

# ATENCIÓN MÉDICA

Los datos de esta investigación muestran la importancia de la composición etaria, del nivel económico-social y de la escolaridad en la determinación de la "demanda subjetiva" de atención médica. Pero más que eso, destacan el papel fundamental del nivel y estructura de la oferta del sector público como palanca que modela las conductas de utilización de los servicios médicos por parte de una población que está indudablemente sensibilizada a la importancia de ellos. En contraste, aparecen como vacíos de contenido los derechos legales a la atención médica, cuando no son respaldados por una oferta adecuada.

La investigación permitió construir un modelo de las relaciones de demanda y oferta entre la atención médica y la comunidad; este modelo organiza lo conocido hasta el momento y facilita la elaboración de nuevas hipótesis.

Debe notarse que el concepto de atención médica se emplea aquí en el amplio sentido de la "aplicación de la medicina y disciplina conexas a la realidad colectiva e individual.

## Algunas relaciones de la atención médica con el sistema social Estudio en una Comuna de Santiago de Chile

CARLOS MONTOYA <sup>1</sup>  
ISABEL ALLENDE <sup>2</sup>  
PATRICIO GARCÍA <sup>3</sup>  
MARTA BURGOS <sup>3</sup>  
ANA MARIA DAGNINO <sup>2, 3, 4, 5</sup>

### I. INTRODUCCION

La presente investigación tiene por objeto contribuir al estudio de los problemas de la atención médica. Dos son los propósitos generales de esta institución, a saber:

—Satisfacer ciertas necesidades sentidas por las personas.

—Contribuir a elevar el nivel de salud de la población (10).

El segundo propósito se refiere a un objetivo de carácter social; tiene fundamentos objetivos que son definidos sobre una base científica por la profesión médica.

El primer propósito, en cambio, procura responder a una demanda que, en la primera instancia, en la primera consulta por algún episodio mórbido, se origina en decisiones que los individuos toman con relativa independencia. Estas decisiones resultan de la **valoración** que los sujetos hacen de la atención médica.

El concepto de valoración se refiere a una relación entre sujeto y objeto, que condiciona la conducta del primero frente al segundo. El valor de una cosa la destaca como alternativa preferible entre varias. En otros términos, si alguien valora altamente la atención médica, sacrificará mayor cantidad de posibilidades con el fin de obtenerla.

Es útil conocer la valoración de la atención

médica por parte de los pueblos de los países subdesarrollados. Muchos de estos realizan esfuerzos importantes por proporcionar prestaciones médicas y es deseable que estos esfuerzos estén guiados por la información necesaria acerca de todos los factores que condicionarán su éxito mayor o menor.

Uno de los factores que explican la valoración de la atención médica por parte de un grupo dado, es el nivel de salud del grupo; pero hay otros determinantes, a saber:

a) El nivel económico social, en la medida en que contribuye a hacer percibir a la atención médica cómo más o menos posible de alcanzar;

b) La cultura, en cuanto define lo que se entiende por enfermedad y por "necesidad de recurrir a la atención médica";

<sup>1</sup> Profesor de Medicina Preventiva y Social. U. de Chile.

<sup>2</sup> Sociólogos.

<sup>3</sup> Los Sociólogos P. García, M. Burgos y A. M. Dagnino, colaboraron en diversas etapas de la investigación. Los responsables de la publicación son: C. Montoya e I. Allende.

<sup>4</sup> Los autores agradecen a la Sra. Leonor Rivas, estadístico de la Cátedra F. de Medicina Preventiva por su dedicación en la labor de codificación y tabulación.

<sup>5</sup> La investigación fue financiada parcialmente por aportes del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, en los años 1966-1968.

DIAGRAMA N° 1.- La valoración de la atención médica y su lugar en un modelo de relaciones entre población y atención médica.



c) Demográficos edad, sexo, estado civil, residencia urbana o rural, tamaño y composición de la familia;

d) Psicosociales: actitudes generales de participación respecto a las instituciones sociales;

e) Relativas a la calidad percibida de la atención médica: haber experimentado dicha atención como un bien deseable.

Hay que tener presente que la valoración de un bien o servicio no determina por sí sola la demanda efectiva: influye también la posibilidad económica de traducir deseo a demanda. Por ello las medidas del gasto médico nacional y familiar que se han realizado en Chile (4,5) y aquéllos estudios de utilización que están en curso, ofrecen sólo indicaciones parciales de la valoración de la atención médica. Sugieren, es verdad, que la población urbana asigna una valoración relativamente alta a la atención médica. Pero permanece como incógnita cuál es la medida de valor o deseo que ha quedado sin satisfacer; también, la posibilidad de que dentro de los servicios obtenidos haya aspectos cualitativos o estructurales que no se satisfacen; y quedan por averiguar los factores de la valoración y los modos de su interacción en la subjetividad de los individuos.

## II. MATERIAL Y METODO

*El Instrumento.* La cédula de entrevista incluye tres grupos de indicadores de valoración de la atención médica, a saber:

A. Percepción de la atención médica: a) de su existencia; b) de sus objetivos; c) de sus recursos; d) de su organización e) de sus actividades.

B. Opiniones expresadas acerca de la atención médica: a) del sistema en general; b) de sus objetivos; c) de sus recursos; d) de su organización; e) de sus actividades.

C. Conducta ante la atención médica: a) utilización de las acciones; b) conducta en situaciones de salud y enfermedad; c) conducta en situaciones de variación del sistema; d) participación en grupos relacionados con atención médica; e) adquisición de conocimientos.

Se registraron además los datos correspondientes a los cinco grupos de factores de la valoración. Estos se detallan así:

a) Indicadores de nivel económico social: ingreso familiar, tipo de vivienda, ocupación y previsión del jefe de hogar, y escolaridad de ambos padres.

b) Indicadores culturales: escolaridad de ambos padres y procedencia urbana o rural.

c) Indicadores demográficos: edad, sexo y estado civil del jefe de hogar; tipo y tamaño de la familia.

d) Indicador psicosocial: solidaridad social\*.

e) Como indicador de la experiencia previa de un determinado tipo de atención médica: el hecho de haber recibido o no atención en el Centro de Demostración de Medicina Integral (CDMI). En efecto, se aprovechó la oportunidad de que en la Comuna estudiada operó entre enero de 1958 y marzo de 1964 un sistema patrocinado por la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud el cual ofrecía atención a los 12.000 habitantes de un sector geográfico, sin limitaciones de previsión o de pago.

Los programas asistenciales del CDMI comprendieron: atención maternal, infantil, medicina general de adultos, ginecología, higiene mental, servicio so-

\* El ítem correspondiente dice así: ¿Está Ud. de acuerdo o en desacuerdo con la gente que, además de preocuparse de solucionar sus problemas, se preocupa y trabaja en la solución de problemas de orden público?

cial y enfermería. Estos programas se coordinaban con los del Consultorio Andes del Area Hospitalaria Occidente de Santiago. Eran comunes con el Consultorio los servicios dental, de epidemiología, de saneamiento, de farmacia y generales. Se llegó a contar con los recursos mínimos para una atención racional, sin exceder los índices que son posibles como promedio para toda la ciudad de Santiago. La esencia del Centro consistió en la aplicación de lo que el equipo llamó "Medicina Integral", cuyos principios son:

1. Atención Médica primaria plenamente accesible.
2. Atención hecha por un equipo profesional enteramente integrado. En el equipo no hay duplicación de funciones y la información captada por cada uno es registrada en una ficha única y queda a disposición permanente de todos los demás. Esto se complementa con la discusión de familias en reuniones semanales.
3. Continuidad de la atención, tanto longitudinal como transversal.
4. Responsabilidad absoluta del equipo por lo que ocurre en cuanto a muerte y enfermedades evitables a los habitantes del sector.
5. Medicina programada.
6. Medicina fundamentalmente educativa.
7. Medicina que se integra en su acción con otras instituciones y otras técnicas, como educación, justicia, vivienda, gobierno local.
8. Integración de lo somático y lo psíquico.
9. Integración de lo individual y lo social.
10. Integración de lo curativo y lo preventivo.
11. Conciencia de parte de los profesionales de su propio funcionamiento como seres humanos que tazan la comunicación con los pacientes (9) \*.

*Diseño de las muestras y características generales de la población:* Encuestadores adiestrados, alumnos de las escuelas de Sociología y Servicio Social, en-

trevistaron, a fines de 1965, a una muestra de dueñas de casa de cada uno de tres grupos:

—Grupo "C": corresponde a la Comuna de Quinta Normal de la ciudad de Santiago, exceptuado el sector que recibió atención del CDMI. Representa la experiencia corriente de atención médica en las ciudades chilenas. Según la muestra, la moda de los ingresos familiares se ubica entre E° 150 y 350 m/c por mes. Los tres grupos ocupacionales más numerosos son, en orden, los "obreros calificados", los "oficinistas, técnicos, pequeños comerciantes, artesanos y vendedores", y los "obreros no calificados". Un 16,8% de los jefes de hogar están cesantes. La mitad carece de previsión social y el resto se divide por partes iguales entre las Cajas de Obreros y las de Empleados. La moda del nivel de instrucción se halla entre 4° y 6° año de enseñanza básica, con un 6,9% de analfabetos. El tamaño familiar más frecuente es de 5 personas.

—Grupo "EAD" (con experiencia de atención diferencial): corresponde a 800 familias que formaban la clientela del CDMI.

—Grupo "VAD" (vecinos a la atención diferencial): son aproximadamente 1.400 familias que no reciben atención diferencial (principalmente porque no tenían niños pequeños), pero que vivían en el sector al cual el CDMI ofrecía atención. Se decidió tratarlos como un grupo separado, a causa de que podrían haber recibido influencias del trabajo de comunidad del CDMI.

Los dos últimos grupos constituyen el "Sector del CDMI", que es de un nivel ocupacional, económico, previsional y de escolaridad moderadamente superior al de la Comuna en conjunto. El tamaño familiar es ligeramente menor. Dentro del Sector, el grupo EAD tiene menos edad, más instrucción, menos ingresos y mayor tamaño familiar que el grupo VAD.

Las muestras tuvieron el siguiente tamaño, en términos de número de familias:

	Universo	Muestra Proyectada	Nº de entrevistas realizadas	% de cobertura de la muestra
Grupo C	26.500	100	90	90%
Grupo EAD	800	350	291	83,5 %
Grupo VAD	1.400	100	91	91%

### III. SINTESIS DE LOS RESULTADOS

Se resumen aquí sólo los resultados que corresponden a la valoración de la atención médica en su conjunto (11).

#### 1. Descripción.

##### 1. 1. Indicadores de percepción.

La percepción que las personas tienen de los objetos depende, entre otros factores, de la importancia de dichos objetos para ellos. Se percibe aquello que se valora, pues la percepción es una búsqueda activa hacia el mundo; y esto se

refuerza después en un valorar más aquello que se conoce. De allí que hayamos utilizado algunas medidas de la percepción del sistema de atención médica como indicadores de su valoración.

En la Comuna Quinta Normal, un 75% del total de las familias percibe al menos el consultorio que le corresponde; y un 53% del total percibe su Consultorio y uno o más establecimientos adicionales; sólo el 3% pudo llegar a mencionar correctamente cuatro establecimientos del Area.

El 96% de las familias que han sido consumidoras de un sistema de atención diferencial, han mostrado una percepción siquiera mínima de él; pero sólo el 37% lo identificaba por algún nombre, y apenas el 3% respondió correctamente acerca de cuatro rasgos gruesos del Centro de Demostración (CDMI). Sólo el 12%

\* Los programas de servicio social y enfermería, se mantuvieron después de 1964. El programa infantil se reanudó en 1967 (13).

emitió alguna razón o causa del término del Centro.

### 1. 2. Indicadores de opinión.

Se puede preguntar a las personas sus opiniones o actitudes ante un fenómeno. Es posible que la opinión expresada no sea un predictor absoluto de la conducta respectiva; pero, si no está falseada, es un buen indicador de valoración, al menos en esta área y con las precauciones técnicas empleadas.

La opinión relativa al nivel de importancia de la Atención Médica en sí, en un plano abstracto, indica que el 99% la considera "importante" o "muy importante": esta sería una norma o patrón general de valoración.

Al pedir la ubicación de este servicio en competencia con otros, el 75% lo coloca en 2º o 3er. lugar entre cinco servicios de carácter social; alimentación y educación son considerados de mayor prioridad, y previsión y recreación, de menor prioridad\*. Cuando el problema se plantea en términos de describir cómo debe ser la atención médica, el 90% dice: mayor, más y mejor dotada, más extensa, más completa, más rápida, etc. Sólo un 9% dice "debe ser como ahora; no se puede pedir más". También se pregunta qué esperan de la atención médica, para qué la desean y el 95% da alguna respuesta, espera algo; la mitad espera efectos de tipo preventivo, la mitad, de tipo curativo. Algunos indican que la atención médica da seguridad.

Los varones, cónyuges de las entrevistadas, parecen más indiferentes: el 57% no ha expresado espontáneamente opinión.

Se construyó con estos elementos un índice-resumen de valoración global de la atención médica: las opiniones se concentran (dos tercios) en el tramo medio-alto de la escala.

### 1. 3. Indicadores conductuales.

Las conductas de utilización de la atención médica serían un excelente índice del significado que tiene aquélla para las personas, si no mediaran: el factor económico, la escolaridad, la cantidad y calidad de la oferta, como factores que modifican esa influencia. Son, por eso, sólo un indicador más. Sus resultados, empero, son muy claros: más del 90% de la población combina la utilización del médico con la de los remedios caseros, como sus recursos en casos de enfermedad. Las familias se distribuyen entre: un 60% que recurre "siempre" al médico y a veces (o nunca) a los remedios caseros; y un 40% que recurre a "siempre" a los remedios caseros y a veces (o nunca) al médico. Recursos auxiliares de cierta importancia son: la farmacia del barrio, las matronas, los practicantes, y los amigos y familiares. En esta población estarían en vías de desaparecer los agentes de tipo tradicional y no oficial, como los compositores, las meicas, los yerbateros, iriólogos y homeópatas\* (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1

A quien recurren cuando algún adulto de la familia se siente enfermo (Grupo C)

Agentes	Siempre	A veces	Nunca	Total	
	%	%	%	Nº	%
A médico	56,8	39,9	3,3	90	100,0
A "remedios caseros"	44,5	47,7	7,8	90	100,0
A farmacéutico o empleado farmacia	12,2	26,6	61,2	90	100,0
A matrona profesional	17,8	10,0	72,2	90	100,0
A familiares, amigos, vecinos	5,6	21,0	73,4	90	100,0
A practicante	3,3	22,2	74,5	90	100,0
A compositor	1,1	12,2	86,7	90	100,0
A "señora" o meica	0,0	9,0	91,0	90	100,0
A yerbatero, homeópata o iriólogo	2,2	5,6	92,2	90	100,0

El patrón de utilización difiere levemente según la edad del enfermo: en el caso de los niños es mayor la utilización del médico, y menor la de todos los demás agentes. Esto podría deberse a una selección de las familias con ni-

ños (jefes de hogar más jóvenes y con mejor instrucción) o también, a una mayor oferta de servicios médicos para este grupo de edad.

¿Cuáles son las vías institucionales de acceso al médico?. El Cuadro N° 2 responde a esta pregunta. Predomina la vía del Servicio Nacional de Salud; pero es importante la vía privada.

\* Las prioridades referidas al país corresponden en primer lugar a educación, seguida de cerca por alimentación. Cuando los mismos componentes se jerarquizan con referencia a la propia familia, alimentación ocupa el primer lugar, desplazando a educación al segundo.

\* Los "compositores" hacen traumatología popular. Las "meicas" son curanderas de raíz española, de carácter religioso-popular. Los "iriólogos" diagnostican por la inspección del iris y de la orina.

CUADRO Nº 2

Vías institucionales de acceso al médico (Grupo C)

Vías institucionales	PORCENTAJES	
	Adultos	Niños
Sólo medicina privada	24,2	26,2
Sólo Servicio Nacional de Salud	41,0	50,8
Sólo medicina de "Cajas" de Previsión	3,6	4,6
Medicina privada y SNS.	22,8	15,4
Medicina de "Cajas" y SNS.	1,2	1,5
Medicina privada y Medicina de "Cajas"	7,2	1,5
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Referencia 11. (Cuadro Nº 16).

Dentro del Servicio Nacional de Salud, proporciones similares (40%) de la población recurren a hospitales y a consultorios distritales.

Esta distribución es reveladora, por una parte, de la demanda subjetiva (valoración) de atención médica; y por otra parte, de la accesibilidad a dicha atención a través de las diferen-

tes instituciones. La accesibilidad tiene determinantes distintas en los diferentes sectores: en la medicina estatal es, principalmente la oferta de servicios; en la medicina privada, la capacidad de pago. La distribución cuantitativa de las familias según su sujeción a estas determinantes se indica en el cuadro Nº 3.

CUADRO Nº 3

Distribución aproximada de las familias según determinantes efectivos de la accesibilidad a los distintos sectores de la atención médica.

Determinantes efectivos de accesibilidad	SECTORES	
	Medicina privada	Medicina estatal
Capacidad de pago: total	25%	—
parcial	24%	—
Nivel de oferta : total	—	49%
parcial	—	24%
<b>Total de la demanda efectiva</b>	<b>98%</b>	

Fuente: Ref. 11. Aproximaciones derivadas de los cuadros Nos. 14, 15 y 104. Las cifras resumen la situación de adultos y niños.

Teóricamente habría un segundo determinante teórico de la accesibilidad a la medicina estatal: el derecho legal a recibir dicha atención. ¿Qué ocurre con este derecho en la práctica? En la Comuna de Quinta Normal el SNS ha estimado su población beneficiaria, para fines programáticos, en no menos del 75%. Los datos de la muestra confirman dicha estimación y dan una cifra de 90% del total de las familias que tienen derecho legal a atención médica estatal. De los datos obtenidos se deduce que el verdadero factor determinante de la accesibilidad a sector estatal es el nivel de oferta que éste es capaz de proporcionar, y que está muy por debajo de las obligaciones legales. Un indicador de la valoración relativamente alta que

la población hace de la atención médica es el hecho que buena parte de las familias suple aquel déficit recurriendo a servicios privados que debe pagar directamente.

Sin embargo, en esa comuna como en otras de la zona de Santiago, el nivel de la oferta de servicios médicos por el sector público es tan reducido [1,5 consultas por beneficiario al año, (13)] que el hecho que la mitad de la población se limite a recurrir sólo a este sector, señala que debe ocurrir uno de dos hechos: o bien la demanda subjetiva de atención médica de parte de estas familias es limitada, o bien no tienen capacidad de pago para recurrir al sector privado.

Para esclarecer cuál de esos dos hechos es el

que ocurre, hay que recordar que el 90% de las entrevistadas pide que la atención médica aumente en cantidad y calidad; y que una elevada proporción recurre a la farmacia de barrio y a otros agentes. Esto indica que la demanda subjetiva es muy superior a la demanda efectiva, y que es principalmente la incapacidad de pagar la que impide que en esta comuna una proporción aún mayor de la población se vuelque hacia la medicina privada.

Entre las instituciones médicas del sector público, la "Posta" (Asistencia Pública) debe ser valorada muy singularmente, ya que el 77% de las familias recurre a ella en casos de urgencia de adultos y el 63% en casos de urgencia de niños.

Un indicador conductual muy claro del grado de valoración positiva de la atención médica es el hecho de que, —entre aquéllos que percibieron el término de un sistema de atención diferencial—, "el 78% se afectó personalmente o aún, reaccionó en forma activa". Sólo el 15% declaró que "no hizo nada". Un 31% del grupo que percibió el cambio dejó de ir a consultorio respectivo. Un 30% declara que en la comunidad se produjeron reacciones activas ante el cambio: dejar de ir, reclamos. El otro 69% dice que la gente "notó la diferencia de atención, recordaba con cariño al CDMI".

#### 1. 4. Indicadores de aprendizaje de conocimientos.

Los conocimientos que exhibe la gente acerca de un tema determinado pueden considerarse el resultado de una actividad de aprender; como indicadores de valoración participan, pues, del carácter de una conducta, y del carácter de una percepción. Son el resultado conjunto, probablemente, del interés por la salud y de la posibilidad de aprender (escolaridad). La prueba utilizada fue elemental y se refirió a elementos prácticos de higiene. Se obtuvo una curva de resultados aproximadamente normal; la gran mayoría de las entrevistadas posee es-

tos conocimientos elementales en un grado parcial. Los puntajes más altos no fueron logrados.

En síntesis, los diversos indicadores coinciden en señalar que la valoración de la atención médica por parte de la población de Quinta Normal era, en 1965, bastante elevada y, en todo caso superior a las posibilidades reales de obtener servicios suficientes para afrontar esa demanda subjetiva. Es evidente que existen las condiciones para una considerable insatisfacción de la comunidad.

## 2. Explicación.

La discusión realizada hasta aquí sugiere que diversos factores pueden estar influyendo en la valoración de la atención médica y también en su traducción en conductas, en aprendizajes y en logros efectivos de satisfacción.

### 2. 1. Nivel económico-social.

Se han tomado en cuenta separadamente: tipo de vivienda, nivel de la ocupación, tipo de previsión social y escolaridad. Con estos elementos y otros (luz eléctrica y servicio doméstico) se confeccionó un índice económico social global (7).

Una apreciación de conjunto de este grupo de factores revela que el nivel económico-social se asocia de modo inverso con la percepción del sistema estatal de atención médica (Cuadro 4). Sin embargo, cuando aumenta el nivel de la oferta y se amplía el derecho de acceso, como ocurrió en el sistema de atención diferencial, el fenómeno se invierte: a mayor status económico social, mayor percepción (Cuadro 5). Habría una más ágil adaptación, en las familias más acomodadas, a la situación más favorable. Determinantes de esta adaptación pueden ser: su mayor demanda potencial y un uso más planificado de sus ingresos.

CUADRO Nº 4

Distribución de las familias según el índice socio-económico y conocimiento de los establecimientos médicos del área.

Índice económico-social	GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ÁREA					
	Bajo %	Medio %	Alto %	Nº	Total %	
6—11 puntos	15,8	42,1	42,1	19	100,0	
12—14 puntos	19,0	66,8	14,2	21	100,0	
15—17 puntos	25,7	64,6	9,7	31	100,0	
18 y más puntos	36,8	47,4	15,8	19	100,0	

*Bajo:* No menciona establecimientos, o los menciona sin incluir el Consultorio que le corresponde.

*Medio:* Menciona su consultorio y a lo sumo otro establecimiento del área.

*Alto:* Menciona su consultorio y otros dos o tres establecimiento del área.

CUADRO Nº 5

Distribución de las familias según índice económico-social e índice de percepción nominal del CDMI.

Índice económico-social	ÍNDICE DE PERCEPCIÓN NOMINAL				Total	
	4 y 5 ptos. %	6 ptos. %	7-8 ptos. %	9-10 ptos. %	Nº	%
3—14 puntos	24,2	46,5	20,7	8,6	58	100,0
15—17 puntos	28,8	32,8	24,8	13,6	125	100,0
18—20 puntos	25,8	25,8	33,9	14,5	62	100,0
21 y más puntos	30,4	17,4	30,4	21,8	46	100,0

Las opiniones relativas a la importancia de la atención médica son el indicador menos contaminado de que disponemos para la valoración de la atención médica. El índice económico social global tiene con ellas una relación de for-

ma parabólica: la valoración es máxima en el estrato intermedio (Cuadros 6 y 7).

Es interesante ver que las valoraciones del estrato social más bajo presentan una gran dispersión insinuando una distribución bimodal:

CUADRO Nº 6

Distribución de las familias según puntaje índice económico-social e índice de valoración de la Atención Médica.

Índice de status económico-social	ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA				Total	
	3 a 8 ptos. %	9-10 ptos. %	11-12 ptos. %	13-15 ptos. %	Nº	%
6—11 puntos	31,6	31,6	10,5	26,3	19	100,0
12—14 puntos	9,5	9,5	62,0	19,0	21	100,0
15—17 puntos	3,2	25,8	51,6	19,4	31	100,0
18 y más puntos	5,3	31,6	42,0	21,1	19	100,0

CUADRO Nº 7

Prioridad asignada a la atención médica entre cinco componentes del nivel de vida: su asociación con nivel socio-económico.

Índice de status económico-social	A. EN EL CASO DE LA PROPIA FAMILIA					Total	
	1ª y 2ª %	3ra. %	Prioridades 4ª y 5ª %		No contesta %	Nº	%
6—11 puntos	21,1	36,9	31,5		10,5	19	100,0
12—14 puntos	33,3	57,1	4,8		4,8	21	100,0
15—17 puntos	54,9	38,7	6,4		—	31	100,0
18 y más puntos	21,0	58,0	21,0		—	19	100,0
	B. EN EL CASO DEL PAÍS						
6—11 puntos	26,3	31,6	36,8		5,3	19	100,0
12—14 puntos	33,3	52,4	9,5		4,8	21	100,0
15—17 puntos	41,7	45,2	6,4		—	31	100,0
18 y más puntos	23,0	52,7	15,8		—	19	100,0

esto podría corresponder a una heterogeneidad cultural del estrato.

La escolaridad considerada aisladamente presenta una relación directa con la valoración de la atención médica expresada a través de opiniones (Cuadro 8).

Los ingresos también se disocian del comportamiento del índice global y no presentan relación con dicha valoración. Según estos resultados, la elasticidad de la demanda subjetiva de atención médica sería principalmente una función de la instrucción de la comunidad; en

CUADRO Nº 8

Distribución de las familias según valoración global de la Atención Médica y escolaridad del jefe de hogar.

Escolaridad del jefe de hogar	INDICE DE VALORACIÓN GLOBAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA				
	3-10 Ptos. %	11-12 Ptos. %	13-15 Ptos. %	Total Nº	%
Analfabeto y primaria 1er. ciclo	43,5	30,4	26,1	23	100,0
Primaria, 2º ciclo	36,6	43,9	19,5	41	100,0
Secundaria y Universitaria	26,1	52,2	21,7	23	100,0
Ignorado	—	—	—	3	—
<b>Total</b>	<b>35,6</b>	<b>43,3</b>	<b>21,1</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

(a) Ver párrafo 1. 2..

la elasticidad de la demanda efectiva debe intervenir, evidentemente, el nivel de ingresos hasta tanto no haya un sistema único y gratuito de atención médica.

Un mejor índice económico social global se

asocia con una **utilización** más constante del médico y con una menor dependencia de algunos recursos informales y tradicionales, ya sea que el enfermo sea un adulto o un niño (Cuadro 9).

CUADRO Nº 9

Proporción de familias que recurren a distintos agentes de atención médica para los adultos, según índice de nivel económico-social.

Agente	NIVEL ECONÓMICO-SOCIAL					
	Bajo (n=40) (6—14 ptos.)		Medio (n=31) (15—17 ptos.)		Alto (n=19) (18 y más ptos.)	
	Recurre Siempre	a veces	Recurre siempre	a veces	Recurre siempre	a veces
Médico	50 %	47,5%	62,1%	35,5%	63,2%	31,5%
Farmacia	12,5 %	30,0%	9,7%	25,7%	15,8%	21,0%
Matrona Profesional	12,5 %	15,0%	29,0%	—	10,5%	15,8%
Practicante	2,5 %	22,5%	3,2%	22,6%	5,3%	21,0%
Remedios caseros	57,6%	40,0%	35,5%	51,5%	31,5%	58,0%
Familiares o amigos	7,5 %	27,5%	3,2%	22,6%	5,3%	5,3%
Compositor	2,5 %	15,0%	—	6,5%	—	15,8%
Meica	— %	7,5%	—	9,7%	—	10,5%
Yerbatero, homeópata o iriólogo	—	7,5%	6,5%	6,5%	—	—

El nivel de conocimientos de salud es claramente proporcional a la escolaridad; pero no es éste el único factor que interviene, ya que un tercio de las mujeres del grupo "analfabetos y primer ciclo de escuela primaria" dan respuestas sobre el percentil 45. Los otros factores de orden económico social no parecen influir.

El mayor nivel de instrucción se asocia a una utilización mayor del médico, y a un empleo menos constante de los remedios caseros. Sólo en los casos en que el enfermo es un adulto, este efecto es más intenso que el del nivel económico-social global (Cuadro 10). La asociación en el caso de los niños, no es tan intensa, lo cual se podría explicar porque, aún en los niveles de escolaridad mínima, el niño enfermo es llevado al médico en forma más constante que el adulto enfermo\*.

El nivel económico social parece determinar en buena medida el tipo de expectativa que se

tiene ante la atención médica, es decir, la razón de que se la considere importante: a mayor nivel económico social, mayor proporción de razones referidas a la prevención

El factor previsión social se comporta —en general— de un modo consistente con lo sugerido hasta aquí; pero aporta nuevas orientaciones. En efecto, la percepción del sistema de atención estatal es máxima en los imponentes del Servicio de Seguro Social y mínima en el grupo "sin previsión"; influiría el hecho de que el primer grupo tiene un derecho más tradicional y "legitimado" que el segundo, que tiene en su gran mayoría derecho legal a la atención, pero en su calidad de "indigente", la cual ha

\* Este hecho contrasta con lo que ocurre en EE. UU., donde la gradiente económica de la utilización de servicios médicos es mucho más acentuada para los niños que para los adultos (13).

CUADRO Nº 10

Proporción de las familias que recurren a distintos agentes de atención médica para los adultos, según nivel de instrucción del jefe de hogar

Agentes	NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
	Muy bajo (n=23) (0 a 3 años)		Bajo (n=41) (4 a 6 años)		Medio (n=23) (7 y más años)	
	siempre	a veces	siempre	a veces	siempre	a veces
Médico	44%	52%	56%	42%	74%	26%
Farmacia	22%	39%	7%	17%	13%	30%
Matrona profesional	13%	—	17%	12%	22%	13%
Practicante	4%	23%	5%	22%	—	22%
Remedios caseros	52%	39%	49%	41%	30%	65%
Familiares o amigos	—	22%	7%	24%	9%	9%
Compositor	4%	4%	—	10%	—	26%
Meica	—	13%	—	7%	—	9%
Yerbatero, homeópata o iriólogo	4%	13%	2%	2%	—	4%

estado menos definida tanto en los reglamentos como en el consenso público.

En una situación de mayor apertura del acceso al sistema estatal —como fue la atención diferencial—, es el grupo imponente de “otras Cajas” (presumiblemente el de mayor nivel económico-social) el que tiene mejor percepción. También es este grupo el que exhibe mayor nivel de conocimientos de salud.

Los factores económico sociales determinan también la estructura de las opiniones respecto a cómo debe ser la atención médica. Las diversas opiniones al respecto van indicando qué es lo que los grupos valoran más en la atención médica, dónde recae su insatisfacción y cuál es el nivel de comprensión que se tiene de los problemas involucrados. El nivel económico social tiene una clara asociación directa con la frecuencia de demanda de más y/o mejores recursos humanos para la atención médica. En cambio, los pobres son los más sensibles a los problemas del pago de los servicios, a la lentitud en la atención y a la restricción de la cobertura. Los conformistas e indiferentes aparecen sólo en los estratos de menor ingreso.

La categoría ocupacional del jefe de hogar parece relacionarse en algunos casos, específicamente con una cierta posición ante la atención médica. Por ejemplo, el grupo “pequeños comerciantes y artesanos independientes” ostenta la más baja percepción y sus opiniones son las que destacan menos la importancia de dicha atención; en esto son seguidos de cerca por el grupo de “obreros no calificados y de servicio doméstico”. Los “obreros industriales calificados” y los “obreros de transporte”, por el contrario, se destacan, por una elevada percepción y valoración, en conjunto con la categoría de “oficinistas y técnicos”.

## 2. 2. Factores demográficos.

Se han estudiado aquí: edad, presencia de niños, tamaño y estructura familiar.

A mayor edad del jefe de hogar y de la entrevistada, más altos es la valoración de los servicios médicos, según las opiniones vertidas; y más bajos son los conocimientos de salud y la percepción de la atención diferencial (Cuadro 11). El hecho conocido de que la escolaridad,

CUADRO Nº 11

Distribución de las familias según puntaje de índice de valoración global de la Atención Médica y edad de la entrevistada.

Edad de la entrevistada	ÍNDICE DE VALORACIÓN GLOBAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA			
	3—10 ptos. %	11—15 ptos. %	Nº	Total %
34 años	41,4	58,6	29	100,0
35—49	35,3	64,7	34	100,0
50 y más años	30,8	69,2	26	100,0
Ignorada	—	—	1	—
<b>Total</b>	<b>35,5</b>	<b>64,5</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

factor que se asocia positivamente con la valoración de la atención médica, disminuya con la edad, nos hace otorgar mayor significado a la moderada relación directa entre este factor y dicha valoración; una hipótesis atrayente atribuiría el elevado aprecio que las personas maduras manifiestan por la medicina a las mayores necesidades objetivas de atención médica que ellas tienen.

Cuando las entrevistadas son de edad avanzada, dan mayor importancia a ciertos aspectos de la medicina; gratuidad, extensión de cobertura y diversificación de prestaciones, y se refieren con menos frecuencia a la necesidad de

más y/o mejores recursos humanos y materiales.

La presencia de niños en las familias se asocia directamente con la valoración expresada en indicadores de percepción y en opiniones y con los conocimientos de salud (Cuadro 12). La explicación podría residir aquí también en que los niños significan mayores necesidades objetivas de atención médica. Lo que se ve como inusualmente importante cuando hay niños, para que la atención médica sea buena, es la existencia de "más y/o mejores recursos materiales"; se minimiza, en cambio, la importancia de los recursos humanos.

CUADRO N° 12

Distribución según percepción de los establecimientos médicos del área y existencia de niños.

Existencia de niños	GRADO DE PERCEPCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL ÁREA				
	Baja %	Elemental %	Completa %	Total N°	Total %
Hay niños menos de 15 años	17,9	59,7	22,4	67	100,0
No hay niños menores de 15 años	43,5	47,8	8,7	23	100,0
Total	24,4	56,7	18,9	90	100,0

El tamaño y estructura familiar tienen asociaciones menos claras con los diversos indicadores de valoración de la atención médica.

### 2. 3. Factores psico-sociales.

Siendo ésta un área de investigación muy compleja, se incluye en este estudio sólo una dimensión: la actitud de participación o compromiso social de las personas en su comunidad local. La posesión de este rasgo se asocia con: mejor percepción del sistema diferencial de atención; opiniones indicativas de mayor valoración; y especialmente con mayores conocimientos de salud. El patrón es similar al de las familias con jefe de hogar con escolaridad superior; pero difiere en que las personas con actitud positiva de participación destacan de modo inhabitual la necesidad de gratuidad de la atención médica y en cambio la escolaridad tiene una relación inversa con este tipo de demanda.

### 2. 4. Factores relativos a la atención médica que la gente ha experimentado.

La existencia en los años anteriores a la investigación de un sistema de atención (CDMI) dirigido a un sector de la comuna y que presentaba algunas ventajas cuantitativas y marcadas diferencias de orientación técnica, permitió apreciar la influencia de estos factores.

#### 2. 4. 1. Experiencia de atención diferencial e indicadores de percepción.

En el momento de la encuesta, la percepción del sistema estatal de atención médica es mayor entre las familias del sector del CDMI, y especialmente en las que han tenido la experiencia directa de atención diferencial (Grupo EAD) que entre aquellas que no la han tenido (Grupo C y VAD). Hay que recordar aquí que el Grupo EAD tiene mucha mayor proporción de niños y un nivel económico algo más bajo que el Grupo VAD; por esta razón se presentarán siempre los datos para el conjunto (ponderado) de la muestra del CDMI.

#### 2. 4. 2. Experiencia de atención diferencial e indicadores de opinión.

Las opiniones sobre valoración de la atención médica son aproximadamente similares en el sector del CDMI (Grupos EAD y VAD) que en el resto de la Comuna (Grupo C). Son algo mejores en el equipo con experiencia directa de atención diferencial (EAD).

La opinión del marido de la entrevistada es similar en el sector del CDMI y en el resto de la comuna: poco menos de un tercio de opiniones favorables y alta proporción de abstenciones (58%).

En cambio, las opiniones acerca de "cómo debe ser una buena atención médica" se distribuyen de manera distinta en la comuna y en

el CDMI. En este último es más reiterada la demanda por más y mejores recursos humanos, por más rapidez y por mayor diversificación de las prestaciones; además aparecen otras demandas no mencionadas en el resto de la comuna, como la de "orientación educativa" y es reducida la tasa de conformidad. También es reducida la proporción que pide más y mejores recursos materiales y mayor cobertura de población. Particularmente en el Grupo EAD hay mayor riqueza y variedad de respuestas a esta pregunta y se acentúan más las peticiones de gratuidad y rapidez. Un 12% de este grupo expresa sus peticiones diciendo: "Una buena atención médica debería ser como antes, en tiempos del Centro de Demostración".

La proporción de respuestas que dicen que una buena atención es importante por razones preventivas, en relación a las que dan razones curativas, es similar en el sector del CDMI y en la comuna: el cociente  $\frac{\text{prevención}}{\text{curación}}$  es 0,95 en el sector y 0,94 en la comuna. Pero en el grupo EAD ese cociente es francamente mayor: 1,36.

Al grupo EAD se le pidió que comparara la atención diferencial previamente recibida con la atención que experimentaba en el momento de la encuesta. (A este tipo de comparación lo llamaremos "gradiente antes-después"). El 89% se pronunció; y de estas entrevistadas, el 76% opinó que la atención diferencial era mejor; el 16%, que era igual y el 8%, que era inferior. Las razones con que fundamentaron su juicio quienes afirmaron la superioridad de la atención diferencial son en orden de frecuencia: eficiencia ("atienden bien"), rapidez, buen trato, buena organización, gratuidad, atención domiciliaria, donación de alimentos y juguetes, bondad de los remedios, mejor ambiente físico. Al respecto hay que anotar que la disponibilidad y calidad de los alimentos, juguetes y medicamentos no cambió al cesar la atención diferencial, y que tampoco cambió el local. Los votos negativos se apoyan principalmente en razones de eficiencia y rapidez. Estos argumentos sugieren cuáles son las características de la atención médica que este público valora más.

Las encuestadas del mismo grupo EAD calificaron la importancia que se otorgaba a la salud en el sistema de atención diferencial: el 56% la encontró adecuada, el 4%, menos que adecuada y el 40%, más que adecuada o exagerada. Esta última respuesta es difícil de comprender salvo dentro de una concepción escéptica del mundo, a cuya luz el esfuerzo del CDMI habría aparecido desproporcionado. El punto es digno de ulterior investigación.

La opinión de los maridos de las entrevistadas del grupo EDA muestra una clara diferencia "antes-después": ahora el 44% no opina y el 15% opina desfavorablemente; antes, sólo el 38% no opinaba y sólo el 1,5% opinaba desfavorablemente.

#### 2. 4. 3. Atención diferencial y utilización de servicios.

Aquí el análisis principal se refiere a la gradiente "antes-después", en el grupo EAD.

"Antes", el 80% de estas familias recurría siempre a médico cuando enfermaba un adulto; y el 85%, cuando enfermaba un niño. Era baja, en cambio, la utilización de todos los demás agentes. La farmacia aparece consultada a veces o siempre sólo por el 27% de las familias en casos de adultos y sólo por el 22% de las familias en casos de niños; las cifras correspondientes para el resto de la comuna son 39% y 31%. Los remedios caseros eran empleados siempre para el 16% de los casos adultos y para el 12% de los casos infantiles; esos niveles son del 45% y del 38%, respectivamente, en el resto de la comuna. La práctica frecuente en la comuna de recurrir a veces a familiares, amigos o vecinos, florecía también entre el grupo EAD: esto podría relacionarse con la formación por el CDMI de auxiliares voluntarias de entre la población.

Después de la suspensión del CDMI, un 10% de las familias dejó de utilizar médico "siempre" y pasó a hacerlo "a veces". Aún así, el sector del CDMI seguía utilizando al médico "siempre" en una proporción del 20% superior a la comuna en total, y esta superioridad rige tanto para el grupo directamente atendido (EAD) como para las otras familias del sector (VAD).

A la inversa, al terminar el Centro, aumentó en 15% del total la proporción de familias que alguna vez consultan a la farmacia; en 6%, la proporción que alguna vez utiliza remedios caseros; en 7% lo que alguna vez recurre a los familiares, amigos o vecinos; en 7%, la que alguna vez recurre al practicante; en 5%, la que alguna vez recurre a compositores; y en 2,5%, la que consulta a "meica". Aún después de terminado el Centro de Demostración, la utilización de estos agentes (excepto familiares, amigos o vecinos) era menos frecuente en el sector del CDMI que en el resto de la comuna. Por ejemplo en tanto que en la comuna algo más del 40% de las familias recurre "siempre" a remedios caseros, ésto ocurre sólo en el 18% de las familias del Sector; y mientras en la comuna el 12% recurre "siempre" a la farmacia, lo hace sólo el 2% en el Sector (Cuadro 13).

CUADRO Nº 13

Distribución de las familias según proporción en que recurren "siempre" o "a veces" a determinados agentes de atención médica cuando algún adulto se siente enfermo, y según experiencia de Atención Diferencial.

Agentes	EAD		VAD	COMUNA
	Durante la atención diferencial %	Después del término de la atención diferencial %	%	%
A médico	97,2 (79,7 siempre)	96,7 (69,4 siempre)	92,2 (81,1 siempre)	97,2 (56,8 siempre)
A "remedios caseros"	71,6	92,2	72,5	78,0
A farmacéutico o empleado de farmacia	26,7	38,8	32,0	42,3
A matrona profesional	36,5	27,8	15,0	36,1
A familiares, amigos o vecinos	25,1	26,6	19,9	32,3
A practicante	9,8	25,5	8,8	20,2
A compositor	7,3	13,3	6,5	12,4
A "señora" o meica	2,0	9,0	—	4,5
A yerbatero, homeópata o idiólogo	6,5	7,8	5,5	7,3

No solamente disminuyó la utilización de los médicos al cesar el sistema de atención diferencial, sino que cambió el lugar en que se les consulta: la proporción en que se concurrió al sector privado era muy baja y aumentó; el recurso al sector público de la atención médica era alto y disminuyó. Dentro del sector público disminuyó relativamente el papel del Consultorio Distrital y aumentaron su importancia relativa el Hospital y la Posta de Urgencia;

entre las instituciones, creció el papel de las "Cajas" respecto al del SNS. Este cambio puede referirse a una variación en los determinantes de la accesibilidad a los diferentes sectores (Cuadro 14).

Llama la atención el hecho de que la estructura de la utilización aparece esencialmente determinada por el nivel de oferta del sector público, ya que es de suponer que la capacidad de pago no varió entre ambos períodos.

CUADRO Nº 14

Distribución aproximada de las familias según determinantes efectivos de la accesibilidad a los distintos sectores de la atención médica (Grupo EAD)

Determinantes efectivos de la Accesibilidad	SECTORES	
	Medicina privada	Medicina estatal
<i>A. Durante la experiencia de atención diferencial.</i>		
Capacidad de pago: suficiente	3%	—
parcial	18%	—
Nivel de oferta: suficiente	—	77%
parcial	—	18%
Total de la demanda efectiva		98%
<i>B. Después de la experiencia de atención diferencial.</i>		
Capacidad de pago: suficiente	15%	—
parcial	24%	—
Nivel de oferta: suficiente	—	58%
parcial	—	24%
Total de la demanda efectiva		97%

Fuente: Ref. 11.

NOTA: Las cifras resumen la situación de adultos y niños.

Es necesario establecer que, hasta este punto, consideramos conjuntamente los aspectos cuantitativos y cualitativos dentro del concepto de "nivel de oferta".

Al mismo tiempo, se sugiere que el nivel de servicios prestado por el sector público en el período de atención diferencial se aproxima bastante al nivel de la demanda subjetiva de la población.

Dentro del sector público serían el nivel de oferta y los derechos legales los únicos determinantes de las diferencias en el acceso a los diferentes tipos de establecimientos (Cuadro 15).

Se comprobó un cambio de estructura en la utilización del sector público. A nivel institucional, se puede postular a priori que la pertenencia legal a la institución es el determinante esencial del acceso a los servicios médicos de las

CUADRO Nº 15

Distribución aproximada de las familias según acceso a los diferentes tipos de establecimientos del sector público de atención médica (Grupo EAD).

A. Durante la experiencia de atención diferencial.

Determinantes efectivos de la accesibilidad	Hospital SNS	Consultorio Distrital SNS	Servicios médicos de Cajas
Derechos: ejercidos en forma suficiente	—	—	1,3%
ejercidos en forma parcial	—	—	5,2%
Nivel de oferta: suficiente	1,8%	58,4%	—
parcial	21,1%	29,5%	—
Total de demanda efectiva sobre sector público		95%	

B. Después de la experiencia de atención diferencial.

Derechos: ejercidos en forma suficiente	—	—	3,3%
ejercidos en forma parcial	—	—	10,3%
Nivel de oferta: suficiente	3,8%	32,0%	—
parcial	27,1%	38,8%	—
Total de la demanda efectiva sobre sector público		73%	

Fuente: Ref. 11.

NOTA: Las cifras resumen la situación de adultos y niños.

"cajas". Los datos indican, sin embargo, que esa es condición necesaria pero no suficiente para la utilización; en efecto, el 33,6% de los jefes de hogar del grupo EAD tiene derechos en esas Cajas\*.

Por lo tanto es el nivel de la oferta en el Servicio Nacional de Salud, y particularmente en sus Consultorios Distritales, el factor principal en la generación de la estructura de utilización. Cuando este nivel baja, los imponentes de "otras cajas" vuelven sobre los servicios médicos de éstas como a una línea de reserva.

La investigación muestra que el efecto del tipo de Atención Médica ofrecida es más marcado en el caso de los niños; y que, en cualquier sistema, se tiende a utilizar más el consultorio para los niños que para los adultos, y el hospital más para los adultos que para los niños.

\* Los beneficios médicos, sin embargo, eran incompletos en alguna de ellas.

La existencia de atención diferencial tiene todavía otra consecuencia en la estructura de la utilización de la atención médica. El sector estatal ofrece un tipo de servicio en el cual no hay limitación cuantitativa de la oferta: es la Posta o Asistencia Pública, a la cual puede recurrir toda persona que defina su propio estado como una "urgencia" a fin de recibir la prestación mínima impostergable que su estado requiere. Ahora bien, al cesar el sistema de atención diferencial aumentó el número de familias que definieron alguna situación suya como "urgencia"; es decir, se recurrió más a esta llave de acceso a un tipo muy elemental de atención médica. Además, estas "urgencias" así aumentadas, se canalizaron en mayor proporción hacia las Postas; aumentó también la utilización de la medicina privada para este tipo de necesidades; y en cambio, disminuyó la proporción de familias que en estos casos recurría al Consultorio Distrital del SNS (Cuadro 16).

CUADRO Nº 16

Distribución de familias según agencia que utilizan en caso de urgencia (promedio de las situaciones de adultos y de niños) (Grupo EAD).

<i>Presentan alguna vez estados que definen como "urgencias" y entonces recurren a:</i>	<i>Durante el sistema de atención diferencial</i>	<i>Después del sistema de atención diferencial</i>
Postas (SNS)	54%	68%
Consulta privada	13%	22%
Consultorio del SNS.	13,5%	7%

Fuente: Ref. 11

El cese parcial del sistema de atención diferencial, no significó una igualación total con el nivel y estructura de la atención en la comuna. El sector del CDMI, es decir, la suma ponderada de los grupos EAD y VAD, conservó por ejemplo, algunas características relativas a la frecuencia con que se utilizan los distintos agentes de la atención médica. El médico es consultado "siempre" en el sector del CDMI, por un 17% más del total de familias que en el resto de la comuna. La proporción que utiliza "siempre" los remedios caseros es menor en el sector del CDMI, y la diferencia equivale al 22% del total de familias; a la farmacia se recurre "siempre" por un 9% menos de las familias; al practicante "alguna vez", por un 6,2%

menos; al compositor "alguna vez" por un 5% menos; a la meica, "alguna vez" por un 3,5% menos\*.

Este patrón diferencial de utilización que persiste en el sector del CDMI podría atribuirse al nivel económico social moderadamente superior de éste respecto de la comuna. Pero ocurre que la estructura de la utilización del médico según sectores de la atención médica se diferencia en el sector del CDMI respecto de la comuna en el sentido opuesto al que sería de esperar en un grupo de mejor capacidad de pago; y se aproxima en cambio, a la estructura propia de la población receptora de atención diferencial. Lo mismo ocurre con el problema de las "urgencias" (Cuadro 17).

CUADRO Nº 17

Distribución aproximada de las familias según determinante efectivos de la accesibilidad a los distintos sectores de la atención médica (Sector CDMI).

<i>Determinantes efectivos de la accesibilidad</i>	<b>SECTORES</b>	
	<i>Medicina privada</i>	<i>Medicina estatal</i>
Capacidad de pago: suficiente	20%	—
parcial	37%	—
Nivel de oferta: suficiente	—	37%
parcial	—	37%
<b>Total de la demanda efectiva</b>	<b>94%</b>	

Fuente: Aproximaciones derivadas de Ref.: 11.

NOTA: Las cifras resumen la situación de adultos y niños.

Si se compara el Cuadro 17 con el 2, se observa que pese al mejor nivel socio-económico del sector del CDMI, él no recurre a la medicina privada en una proporción superior al resto de la comuna (Cuadro 18).

Dentro de la utilización de las instituciones estatales, el sector CDMI tampoco "regresa" al patrón de fuerte presión sobre los hospitales que es característico de la comuna en general (Cuadro 19).

La población del sector CDMI define sus problemas de salud como urgencia en una

proporción similar al resto de la comuna. Las resuelve, sin embargo, con mayor frecuencia a través del Consultorio del SNS.

#### 2. 4. 4. Experiencia de atención médica diferencial y conocimientos de salud.

Los puntajes de conocimientos son superiores en el sector del CDMI al resto de la comuna.

\*Las cifras mencionadas son aproximaciones que representan la utilización por adultos y por niños en las dos muestras comparadas.

CUADRO Nº 18

Distribución aproximada de las familias según acceso a los diferentes tipos de establecimientos del sector público de atención médica.

<i>Determinantes efectivos de la accesibilidad</i>	SECTOR DEL CDMI		
	<i>Hospital SNS</i>	<i>Consultorio distrital SNS</i>	<i>Servicios médicos de "Cajas"</i>
Derechos ejercidos en forma suficiente	—	—	3,3%
en forma parcial	—	—	23,5%
Nivel de oferta suficiente	2,9%	21,3%	—
parcial	23,0%	21,0%	—
<b>Total de la demanda efectiva sobre el sector público</b>	<b>74% de las familias</b>		
RESTO DE LA COMUNA DE QUINTA NORMAL			
Derechos ejercidos en forma suficiente	—	—	4,1%
en forma parcial	—	—	5,7%
Nivel de oferta suficiente	14,0%	25,3%	—
parcial	22,0%	17,6%	—
<b>Total de la demanda efectiva sobre el sector público</b>	<b>73% de las familias</b>		

Fuente: Ref.: 11

NOTA: Las cifras resumen la situación de adultos y niños.

CUADRO Nº 19

Distribución de las familias según agencia que utilizan en caso de urgencia (promedio de las situaciones de adultos y niños).

<i>Presentan alguna vez estados que definen como "urgencias" y entonces recurren a:</i>	<i>Sector CDMI</i>	<i>Resto de la Comuna</i>
Posta SNS	63,4%	70,0%
Consulta privada	28,7%	26,6%
Consultorio del SNS	7,4%	1,8%

Fuente: Ref.: 11.

na y son aún más altos en el Grupo EAD (Cuadro 20).

#### IV. COMENTARIO

Llegados a este punto del análisis, los resultados obtenidos se comprenden mejor si la atención se centra en el concepto de demanda efectiva o utilización de servicios médicos.

Es posible desarrollar un modelo provisorio que permite explicar en parte el nivel y la estructura de la demanda efectiva (diagrama 2). Tres serían sus determinantes:

- 1) La demanda subjetiva de atención (valoración de la atención o actitud ante ella);
- 2) Los mecanismos de acceso a la atención, y
- 3) El nivel y estructura de la oferta de atención.

CUADRO Nº 20

Relación entre los conocimientos de Salud y la experiencia de Atención Diferencial.

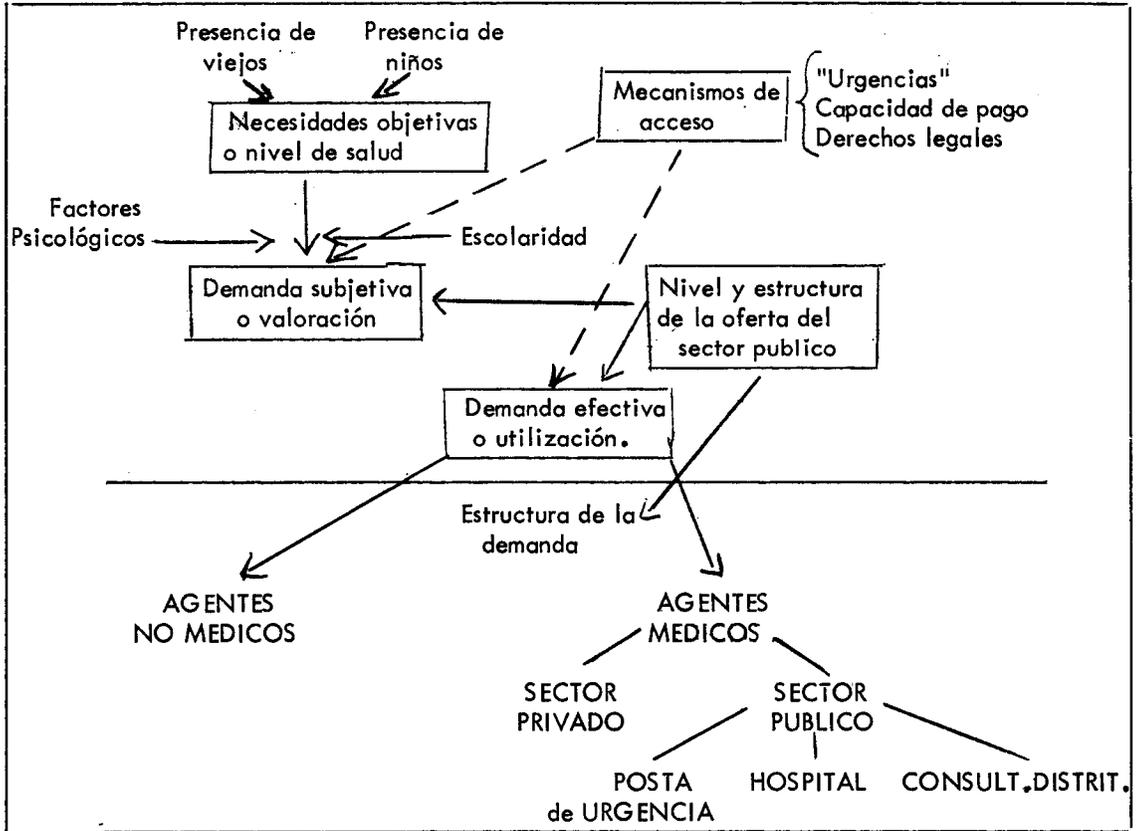
<i>Experiencia de Atención Diferencial</i>	<i>Puntaje en la prueba de conocimientos de Salud</i>			
	<i>0—11 Ptos.</i>	<i>12—19 Ptos.</i>	<i>Total</i>	
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Con atención diferencial (EAD)	58,7	41,2	291	100,0
Vecinos de atención diferencial (VAD)	85,8	14,2	91	100,0
Sector CDMI en conjunto (ponderado)	75,9	24,1	800,6	100,0
Sin atención diferencial (Comuna)	83,4	16,0	90	100,0

La demanda subjetiva o valoración de la atención médica ha sido inicialmente el tema central de este estudio. Siendo un fenómeno complejo y difícil de objetivar, importa señalar que hubo en general bastante consistencia entre los indicadores empleados. Para que la necesidad objetiva se transforme en necesidad sentida, es decir, en valoración, es necesario un pro-

ceso de concientización que, según esta investigación, aparece representado principalmente por la instrucción escolar. La demanda subjetiva de atención médica presenta una elasticidad; y en la población estudiada se trata de una elasticidad al nivel de escolaridad más que a los ingresos o algún otro de los factores estudiados.

El nivel que alcanza la valoración en los in-

Diagrama N° 2 Determinantes del nivel y estructura de la utilización de la atención médica.



formantes estaría determinado parcialmente, además, por elementos de su personalidad: por ejemplo el rasgo "participación social".

Se han configurado en la discusión precedente tres mecanismos de acceso a la atención médica. Ellos son:

1. El definir un estado de morbilidad como "urgencia", lo cual obliga a una atención elemental por el sector público y por muchos médicos privados;
2. La capacidad de pagar, lo cual abre la puerta a la medicina liberal;
3. Los derechos legales de los individuos a recibir atención médica.

De estos mecanismos, el único que tiene una relación directa con las necesidades objetivas de atención médica es la calificación de un estado como "urgencia".

Se encontró que los derechos legales y la capacidad de pago tienen cierta influencia sobre la percepción de la atención médica y sobre las opiniones relativas a ello, hechos ambos que no son sino expresiones de la demanda subjetiva de la atención.

De los resultados aparece que el efecto de los mecanismos de acceso está subordinado en gran parte al nivel de oferta de la atención médica por parte del sector público. Cuando esta oferta es suficiente, la existencia de mecanismos de acceso tiene sólo un efecto secundario en la estructura de la demanda. Cuando es insuficiente, los derechos legales tienen una utilidad muy disminuida. En esta población no se vió que, en presencia de una oferta suficiente de parte del sector público, las familias con

capacidad de pago persistieran en utilizar al sector privado

El nivel de la oferta de atención médica por el sector público fue aquí el determinante esencial de la estructura de la demanda efectiva. En efecto, la mayor oferta determina un desplazamiento de la utilización, primero, desde los agentes no médicos hacia los profesionales médicos; segundo, desde el sector privado hacia el público; tercero, —ya dentro del sector estatal— es posible, a través de una oferta de estructura adecuada, desplazarla desde el Hospital y la Posta de Urgencia hacia el Consultorio Distrital. Esta llave del sistema debe ser comprendida y manejada inteligentemente por los gobiernos. En este estudio se demostró que es posible, luego de pocos años de mejor oferta de atención en Consultorio Distrital del sector público, hacer que diez de cada cien familias dejen de acudir al Hospital para sus enfermedades corrientes; y que catorce de cada cien familias dejen de acudir a la Posta para sus "urgencias". Modificaciones de este orden representan una considerable disminución de los costos (8). Del mismo modo se logró que las familias no dependieran del sector médico privado y que muchas dejaran de recurrir a la farmacia del barrio y a otros agentes "extraoficiales" de atención.

Pueden darse otros ejemplos de la dinámica de este modelo. Así, se puede averiguar si la demanda efectiva no alcanza el nivel de la demanda subjetiva porque la demanda subjetiva insatisfecha se expresará —como ocurrió en esta investigación— a través de peticiones y sugerencias de más y mejor atención. Esto implica la ecuación: demanda subjetiva igual demanda efectiva más demanda insatisfecha. Al mismo tiempo, esa demanda insatisfecha, no se dejará reprimir, sino que se traducirá conductual-

mente en el recurso a la medicina "no oficial" y, si hay capacidad de pago, a la medicina privada: son estos índices los que permiten suponer que la oferta en el Centro de Demostración había alcanzado a un nivel aceptable para la población.

Una restricción en los derechos legales de la población tendrá escaso efecto en el nivel y estructura de la utilización. En cambio una restricción en el nivel real de la oferta del sector público desplazará a las familias que pueden pagar hacia la medicina liberal; y a las que no tienen ese mecanismo de acceso, hacia la atención no profesional y hacia las Postas de Urgencia.

Se puede también predecir que el aumento en la escolaridad de la población provocará un incremento correspondiente en la demanda subjetiva. Si en tales condiciones el sector público no eleva su oferta, crecerá la demanda insatisfecha y se producirán los cambios de estructura esbozados más arriba.

También la composición etaria de la población suministra predictores de la demanda que deben ser tenidos en cuenta.

Finalmente, en los momentos de rápido cambio social se transforman ciertas actitudes generales de la población y ello también puede afectar apreciablemente a la demanda subjetiva, originando áreas de conflicto potencial que los gobiernos deben prever.

El modelo presentado articula un conjunto de hipótesis emanadas de lo que ocurre en un sector de la realidad chilena; sin duda ellas requerirán ser puestas a prueba en forma específica más adelante. El modelo no pretende ser completo; en otro lugar hemos señalado en qué forma las conductas de los médicos pueden constituir un cuarto determinante de la utilización de la atención médica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andersen, R. "Differences in families, use of health services". Presentación a la reunión anual de la A. P. H. A. Detroit, Nov. 1968.
2. Bridgman, R. F. "Studies on consumption of personal health care in relation to socio-economic development and their utilization for planning". Mimeografiado. O. M. S. Ginebra. 1968.
3. Committee on medical care administration of the American P. Health Association. (Presidente: Cecil Sheps) —"A guide to medical care administration. Vol. 1— Concepts and principles". Ed. A. P. H. A., 1965.
4. Díaz, S. "El Gasto Médico en las Familias". Cuadernos Médico-Sociales 7/4:21, 1966.
5. Díaz, S. Montoya, C. y Vera, M. "El gasto médico en Chile". Mimeografiado, Colegio Médico de Chile, Santiago, 1965.
6. Feldstein, P. J. "Research on the demand for health services". Milbank Memorial Fund. Quarterly 44/3, Part 2: 128, 1966.
7. Instituto de Sociología de la Universidad de Chile. Índice de nivel socio-económico. (Comunicación personal).
8. Klarman, H. E. "Enfoque para moderar los aumentos en los costos de la atención médica". Presentación a la reunión anual de la A. P. H. A., Nov. 1968. Mimeografiado. (a publicarse en Medical Care).
9. Montoya, C. "Una experiencia en Medicina Integral". Cuadernos Médico-Sociales 2/2:10. (Dic. 1961).

10. Montoya, C. "Atención Médica". Ed. Escuela de Medicina, Univ. de Chile. Santiago, 1965.
11. Montoya, C. Allende, I., García, P. Burgos, M., Dagnino, A. M. "Valoración de la atención médica en una Comuna de Santiago de Chile". Mimeografiado Depto. Salud Pública del Colegio Médico de Chile, 1969.
12. Sepúlveda, O. "Algunos problemas de salud en el área metropolitana del Gran Santiago". En "Seminario de Formación Profesional Médica". Ed. Universitaria, Santiago, 1960.
13. U. S. Public Health Service. "Medical Care, Health Status and family income". Vital and Health Statistics, Series 10, Nº 9. Washington, 1964.
14. Viel, B., y Cols. "Resultados de los primeros 7 meses de funcionamiento del Centro de Atención Médica Pediátrica Integral". Rev. Chilena de Pediatría 39/4:323 (1968).
15. White, K. L. et al. "International Comparison of Medical Care Utilization". The N. England J. of Medicine 277/10:516 (Sept. 7, 1967).
16. Zona V del Servicio Nacional de Salud. "Memoria de 1966". Santiago, 1967.