

# Análisis de Gestión sobre el Acceso de Atención de Salud en Chile: Una visión en sectores vulnerables y rurales

Management Analysis of Access to Health Care in Chile: A vision in vulnerable and rural sectors

Alonso Bolbarán Castillo<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es mejorar la salud de la población. Y en el contexto social, señala que el compromiso con mejorar la salud, conlleva el concepto de equidad, un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.(PAHO; s/f) Implica también, presentado de otra forma, que todas las personas tengan las mismas oportunidades para alcanzar su máximo bienestar, sin importar su situación social y económica.

De lo anterior se puede inferir que, para enfrentar la desigualdad producto de la inequidad, hay que tener presente la gradiente de oportunidad, de acuerdo con los determinantes sociales en salud. Realizar el diagnóstico de ellos y establecer una jerarquía de los antecedentes recogidos, para formular un plan de intervención. Principalmente en sectores vulnerables y rurales. donde buscar los obstáculos en la atención de salud, en los factores socioeconómicos y culturales, poniendo énfasis en lo evitable en la medida en que se garantice la calidad y el acceso universal.

Se concluye que para evaluar la efectividad de las estrategias que se proponen a partir del diagnóstico y el progreso hacia la cobertura sanitaria universal, es crucial contar con sistemas de monitoreo y evaluación robustos. Asimismo, se comprende, con el esfuerzo y la dedicación adecuadas, instituciones bien articuladas y armonizadas, todo a través de una política en común a través del tiempo para mejorar el acceso de la atención de nuestro país.

*Palabras clave: Equidad en Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Cobertura Sanitaria Universal, Atención Sanitaria Respalada por el Gobierno, Salud Pública.*

## ABSTRACT

---

According to the World Health Organization (WHO), a health system comprises all organizations, institutions, and resources primarily aimed at improving population health. Within the social context of health, equity ensures that everyone has equal opportunities to attain their fullest well-being, irrespective of their financial status. Initially, it's essential to assess the social determinants of health and prioritize these categories to develop a targeted intervention plan. Particularly in vulnerable and rural communities, administrative, socioeconomic, and cultural factors play crucial roles. Emphasis should be placed on avoidable issues, ensuring both high quality and universal access. Ultimately, to gauge the success of these strategies and progress

---

Recibido el 20 de noviembre de 2023. Aceptado el 10 de abril de 2024.

1 Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). Correspondencia a: alonso.bolbaran@gmail.com

towards universal health coverage, robust monitoring and evaluation systems are indispensable. With consistent effort and commitment, alongside well-coordinated and synchronized institutions under a unified policy, we can significantly enhance our country's access to healthcare.

*Keywords Health equity, Social determinants of health, Universal health coverage, Government-supported health-care, Public health.*

## **MARCO TEÓRICO**

---

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de Salud es el conjunto de todas las organizaciones, instituciones, y recursos cuyo principal objetivo es mejorar la salud de la población. El acuerdo de coordinación entre los actores forman parte del sistema de salud, lo que se traduce en organizaciones, normas y servicios que tienen como objetivo alcanzar el mejor estado de salud posible y esperado por la sociedad. (ISAGS, 2012).

En lo que respecta al concepto de salud a nivel social, se contraponen dos perspectivas: La salud como un derecho humano y social, junto al derecho de la vida y que debe ser garantizado por el Estado; y por otro lado la salud vista como un servicio o bien de mercado, que está sujeto a las leyes de la oferta y demanda, y que define la intervención del Estado, sólo a modo de garantizar el derecho básico a la salud de los más pobres (ISAGS, 2012).

La equidad en salud por su parte, asociada a resultados sanitarios equilibrados dentro de la población. Implica que todas las personas tengan las mismas oportunidades para alcanzar su máximo bienestar, sin importar su situación socio económica y sin importar su capacidad de pago. Que todos tengan la posibilidad de acceder a servicios de salud y sociales adaptados a sus necesidades. Atendiendo las diferencias en los determinantes sociales de la salud que son las que establecen las brechas de inequidad, si es que no son debidamente considerados para las políticas públicas. (Hirmas et al, 2013).

De acuerdo con la OMS, el objetivo de reducir las desigualdades en salud al interior de los países no se basa sólo en reducir las causas directas como las enfermedades, sino que se refiere a las razones subyacentes de dichas causas. (ISAGS, 2012)

Los determinantes son fundamentales porque no es solo el acceso a los recursos asistenciales es fundamental para determinar los resultados sanitarios; si no el que otras variables que han sido observadas por algunos autores: Donabedian enfatizó los aspectos socio-organizacionales y

geográficos. Michel Marmott y Richard Wilkinson (OMS. Europa, 2003), destacan los aspectos más relevantes del conocimiento reciente sobre la influencia de áreas de política pública en la vida de las personas. Andersen y Aday por su parte, mencionan que las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo determinan no solo el acceso, sino que además influyen tanto en su utilización como en las satisfacciones de los usuarios. Estos autores, destacaron cuatro características del acceso: “contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), individuales, conductas de salud y resultados” (Hirmas et al, 2013). El estudio de estos factores, por ejemplo, se puede lograr a partir de las brechas existentes en una población según su localización con respecto de la utilización de los servicios de salud. (Mendoza-Sassi & Béria, 2001)

Por otra parte, los servicios de salud pública pueden caracterizarse identificando cinco tipos de niveles de intervención: En el primer nivel, se identifican las intervenciones enfocadas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, la reducción de la pobreza y mejoras en la educación); en el segundo, las intervenciones que buscan cambiar factores contextuales que afectan la salud (por ejemplo, el acceso a agua potable y carreteras seguras); en el tercero, las intervenciones de protección con beneficios a largo plazo (por ejemplo, el acceso a inmunizaciones y servicios de tamizaje); en el cuarto, los cuidados de atención individual; y por último, en el quinto nivel, las intervenciones de educación para la salud, usualmente gestionadas desde los establecimientos de salud, para promover cambios en el comportamiento (por ejemplo, aumentar la actividad física y adoptar dietas saludables). Por lo general, las intervenciones en los primeros dos niveles tienen el mayor potencial para mejorar la salud de la población, pero necesitan de mayor compromiso político al requerir transformaciones sociales más profundas. En cambio, las intervenciones en los últimos tres niveles constituyen servicios de salud individuales que pueden tener un impacto a nivel poblacional en la medida en que se garantice su calidad y el acceso universal. (OPS, 2020)

La directora de la Organización Mundial de la Salud, Dra. Margaret Chan indicó que la idea más poderosa que ofrece la salud pública es la cobertura sanitaria universal como camino de mayor equidad. En Chile, a partir de la Reforma de Salud implementada en la primera década del 2000, se dictó la ley 19.966 la cual establece las Garantías Explícitas en Salud (GES) que: “La reforma de

salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud”. (Frenz et al, 2011) De esta forma se pretende contar con un sistema de salud en aquel que todas las personas puedan obtener servicios de salud que necesiten en cuanto a calidad y cantidad, sin costos o pagos asequibles.

Para evaluar si un país alcanza la cobertura universal se deben considerar tres dimensiones: primero ¿Quiénes están cubiertos?, segundo ¿para qué servicios?, y tercero ¿con qué proporción de los costos? Lo anterior, se cumpliría si se logra el 100% en las tres dimensiones, sin embargo, esto es un ideal debido a que en la realidad no ocurre, afectando el acceso a la atención de salud; ya que, se sabe que cuando no se logra alcanzar la plena universalidad surgen problemas de equidad en esta dimensión, debido a que el grupo de menor posición socioeconómico enfrenta mayores dificultades para acceder al sistema de salud, y, en consecuencia, utilizan menos servicios teniendo mayores necesidades. (Frenz et al, 2011) Esto en Chile se puede corroborar en los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2016 - 2017), que mostró como la prevalencia de problemas de salud crónicos y otros resultados similares es superior en los niveles socioeconómicos de menores ingresos.

El artículo 19 de la actual Constitución de Chile, habla del derecho a la al acceso a las atenciones de salud: “El Estado protege el derecho libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación del individuo”. Por lo que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, independiente que estas se otorguen a través de instituciones públicas o privadas, y en la forma o condiciones que determine la ley. Este modelo dual chileno privatizó el aseguramiento de los trabajadores del mercado formal, los cuales contaron con la posibilidad de elección, entre contribuir para seguros privados “Instituciones de salud previsual” (ISAPRES) o contribuir al seguro público “Fondo Nacional de Salud” (FONASA). A partir de la generación de este modelo se produjo la ruptura de la solidaridad en el financiamiento, lo que generó la separación de trabajadores de mayor y menor renta. Esta forma de privatización también originó una selección de riesgos, propia de los seguros privados, con concentración de contribuyentes de altos ingresos y bajo riesgo en las ISAPRES y mayor proporción de personas de la tercera edad, enfermos crónicos, mujeres y personas de baja renta en

el seguro público, produciéndose desigualdades e inequidades entre los chilenos (ISAGS, 2012).

A partir de estos antecedentes, que por un lado muestran la ausencia de un modelo que garantice la salud de la población y que además, se manifiesta en grandes desigualdades e inequidades en los resultados sanitarios, se puede establecer también diversos tipos de barreras que afectan a los sectores socioeconómicos de más bajos recursos.

### **A) ¿Qué barreras al acceso se relacionan con las personas más vulnerables, que le impiden tener mejor acceso a la atención de salud en Chile?**

Las barreras al acceso a la atención de salud para las personas más vulnerables pueden ser multifactoriales. Las principales son:

1. Barreras administrativas: Estas barreras pueden incluir la falta de documentación necesaria para acceder a los servicios de salud, la complejidad de los procesos administrativos, o la falta de cobertura de seguro de salud. Estas barreras pueden impedir que las personas vulnerables reciban la atención médica que necesitan, lo que puede llevar a un deterioro de su salud. (OPS, 2020)

2. Barreras socioeconómicas y culturales: Estas barreras pueden estar relacionadas con condiciones geográficas, socioeconómicas, culturales, religiosas, étnicas, de género, entre otras. Por ejemplo, las personas que viven en áreas rurales o remotas pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud debido a la distancia y la falta de transporte. Además, las barreras culturales o lingüísticas con los pueblos originarios pueden dificultar la comunicación entre el paciente y el proveedor de atención médica, lo que puede resultar en una atención de menor calidad. (OPS., 2020)

Estas barreras pueden limitar el acceso a la atención de salud, lo que puede resultar en un diagnóstico tardío, un tratamiento inadecuado y, en última instancia, en peores resultados de salud. Es importante trabajar para eliminar estas barreras y garantizar que todas las personas, independientemente de su situación, tengan acceso a la atención de salud de alta calidad.

### **B) ¿Qué barreras al acceso se relacionan con la población que vive en sectores rurales, que le impiden tener mejor acceso a la atención de salud en Chile?**

Las barreras al acceso a la atención de salud para las personas que viven en áreas rurales pueden ser

múltiples y variadas. Las principales barreras son:

**1. Barreras geográficas y de infraestructura:** Estas barreras pueden incluir la distancia que existe para llegar a los servicios de salud, la falta de disponibilidad de consultorios rurales, postas, centros de referencia o de salud mental, entre otros. Estas barreras pueden impedir que las personas en áreas rurales reciban la atención médica que necesiten. (OPS, 2020)

**2. Barreras socioeconómicas:** Estas barreras pueden estar relacionadas con un estatus socioeconómico bajo, la falta de transporte propio, red social y familiar limitada, falta de recursos de información y por no poder afrontar los costes del acceso a los servicios sanitarios. Estas barreras pueden limitar el acceso a la atención de salud, lo que puede resultar en un diagnóstico tardío, un tratamiento inadecuado y, en última instancia, en peores resultados de salud. No hay que olvidarse del costo de los medicamentos; una medida para disminuir los costos es que se puede ser productor de insumos (industria de equipamiento y farmacéutica) para reducir los precios de los medicamentos y garantizar el acceso todo pensado en un contexto de calidad. (OPS, 2020)

Estas barreras se pueden ver corroboradas en los resultados de estudios como el de Janet Vega (2001) o en el Informe Nacional. Diagnósticos Regionales con Enfoque DSS (MINSAL, 2012). Ambos trabajos confirman la distribución desigual de los resultados sanitarios, asociados a la situación socioeconómica y a barreras que limitan el acceso a la atención de salud. Por ello, es importante trabajar para eliminar estas barreras y garantizar que todas las personas, independientemente de su situación, tengan acceso a la atención de salud de calidad.

### **C) ¿Qué estrategias podrían reducir la desigualdad contra personas en situación de vulnerabilidad, población rural, adultos mayores y pueblos originarios en Chile?**

Para reducir la desigualdad contra estas poblaciones, principalmente se proponen las siguientes estrategias:

**1. Educación y sensibilización:** Esta estrategia implica la implementación de programas educativos y de sensibilización que promuevan la empatía y reduzcan los prejuicios existentes. La educación puede ser una herramienta poderosa para cambiar actitudes y comportamientos discriminatorios. Además, la sensibilización puede ayudar a

las personas a entender mejor las experiencias y desafíos que enfrentan estos grupos, lo que puede fomentar la empatía y el respeto. (ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 2015)

**2. Políticas y leyes de no discriminación:** Esta estrategia implica el fortalecimiento de las leyes que garantizan los derechos humanos y los derechos de estos grupos. Las leyes y políticas pueden proporcionar un marco para prevenir y sancionar la discriminación. Además, pueden ayudar a garantizar que estos grupos tengan igualdad de oportunidades y acceso a servicios esenciales. (ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 2015)

Estas estrategias fueron seleccionadas porque abordan tanto los aspectos individuales (actitudes y comportamientos) como los estructurales (leyes y políticas) de la discriminación. Ambos aspectos son cruciales para lograr una reducción significativa de la discriminación. Además, estas estrategias reconocen y valoran la diversidad, lo cual es fundamental para promover la inclusión y la igualdad.

## **CONCLUSIÓN**

---

En cuanto a las estrategias para alcanzar la cobertura sanitaria universal y mejorar la equidad en salud, es crucial abordar tanto las barreras estructurales como las socioeconómicas que impiden el acceso a la atención sanitaria en la medida de lo posible. Esto podría implicar políticas de Salud Pública que se centren en mejorar el acceso a la atención sanitaria en las comunidades desatendidas, así como programas de educación y sensibilización para reducir la discriminación y los prejuicios en el sistema de salud según las recomendaciones para la Región de las Américas, armonizando la promoción de servicios enfocándose principalmente calculando la brecha de los determinantes sociales de salud, fortalecer la descentralización y la participación, promover la universalidad con modelos de atención integral y redes basadas en atención primaria y la acción sobre los determinantes de la salud calculados. (OPS, 2020)

Además, es importante que los sistemas de salud sean diseñados con un enfoque de equidad, lo que significa que deben tener en cuenta las necesidades específicas de los grupos vulnerables y desatendidos. Esto podría implicar la implementación de programas de salud dirigidos a estos grupos, así como la inclusión de representantes

de estos grupos en la toma de decisiones sobre políticas de salud. (Hirmas et al., 2013)

Finalmente, para evaluar la efectividad de estas estrategias y el progreso hacia la cobertura sanitaria universal, es crucial contar con sistemas de monitoreo y evaluación robustos. Estos sistemas pueden ayudar a identificar áreas de mejora y garantizar que los esfuerzos para mejorar la equidad en salud estén teniendo el impacto deseado.

En resumen, la equidad en salud es un objetivo alcanzable, pero requiere un compromiso sostenido y la implementación de estrategias efectivas a nivel de políticas y programas, no sólo a Nivel de País o Sectores más vulnerables, sino coordinando también con otras instituciones como por ejemplo las de educación a cargo de la formación científico-técnica de los profesionales y técnicos de la salud, tanto en pre como en postgrado. Con el esfuerzo y la dedicación adecuados, se puede trabajar para garantizar que todos tengan acceso a la atención sanitaria que necesitan para vivir vidas saludables y productivas en Chile.

## REFERENCIAS

- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. (2015). 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1\\_es.pdf](https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf)
- Frenz, Patricia, Delgado Becerra, Iris, Villanueva Pabón, Loreto, Kaufman, Jay S, Muñoz Porras, Fernando, & Navarrete Couble, María Soledad. (2013). Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN. *Revista médica de Chile*, 141(9), 1095-1106. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000900001>
- Hirmas Aday M, Poffald Angulo L. Jasmen Sepúlveda AM et al (2013), Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa, *Rev. Panam. Salud Publica* 33(3), 2013. Disponible en:
- ISAGS. (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica. Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. ISAGS, Río de Janeiro: Mayo.
- Organización Mundial de la Salud, Europa, (2003). *Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Probados*. Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot. Edición española, traducción de la 2ª edición de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mendoza-Sassi, R., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de saude publica*, 17(4), 819–832. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000400016>
- MINSAL, (2012). Informe Nacional. Diagnósticos Regionales con Enfoque DSS
- MINSAL, (2017). Encuesta Nacional de Salud.
- OPS. (2020). LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS. UNARENOVACIÓN PARA EL SIGLO XXI. Marco conceptual y descripción. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf)
- Pan American Health Organization (PAHO), Equidad en Salud, - OPS/OMS, <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>.
- Vega, Janet (2001). Enfermo de Pobre, *Revista Universitaria* Nro. 73