medicamentos: Respecto a este ítem, veintiún de los encuestados señalan que existe falta de medicamentos para tratar adecuadamente su enfermedad.
- F.** Accesos a los establecimientos: De acuerdo a este punto, catorce de los encuestados indican que esta es una característica negativa de destacar. En tanto, sólo una persona lo señala como aspecto positivo.
- G.** Participación: En este ítem, trece de los encuestados expresan que la falta de participación ciudadana, es una de las falencias relevantes en la salud de la comuna, mientras que ninguno de ellos lo señalan como aspecto positivo.
- H.** Estado de las salas de espera: El mal estado de las salas de espera, es considerado como una de las principales problemáticas de la comuna de Renca, según trece preferencias, mientras que sólo un sujeto de estudio, lo destaca como positivo.
- I.** Alimentos: En cuanto a la entrega de alimentos, once de los encuestados lo destacan como un aspecto negativo, mientras que seis de ellos como positivo.

**J.** Trato: Respecto al trato, existe una percepción dividida entre las experiencias positivas y negativas, debido que cinco de los encuestados destaca el “buen trato” como uno de los aspectos positivos de la salud pública de la comuna de Renca. En cambio diez encuestados, es decir, el doble de ellos, señala que el “mal trato” recibido por parte de los funcionarios, es una de las principales problemáticas de la salud pública de la comuna.

**K.** Finalmente, y lo más importante es que veintidós de los encuestados mencionan que no existe “ningún” aspecto positivo, lo que permite concluir que la percepción que tiene gran parte de los sujetos de estudio, es que la salud pública de la comuna de Renca, no es de calidad.

Este resumen anteriormente expuesto, si bien muestra que la percepción de calidad en salud es subjetiva, ya que lo que para algunos es detectado como aspecto negativo, para otros entrevistados no lo es, la mayoría de las percepciones expresadas, son negativas. De esto se podría inferir que aunque las percepciones dependen de las interpretaciones que cada sujeto le dé a su experiencia, dichas interpretaciones sobre la calidad de la salud pública de la comuna de Renca, no es satisfactoria.

No obstante, se puede señalar que las personas en edad avanzada demuestran una cierta “resignación” con las condiciones de salud de la comuna, mientras que las personas adultos mayores en “edad temprana”, manifestaron una mayor disconformidad y reflexión crítica respecto a las falencias señaladas.

A continuación, se describirá un resumen de las percepciones de los adultos mayores sujetos de estudio en cuanto a las posibles sugerencias que ellos realizarían en los Centros de Salud de la comuna (ver anexo N° 6). Lo anterior está en concordancia con los resultados vistos tanto en el primer capítulo como en este segundo capítulo del análisis, ya que los adultos mayores durante el desarrollo del focus group, mencionaron una serie de sugerencias para mejorar la

calidad de la salud pública de la comuna de Renca, lo que queda registrado en la siguiente síntesis:

- A.** Que exista un mecanismo de atención telefónica para los adultos mayores y para los usuarios en general, que les permita acceder a una hora médica desde sus hogares.

***“Que hubiera una persona que contestara el teléfono para que les diera a las personas de la tercera edad hora, para que uno no se levantara a las tantas de la mañana para uno ir a buscar la hora po’, eso... (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***“Que hubiera una facilidad para el adulto mayor que no sea ir a las siete de la mañana a tomar horas... casi seis de la mañana levantarse... no puede ser imagínense...” (65 años, Centro de Salud Balmaceda).***

- B.** Sugieren una mayor oportunidad en la atención, mencionando que deberían existir más horas médicas para cubrir las necesidades de la población usuaria en el área de medicina general.

***“Que arreglen los tiempos para las horas... uno tiene que esperar años, meses para que la atiendan...” (77 años, Centro de Salud Balmaceda).***

***(...) Cuando murió mi mamá eee ella pidió una hora al neurólogo... y pasaron dos años desde que ella murió... y me llamaron recién a la casa que tenía la hora para el neurólogo... imagínese hubiéramos esperado... entonces tuvimos que atendernos por particular... entonces eso le está pasando a mucha gente... a mucha...” (68 años, Centro de Salud Bicentenario).***

- C. Que se produzca un cambio en la forma de atención de los médicos. En ella se destaca, que el personal médico se dé el tiempo de leer las fichas médicas de los usuarios, para de este modo, facilitar el flujo de información y posterior evaluación de la enfermedad padecida.

***“Lo que ellos tienen que hacer, es leer la ficha cuando uno entra, porque resulta que ellos no ven la ficha, solamente ven el nombre, y el control de la persona... A mí me iban a mandar la otra vez a hacerme los exámenes para la tiroides, entonces yo le dije doctor... a mí me operaron... entonces me dice... es que aquí ni figura en la ficha... entonces ahí se puso a buscar y me dijo... ah, ahí está... entonces no la había revisado bien...” (75 años, Cesfam Bicentenario).***

- D. Otro de los cambios más destacados, es que *“existan buenos médicos”*. Este aspecto, permite reflexionar acerca de la manera en cómo se percibe la salud pública en la comuna de Renca, ya que uno de los principales factores para definir su calidad, es que los usuarios confíen en las capacidades y conocimientos técnicos de los médicos y profesionales de la salud que las y los atienden. A su vez, que estos sean capaces de entablar una relación recíproca y de confianza entre los usuarios y el equipo de salud. Con esto, se observa que existe una desconfianza importante por parte de los sujetos de estudio sobre las capacidades y conocimiento de los profesionales. Lo anterior, a consecuencia de la excesiva rotación y cambio de personal.

***“Que tenga buenos médicos, porque la verdad de las cosas cuando uno le hace alguna pregunta a los médicos... que es lo que hacen (...) me tuvo “sentá” un buen rato después de un buen rato se puso a escribir, que se yo... y yo le dije ¿Usted no me va a ver? le dije yo... me dijo la veo altiro... me dijo ¿qué le duele?, yo le dije... mire vengo por un problema que tengo acá en la rodilla y me empezó a revisar la columna, una cuestión que na´ que ver, entonces yo por eso también***

***he optado por atenderme en particular, porque no me gusta como atienden acá...*** (66 años, Centro de Salud Bicentenario).

***“Que haya buenos médicos po...”*** (89 años, Centro de Salud Balmaceda).

- E. Otra de las menciones más reiteradas por los sujetos de estudio, es que pudiesen existir más especialidades en los Centros de Salud, es decir, médicos geriátricos especializados en los cuidados y atenciones que requiere este grupo etario.

***“Yo creo que debería haber médicos para la tercera edad, exclusivos para la tercera edad”*** (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).

***“Eso... que hubieran especialistas... y que en los consultorios hayan especialistas porque para sacarlas de encima a usted la mandan a un hospital y ¿cuánto espera?, ¿cuántos años?... la gente se muere esperando...”*** (75 años, Cefam Bicentenario).

***“Que hayan especialistas... todo lo que dijeron estas señoras... eee por ejemplo así como neurólogos, cardiólogos no te dan nunca hora... si tienes suerte te pueden dar antes. Cuando murió mi mamá eee ella pidió una hora al neurólogo...”*** (68 años, Centro de Salud Bicentenario).

- F. Además, sugieren que exista un mayor número de profesionales de la salud, ya que estos actualmente no son suficientes para sus necesidades, provocando que la oportunidad de la atención se vea perjudicada, disminuyendo e influyendo en una percepción negativa sobre la calidad de la salud pública de la comuna de Renca.

***“Que existan más médicos”*** (79 años, Centro de Salud Balmaceda).

***“Que hayan más médicos porque cuando yo voy nunca hay o hay muy pocos y por eso no me dan nunca hora (...)” (75 años, Centro de Salud Bicentenario).***

- G.** Otra de las sugerencias, es que durante la época estacional de invierno, exista una mayor calefacción en las salas de espera de los centros de salud, ya que estas son “*muy heladas*”, por ende, esta situación es vista como un aspecto que perjudica su calidad de vida de los adultos mayores.

***“Deberían tener una pequeña calefacción, porque son los riegos, sufrimos con el frío” (84 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).***

- H.** A su vez, otra de las necesidades destacadas, es que pueda existir una mayor cobertura de medicamentos en las farmacias y que no discontinúen su entrega a lo largo del tiempo.

***“Lo único, que no nos dejen de dar los remedios” (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).***

***“Yo como sugerencia que den mayor cantidad de remedios que necesita uno....” (85 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).***

- I.** Por último, se destaca que una “buena atención en salud” resulta primordial al momento de evaluar la calidad, ya que tiene relación con el trato que reciben las personas. En este aspecto, se propone la existencia de al menos, un personal administrativo capacitado en la atención de adultos mayores, es decir, que tengan conocimientos, habilidades y destrezas en el trabajo con este grupo etario.

***“Que atiendan bien a la gente (...)” (86 años, Centro de Salud Huamachuco).***

***“Lo que yo sugeriría... sería que para el adulto mayor, hubiera por lo menos... un funcionario que se diera el tiempo para atender al adulto mayor... darle la hora, darle eee***

***información... porque nosotros los adultos mayores... como que ya... somos lo último ya... entonces no nos atienden bien o lo que quieren ellos... es que uno salga luego y se vaya... entonces eso sería conveniente que hubiera en cada consultorio por lo menos un funcionario que se dedicara a atender a los adultos mayores...” (69 años, Centro de Salud Huamachuco).***

Como se puede apreciar, las percepciones en torno a la mejora de la salud pública en Renca, no tiene relación con cambios “irrealizables” sino que son exigencias mínimas que este grupo etario requiere y que cada establecimiento de salud, debiese gestionar como parte de las normativas de calidad exigidas por la Superintendencia de Salud. Además según lo visto en el marco teórico, son los municipios a consecuencia de la descentralización de la salud pública, quienes tienen el deber de garantizar el acceso a una salud asequible para todos y todas, como estándares mínimos requeridos para aumentar los niveles de calidad de vida de la población comunal.

En consecuencia, estas sugerencias permiten apreciar que el sistema de salud implementado en la comuna de Renca, aún persisten bajo los lineamientos del paradigma biomédico, ya que según los datos recogidos, existen factores importantes que pueden ser mejorados con una mejor gestión del recursos humanos como la confianza entre el usuario y el profesional, el buen trato, el derecho a una información clara y comprensible de su estado de salud, entre otros aspectos que son fundamentales en las orientaciones de la salud pública a nivel nacional y que a nivel local pareciese ser, aún un tema pendiente.

Lo anterior, puede reforzarse en el siguiente punto, en el que se demuestra el poco conocimiento que tienen los sujetos de estudio sobre los canales de información y sobre el derecho de participación que tienen los ciudadanos en salud, según lo estipulado en la Ley N° 20.500 de “Participación Ciudadana” promulgada en el año 2011, lo que hace rectificar el carácter biomédico de la salud pública en Renca, tal y como se podrá apreciar a continuación.

## 8.2. PERCEPCIÓN SOBRE EL ROL DEL ESTADO, LAS MUNICIPALIDADES Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNA DE RENCA.

En lo referido a la percepción que tienen los adultos mayores sobre las entidades responsables de otorgar una salud pública digna y de calidad, estos son atribuidos tanto a los estamentos políticos como a la comunidad usuaria:

***“A través del Ministro de Salud, porque él es la cabecilla de todo...” (68 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).***

***“La presidenta o el presidente que haya en el momento...” (72 años, Centro de Salud Huamachuco).***

De esta manera, los usuarios adultos mayores están conscientes de la responsabilidad del Estado, sobre velar y garantizar a todos los ciudadanos del país, una salud pública digna, igualitaria y de calidad para todos y todas, sin ningún tipo de distinción social, económica, política, étnica, etc. Sin embargo, debido a que la administración de la salud pública depende directamente de los municipios, las condiciones de los establecimientos de salud y la calidad de estos, serán en consecuencia, diferentes en todos los casos, ya que esta va a depender del territorio y del presupuesto comunal que estos posean. De acuerdo con esto, los adultos mayores sujetos de estudio se encuentran ampliamente informados no solamente del rol que tiene el Estado como ente responsable de garantizar una salud pública de calidad a todos los ciudadanos del país, sino que también, sobre el rol que tiene la Municipalidad de Renca, en el mejoramiento de la calidad de la salud pública en la comuna:

***“Por ejemplo ahora que va a haber alcalde nuevo, el alcalde o la alcaldesa que se yo, es el responsable, ellos tienen que arreglar este problema” (66 años, Centro de Salud Balmaceda).***

Como se aprecia, existe la percepción de que la salud pública representa una de las problemáticas más sentidas por los adultos mayores sujetos de estudio. No obstante, aún existe la percepción de conformismo

***“Yo estoy conforme, ya no se puede más no más” (84 años, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino),***

Esta percepción como fue mencionado con anterioridad, está más arraigada en los adultos mayores que se encuentran en la etapa “avanzada”, mostrando una cierta “resignación” respecto a las condiciones de la salud pública, dejando de lado la opinión crítica y reflexiva de los usuarios para su mejoramiento.

Continuando sobre el rol que tiene la municipalidad como ente responsable de la administración de la salud pública de la comuna, esta corresponde a una las variables de mayor debate y conocimiento respecto a la responsabilidad municipal, sobre garantizar una salud pública de calidad.

***“Es que el cambio es tan fundamental... que es el Alcalde, que es la cabeza mayor de la comuna que tiene que dirigir a su rebaño, que esté bonito, que esté tranquilo, que esté limpio, que pucha, que la gente salga feliz de los consultorios después de haber sido atendidos, de haber encontrado una hora por ejemplo, eso...” (65 años, Cefam Bicentenario).***

Según lo visto en el marco referencial de esta investigación, durante los procesos de municipalización de la salud pública bajo los principios de descentralización y desconcentración, se traspasa la responsabilidad de la administración de los Centros de Atención Primaria a las municipalidades, lo que en la realidad, origina una cierta inequidad en la salud pública, ya que no todos los municipios poseen un presupuesto adecuado, ni distribuyen sus recursos de la misma manera. Bajo este aspecto, los usuarios sujetos de estudio comprenden que la óptima administración de los recursos municipales, es fundamental a la hora de velar por una salud

pública digna y de calidad, por ende, mencionan que debería existir una fiscalización constante de esta:

***“Tendría que haber más fiscalización...” (85 años, Cesfam Bicentenario).***

***“(...) yo creo que es muy poca la gente que va a ver cómo funciona, que están haciendo... entonces nadie los regula a ellos...” (87 años, Cesfam Bicentenario).***

***“Pero también dependen de la municipalidad... es que ahí el señor alcalde, se debería poner un poquito más enérgico en la fiscalización...” (76 años, Centro de Salud Balmaceda).***

Como se puede apreciar, se reconoce la importancia de que las entidades estatales como la Superintendencia de Salud o el Servicio de Salud Metropolitano Norte e incluso la misma municipalidad, fiscalice si se está o no entregando un servicio de salud de calidad en cada uno de los establecimientos de la comuna. Pese a ello, existe una clara desconfianza por parte de los usuarios respecto al cumplimiento de este rol por parte de la municipalidad y las entidades fiscalizadoras:

***“O sea es todo al lote no más...” (77 años, Centro de Salud Balmaceda).***

En cuanto a la responsabilidad de los usuarios de poder contribuir y colaborar en mejoras relacionadas con la calidad en la salud, también se puede caracterizar como un asunto de importancia dentro de dichos cambios. Esto generalmente, es a través de la participación ciudadana, el cual representa un derecho de todos y todas de poder intervenir en la toma de decisiones mediante acciones colectivas que permitan un trabajo colaborativo para aumentar los niveles de calidad de vida de la población usuaria. En este sentido, la percepción de los adultos mayores en cuanto a la importancia de la participación ciudadana, mencionan que:

***“Supongamos que hay una reunión con el alcalde nuevo, habría que decirle todas esas ideas, las inquietudes de nosotros los adultos mayores...”*** (66 años, Centro de Salud Balmaceda).

***“(...) somos el pueblo como se dice, nosotros los elegimos a ellos, entonces tienen que retribuirnos por lo menos, haciéndonos la vida un poco más grata...”*** (65 años, Cesfam Bicentenario).

De esta manera se demuestra la necesidad de ser escuchados respecto de sus problemáticas, ya que según lo descrito, sienten que están abandonados y no los consideran al momento de participar o incidir en las decisiones que se tomen en la salud pública de la comuna:

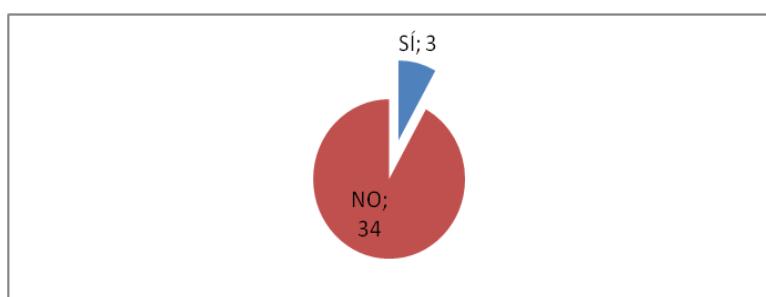
***“Noo... no nos toman en cuenta”*** (79 años, Centro de Salud Balmaceda);

***“Nunca nos han tomado en cuenta”*** (72 años, Centro de Salud Hernán Urzúa).

La participación ciudadana como fue visto en el marco teórico de esta investigación, representa un derecho ciudadano ya que el hecho de participar de diferentes instancias organizativas, desarrolla una conciencia de sí mismo sobre sus derechos y los de su comunidad, opinando y tomando decisiones al respecto libremente, con lo cual se potencia no solo una mayor calidad de vida de los individuos, sino que también de la comunidad. La mayor parte de los adultos mayores que participaron de esta investigación, perciben que la participación de los usuarios es relevante a la hora de realizar mejorías en torno a la salud, ya que a través de ésta, se puede conocer y determinar cuáles son las problemáticas sentidas por la comunidad usuaria. Por ello, se les realizó una serie de preguntas por medio de las encuestas, que permiten determinar el grado de conocimiento de los adultos mayores, respecto a los canales de participación de los establecimientos de donde son usuarios: *¿Usted sabía que en el Cesfam o*

Consultorio en donde se atiende, existe un espacio de participación ciudadana? A lo que respondieron de la siguiente manera según el grafico presentado a continuación.

**Gráfico N° 21: Porcentaje de conocimiento de los canales de participación ciudadana**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Frente a esto, la gran mayoría de los encuestados, es decir treinta y cuatro de ellos, mencionaron que no conocen cuáles son los mecanismos de participación en la salud pública, mientras que sólo tres personas señalan que sí los conocen.

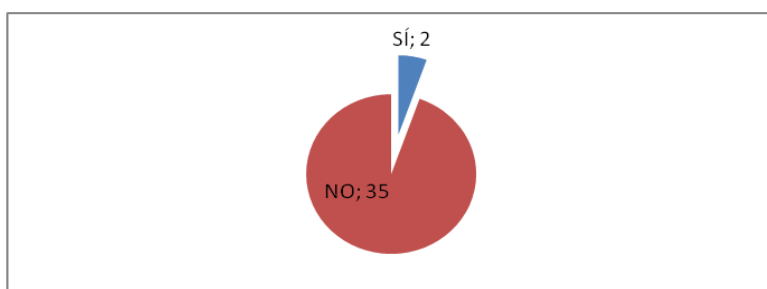
En este aspecto, es importante señalar que según visto en el marco referencial de este estudio, los canales de participación que tiene la salud pública de la comuna de Renca son dos: Consejos Consultivos quienes ayudan a difundir información a la comunidad usuaria, cooperan en la coordinación de charlas, se les realiza capacitaciones, entre otras, y la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (O.I.R.S.) que opera a través de un buzón de opinión de los usuarios.

Este elevado porcentaje de personas organizadas que desconocen los canales de información existentes en los Centros de Salud correspondientes, demuestran la dificultad para instalar un nuevo paradigma de la salud pública. En el fondo es desconocer su derecho como usuarios a incidir en la entrega de las atenciones en salud; cuestión preocupante, ya que se vuelve a resaltar el carácter biomédico de la salud pública de Renca, al no tener conocimiento de la existencia de una

organización en salud, de las cuales pueden, deben y tienen el derecho de participar, pero que sin embargo, están siendo limitados.

Posteriormente y para ahondar en la percepción que tienen los adultos mayores sobre la participación ciudadana en salud, se les consultó: *¿Usted conoce los Consejos Consultivos, Consejos de Desarrollo o Consejos de Salud, que funciona en su Cesfam?* Estos concejos, tal y como se explica en el marco referencial de esta investigación, tienen carácter de facilitador del diálogo entre los usuarios, los profesionales de la salud y las entidades municipales para resolver de manera participativa, las problemáticas sentidas por la comunidad usuaria. Frente a esto, los sujetos de estudio, respondieron lo siguiente:

#### **Gráfico N° 22: Porcentaje de conocimiento de los Consejos Consultivos**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Como se mencionaba anteriormente, según el PLADECO de la comuna de Renca, cada uno de los Centros de Salud cuentan con un Consejo Consultivo. A pesar de ello, los datos arrojados en las encuestas aplicadas en esta investigación, demuestran que treinta y cinco de los adultos mayores encuestados no conoce la existencia de los Consejos Consultivos. Sólo dos personas señalan que sí los conoce, o sea, sólo dos personas de los treinta y siete encuestados, indican conocer dicho canal de participación ciudadana, lo que demuestra una falta de información importante sobre el derecho de todos las/los usuarios a participar de su salud.

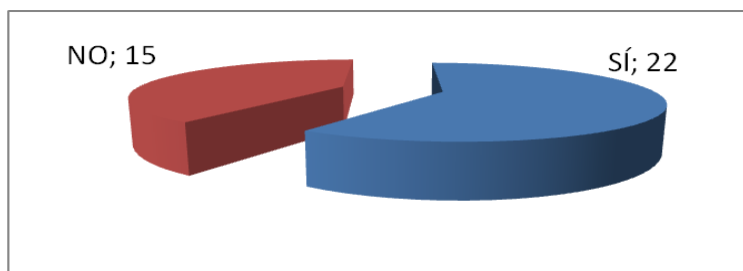
Esta falta de conocimiento respecto a los canales de participación, demuestra un estancamiento en el propósito de los Consejos Consultivos sobre avanzar en los derechos ciudadanos y en el control social sobre la gestión pública. A su vez, es

un espacio en el que los usuarios pueden encontrar y entablar una relación de confianza con los equipos de salud, compartiendo a través de reuniones que generalmente son mensuales, sus visiones, expectativas, percepciones y propuestas, en función de mejorar la calidad de la atención y los niveles de satisfacción usuaria. De esta forma, la falta de información respecto a los Consejos Consultivos, produce un severo estancamiento en los avances de la salud pública, ya que sin la participación de la comunidad usuaria no se puede avanzar en más y mejor calidad. Esto porque sin sus opiniones respecto a sus necesidades en salud, se estaría avanzando a “ciegas” sin tener la certeza de que las estrategias implementadas hasta el día de hoy, son eficaces o no.

Cabe mencionar que cuando se refiere en este documento a participar en salud, se está haciendo referencia a la promoción de conductas saludables que mejoren la calidad de vida de las personas; develando a través de las percepciones de los sujetos, la realidad y necesidades de la comunidad usuaria, haciendo énfasis en la educación, promoción y prevención, siendo protagonistas y fiscalizadores de las políticas públicas en salud. Cuestión sumamente cuestionable en los Centros de Salud de la comuna de Renca debido a que el conocimiento respecto ha dicho canal de participación ciudadana, es practicante nulo. Esto permite nuevamente reflexionar sobre la efectividad de los enfoques y/o estrategias implementados hasta el día de hoy.

Finalmente se les consultó: *¿Le gustaría participar de algún Consejo Consultivo?*, a lo que los adultos mayores respondieron:

**Gráfico N° 23: Porcentaje de adultos mayores que desearían participar del Consejo Consultivo**



Fuente: Investigación directa, 2016.

Según el gráfico anterior, veintidós de los encuestados señalan que sí les gustaría participar, mientras que quince de los encuestados indican que no le gustaría participar.

Estos resultados se tornan interesantes al momento de reflexionar sobre la escasa participación ciudadana, ya que los adultos mayores representan a uno de los grupos etarios que más participan de las instancias relacionadas con su salud, por ende, que quince de los sujetos de estudio mencionen que no les gustaría participar de los Consejos Consultivos. Lo anterior resulta preocupante debido a que participación es fundamental a la hora de aumentar los niveles de calidad de vida de la población, ya que a través de esta, las entidades encargadas de la salud pública de Renca, pueden conocer cuáles son las necesidades de la población usuaria. Al parecer, existe un cierto sentimiento de inutilidad respecto a la incidencia de los Consejos Consultivos:

***“(...) si va a un grupo (...) uno pierde el tiempo... pa’ qué ir si ni nos escuchan ni nos toman en cuenta....” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).***

Este sentimiento de pérdida de tiempo, es muy importante de erradicar, potenciando así, la importancia que tiene la participación ciudadana no sólo en la salud, sino que en todas las áreas de la vida, ya que a través de esta, se fomenta la organización social y comunitaria en torno al mejoramiento de la calidad de vida de todos y todas. Pero, del mismo modo que existe desconfianza, también hay usuarios que sí se manifiestan dispuestos a participar de dichos Consejos Consultivos, resaltando la importancia de estas instancias por medio de la educación:

***“(...) debería haber una educación cívica, a los usuarios (...) tiene que haber un respeto mutuo...” (68 años, Cesfam Bicentenario).***

Lo anterior, se puede analizar desde el punto de vista de un trabajo colaborativo entre los funcionarios, los profesionales y los usuarios, para así entre todos/as facilitar una atención más amable, oportuna y eficaz.

De esta forma finaliza la descripción y el análisis de las experiencias sentidas por los adultos mayores durante todo el proceso de reflexión crítica desarrollado en el trabajo de campo de esta investigación, lo que permitió evaluar la calidad de la salud pública desde un punto de vista cuantitativo como “regular”, ya que si bien, logra responder las cuestiones relacionadas con la enfermedad de las personas, aún existen múltiples variables que potenciar. Cuando se analizan las descripciones desde un punto de vista cualitativo, se observa que la salud pública de la comuna de Renca, aún presenta las características de un paradigma biomédico en salud.

Finalmente, según las experiencias recopiladas en esta investigación y presentada en cuanto a las variables de estudio, se aprecia un descuido y falta de atención por factores que no son identificables en esta investigación, pero que repercuten en la calidad de la salud pública de la comuna de Renca.

Respecto a la participación en salud, tampoco parece ser un tema difundido, por tanto los entrevistados se mantienen ignorantes e incluso se demuestra un sentimiento de desmotivación a integrarse a participar. Esto representa una contradicción desde el punto de vista biopsicosocial, ya que los objetivos de la políticas públicas sobre una salud más participativa, incluye en la relación salud-enfermedad, una integralidad de funciones que los centros de Atención Primaria deben promover para que la comunidad usuaria participe y se empodere de los asuntos relacionados con su salud, con la finalidad de seguir avanzando en una salud más digna y de calidad.

## CONCLUSIONES

Finalizando el análisis de los datos, se puede concluir que los adultos mayores no se demuestran conformes con las atenciones entregadas en los establecimientos públicos de salud de la comuna de Renca. Esto porque a la hora de reflexionar críticamente durante la aplicación de los focus group, pudieron relatar y expresar sus malestares respecto a las variables de calidad desde sus propias experiencias y vivencias, mencionando una serie de problemáticas en torno a la salud (que ya se han descrito), las cuales permiten concluir que la salud pública en la comuna de Renca no es la adecuada, es decir, aún tienen un largo camino que recorrer para poder definirla y catalogarla como de “calidad” suficiente.

La oportunidad de la atención -cuestión que es parte esencial para poder catalogar a un establecimiento de salud como de calidad-, es parte de la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes” en su artículo N° 2, correspondiente al ámbito “dignidad” orientada “(...) *A que las acciones de salud sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria*” (Superintendencia de Salud, 2013, p.7). A su vez, el derecho a recibir una atención en salud oportuna y de calidad, es sin ninguna distinción; “(...) *para todos y todas por igual sin discriminación arbitraria, respetando la diversidad social y cultural, integrando las particularidades, características y necesidades de los distintos grupos que conforman la sociedad*” (MINSAL, op.cit., p.1).

A pesar de ello, se puede evidenciar una falta de oportunidad en las atenciones médicas de los Centros de Salud de la comuna, que está directamente relacionada con las problemáticas estructurales de la salud pública, como la falta de personal médico y técnico que permita cubrir las demandas de la población usuaria, por ende en este caso, la excesiva rotación de personal y falta de profesionales de la salud, son las causas por las cuales no se estaría entregando una atención oportuna para las y los usuarios.

De acuerdo las estadísticas de salud del año 2015 generadas por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), mencionan que en Chile existe una tasa de médicos de 1,9 por 1.000 habitantes, siendo la media de los países de la OCDE como España, Austria, Canadá, entre otros, de 3,3 médicos por cada 1.000 habitantes (Méndez, 2015).

De esta manera, la problemática asociada a la falta de profesionales de la salud es el resultado de una falla estructural de los sistemas de salud en Chile que dificultan la formación y retención de los equipos de salud en el servicio público. Esto porque el Sistema de Salud en Chile, cuenta con una dualidad de servicios públicos y privados, en el que de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 2013), es responsable de entregar cuidados en salud al 78,29% de los beneficiarios de Fonasa, mientras que la provisión privada cubre sólo a un 14,23% de sus beneficiarios (Ibíd.). Esta situación de desigualdad frente a la cobertura de las necesidades de la población usuaria en diferenciación a la cobertura de las instituciones de carácter privado, origina que ambas lógicas deban competir por profesionales y técnicos de forma completamente desigual; y en este aspecto, es que los profesionales de la salud generalmente opten por trabajar en establecimientos privados en el que la carga laboral es menor, perciben una mayor remuneración y los tiempos de atención son más extensos.

Frente a dicho escenario, la escases de profesionales y técnicos de la salud puede estar relacionado con la dualidad del sistema de salud descrita anteriormente pero, según las orientaciones que propone en enfoque biopsicosocial y el Modelo de Salud Familiar, el equipo de salud debe estar capacitado para enfrentar los retos de la población usuaria desde la perspectiva del respeto, de una atención amable y cercana que permita concebir los centros de Atención Primaria más que como un mero Centro de Salud que trata las enfermedades de las personas, sino como un establecimiento cercano, con lazos de confianza entre profesionales, usuarios, la familia y la comunidad. En dicho sentido, la rotación excesiva de

personal es una responsabilidad institucional, que no ha sido capaz de igualar las condiciones laborales entre el sector público y el sector privado.

Por otro lado, la entrega de medicamentos es uno de los aspectos que podrían destacarse como positivos en la descripción de esta variable, porque aunque si bien, algunos adultos mayores mencionan que debería existir más cobertura de estos por una cuestión socioeconómica, se mencionan también que los medicamentos que se les entregan de forma gratuita en los Centros de Salud, han sido siempre otorgados cuando estos los han solicitado, sobre todo, para los usuarios que se encuentran bajo algún tratamiento crónico.

En cuanto a la Calidez Humana y Preocupación que el equipo médico (profesionales, técnicos y administrativos) demuestran durante la atención, se puede concluir que es percibida como una práctica no habitual, ya que existen ocasiones en que estos se han sentido mal tratados. Este sentimiento de poca empatía es percibido por los sujetos de estudio como causante de vulneración de derechos y discriminación por edad. Recordemos que según lo visto en el marco teórico de esta investigación, la evolución del concepto de adulto mayor también conlleva a una evolución de su concepto de sujeto de asistencia a sujetos de derechos. En este aspecto, se destaca la necesidad por parte de los sujetos de estudio, que tanto los profesionales como los funcionarios administrativos, se eduquen en el trabajo con los adultos mayores, para que estos adquieran conocimientos respecto a las necesidades especiales requeridas por este grupo etario. Esto repercute en el sentimiento de poca valoración de sus personas y/o al mismo tiempo, de falta de vocación y compromiso de los profesionales. Esta es otra de las diferenciaciones importantes en cuanto al trato amable que se da en otros establecimientos, sobre todo los de carácter privado.

Este punto, permite reflexionar acerca de lo importante que es contar con profesionales capacitados y comprometidos con el individuo, la familia y la comunidad como lo propone el Modelo de Salud Familiar, ya que la importancia de la empatía con los adultos mayores y con todo tipo de usuarios, es trascendental a la hora de describir la calidad de la salud pública en el país y en particular, en la

comuna de Renca, ya que en este aspecto, los usuarios sujetos de estudio mencionan que no siempre el equipo de salud es cálido y amable con ellos, cuestión que debiese seguir potenciándose para así lograr un mayor estándar de calidad en relación al trato, tal como lo menciona la Superintendencia de Salud en su Artículo N° 5 de la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes”. En el ámbito “*dignidad*”, se destaca que toda persona tiene derecho a un trato digno y respetuoso, velando por un lenguaje adecuado e inteligible; velar por la cortesía y amabilidad y a que las personas sean llamadas por su nombre (Superintendencia de Salud, 2013). Sin embargo, se puede determinar que en los establecimientos de salud públicos de la comuna de Renca, esto no es una práctica habitual.

En cuanto a la Rapidez de la Atención, se puede sintetizar que también es una de las variables que no se cumplen en su totalidad. Cabe recordar que cuando se menciona la variable “rapidez de la atención” se está haciendo énfasis al tiempo que los usuarios deben esperar para poder acceder a una hora médica y a los tiempos de espera entre la hora agendada y la atención médica, siendo ambas características ampliamente abordadas por las y los sujetos de estudio porque a consecuencia de su avanzada edad, dichos tiempos de espera son constituyentes de una profunda molestia y de un fuerte sentimiento de vulneración de derechos.

En cuanto a los tiempos de espera para acceder a una hora médica, se puede destacar que es una de las principales falencias detectadas por los sujetos de estudio, ya que durante el desarrollo tanto de las encuestas como de los grupos focales, fue ampliamente abordada como uno de los aspectos más perjudiciales para su seguridad y su estado de salud. Cabe destacar que en la comuna de Renca, si bien se realizó un intento por contar con una línea telefónica que facilitara el acceso a esta, hoy en día es catalogada como inexistente.

La conclusión respecto a esta temática, es que los tiempos de espera son muy extensos en ambos casos. Sin embargo, esta falencia no sólo es responsabilidad de la administración municipal el cual debe velar por una atención eficaz, sino que también es una problemática a nivel país en relación a la falta de contratación de profesionales y técnicos en la salud pública, ya que sin la óptima cobertura de

estos, difícilmente se va a poder cubrir a toda la población usuaria de manera eficiente, oportuna y con adecuados tiempos de espera.

Por otro lado, otra de las temáticas relevantes y constituyentes de los aspectos no médicos que resaltan al momento de evaluar la calidad de una determinada institución de salud, es el acceso que los usuarios tienen hacia una información clara, precisa y entendible, es decir, en palabras no técnicas, sobre su enfermedad y posterior tratamiento. Esto según el Artículo N° 9, 10 y 11 de la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes”, se relaciona con el “*derecho de información clínica*” sobre: la identificación del equipo y del profesional responsable; sobre su estado de salud y del posible diagnóstico de su enfermedad; sobre las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar y sobre el pronóstico esperado (Superintendencia de salud, 2013).

No obstante, en este aspecto se concluye que sólo “a veces” se les entrega una información clara y entendible sobre su estado de salud, lo que se daría principalmente por el acotado tiempo de atención que dificulta la óptima aplicación de esta variable, influyendo directamente en la cantidad y en la calidad de la información que se les entrega.

Esta crítica sobre la falta de información clara y entendible, también hace referencia a la educación de los usuarios en torno a la administración de los tratamientos farmacológicos, mencionando que estos medicamentos son otorgados sin mayor información sobre sus usos, sus efectos y su administración, percibiéndolo como una falta importante en la educación de la comunidad en los aspectos que involucran su salud; cuestión que debiese ser garantizada según el Artículo N° 31 y N° 32 de la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes” sobre los “*derechos en materia de medicamentos e insumos*”, en el cual se promueve el libre acceso a información sobre precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos (Superintendencia de Salud, 2013).

Aquí, se resalta la necesidad del trabajo multidisciplinario entre Médicos, Químicos Farmacéuticos y los profesionales de las Ciencias Sociales para generar

estrategias de participación que permitan la promoción de la información por medio de la educación y la prevención, tal como exige la Ley 20.500 de “Participación Ciudadana” y la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes”.

Finalmente, las críticas respecto a la necesidad de contar con información clara y entendible otorgada por los funcionarios administrativos, fueron de los menores aspectos destacados por los adultos mayores. Destaca la importancia de que exista al menos un funcionario administrativo capacitado en las atenciones para los adultos mayores, promoviendo así, la empatía y la solidaridad con este grupo etario, ya que existe la percepción de que dichos funcionarios no poseen las habilidades y destrezas necesarias para tratar los requerimientos de esta población.

Por último, para la evaluación de la calidad de la salud pública de Renca, se incluyeron dos aspectos constituyentes de obligatoriedad. Estas son las variables Limpieza y Equipos y Tecnología, los cuales obtuvieron una muy baja evaluación siendo catalogadas como ineficientes en todos sus ítems. Esto se acentúa con las condiciones de los baños públicos el que obtuvo la evaluación más baja de todas las variables estudiadas.

La importancia de una buena higiene y limpieza de los establecimientos de salud, es básica, esencial y primordial cuando hablamos de rehabilitación en salud, es por ello, que esta variable debería constituir en una de las acciones elementales que debiesen estar garantizados a cabalidad. Hay que considerar además, que el Ministerio de Salud, ha implementado múltiples protocolos de limpieza e higiene para cada una de las áreas de los establecimientos de salud, por tanto su cumplimiento, es responsabilidad de cada Centro de Salud.

Finalmente, en lo relacionado con la modernización de la tecnología y de equipos de salud, si bien fue una de las variables menos comentadas por los adultos mayores, estos perciben que los establecimientos de la comuna, no han tenido un mayor avance al respecto. Cabe mencionar que la mayoría de los sujetos de estudio, han sido usuarios por más de veinte años de la salud pública de la

comuna, por tanto han sido parte de todos los avances y posibles retrocesos en salud.

Este ítem según el MINSAL (2015), está relacionado con:

*“Introducir altos estándares de calidad en los procesos de vigilancia y fiscalización sanitaria de la Autoridad Sanitaria. Permite avanzar en la agenda de modernización del Estado, en la transparencia de la gestión y en mejorar los tiempos de respuestas a los trámites al que se ven sometidas las personas” (p.448).*

Sin embargo, estos estándares no se estarían cumpliendo, ya que los tiempos de respuesta frente a los trámites en salud, no han sido resueltos, como por ejemplo: tecnología que facilite la toma de horas médicas, equipos médicos que faciliten la detección de enfermedades y su posterior tratamiento, tecnología que permita un mayor acceso hacia los canales de información, entre otras; cuestión que en la comuna de Renca aún no es vista como una realidad.

Además, dichos canales de información representa una de las variables medidas sumamente preocupantes por el hecho de que la mayoría de los sujetos de estudio no conoce los canales de participación, tales como: O.I.R.S. y los Consejos Consultivos. En este sentido, se concluye que el acceso a participar de los asuntos que involucran el estado de salud de la comunidad usuaria a través de la participación ciudadana en cuentas públicas, diálogos ciudadanos, entre otros, en la comuna de Renca, también es una temática pendiente. En esto, como investigadora puedo concluir e hipotetizar que dichos canales no fueron difundidos a toda la comunidad usuaria porque durante muchos años, en la comuna dichos canales de participación eran exclusivos para las personas con las mismas orientaciones políticas de la alcaldesa responsable hasta el año 2016 del municipio.

Por otro lado, según el penúltimo objetivo específico de este estudio y en base al análisis de la información, se puede resumir que las dificultades y fortalezas percibidas por los adultos mayores son:

**A. Dificultades:**

- Excesiva rotación de personal médico.
- Tiempo excesivo al momento de solicitar horas médicas.
- Falta de información clara, oportuna y entendible.
- Falta de calidez humana y preocupación por parte del equipo médico.
- Deficiente higiene y limpieza tanto en el establecimiento en general, como en las condiciones de los baños públicos.
- Falta de inversión municipal en equipos y tecnologías.
- Poca participación ciudadana.

**B. Fortalezas:** En este punto es importante señalar que no hubo fortalezas destacadas como positivas en su totalidad, más, se enfatiza en las siguientes variables debido a que fueron las menos criticadas por los sujetos de estudio:

- Óptima cobertura y entrega de medicamentos.
- Entrega de información clara y entendible sobre el estado de salud de las personas que asisten a atenciones de tipo crónicas.
- Óptimos tiempos de atención para los usuarios que asisten a controles de crónicos.

Con respecto a esto, la conclusión sobre las sugerencias que las y los adultos mayores sujetos de estudio realizarían para mejorar la salud pública de la comuna de Renca son:

- A. Implementar un mecanismo de atención telefónica para acceder a una hora médica.
- B. Más cobertura de horas médicas.
- C. Más cercanía entre los usuarios y el equipo de salud.
- D. Más especialistas; Geriatras y Gerontólogos.
- E. Más profesionales para medicina general.
- F. Invertir en equipos y tecnología que permita aumentar los niveles de calidad de vida tanto de los usuarios, como del equipo de salud.
- G. Por último, se propone la existencia de al menos, un personal administrativo capacitado en la atención de adultos mayores.

En relación a todo lo concluido con anterioridad, es que se revisarán las siguientes hipótesis de investigación:

**Hipótesis N° 1: “Los tipos de atención en salud más recurrentes por los cuales los adultos mayores acuden a los centros de salud públicos de la comuna, es la atención médica por las necesidades propias de su etapa del ciclo vital”.** Esta hipótesis es comprobada, ya que los adultos mayores son las personas que más acuden a los establecimientos de salud a causa de las enfermedades propias de su ciclo vital, conllevando a que asistan de forma regular por sus tratamientos farmacológicos que son entregados de forma mensual, por la entrega alimentación complementaria y nutricional, entre otras necesidades en salud.

**Hipótesis N° 2: “La opinión de los adultos mayores, en cuanto a las atenciones positivas que reciben, tienen relación con la limpieza y una atención oportuna, mientras que los aspectos negativos, con la falta de calidez humana, equipos y tecnología, rapidez de la atención e información”.** Esta hipótesis de estudio no puede ser comprobada en su totalidad; primero porque la limpieza y la atención oportuna no fueron catalogados como positivos, sino que absolutamente lo contrario, siendo definidos como aspectos negativos. La calidez humana, equipos y tecnología, rapidez de la atención e información, de

igual modo, fueron percibidos como negativos, por tanto en esta última parte, sí se puede comprobar la hipótesis de estudio.

**Hipótesis Nº 3: “Los adultos mayores perciben que una de las dificultades que tiene la salud pública de la comuna, se relaciona con el mal trato recibido por parte de los funcionarios administrativos del establecimiento”.**

Esta hipótesis aunque si bien, no fue uno de los principales problemas detectados por los sujetos de estudio, puede ser comprobada, ya que se describe a los funcionarios administrativos como sujetos que no tienen la paciencia deseable de un funcionario especializado en atención al público y por sobre todo en las atenciones dirigidas hacia las y los adultos mayores, catalogándolo como un hecho de mal trato.

**Hipótesis Nº 4: “Los adultos mayores perciben que las fortalezas de la salud pública de la comuna de Renca, son las suficientes horas médicas para las necesidades de este grupo etario, lo que genera que su atención sea oportuna”.** Esta hipótesis puede ser refutada en su totalidad, ya que una de las principales falencias detectadas por ellos mismos, es la escasez de horas médicas y la poca capacidad de cobertura de los establecimientos públicos de la comuna, teniendo que pasar por largos tiempos de espera antes de poder acceder a una atención médica. Frente a esto, los adultos mayores deben optar por atenciones de tipo particular.

**Hipótesis Nº 5: “Las principales sugerencias que realizan los adultos mayores para mejorar la salud pública de la comuna de Renca, se enfoca en mejorar los tiempos de espera y facilitar la toma de hora médica en los diferentes centros de salud de la comuna”.** Dicha hipótesis puede ser comprobada, ya que una de las necesidades principales está relacionada con mejorar los tiempos de espera y la toma de horas médicas, pero además, se incluyen otras variables como más cobertura de horas médicas, más cercanía y confianza con los profesionales y administrativos, más inversión en equipos y tecnología y finalmente, más especialistas y profesionales con la finalidad de poder otorgar una mejor cobertura a la población usuaria de la comuna de Renca.

Así se puede sintetizar que la percepción que tienen los adultos mayores de 65 años, participantes de alguna organización de adulto mayor, sobre la calidad del servicio de salud público que están recibiendo en la comuna de Renca, durante el año 2016, es “regular”, ya que se identificaron importantes falencias que se debiesen mejorar como un requerimiento de calidad en salud.

Como se pudo apreciar a lo largo del análisis de los resultados de esta investigación, los Centros de Salud de la comuna de Renca, aún se sitúan bajo un modelo biomédico a pesar de que según los registros del PLADECO (2016), cuentan con un Cesfam; “Bicentenario” que por congruencia, debiese implementar el Modelo de Salud Familiar, tomando en cuenta aspectos sociales, culturales, económicos, entre otros, en la relación salud-enfermedad. Esto porque según lo recopilado de las percepciones y experiencias de los adultos mayores sujetos de estudio, la atención recibida en estos establecimientos, son más bien de tipo asistencial –incluidos los del Cesfam Bicentenario-, ya que son definidos como instituciones de salud en donde solo acuden para solucionar su enfermedad, sin un mayor involucramiento de los usuarios en cuanto al derecho a la información y a la participación de los asuntos relacionados con su salud; cuestión que representa un incumplimiento según el decreto de la Ley 20.500 de “Participación Ciudadana” y la Ley 20.584 de “Derechos y Deberes”.

Para finalizar, cabe señalar que la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial, tuvo un motivo. Este motivo tiene relación con los nuevos lineamientos que tiene el Estado de Chile desde de la Reforma en Salud del año 2000, en el que se incluye a la comunidad usuaria, debido a que su nuevo eje está orientado hacia la participación ciudadana, potenciando la prevención y el autocuidado bajo el concepto de usuario como sujeto de derecho. Mas, está demostrado, con los avances en la relación salud-enfermedad, que las implicancias sociales están estrechamente relacionadas con la salud de la comunidad usuaria por tanto, los individuos sí son responsables de su enfermedad y de su posterior tratamiento. Bajo este aspecto, la salud pública de la comuna de Renca, aún tiene un desafío importante al momento de solventar las necesidades

de la población usuaria, teniendo una cuenta pendiente con la participación de la comunidad, no solo en lo referido a los canales de participación, sino que también en la prevención y al autocuidado como método para generar autovalencia en los adultos mayores. De ahí la relevancia de aplicar en la salud pública, el enfoque biopsicosocial como estrategia potenciadora de calidad y de satisfacción usuaria; materia que después de todo lo descrito y analizado en esta investigación, representa una temática aún pendiente en los Centros de Salud de la comuna de Renca.

## HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada, se orienta a describir la calidad de la salud pública de Renca, según las variables propuestas por la Superintendencia de Salud. No obstante, se descubrieron nuevas variables que no estaban consideradas en los instrumentos de recopilación de información, tales como:

- A.** La percepción de que la salud pública no es de calidad porque la Municipalidad de Renca, quien es la responsable de su administración, se ha enfocado en actividades recreacionales y no en materias esenciales para la población como la salud y la educación. Bajo este punto de vista, existe una fuerte motivación en cuanto al cambio de Alcalde de la comuna, estableciendo que en este nuevo mandato, se podrán iniciar nuevas estrategias que permitan mejorar la salud de la comuna. Por tanto existe una importante expectativa de que la salud, tiene un claro componente político.
- B.** El segundo hallazgo, tiene relación con la desinformación en cuanto a la participación ciudadana, ya que la mayoría de los sujetos de estudio, señalan un importante desconocimiento respecto a los espacios de participación y opinión existentes en su establecimiento, tales como Consejos Consultivos, O.I.R.S., u otra instancia de participación ciudadana implementadas por los Centros de Salud, como por ejemplo, capacitaciones, charlas de prevención, consultas ciudadanas, entre otras. Así mismo, preocupa el alto porcentaje de sujetos de estudio que no conocen los Concejos Consultivos, el cual representa ser una:

*“Instancia donde participan los Usuarios de los Centros de Salud (...) a través de representantes de organizaciones sociales (funcionales y territoriales) y de usuarios no organizados. Asesorando a la Dirección de los Establecimientos, desarrollando*

*funciones de tipo: informativo, propositivo, promotor, consultivo y de evaluación” (MINSAL, 2016, p.1)*

De ahí la relevancia de lo que significa que los usuarios no conozcan cuáles son los canales de participación, ya que esto conlleva como consecuencia, a que no puedan expresar sus necesidades y problemáticas en salud, generando que los establecimientos no puedan avanzar en más y mejor calidad, tal como lo propone la Ley N° 20.500 de “Participación Ciudadana” en sus diferentes mecanismos de participación de la comunidad usuaria.

- C. Otro de los hallazgos/constatación importante de esta investigación, es la alta rotación de los médicos, el bajo compromiso con los usuarios y la baja preparación para los requerimientos de su atención. En este sentido, se destaca también la percepción de que los profesionales de la salud no leen ni revisan las fichas médicas de los usuarios durante la atención. Esto es percibido como falta de interés y de empatía respecto a las dolencias sufridas por los adultos mayores, cuestionándolo como un asunto de vulneración de derecho. Cabe mencionar que según la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2012), menciona que la ficha clínica es un:

*“Instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente” (p.1).*

De esta forma, las atenciones médicas sin la debida revisión de la ficha clínica de cada usuario, son prácticas perjudiciales en la percepción de la calidad de la salud de la comuna de Renca, concluyendo en un sentimiento de poco interés por parte del equipo de salud, lo que puede ser efectivo o no, dado que esta investigación no contempló recoger el punto de vista de los equipos de salud.

## REFLEXIONES Y APORTES PARA EL TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social desde sus inicios, ha estado centrado en “*el hombre y su medio*”, es decir, en el entorno físico y social que rodea al individuo como por ejemplo, la comunidad, la escuela, el trabajo, la salud, entre otros aspectos que influyen en las condiciones de vida de las personas. Es por ello que el Trabajo Social busca el desarrollo del potencial humano y el mejoramiento del medio en el que vive, respetando el valor por el ser humano y su dignidad (Catalán, 1971).

En este sentido, la profesión ha estado enfocada a contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas. La inclusión de la profesión en sus inicios en el área de la salud, estaba enfocado en la asistencia por medio del contacto personal, la comprensión, el soporte emocional, tanto de la persona afectada como de sus familiares. Así se da paso a la inserción de la profesión en los equipos multidisciplinarios en salud.

Posteriormente, con la declaración en el año 1978 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se adopta un cambio en el concepto, dejando de lado el modelo biomédico (de asistencia), al modelo biopsicosocial que comienza a comprender la salud como un estado de “bienestar”, acentuando el carácter social en las disciplinas en salud que da paso a la incorporación del Trabajo Social como parte de esta nueva concepción que va más allá de la enfermedad y del soporte emocional, sino que también incluye espectros sociales y económicos de la familia y la comunidad, la participación y el empoderamiento de la comunidad usuaria.

*“El Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones*

*responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades” (Osler, 2013, p.6).*

En consecuencia, la práctica del Trabajo Social en el área de la salud, se orienta en la prevención y promoción de la salud de las personas desde un enfoque biopsicosocial, basadas en la inclusión de la comunidad usuaria como actor principal de los asuntos que involucran su salud:

*“El modelo biopsicosocial coloca como actor principal a las personas, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión no solo física sino también personal y espiritual” (OPS, op.cit., p.10).*

Dado que los enfoques en salud tienen un carácter participativo, la profesión cuenta con un rol fundamental en la potenciación de los canales de participación ciudadana en los establecimientos de Atención Primaria, teniendo un rol de facilitador de las políticas públicas y estrategias en salud, que permitan la inclusión de los funcionarios y de los usuarios de cada establecimiento, como requisito fundamental en el aumento de los niveles de calidad de vida laboral y de satisfacción usuaria.

En cuanto a la participación de los funcionarios, el rol de la profesión es velar por los derechos de los trabajadores e implementar una serie de estrategias como diagnósticos, capacitaciones, talleres, entre otras actividades que permitan aumentar los niveles de calidad de la atención en cuanto al “trato” por medio de la educación y de instancias que permitan a los trabajadores controlar el alto nivel de estrés que puede generar la atención de público. Es por ello, que el rol del Trabajo Social en salud, está orientada en dos ámbitos: recursos humanos con el personal de salud y con las y los usuarios/as:

**A. Recursos Humanos:** En este aspecto, la profesión está enmarcada dentro de una labor administrativa como miembro de un equipo interdisciplinario en donde se discuten diagnósticos y estrategias que permitan a cada establecimiento de salud aumentar la calidad de vida laboral de los trabajadores, por medio de la humanización y derechos de las y los trabajadores en la relación capital-trabajo, lo cual se puede entender de mejor manera en la siguiente cita:

*“El Trabajo Social en Recursos Humanos, se preocupa en términos generales, de la integración de los trabajadores(as) de todos los niveles, a sus tareas, a la empresa, a sus compañeros de trabajo, tanto superiores como subordinados. Siendo su finalidad (...) lograr el bienestar de la persona, pero enfocada a una realidad específica que es la organización (...)”* (Mesén, 1998, p.1055).

Aquí, se vuelve a rectificar la importancia de la colaboración de la profesión en esta área de la salud, ya que sin calidad de vida laboral de los profesionales, técnicos y funcionarios administrativos, difícilmente se podrá contar con trabajadores idóneos que permitan cumplir las metas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud.

**B. Con las y los usuarios/as:** En esa segunda área, el rol del Trabajo Social está orientado en el individuo, la familia y la comunidad, realizando acciones de diagnósticos que permitan identificar factores de riesgo y de vulnerabilidad; acciones de promoción y prevención en salud; en el tratamiento de las enfermedades de las personas, movilizandolos recursos internos y externos; labores de seguimiento y evaluación para establecer metas, reorientar intervenciones e involucrar a la comunidad en un trabajo participativo; en la rehabilitación por medio de un trabajo en red que permitan favorecer la calidad de las prestaciones en salud; en la investigación, gestión y administración, aportando hallazgos, programación,

ejecución y en la evaluación de las actividades programadas (Ramírez y Otros, 2012).

En este mismo aspecto, la participación de la comunidad usuaria es uno de los ámbitos en el que el Trabajo Social tiene uno de sus roles más destacados, potenciando la participación de la comunidad usuaria mediante los canales formales de participación como la O.I.R.S., en el cual, las y los usuarios/as tiene el derecho de expresar sus experiencias por intermedio de un reclamo, sugerencia y/o felicitaciones y en los Consejos Consultivos o Consejos de Desarrollo, de modo que estos hagan efectivo su rol de asesor del establecimiento de salud. Esto porque sin el diagnóstico de las necesidades y problemáticas en salud que tiene la comunidad usuaria, no se podrían implementar estrategias eficaces que permitan aumentar la calidad de la salud y la satisfacción usuaria.

Esto último, es particularmente importante cuando el 92% (34 personas) de los adultos mayores sujetos de estudio, declaran no conocer los canales de participación ciudadana existentes en los Centros de Salud de donde son usuarios.

Por otro lado, el rol asistencial como es por ejemplo, administrar los recursos como sillas de ruedas, estudios de casos, seguimiento de pacientes vulnerables, entre otras, es indudablemente una necesidad hasta el día de hoy, pero por sobre todo, el Trabajo Social deben incluir aspectos de prevención y autocuidado, los cuales son uno de los ejes fundamentales en el paradigma biopsicosocial. Además, es importante destacar que la Ley N° 20.500 de “Participación Ciudadana” abre una oportunidad para que el Trabajo Social cumpla un rol esencial en la potenciación y divulgación de los canales de participación, como un derecho de toda la comunidad usuaria.

Como se puede apreciar, el rol del Trabajo Social es fundamental en la búsqueda de “calidad en salud”, ya que dentro de los equipos de trabajo, es una disciplina relevante al momento de evaluar las prácticas relacionadas con la calidad laboral y

la satisfacción usuaria desde una perspectiva holística e integral, por tanto, el desempeño que requiere la profesión en el área salud, es de un fuerte compromiso con el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos en salud, aportando en la creación de diversas estrategias que permitan aumentar la calidad de vida tanto de los trabajadores como de los usuarios de la salud pública.

Entonces el aporte directo que puede otorgar como disciplina, es en la educación de la comunidad usuaria, potenciando la promoción, prevención y autovalencia en salud (este último en el caso de los adultos mayores), con el objetivo de colaborar en el mejoramiento de la salud pública de la comuna de Renca desde las propias experiencias y necesidades de los usuarios. Esto desde un enfoque de derechos, incentivando a que se transformen en agentes activos en la mantención de su salud. Con este nuevo enfoque participativo, se refuerza el papel de la profesión dentro de los equipos multidisciplinares, puesto que en este nuevo paradigma, la salud es concebida en relación a la calidad de vida tanto de los individuos como de su entorno.

A partir de la consideración de todos los aspectos mencionados, el Trabajo Social es un agente de cambio y mediador entre la comunidad usuaria y el establecimiento de salud, velando siempre por las necesidades y derechos de los usuarios, más aún si se trata de grupos vulnerables como son los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.

Bajo este aspecto, el rol y compromiso de la profesión con la población adulto mayor, es aumentar la autovalencia, es decir, que se puedan mantener activos e independientes por el mayor tiempo posible, con el fin de mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo del adulto mayor con su medio ambiente: social, comunitario, físico y psicológico. La Gerontología Social, cuya idea central es que cada adulto mayor tenga la oportunidad de aumentar sus niveles de calidad de vida, debe ser la herramienta teórica y metodológica requerida para un Trabajo Social protagónico en el ámbito de la salud. Para ello, es importante que se conozcan las percepciones de este grupo etario, para posteriormente generar

futuras estrategias de intervención, tal como se ha pretendido en esta investigación; ser un aporte para los profesionales de las Ciencias Sociales, específicamente del Trabajo Social, para que según las percepciones de las y los sujetos de estudio, puedan utilizarse a fin de mejorar la salud pública de la comuna de Renca.

En definitiva, el aporte de esta tesis para el Trabajo Social, hace referencia a la integración de los ámbitos teóricos, metodológicos y prácticos en el área de la salud, apoyada en los valores de igualdad y derechos humanos de la comunidad usuaria y de los equipos de salud, por medio de diagnósticos, planificaciones, ejecución de actividades, evaluaciones y sistematización de resultados, con el propósito de colaborar en una salud pública más digna y de calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abecasis, C. (2002) : **Breve Historia de la Salud Pública**, Chile: FBIOyF, UNR.
- Amezcuca, M. (2002) : **Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva crítica y Reflexiones en Voz Alta**, España: Revista Española de Salud pública.
- Anderson, L. (2002) : **Hacia una Participación Auténtica: Deconstrucción de los Discursos de las Reformas Participativas en Educación**, Argentina: Granika.
- Araya, A. (2012) : **Calidad de Vida en la Vejez**, Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Arnal, J. (1992) : **Investigación Educativa: Fundamentos Metodología**, Barcelona: Editorial Lapor.
- Ardila, R. (2003) : **Calidad de Vida: una definición integradora**, Colombia: Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 35, núm. 2.
- Arriagada, I. (2005) : **Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas**”, Desarrollo Social CEPAL, Santiago de Chile.
- Battistella, G. (2011) : **Unidad temática 2: Salud y Enfermedad**, Venezuela: Universidad de Zulia.
- Bastías, G. (2007) : **Reforma de Salud en Chile: el plan AUGE o régimen de garantías explícitas**

- en salud, Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Becerra, G. (2009) : **Ilustrar al Paciente en el Autocuidado de su Seguridad**, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Bordignon, N. (2005) : **El Desarrollo Psicosocial de Erick Erikson**, Colombia: Revista Lasallista de Investigación.
- Briceño-León, R. (1999) : **Las Ciencias Sociales de la Salud**, Colombia: Fundación Polar.
- Cappiello, M. (2011) : **La Construcción de un sistema de Salud para la Argentina**, Argentina: Ministerio de Salud.
- Catalán, H. (1971) : **Servicio Social**, Chile: Universitaria
- Castillo, A. y Abad, G. (1992) : **Las Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Atención Primaria del Insalud**, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Cifuentes, L. (2006) : **Derechos Humanos y no discriminación de las personas adultos mayores**, Santiago de Chile: Colección Ideas, N° 61.
- Craig, G. (2001) : **Desarrollo Psicológico**, México: Prentice Hall.
- Correa, S. y otros, (2013) : **Investigación cualitativa de tipo fenomenológica**, Venezuela: Universidad Pedagógica Libertador.
- Corporación de Renca, (2016) : **Plan de Salud Comunal**, Municipalidad de Renca, Santiago de Chile.
- Duque, J. y otros. (2008) : **Participación Social de las Personas Mayores**, España: Imsero.

- Departamentos de Estudios y Desarrollos (2013) : **Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global**, Chile: Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud.
- Erasmus (1993) : **Elogio a la Locura**, España: Barcelona Ediciones.
- Fericgla, J. (1992) : **Envejecer: Una antropología de la ancianidad**, España: Anthropos.
- Feito, L. (1996) : **Diálogo Filosófico sobre el Concepto de salud**, España: PPC.
- Galleguillos, S. Otros. (2000) : **Financiamiento de la atención primaria de salud: fuentes y Flujos de recursos en el periodo 2000-2004**, Chile: Departamento de Economía de la Salud.
- García, M. (1995) : **El perfil profesional del licenciado en Trabajo Social dentro del área de Hospitalización** (tesis pregrado), México: Universidad Veracruzana.
- Gavidia, V. y Talabera, M. (2012) : **La construcción del Concepto de Salud**, España: Universidad de Valencia.
- Gyarmatí, G. (1992) : **Reflexiones Teóricas y Metodológicas en torno a la Participación**. En revista Estudios Sociales Nº 73.
- Hernández R., Fernández C. Y, Baptista P. (2006) : **Metodología de la Investigación**, México: McGraw-Hill.
- Hernandis y Martínez (2004) : **Gerontología: Actualización, Improvisación y Propuestas**, España: Pearson Prentice Hall.

- Huenchuan y Rodríguez (2010) : **Envejecimiento y Derechos Humanos: Situación y Perspectivas de Protección,** Naciones Unidas: CEPAL.
- Ibarra, J. (2012) : **Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante.** Chile: Revista Biomédica Medwave.
- Illanes, M. (2006) : **Cuerpo y Sangre de la Política: Construcción Histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)** Santiago de Chile: LOM ediciones.
- Márquez, O. y Rubio, V. (1997) : **La Prevención en el Marco de la Psicología de la Salud,** México: Revista psicología y salud.
- Madrigal (2013) : **La Estimulación Cognitiva en personas Adultos Mayores,** Costa Rica: Revista Cúpula.
- Martínez, M. (2006) : **Validez y Confiabilidad en la Metodología Cualitativa,** Colombia: Universidad Simón Bolívar.
- Maturana, C. (2001) : **El Viejo en la Historia,** Santiago de Chile: Hospital Padre Hurtado.
- Mier, G. (2006) : **La tercera edad: presencia social indiscutible, imagen que exige reflexión y cambio,** CEPAL, México.
- Ministerio de Salud (2014) : **Programa Nacional de Personas Adultas Mayores,** Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2009 – 2010) : **Encuesta Nacional de Salud,** Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud (2008) : **Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de salud Familiar y Comunitaria**, Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2015) : **Políticas Ministeriales**, Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2015) : **Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria**, Chile: Gobierno de Chile; Subsecretaría de Redes Asistenciales y Organización Panamericana de Salud.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de redes Asistenciales (2014) : **Instructivo presidencial para la Participación Ciudadana en el marco de la corresponsabilidad, Chile**: Gobierno de Chile.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2015) : **Políticas Ministeriales**, Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
- Ministerio de Salud (2014) : **Programa Nacional de Salud de las Personas Adultos Mayores**, Chile: Gobierno de Chile: Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública de Prevención y Control de enfermedades; Departamento de Ciclo Vital; Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor.
- Ministerio de Salud, (2010) : **Guía para la gestión de uso de medicamentos**, Ministerio de Salud de Chile.
- Municipalidad de Renca (2015) : **Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO)**, Santiago de Chile.

- Muena, C. (2007) : **El Paradigma Biomédico y la Formación de Pre-grado de los Estudiantes de Medicina de las Universidades Chilenas** (tesis pregrado), Chile: Universidad de Chile.
- Melgarejo, L. (1994) : **Sobre el Concepto de Percepción**, México: Alteridades ediciones.
- Mella, O. (2000) : **Grupos Focales, Técnica de Investigación Cualitativa**, Santiago de Chile: Editorial CIDE.
- Mesén, R. (1998) : **Trabajo Social y Recursos Humanos**, Costa Rica.
- Municipalidad de Renca (2015) : **Plan Comunal de Salud**, Santiago de Chile.
- Miranda, Hernández y Rodríguez (2009) : **Calidad de la atención en salud al adulto mayor**, Cuba: Revista Cubana de Medicina General.
- Ortega, R. (1997) : **¿Qué entendemos por participación?**, México: La jornada.
- Organización Mundial de la Salud (1948) : **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**, Biblioteca de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2006) : **Informe sobre la Salud en el Mundo**, Francia: Biblioteca de la OMS.
- Otero, E. (2002) : **¿Qué es la calidad en salud?**, Perú.
- Ortiz, F. (2001) : **Modelos Médicos**, México: Editorial McGraw Hill.
- Organización Panamericana De Salud, (2011) : **Implementación del Modelo Biopsicosocial para la Atención de Personas con Discapacidad a nivel**

- Nacional**, San Salvador: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos ISRI.
- Ortega, A., Ponce, E. (2008) : **La salud desde una nueva perspectiva comunitaria, la experiencia de los centros de salud familiar** (Tesis pregrado) Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Olmos, J. (2015) : **Tesis: Revisión Histórica y Legislativa del derecho a la Salud**, Chile: Universidad de Chile, Facultad de Derecho.
- Osorio, P. (2006) : **Abordaje antropológico del envejecimiento y el alargamiento de la vida**, España: PAPELES del CEIC, n° 22.
- Outomuro, D. y Actis, A. (2013) : **Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica**, Rev. Med. Chile: 141: 361-366.
- OMS-UNICEF (1978) : **Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**, URSS.
- Padilla, E. (2002) : **Manual de vejez y proceso de envejecimiento**, México: D.F.
- Palomba, R. (2002) : **Calidad de Vida: Conceptos y Medidas**, Santiago de Chile: CEPAL CELADE.
- Peláez, M. y Ferrer, M. (2001) : **Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe**, CEPAL-SERIE.
- PLADECO, Renca (2015-2016) : **Plan de Desarrollo Comunal**, Municipalidad de Renca, Santiago de Chile.

- Plan de Salud Comunal (2016) : **Plan de Salud Renca**, Chile: Ilustre Municipalidad de Renca.
- Quintana, A. (2006) : **Metodología de Investigación Científica Cualitativa**, Lima: UNMSSM.
- Ramos, E. y otros (2009) : **Representaciones sobre la jubilación y la vejez en personas mayores jubiladas y pensionadas de la Ciudad de Morelia, México**, México: Revista de Educación y Desarrollo, 23.
- Ramírez M. y otros (2012) : **Trabajo Social en el área de la Salud**, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Rodríguez, J. (2006) : **Un Marco Teórico para la Discriminación**, México: Colección Estudios.
- Rodríguez G., Gregorio, Gil J. y García M. (1999) : **La entrevista en Metodología de la Investigación Educativa**, España: Editorial Aljibe.
- Rojas, K. y otros, (2014) : **Ciclo Vital Individual**, Colombia: CCAP, Volumen 13 Número 4.
- Sabino, C. (1992) : **El Proceso de Investigación**, Colombia: Editorial Panapo.
- Sirlin, C. (2007) : **La Jubilación como Situación de Cambio: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje**, Uruguay: Asesoría General en Seguridad Social.
- Superintendencia de Salud (2011) : **Acreditación de Calidad en Salud**, Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

- Superintendencia de Salud (2013) : **Informe de Calidad y Satisfacción Usuaría en la Atención de Salud Hospitalaria**, Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Titelman, D. (1999) : **Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile**, Santiago de Chile: Revista 69 CEPAL.
- Vignolo, J. (2011) : **Niveles de Atención, de Prevención y Atención Primaria de la Salud**, Uruguay: Arch Med Int vol.33 no.1.
- Vargas, I. y otros. (2003) : **Curso Especial de Posgrado en atención Integral en Salud para Médicos Generales**, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Zapata, R. (2011) : **Relación entre la capacitación y el nivel de participación de los archivistas en el desarrollo del programa de gobierno en línea de Bogotá**, Colombia: Revista Medellín.

## 9.1 FUENTES ELECTRÓNICAS

- Álvarez, A. (2013-2014) : “Cuestiones Generales sobre Participación”. [Consultado el 10/10/2016]:[https://ocw.uca.es/pluginfile.php/2530/mod\\_resource/content/2/Tema%2002.%20Cuestiones%20generales%20sobre%20discriminación.pdf](https://ocw.uca.es/pluginfile.php/2530/mod_resource/content/2/Tema%2002.%20Cuestiones%20generales%20sobre%20discriminación.pdf)

- Bastías, G. (2007) : “Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución”. [Consultado el 11/09/2016]:<http://publicacionesmedicina.u.c.cl/Boletin/20072/ReformaSalud.html>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2016) : “Ley Fácil: Derechos y Beneficios para el Adulto Mayor”. Consultado el 23/11/2016]:[http://www.bcn.cl/leyfacil/conozca-sus-derechos/recurso\\_nuevo/?serie=Derechos%20del%20Adulto%20Mayor](http://www.bcn.cl/leyfacil/conozca-sus-derechos/recurso_nuevo/?serie=Derechos%20del%20Adulto%20Mayor)
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2012) : “Ley Fácil: Ley 20.584”. Consultado el 23/11/2016]:<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- Biblioteca Nacional del Congreso Nacional de Chile (2011) : “Ley Fácil: Ley 20.500”. Consultado el 14/12/2016]:  
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1023143>
- Biblioteca Nacional del Congreso Nacional de Chile (2012) : “Ley Fácil: Aprueba Reglamento sobre Fichas Clínicas”. Consultado el 18/12/2016]:  
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1046753>
- Boeree, G. (1998) : “Teorías de la personalidad”. [Consultado el 2/10/2016]:  
<http://biblioteca.iesit.edu.mx/biblioteca/L00932.PDF>
- Castillo, A. (2013) : “Corrientes contemporáneas de la Salud: Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial”. [Consultado el 03/12/2016]:  
[https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P\\_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/Clase%20Arturo.pdf)

- Donante, A. y Rubio, V. (2008) : “Concepto de Salud”. [Consultado el 19/08/2016]:  
[https://www.google.com/search?client=opera&biw=1366&bih=658&q=donante+y+rubio+%282008%29+evoluci3n+del+concepto+de+salud&oq=donante+y+rubio+%282008%29+evoluci3n+del+concepto+de+salud&gs\\_l=serp.3...125963.145924.0.146102.45.40.5.0.0.0.169.4119.17j21.38.0....0...1c.1.64.serp..2.19.2050...0j35i39k1j0i67k1j33i160k1j33i21k1j30i10k1.-VjgY\\_zUZMk](https://www.google.com/search?client=opera&biw=1366&bih=658&q=donante+y+rubio+%282008%29+evoluci3n+del+concepto+de+salud&oq=donante+y+rubio+%282008%29+evoluci3n+del+concepto+de+salud&gs_l=serp.3...125963.145924.0.146102.45.40.5.0.0.0.169.4119.17j21.38.0....0...1c.1.64.serp..2.19.2050...0j35i39k1j0i67k1j33i160k1j33i21k1j30i10k1.-VjgY_zUZMk)
- Feixa, C. (2016) : “Antropología de las edades”. [Consultado el 24/07/2016]:  
<http://server1.docfoc.com/uploads/Z2016/01/21/yhke4hnyl5/8b539449c834422b16c7db6d0f4744f2.pdf>
- Fondo Nacional de Salud (Fonasa) (2016) : “Información Institucional: ¿Qué es Fonasa?” [Consultado el 1/7/2016]:  
[https://fonasaweb.fonasa.cl/portal\\_fonasa/site/edic/base/port/informacion\\_institucional.html](https://fonasaweb.fonasa.cl/portal_fonasa/site/edic/base/port/informacion_institucional.html)
- Frenk, J. (2011) : “La Nueva Salud Pública”. [Consultado el 19/11/2016]:  
[https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/la\\_nueva\\_salud\\_p25fablica.pdf](https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/la_nueva_salud_p25fablica.pdf)
- Gatica, M., Herrera, M. y Llanos, H. (2002) : “De Consultorio a Centro de Salud Familiar; Cambios en los Equipos de Salud”. [Consultado el 19/09/2016]:  
[http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%202002/De\\_consultorio\\_a\\_centro\\_de\\_salud\\_familiar.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%202002/De_consultorio_a_centro_de_salud_familiar.pdf)

- Goyenechea, M. y Sinclair, D. (2013): "¿Cómo se ha desmantelado la Salud Pública?". [Consultado el 19/6/2016]: <http://ciperchile.cl/2013/05/27/como-se-ha-desmantelado-la-salud-publica/>
- Gobierno de Chile, (2014) : "Cómo funciona el Fondo Nacional de Medicamentos", [Consultado el 17/01/2017]:<http://www.gob.cl/2014/12/16/fondo-nacional-de-medicamentos/>
- Ibarra, J. (2012) : "Percepción de la transición del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial en usuarios internos de un Cesfam, Chile". [Consultado el 11/09/2016]:[http://www.educa.saludpublica.uchile.cl/saludglobal\\_2013/es/Resumenes\\_Trabajos\\_Libres/Investigacion/reforma\\_sistemayserviciodesalud/Percepcion\\_de\\_la\\_transicion\\_del\\_Modelo.pdf](http://www.educa.saludpublica.uchile.cl/saludglobal_2013/es/Resumenes_Trabajos_Libres/Investigacion/reforma_sistemayserviciodesalud/Percepcion_de_la_transicion_del_Modelo.pdf)
- Laham, M. (2015) : "El Modelo Biopsicosocial". [Consultado el 06/06/2016]: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad//el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1pppppppp>
- Ministerio de Salud (2016) : "Salud pública". [Consultado el 25/05/2016]: <http://www.minsal.cl>
- Ministerio de Salud, (2016) : "Salud del Adulto Mayor". [Consultado el 10/08/2016]: <http://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
- Ministerio de Salud, (2016) : "Mecanismos de participación ciudadana". [Consultado el 10/12/2016]: <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/ssmetrosur/ciudadana.html>
- Navarro, V. (1998) : "Concepto Actual de la Salud Pública". [Consultado el 19/18/2016]

- <http://ifdcsluis.slu.infed.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>
- Olaya, C. (2013) : “Modelo Biopsicosocial”. [Consultado el 24/07/2016]:<http://medicinaudca1hc.blogspot.cl/2013/05/modelo-biopsicosocial.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015) : “Salud y Derechos Humanos”. [Consultado el 5/7/2016]:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) : “¿Cómo define la OMS la salud?” [Consultado el 2/5/2016]:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Osler, W. (2013) : “La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social”. [Consultado el 2/5/2016]:<http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especialización%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>
- Oyarzún E. (2008) : “Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial. [Consultado el 13/07/2016]:  
[https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material\\_docente/previsualizar%3Fid\\_material=182943](https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943)
- Pérez y Gardey, (2010) : "Definición de Prevención". [Consultado el 21/01/2017]:  
<http://definicion.de/prevencion/>
- Pulido, E. (2011) : “Envejecimiento y Longevidad”. [Consultado el 06/06/2016]:  
<http://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2011/06/ENVEJECIMIENTO-Y-LONGEVIDAD.pdf>

- Routio, P. (2007) : “Estudio Comparativo”. [Consultado el 03/06/2016]:<http://www2.uiah.fi/projects/metodi/272.htm>
- Revista Ciencia y Salud (2000) : “Longevidad: Optimismo”. [Consultado el 20/06/2016]:  
[http://cienciaysalud.laverdad.es/4\\_4\\_60.html](http://cienciaysalud.laverdad.es/4_4_60.html)
- Revista Ciencia y Salud (2002) : “Longevidad Humana, ¿existe un límite?”. [Consultado el 20/06/2016]:  
[http://cienciaysalud.laverdad.es/4\\_4\\_21.html](http://cienciaysalud.laverdad.es/4_4_21.html)
- Sánchez, E. (2000) : “La definición de participación”. [Consultado el 24/07/2016]:  
<http://www.servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/psicologiaase/jornadacapacitacion/participacion.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2016) : “Glosario Gerontológico”. [Consultado el 11/7/2016]:  
[http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2016) : “Quiénes somos”. [Consultado el 11/7/2016]:<http://www.senama.cl/QuienesSomos.html>
- Superintendencia de Salud (2011) : “Acreditación de Calidad en Salud”. [Consultado el 2/11/2016]:  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>
- Superintendencia de Salud (2016) : “Beneficiarios Fonasa”. [Consultado el 19/11/2016]:<http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-6058.html>

- Superintendencia de Salud (2013) : “Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”. [Consultado el 28/11/2016]: <http://www.corporacionlaserena.cl/transparencia/doc/mecanismo participacion/salud/01-Ley-Derechos-y-Deberes.pdf>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales (2016) : “Servicios de Salud”. [Consultado el 09/09/2016]: <http://web.minsal.cl/servicios-de-salud/>
- Superintendencia de Salud. (2016) : “Derechos en Salud”. [Consultado el 28/05/2016]: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-channel.html>
- Tobón, C. (2006) : “El autocuidado, una habilidad para vivir”. [Consultado el 19/11/2016]: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTOCUIDADO.pdf>
- UNAD (2013) : “Universidad Abierta a Distancia: Análisis del Ciclo de Vida” [Consultado el 2/10/2016]: [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/358049/Modulo\\_en\\_linea/leccin\\_38\\_analisis\\_de\\_ciclo\\_de\\_vida.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/358049/Modulo_en_linea/leccin_38_analisis_de_ciclo_de_vida.html)

## ANEXO Nº 1 GRUPO FOCAL

### 1. Presentación de la moderadora:

1.1. Motivo de la sesión de grupo: presentación de la temática de investigación y objetivos.

*“Muy buenas tardes, mi nombre es Karina Gutiérrez, estudiante de 5to año de Trabajo Social de la UAHC, estoy realizando mi tesis de pregrado para obtener mi título profesional de Asistente Social. La investigación que estoy realizando, tiene relación con saber cómo ustedes (los adultos mayores), piensan, sienten y opinan respecto a algunos temas que vamos a ir viendo y que están relacionados con la calidad de la salud pública de la comuna de Renca. Es importante que sepan que no hay respuestas correctas ni incorrectas, por lo tanto, nos podemos “poner cómodos”, disfrutar del coffe break, y esperar que se sientan libres de poder opinar y compartir sus experiencias, ya que lo que interesa en esta investigación de tesis, es saber qué les parece la salud pública de la comuna de Renca, ya que los adultos mayores, son los principales usuarios de esta”.*

2. Explicación introductoria de la sección de grupo: Primero, quiero solicitar autorización para poder tomar registros de video y sacar algunas fotos. Estos tendrán fines de tabulación y de respaldo.

Segundo, se colocarán los nombres y/o números (opcional), que identifiquen a los participantes.

Además, uno de los requerimientos para poder facilitar el diálogo entre nosotros, es poder escucharnos, respetar las opiniones distintas y poder dar nuestra propia opinión. Para ello, se les pedirá que levanten la mano cuando se quiera decir algo, respetar el turno de palabra, y preguntar cuando se tenga alguna duda. La sesión tendrá una duración de 1 hora, 15 minutos, en donde se les ofrece a los participantes un coffe breack durante el desarrollo del grupo focal.

### 3. Pregunta rompe hielo:

3.1. Se les pedirá a los participantes que se presenten mencionando su nombre (opcional), su edad, hace cuánto tiempo viven en la comuna y hace cuánto participan de esta organización.

4. Para comenzar a describir cómo es la calidad de la salud pública de Renca, me gustaría saber ¿Qué significa para ustedes una buena atención en salud?, es decir, una atención de calidad.

5. A partir de las reflexiones anteriores sobre una buena calidad en salud, ¿cómo dirían ustedes que es la calidad de la salud pública de la comuna de Renca y de los Cesfam o consultorios en donde ustedes se atienden?

6. ¿Qué cambios y/o sugerencias les gustaría realizar para mejorar la salud pública de la comuna de Renca?

7. Finalmente, ¿Cómo ustedes creen que se podrían realizar los cambios mencionados con anterioridad? es decir, de quién es la responsabilidad de mejorar la salud para ustedes.

## ANEXO Nº 2 ENCUESTA

### ENCUESTA AUTO APLICADA DE PREGUNTAS CERRADAS

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: FEMENINO \_\_\_\_\_ MASCULINO \_\_\_\_\_

1. ¿Hace cuánto tiempo usted es usuario/a de la salud pública de Renca?

- (1) Menos de 1 año
- (2) 1 a 4 años
- (3) 4 a 8 años
- (4) 8 a 12 años
- (5) 12 a 20 años
- (6) Más de 20 años.

2. ¿De qué Cesfam o Consultorio usted es usuario?

- (1) Balmaceda
- (2) Hernán Urzúa Merino
- (3) Bicentenario
- (4) Huamachuco

**Marque con una X la opción que más lo represente:**

<b>3. Atención Oportuna</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>NO SABE/NO RESPONDE</b>
3.1. ¿Se le entrega una atención oportuna y adecuada cuando ha asistido a los Cesfam o Consultorios de la comuna?				
3.2. ¿Se ha logrado resolver los problemas de salud por los cuales solicitaron atención médica?				
3.3. ¿Los medicamentos, están oportunamente en la farmacia, cuando usted los solicita?				
3.4. ¿Confía en las capacidades y conocimientos técnicos de los profesionales de la salud, que trabajan en los Cesfam o Consultorios de la comuna?				

<b>4. Calidez Humana y Preocupación</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>NO SABE/NO RESPON DE</b>
4.1. ¿Está satisfecho/a con el trato que recibe por parte de los <b>profesionales de la salud</b> durante toda la atención en cuanto a la calidez, cercanía, interés, etc.?				
4.2. ¿Está satisfecho/a con el trato que recibe por parte de los <b>funcionarios administrativos</b> (S.O.M.E., entrega de alimentos, etc.) durante toda la atención en cuanto a la calidez, cercanía, interés, etc.?				
4.3. ¿Está satisfecho/a con el tiempo que el médico se toma para examinarlo, preguntar sobre sus malestares y aclarar sus dudas?				

<b>5. Rapidez de la Atención</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>NO SABE/NO RESPON DE</b>
5.1. Los tiempos de espera entre la hora agendada y la atención médica, ¿tomó un tiempo prudente?				
5.2. Pedir horas médicas, ¿toma un tiempo prudente?				

<b>6. Información</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>NO SABE/NO RESPONDE</b>
6.1. ¿Usted cree que se le entrega información comprensible (en palabras que usted entienda) sobre su estado de salud?				

6.2. Cuando ustedes han realizado alguna consulta al personal administrativo ¿La respuesta entregada, es clara, precisa y comprensible?				
---	--	--	--	--

<b>7. Limpieza</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>NO SABE/NO RESPOND E</b>
7.1. ¿Está satisfecho/a con la limpieza en general del Cesfam en donde se atiende?				
7.2. ¿Está satisfecho/a con las condiciones de los baños públicos?				

<b>8. Equipos y Tecnología</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>NO SABE/NO RESPON DE</b>
8.1. ¿La modernización de los equipos médicos de su Cesfam o Consultorio, son modernos?				
8.2. ¿Existe tecnología que facilite la toma de horas médicas?				
8.3. ¿La tecnología existente, permite poner reclamos, sugerencias y/o felicitaciones?				

**9.** ¿Cómo evaluaría de 1 (siendo este muy malo) a 7 (siendo este muy bueno) la calidad del servicio de salud público del Cesfam o Consultorio donde usted se atiende?

Nota: \_\_\_\_\_

10. ¿Usted sabía que en el Cesfam o Consultorio en donde se atiende, existe un espacio de participación ciudadana?

- (1) Sí
- (2) No

11. ¿Usted conoce los Consejos Consultivos, Consejos de Desarrollo o Consejos de salud, que funciona en su Cesfam?

- (1) Sí
- (2) No

12. ¿Conoce su trabajo?

- (1) Sí
- (2) No

13. ¿Le gustaría participar?

- (1) Sí
- (2) No

14. ¿Qué cosa usted consideraría el principal problema de la salud pública de la comuna de Renca? **PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.**

- (1) El maltrato de los funcionarios a los usuarios.
- (2) La falta de horas médicas.
- (3) Largos tiempos de espera.
- (4) Falta de medicamentos.
- (5) Falta de alimentos.
- (6) Poca participación de los usuarios.
- (7) Falta de información para los usuarios.
- (8) Malos accesos al establecimiento.
- (9) Mal estado de los baños.
- (10) Mal estado de las salas de espera.
- (11) Ninguna de las anteriores.
- (12) Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

15. ¿Qué es lo mejor que usted encuentra de este centro de salud?

**PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN.**

- (1) El buen trato de los funcionarios a los usuarios.
- (2) La óptima existencia de horas médicas.
- (3) Los adecuados tiempos de espera.
- (4) La óptima cobertura medicamentos.
- (5) La óptima cobertura de alimentos.
- (6) Alta participación de los usuarios en los Consejos de Salud.
- (7) Información clara y entendible para los usuarios.
- (8) Óptimos accesos al establecimiento.
- (9) Buen estado de los baños.
- (10) Buen estado de las salas de espera.
- (11) Ninguna de las anteriores.
- (12) Otra ¿Cuál?\_\_\_\_\_

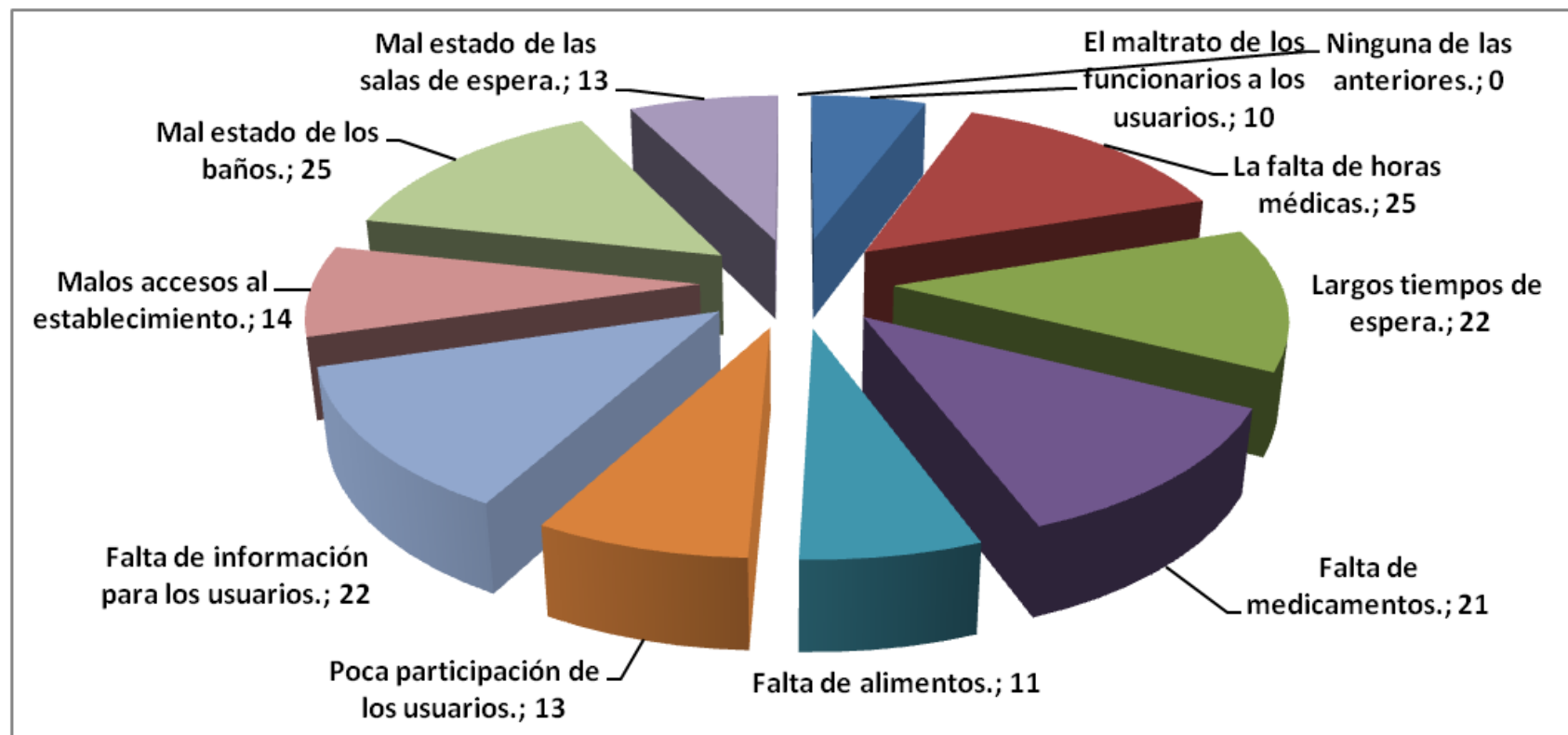
**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

### ANEXO Nº 3: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE SALUD PÚBLICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
<p><i>“La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. (...) comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud”</i> (OMS, 1998, p.12).</p>	<p>La salud pública, es un asunto que compete al Estado de Chile, y a la administración a las Municipalidades bajo un concepto de descentralización. Bajo este sentido, estos organismos deben garantizar una salud pública digna, como un derecho humano y un derecho a la vida, en donde se garantice su acceso a toda la población del país, sin distinción de género, nacionalidad y situación socioeconómica. Así mismo, la salud pública, debe garantizar a la población usuaria de FONASA, distintos aspectos que permitan entregar un servicio de salud público de calidad, como calidez humana y preocupación; rapidez de la atención; atención oportuna; información; limpieza; equipos y tecnología.</p>	<p>1. Calidez humana y preocupación.</p> <p>2. Rapidez en la atención.</p> <p>3. Atención oportuna.</p>	<p>1.1. Trato recibido desde el ingreso hasta la salida del establecimiento de salud.</p> <p>2.1 Tiempo de espera para poder ser atendido tanto por el equipo médico, como por los funcionarios administrativos.</p> <p>3.1. Acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención en salud.</p>	<p>1.2. Percepción positiva o negativa respecto a la calidez humana y preocupación sentida por los usuarios de los establecimientos de salud públicos de la comuna de Renca.</p> <p>2.2. Percepción positiva o negativa en relación a la rapidez de la atención.</p> <p>3.2. Percepción positiva o negativa sobre el acceso oportuno y asequible, con una calidad suficiente en los establecimientos de</p>	<p>1.3. Ítem cuantitativo nº 4.</p> <p>2.3. Ítem cuantitativo nº 5.</p> <p>3.3. Ítem cuantitativo nº 3.</p>

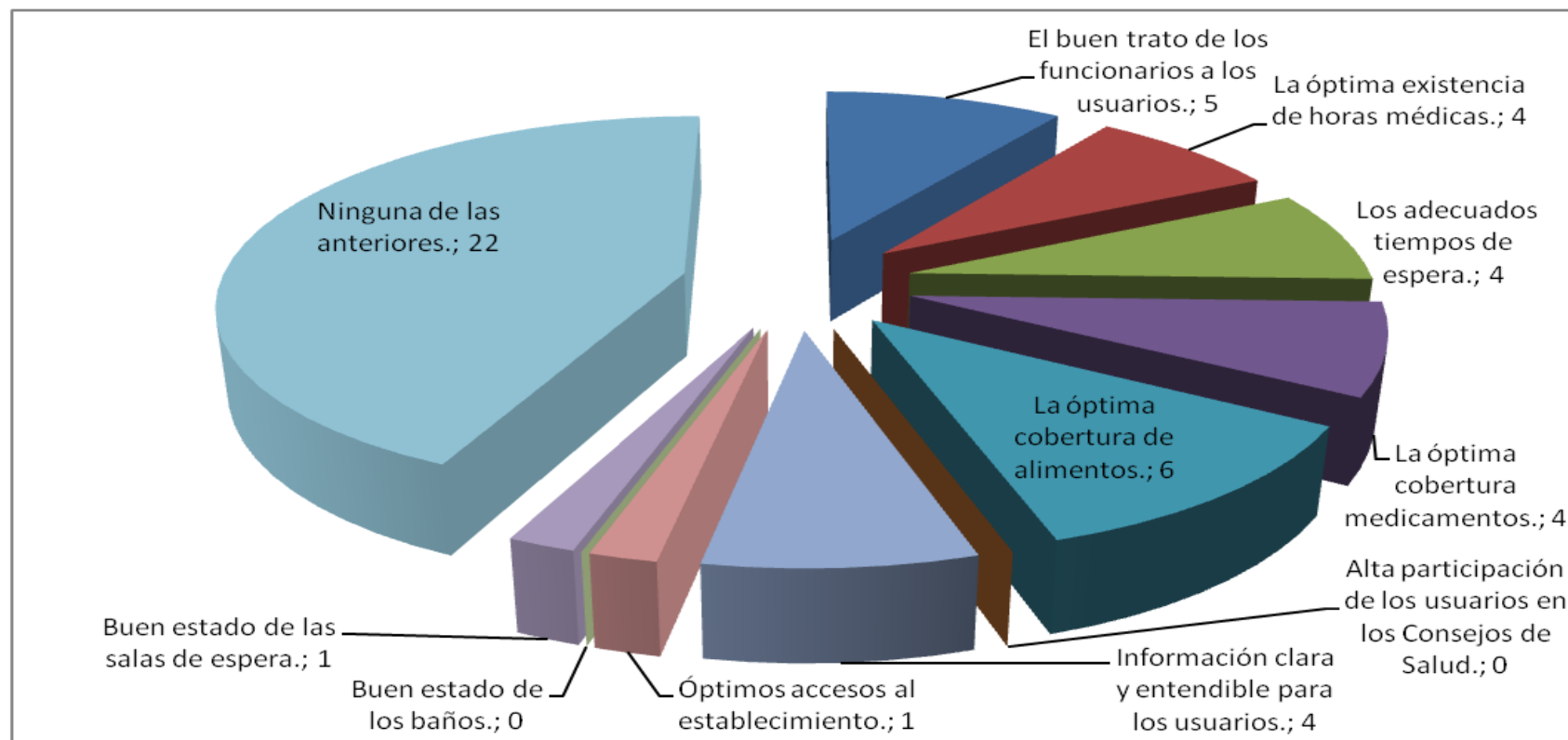
		4. Información.	4.1. Entrega de información clara y oportuna, tal como lo establece la Ley N° 20.548 de Derechos y Deberes.	salud públicos de la comuna de Renca.	Ítem cuantitativo n° 6.
		5. Limpieza.	5.1. Óptima higiene y limpieza en los establecimientos de salud de la comuna de Renca.	4.2. Percepción positiva o negativa de la entrega clara y oportuna sobre su estado de salud.	Ítem cuantitativo n° 7.
		6. Equipos y tecnología.	6.1. Desarrollo tecnológico en salud.	5.2. Percepción positiva o negativa sobre la limpieza de los establecimientos de salud públicos de la comuna de Renca.	Ítem cuantitativo n° 8.
				6.2. Percepción positiva o negativa sobre el adecuado desarrollo de los equipos de salud en cuanto a su desarrollo y avance tecnológico.	

## ANEXO N° 4: PRINCIPAL PROBLEMA DE LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNA DE RENCA



Fuente: Investigación Directa

## ANEXO Nº 5: PRINCIPALES ASPECTOS POSITIVOS DE LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNA DE RENCA



Fuente: Investigación Directa

## ANEXO Nº 6: SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA DE RENCA

Médicos	Especialistas	Horas Médicas	Salas de Espera	Medicamentos	Funcionarios administrativos	Buen trato
<p>“Lo que ellos tienen que hacer, es leer la ficha cuando uno entra, porque resulta que ellos no ven la ficha, solamente ven el nombre, y el control de la persona... A mí me iban a mandar la otra vez a hacerme los exámenes para la tiroides, entonces yo le dije doctor... a mí me operaron... entonces me dice... es que aquí ni figura en la ficha... entonces ahí se puso a buscar y me dijo... ah, ahí está... entonces no la había revisado bien...” (75 años, <b>Cesfam Bicentenario</b>).</p> <p>“Que tenga buenos médicos, porque la verdad de las cosas cuando uno le hace alguna pregunta a los médicos... que es lo que hacen (...) me tuvo “sentá” un buen rato después de un buen rato se puso a escribir, que se yo... y yo le dije ¿Usted no me va a ver? le dije yo... me dijo la veo al tiro... me dijo ¿qué le duele?, yo le dije... mire vengo por un problema que tengo acá en la rodilla y me empezó a revisar la columna, una cuestión que na’</p>	<p>“Yo creo que debería haber médicos para la tercera edad, exclusivos para la tercera edad” (72 años, <b>Centro de Salud Hernán Urzúa</b>).</p> <p>“Eso... que hubieran especialistas... y que en los consultorios hayan especialistas porque para sacarlas de encima a usted la mandan a un hospital y ¿cuánto espera?, ¿cuántos años?... la gente se muere esperando...” (75 años, <b>Cesfam Bicentenario</b>).</p> <p>Que hayan especialistas... todo lo que dijeron estas señoras... eee por ejemplo así como neurólogos, cardiólogos no te dan nunca hora... si tienes suerte te pueden dar antes. Cuando murió mi mamá eee ella pidió</p>	<p>“Que cuando manden al consultorio, no sea tan temprano, porque a las siete de la mañana hay que estar allá y en pleno invierno, yo no tengo micro, tengo que irme a pie y vivo lejos (...)” (87 años, <b>Cesfam Bicentenario</b>).</p> <p>“Que arreglen los tiempos para las horas... uno tiene que esperar años, meses para que la atiendan...” (77 años, <b>Centro de Salud Balmaceda</b>).</p> <p>“Que hubiera una facilidad para el adulto mayor que no sea ir a las siete de la mañana a tomar la mañana</p>	<p>“Deberían tener una pequeña calefacción, porque son los riegos, sufrimos con el frío” (84 años, <b>Centro de Salud Hernán Urzúa</b>).</p>	<p>“Lo único, que no nos dejen de dar los remedios” (72 años, <b>Centro de Salud Hernán Urzúa</b>).</p> <p>“Yo como sugerencia que den mayor cantidad de remedios que necesita uno...” (85 años, <b>Centro de Salud Hernán Urzúa</b>).</p>	<p>“Lo que yo sugeriría... sería que para el adulto mayor, hubiera por lo menos... un funcionario que se diera el tiempo para atender al adulto mayor... darle la hora, darle eee información... porque nosotros los adultos mayores... como que ya... somos lo último ya... entonces no nos atienden bien o lo que quieren ellos... es que uno salga luego y se vaya... entonces eso sería conveniente que hubiera en cada consultorio por lo menos un funcionario que se dedicara a</p>	<p>“Una buena atención, que atiendan bien a la gente, porque a nosotras... el cinco por ciento, todavía nos sacan a nosotras, a mí me descuentan...” (86 años, <b>Centro de Salud Huamachuco</b>).</p>

<p>que ver, entonces yo por eso también he optado por atenderme en particular, porque no me gusta como atienden acá...” (66 años, Centro de Salud Bicentenario).</p> <p>“Que existan más médicos” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).</p> <p>“Que haya buenos médicos po...” (89 años, Centro de Salud Balmaceda).</p> <p>“Que hayan más médicos porque cuando yo voy nunca hay o hay muy pocos y por eso no me dan nunca hora (...)” (75 años, Centro de Salud Bicentenario).</p>	<p>una hora al neurólogo... y pasaron dos años desde que ella murió... y me llamaron recién a la casa que tenía la hora para el neurólogo... imagínese hubiéramos esperado... entonces tuvimos que atendernos por particular... entonces eso le está pasando a mucha gente... a mucha...” (68 años, Centro de Salud Bicentenario).</p>	<p>levantarse... no puede ser imaginense...” (65 años, Centro de Salud Balmaceda).</p> <p>“Que hubiera una persona que contestara el teléfono para que les diera a las personas de la tercera edad hora, para que uno no se levantara a las tantas de la mañana para uno ir a buscar la hora po’, eso...” (79 años, Centro de Salud Balmaceda).</p>			<p>atender a los adultos mayores...” (69 años, Centro de Salud Huamachuco).</p>	
--	--	---	--	--	---	--

**ANEXO Nº 7: MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

Grupo Nº 1: "Años Dorados II", Villa Esperanza Renca.



Grupo N° 2: "Julia Valdez", Villa Damascal.



Grupo N° 3: "Inés Río Franco", Villa Damascal.

