

CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA. PERCEPCIONES DE USUARIOS/AS DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR JULIO ACUÑA PINZÓN

Resultado de investigación finalizada.

GT 19 - Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Natalia Bozo Carrillo
Constanza Fernández Zamorano.¹

RESUMEN

La reflexión sobre el cuidado de la salud y su relación con la pobreza, es una problemática que se encuentra actualmente en boga, debido a la creciente preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por las inequidades sanitarias acrecentadas en los últimos años, las cuales han sido explicadas por los determinantes sociales en salud. Frente a este panorama, se realizó una investigación de tipo cualitativa que dio a conocer una de las problemáticas en salud referida a la adherencia terapéutica deficiente de los adultos mayores, la cual presenta serios efectos que limitan un tratamiento efectivo, repercutiendo así en la salud de las poblaciones y en el deterioro de la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, el principal objetivo de este trabajo fue dar cuenta de las percepciones que presentaban los usuarios/as pertenecientes a la atención primaria de salud en situación de pobreza, respecto a las causas de abandono del tratamiento de hipertensión arterial.

Palabras claves: Determinantes sociales – Salud – Pobreza – Enfermedades crónicas – Adherencia terapéutica – Adultos mayores.

INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta a continuación establece una relación entre pobreza y salud, poniendo énfasis en los determinantes sociales que influyen en la calidad de vida de las personas. Para efectos de este estudio, se ha considerado importante ahondar en la adherencia a los tratamientos médicos, ya que según la OMS *“Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios.”* (OMS, 2004:13), determinando así mayores condiciones de pobreza en la población. De esta manera, se da a conocer los diferentes factores que inciden en el abandono del tratamiento médico de hipertensión arterial, desde una perspectiva cualitativa, la cual da cuenta desde la percepción usuaria, las causas que limitan a estos actores para tener una efectiva adherencia al tratamiento médico.

En materia sanitaria se ha establecido que las personas en situación de pobreza se encuentran expuestas a condiciones de riesgo que dificultan su estado de salud. Como ejemplo de esto se puede mencionar el deterioro de la vivienda, el precario entorno social, hábitos alimenticios deficientes, malas condiciones laborales, dificultad para transportarse, desigualdades de género, entre otros. Estos factores se relacionan con una baja entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud, así como también un déficit en la calidad de los servicios otorgados (calidad de atención y tratamiento de enfermedades). Así, al no poder optar por un servicio oportuno y de calidad, los individuos de este grupo social se

¹ Escuela de Sociología, Universidad Diego Portales. Licenciadas de Sociología. Este trabajo de investigación se encuentra enmarcado en la tesis para optar al grado de Sociología, Santiago, Chile 2013.

*“(...) enferman y mueren con mayor frecuencia, que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas.”*² Por lo tanto, es posible sostener que existe una estrecha relación entre los problemas de salud y la situación de pobreza de los individuos.

De esta manera, la salud de las personas no sólo se determina por componentes biológicos, sino también por otros elementos tales como las condiciones de género, etnia, edad y ejercicios de derechos en materia de salud, generando desigualdades sociales, que a la vez interactúan en la relación que se produce entre salud y pobreza. (Benach, 2005; Dides, 2001; OMS, 2008) Producto de esta situación se han puesto en marcha políticas públicas y reformas al sistema asistencial de salud con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias destinadas a las poblaciones más pobres.

Como parte de esta reforma, el Servicio Nacional de Salud ha puesto énfasis en conceder un rol principal al sistema de Atención Primaria, ya que la mayoría de las personas que tienen acceso a este nivel, pertenecen a un estrato socioeconómico bajo. Asimismo, el país ha puesto énfasis en disminuir los factores de riesgo que inciden en la prevalencia de enfermedades crónicas, teniendo como principal objetivo modificar las pautas de conducta de la sociedad, de manera tal de imposibilitar el desarrollo de patologías de este tipo, las cuales requieren de un tratamiento constante y riguroso para poder prevenirlas y tratarlas.

En este sentido, es importante considerar que no sólo es necesario tener acceso oportuno a los servicios de salud, sino también contar con un tratamiento adecuado y constante para poder reducir el número de personas que están expuestas a este tipo de patologías y a la vez reducir los obstáculos para la disminución de la pobreza, ya que *“la falta de adherencia a los tratamientos es un problema altamente relevante en enfermedades crónicas (...) pues conlleva altos costos para el paciente y la sociedad.”* (Ortiz, 2005:308).

POBREZA: UN FACTOR CLAVE EN LA SALUD DE LAS PERSONAS

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (ENS en adelante) ha dado a conocer un pronóstico complejo relacionado con la transformación epidemiológica que ha tenido la sociedad chilena en estos últimos años. Los resultados evidencian elevados índices de discapacidad, morbilidad y mortalidad de la población producto del aumento de las enfermedades crónicas, esto a la vez se asocia al comportamiento que tienen las personas respecto al cuidado de su salud, hábitos de vida y una sociedad cada vez más envejecida. Asimismo, la ENS 2009-2010 ha evidenciado que las personas que se ven más afectadas por esta situación, son las que en promedio poseen menos de ocho años de educación, es decir, quienes pertenecen a un estrato socioeconómico más bajo.

En efecto, el componente social es uno de los más influyentes, ya que gran parte de las consecuencias en salud son debido a los determinantes sociales que se encuentran fuera del sector sanitario (Vega en FLACSO, 2005). En este contexto, la OMS en el año 2005 creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, la cual evidencia que los riesgos de enfermar ya no son sólo individuales, sino que se encuentran influenciados por el entorno social en el cual las personas interactúan.

² Organización Mundial de la Salud. “Comisión sobre determinantes sociales de la salud”. [Web en línea] Disponible en internet en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html Versión: Marcha de 2005



Figura 1. Göran Dahlgren y Margaret Whitehead (1991) “Policies and strategies to promote social equity in health”. Stockholm: Institute of Futures Studies.

De esta manera, “*los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.*”³ Es decir, los factores que impactan directamente en la salud, son resultado de una serie de políticas y programas sociales defectuosos, insertos en un contexto social que presenta un modelo de desarrollo económico excluyente, provocando desigualdades sanitarias.

En consecuencia, es de gran relevancia considerar las condiciones sociales en el estado de salud de los individuos, ya que a medida que se tenga peores condiciones económicas, laborales, de vivienda, educación, entre otras, se tendrán por ende, menores niveles de salud. En efecto, las personas que son pobres se encuentran más propensas a presentar esta situación, puesto que “*(...) vivir en un país pobre significa vivir menos y vivir peor: enfermar más, tener peores servicios sanitarios y una peor calidad de vida.*” (Benach y Muntaner, 2005:46). Así, es posible sostener que el hecho de enfrentarse a mayores condiciones de pobreza va a determinar negativamente el estado de salud de la población.

En esta misma línea, es importante considerar la existencia de un círculo vicioso entre pobreza y salud, ya que la situación de pobreza provoca enfermedad, y a la vez al tener un deteriorado estado de salud influye en que el individuo tenga una baja capacidad para desempeñarse en el trabajo y así generar un mayor nivel de ingreso, lo que a su vez empeora su condición inicial de pobreza. Es por esto que las personas que se encuentran en situación de pobreza dentro de la estructura social, son un factor clave para el análisis en materia de salud, ya que son las que presentan mayores tasas de mortalidad debido a sus precarias condiciones sanitarias. Estas se ven reflejadas en un menor acceso a la calidad y atención en salud, desigual acceso en la alimentación, mayores hábitos personales dañinos para la salud, tales como fumar, beber alcohol en elevadas proporciones, realizar menor actividad física, entre otras (OMS, 2008).

En este contexto, uno de los principales problemas que presenta la salud en Chile hoy en día es el incremento de las enfermedades crónicas, las cuales se caracterizan por poseer una larga duración y su evolución se da paulatinamente a través del tiempo, siendo en muchas ocasiones de carácter irreversible. Específicamente, una de las patologías que tiene un mayor impacto en los grupos socioeconómicos bajos es la hipertensión arterial, hecho que se evidencia en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, la cual señala que del total de individuos que padecen hipertensión arterial, un 51,1%

³ Organización Mundial de la Salud. “*Determinantes Sociales de la Salud*”. Disponible en Internet en: www.who.int/social_determinants/es/. Última revisión de la página noviembre 2012.

corresponde a personas con nivel educacional bajo, mientras que sólo un 16,7% pertenece al grupo con nivel educacional alto. Es así, como se puede tomar en consideración la relación que existe entre salud y el grupo socioeconómico al que pertenece el individuo.

En suma, los obstáculos reflejados en materia de salud no dependen “(...) de las elecciones libres e individuales de las personas sino también, en gran medida, de los múltiples condicionantes y necesidades sociales que configuran la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar de las poblaciones.” (Benach y Muntaner, 2005:23). Esto puede verse expresado en que no todas las personas de la sociedad, sobre todo los individuos más pobres, poseen la capacidad de optar libremente a condiciones alimentarias más saludables, poseer un trabajo que les brinde satisfacción personal, vivir en un entorno sin riesgos sociales, entre otros factores que afectan su salud.

SUBJETIVIDAD Y SALUD: PERCEPCIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Respecto a las causas que influyen en el tratamiento de la hipertensión arterial pudieron identificarse tres grandes dimensiones. La primera dimensión, da cuenta de la subjetividad de los usuario/as respecto a su estado de salud, en este sentido hablar de subjetividad, implica considerar las percepciones, el lenguaje y representaciones que tienen los individuos de la realidad social en la cual se encuentran insertos. Estas experiencias propias del sujeto hacen posible comprender desde una perspectiva más integral las diferentes problemáticas que lo afectan y que no es posible evidenciar mediante una observación externa.

Por lo tanto, al tomar en cuenta la subjetividad del individuo se comprendieron las vivencias y significaciones que los usuarios/as le otorgaban a su salud, poniendo énfasis en cómo ellos percibían su bienestar, cuáles eran las diferentes enfermedades que presentaban, el conocimiento que tenían de la patología y el cuidado que le brindaban. Todos estos elementos fueron analizados según el perfil epidemiológico propio del adulto mayor, el cual sería un factor importante y que estaría influyendo en las causas de abandono del tratamiento médico.

En el marco de las entrevistas realizadas, se pudo identificar que el pertenecer al grupo etario adulto mayor, significa una carga adicional para el cuidado y tratamiento de cualquier enfermedad, es decir éste va teniendo cambios biológicos y psicológicos en relación a su funcionalidad. Estos cambios se generan progresivamente en el individuo afectando a “(...) la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, que menoscaban su salud y calidad de vida.” (MINSAL, 2006:1)

En una misma línea, las características más frecuentes que desarrollan las personas mayores en cuanto a su desgaste fisiológico son: la pérdida de memoria, el cansancio físico, mental y una mayor frecuencia a desarrollar diferentes patologías. Es así como estos factores afectan a la continuidad del tratamiento médico, ya que los adultos mayores se ven expuestos a más vulnerabilidades producidas por su edad. Varios de los entrevistados/as decían estar “cansados” por los dolores que manifestaban y que prácticamente no tenían “ganas de hacer nada”, mucho menos caminar o transportarse para asistir a los controles médicos:

“(...) mira todo este tiempo yo estoy tan cansada de todas estas cosas que me he quedado aquí no más y me he tomado dos paracetamol y dos Diclofenaco y punto se acabó (...)” (Mujer 2, 63 años, sin tratamiento)

El padecimiento de otras enfermedades es otra de las características propias del envejecimiento individual, ya que comienzan a manifestarse deterioros en el organismo que afectaría la inmunidad ante diversas patologías. Las enfermedades más comunes en los adultos mayores en Chile (ENCAVI, 2006) son: diabetes, sordera, problemas de tiroides, insuficiencia renal crónica, infartos agudos al miocardio,

entre otras. En este sentido se evidencia que todos los entrevistados/as no sólo poseían hipertensión arterial, sino un conjunto de otras enfermedades que complicaban aún más su calidad de vida y por tanto el seguimiento de un tratamiento continuado, tal como se puede ver reflejado en el discurso de los usuarios/as:

“Soy hipertensa, tengo diabetes, tengo la tiroides, tengo osteoporosis, así que siempre por una causa o por otra uno está enferma po.” (Mujer 4, 66 años, sin tratamiento)

Otro factor clave para comprender por qué el individuo no adhiere de forma constante a los tratamientos médicos, es principalmente la significación otorgada por la propia persona a “estar sano”, la cual es una medida subjetiva relacionada a la percepción que los individuos tienen sobre su propio estado de salud, ya sea en relación a su capacidad física o funcional y su salud mental, la cual será modificada según el contexto social en que se encuentre.

De esta manera, la significación que le otorgaban las personas de la tercera edad a su estado de salud, independiente de la enfermedad que padecieran, dependía en reiteradas ocasiones del malestar físico y/o psicológico que presentaban, por tanto para los entrevistados/as “estar bien”, significaba no tener dolencias, dando cuenta de una falta de interiorización en las personas respecto al cuidado de su salud e influyendo en un adecuado seguimiento para tratar su patología crónica. En definitiva, se puede desprender que la valoración del estado de salud se encuentra influenciada en cierta medida por los síntomas perceptibles de la enfermedad en el cuerpo, tal como lo señalaba una de las usuarias:

“Sí me dieron Anapril (...) pero ya no, no tome más porque dije yo para qué... porque yo realmente voy al consultorio cuando tengo dolor y ahí claro me encuentran un poquito la presión... pero no es tampoco, no es exagerado.” (Mujer 2, 63 años, sin tratamiento)

Otro punto importante a considerar, es el grado de conocimiento que presentaban los entrevistados/as respecto a su patología y los cuidados paliativos que debían seguir. Mediante las entrevistas se pudo identificar que los adultos mayores no tenían un conocimiento concreto sobre qué era hipertensión arterial, lo cual se podría asociar a la falta de memoria mencionada anteriormente, una inadecuada interpretación de la información, o bien falta de interés en el aprendizaje sobre la enfermedad. Sin embargo, esta situación de desconocimiento no pasa por un tema de voluntad de no querer aprender sobre su patología, sino que se encuentra en muchos casos determinada por bajos niveles educativos que presentaban los entrevistados/as (esto se puede relacionar al bajo Índice de Desarrollo Humano que posee la comuna en la que habitan los usuarios/as, tanto en salud, educación, ingreso y esperanza de vida (PNUD, 1994-2003)), conllevando a una menor capacidad de aprendizaje.

Respecto al cuidado y autocuidado que presentaba la tercera edad en cuanto a la enfermedad que padecía, a lo largo del estudio realizado se identificó cómo percibían e interiorizaban sus prácticas cotidianas en cuanto al cuidado y especialmente el tratamiento de la hipertensión arterial. Según las entrevistas realizadas a los especialistas en salud, estos mencionaban que el tratamiento que debe seguir una persona hipertensa se divide principalmente en dos etapas, la primera etapa corresponde a los cambios en los estilos de vida y la segunda a la toma de medicamentos.

En cuanto a la primera etapa del tratamiento, se evidenciaron tres factores principales que los usuarios/as intentaban cambiar: el régimen alimenticio, disminución de hábitos dañinos para la salud y el aumento de actividad física, ésta última estando obstruida por sus condiciones fisiológicas. En cuanto al cambio del régimen alimenticio, las percepciones que tenían los usuarios/as se identificaban generalmente al bajo consumo de sal, más que a una alimentación saludable en sí, debiéndose esto a dos elementos principales, el olvido de las indicaciones que les daba la nutricionista y/o las dificultades que tenían para cocinar un menú aparte del resto de los integrantes del hogar, ya que en algunos casos los entrevistados/as mencionaban que “tenían que cocinar para todos”.

Respecto a la toma de fármacos, varios de los usuarios/as del CESFAM Julio Acuña Pinzón comentaban que tomaban sus remedios sólo cuando consideraban necesario o cuando se acordaban de tomarlo, reflejando una alteración en la toma de medicamentos por parte de las personas mayores, lo que estaría presentando patrones de conducta inadecuados en el seguimiento del tratamiento de la enfermedad, ya que “todos los medicamentos tienen ciertos ciclos de duración y deben respetarse para que logren hacer efecto en el organismo de la persona” (Enfermero del Hospital El Salvador). Por consiguiente, en la mayoría de los casos no se condice el cuidado de salud que tienen las personas mayores, con lo recomendado por el equipo médico, lo que estaría presentando patrones de conducta inadecuados en el seguimiento del tratamiento de la enfermedad crónica.

DETERMINANTES SOCIALES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO

La no adherencia al tratamiento médico también se encuentra influida por otros elementos presentes en la sociedad y que actúan como determinantes sociales para el cuidado de salud del individuo. A saber, la condición socioeconómica es un factor importante a considerar, ya que las personas al verse privadas de activos y/o oportunidades acceden de manera desigual a los recursos y beneficios sociales que brindan las instituciones (Kerbo, 2009). En este sentido, se ha dado cuenta que “(...) *las comunidades más pobres tienen el peor nivel de salud, tienen menor expectativa de vida, y su deteriorado estado de salud contribuye a su vez a perpetuar o exacerbar la pobreza.*” (Beca, 2007:1)

En este mismo contexto, según lo constatado en los antecedentes de esta investigación, la hipertensión arterial es una enfermedad que afecta principalmente a los sectores más pobres de la población y así también al grupo etario adulto mayor. Al respecto, los entrevistados/as de la tercera edad perteneciente a un estrato social bajo, contaban con ingresos insuficientes para cubrir todas sus necesidades básicas. Una primera fuente de ingreso eran las pensiones que recibían mensualmente. Sus rentas no superaban los \$180.000, monto insuficiente para suplir de manera adecuada sus gastos cotidianos tales como la alimentación, el pago de cuentas de luz, agua, gas, teléfono, el acceso a servicios básicos, entre otros.

Al contar con un nivel bajo de ingresos, las personas entrevistadas debían ordenar jerárquicamente sus gastos, estableciendo prioridades para suplir sus diversas necesidades básicas. De acuerdo a lo evidenciado la mayoría de los usuarios/as, gastaban principalmente en su alimentación, el pago de cuentas y gastos de uso personal, como por ejemplo la compra de utensilios para la casa, restándole preferencia a la cobertura de otras necesidades básicas como lo es la salud y/o educación, pero no por considerarlas menos importantes, sino por la carencia económica. De hecho en sus discursos se evidenciaba un cierto grado de preocupación debido a las diversas patologías que presentaban, porque no les alcanzaba para asistir a una consulta particular cuando en los Centros de Atención Primaria no les daban horas médicas. Tal como señalaba un entrevistado sin tratamiento:

“(...) mire pa que le voy a decir que estoy comiendo bien, yo estoy comiendo mal, porque yo en primer lugar soy solo, yo vivo solo como quede viudo y el billete no me alcanza para... cuando come poco uno po, en realidad ahora estoy comiendo poco po (...) No po porque no alcanza, yo recibo una pensión que son \$140.000 y... de esa cuestión yo tengo que pagar luz, agua, teléfono... y lo demás que queda para otras cosas po” (Hombre 1, 74 años, sin tratamiento)

Efectivamente, uno de los motivos en la discontinuidad de los tratamientos médicos se debe al factor socioeconómico el cual estaría limitando el estado de salud del adulto mayor, ya que según lo expresado en las entrevistas, los usuarios/as del CESFAM Julio Acuña Pinzón tienen otras prioridades de gasto económico, las cuales son jerarquizadas según sus principales necesidades básicas. Adicionalmente se encontraron otros elementos ligados al aspecto socioeconómico que inciden en los bajos niveles de salud de los individuos y que no necesariamente se encuentran ligados al ingreso que

reciben las personas. Estos factores hacen alusión a la vivienda, al entorno físico y social de los entrevistados/as.

Otro de los aspectos que han sido considerados en los resultados, refiere a los vínculos y redes sociales que tiene la tercera edad con su entorno y profesionales de salud. Este rasgo fue necesario considerar, ya que hace referencia principalmente a las relaciones de confianza que existen entre los diversos actores que conforman la sociedad y que entretejen un nicho social desde el cual se abordan demandas que se generan en el diario vivir (Enríquez, 2000). De esta manera, los resultados expuestos dan a conocer la relevancia que tienen las redes y el apoyo social para que el adulto mayor realice sus tratamientos médicos de manera óptima lo cual se encuentra demostrado en las entrevistas, en donde los usuarios/as señalaban la importancia de la red primaria en el seguimiento de sus controles médicos.

Así también, resulta fundamental el grado de intensidad del vínculo generado con el médico tratante, ya que este moldea la manera en que se suministra la atención médica y cómo perciben los usuarios/as este servicio, lo cual puede influir en el comportamiento que asumen respecto a su cuidado y tratamiento médico. En este sentido, tal como se ha estipulado en las hipótesis de la investigación, la continuidad y calidad del vínculo, influye efectivamente en la adherencia del tratamiento médico, ya que la falta de personal y la inestabilidad laboral en la Atención Primaria de Salud, conlleva a que se origine un vínculo social débil, en donde los usuarios/as generalmente no poseen la confianza con el equipo de salud para demandar todas las indicaciones necesarias respecto a su patología crónica.

Finalmente, no se puede obviar por cierto las relaciones de género presentes en la sociedad, ya que estas moldean pautas de conducta diferenciadas de salud entre hombres y mujeres. Respecto a esto, se ha podido dar cuenta de las diferencias en cuanto al cuidado y tratamiento de la enfermedad, ya que según las entrevistas efectuadas, las mujeres hipertensas son las que asisten mayormente a los Centros de Salud, y mantienen un control más meticuloso del cuidado que deben llevar, sobre todo en cuanto a la toma de medicamentos. Por su parte la gran mayoría de los hombres, siguen un tratamiento más inconstante que las mujeres, ya que muchas veces no contaban con los medicamentos que debían tomar.

DIMENSIÓN ESTRUCTURAL

Todo lo anterior lleva a considerar una última dimensión que engloba de manera estructural la problemática de estudio. En ese sentido, se ha evidenciado a lo largo de las entrevistas que los usuarios/as se ven afectados por la mala calidad de los servicios entregados por el sistema público de salud y transporte. En efecto, se dio cuenta que algunos de los factores que influyen en el abandono del tratamiento médico van más allá de las capacidades y oportunidades individuales que presentan las personas, y apuntan a comprender esta problemática desde un complejo escenario estructural en constante construcción dentro de la sociedad.

Por lo tanto, se ha centrado el foco de análisis en el rol del Estado, el cual cumple la finalidad de asegurar el bienestar de la población resguardando la provisión de derechos y necesidades básicas, como son la salud, educación, vivienda, transporte, empleo, entre otras, procurando así garantizar una adecuada protección social mediante instituciones gubernamentales que cuenten con un acceso oportuno y de calidad para todos los ciudadanos (CEPAL, 2010).

Específicamente, los problemas que se presentan en materia de salud en cuanto a la falta de médicos especialistas, infraestructura, demora en la atención, calidad del servicio, entre otros, es una situación que se encuentra muy latente en el sistema sanitario público chileno y que ciertamente ha generado una brecha de desigualdad muy grande en relación con el sistema privado. Este es un tema preocupante a nivel gubernamental, ya que según la Encuesta CASEN 2009 un 79% de la población

chilena es parte del servicio de salud público, mientras que sólo un 13% pertenece al sistema de salud privado.⁴

En este contexto, las personas que se atienden en centros de atención primaria presentan desventajas en el servicio de salud entregado, en comparación con los que pueden optar a una atención de salud privada, ya que en este último caso se ofrecen mejores servicios en cuanto a la calidad y cantidad de profesionales en la atención médica, menores tiempos de espera para ser atendidos y una adecuada infraestructura, contando con los equipos necesarios para brindar una mejor asistencia. Esto se explica, debido a que el servicio de salud privada cuenta con mayores recursos, tanto económicos como humanos para poder solventar las demandas de la población.

El medio de transporte es un último elemento que se expuso en el análisis de ésta investigación, el cual se presenta como un impedimento para continuar un adecuado tratamiento médico. Se debe mencionar este factor, ya que es más bien una problemática estructural, que abarca una serie de aristas a considerar: la calidad del servicio, los costos, frecuencia, transbordos intermodales, accesibilidad. A saber, uno de los principales inconvenientes que señalaban los entrevistados/as para asistir a sus tratamientos médicos, era en materia de transporte, ya que no contaban con los recursos suficientes para movilizarse al CESFAM Julio Acuña Pinzón y en menor medida podían hacerlo cuando eran derivados por una interconsulta al Hospital Barros Luco. Trasladarse en locomoción pública significaba entonces, un gasto que en algunas ocasiones no podían suplir, siendo el autobús el medio más accesible para movilizarse.

Sumado a esto, no se debe obviar que para la tercera edad las complicaciones son mayores debido a su fisiología, la cual obstaculiza aún más su traslado a los Centros de Salud Pública. En este sentido, gran parte de las personas entrevistadas, presentaban problemas de espaldas, cadera y piernas, teniendo además sobrepeso lo que les generaba el doble de cansancio. En definitiva, el medio de transporte es un factor fundamental para la adherencia al tratamiento, ya que influye en las posibilidades que tiene el adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad, principalmente física y económica, para trasladarse y hacer sus quehaceres cotidianos.

CONCLUSIONES

Todo lo anterior lleva a considerar cómo las personas en situación de pobreza tratan de lidiar con una mejora en su calidad de vida, debido a la incertidumbre que enfrentan en su cotidianidad, pero de la misma manera cómo se ve esta incertidumbre contrarrestada por la sustentabilidad que generan las políticas de Estado, las cuales deben procurar el soporte de las necesidades básicas, contribuyendo al bienestar subjetivo de las personas y determinando además el progreso social de los chilenos.

A raíz de esto, resulta necesaria la puesta en escena de políticas sociales que reduzcan las brechas de desigualdades evitables en materia de salud, teniendo en consideración los debates políticos, económicos y sociales de la democracia formal chilena, que tratan de regular la situación de subdesarrollo y dependencia que vive el país a nivel mundial. De acuerdo a la temática estudiada, se requiere por tanto, fortalecer y difundir investigaciones que aporten información, para luego ser efectivas en la evaluación y monitoreo de proyectos relacionados con la temática de salud y pobreza.

Además, se ha resuelto crear nuevas estrategias de desarrollo y de políticas públicas, enfocadas principalmente a la persona, más que la suma de individuos congregados todos por igual, que permita la satisfacción de necesidades y calidad de vida según el contexto en donde se encuentran insertos. Este vuelco hacia la incorporación del bienestar subjetivo como criterio necesario en la apreciación del progreso de las sociedades, permite desarrollar políticas públicas que amplíen el acceso y financiamiento a los servicios, en este caso el de la salud primaria, considerando las particularidades de la población a la cual va dirigida.

⁴ Datos obtenidos de la Encuesta CASEN 2009, respecto al sistema de previsión en Chile. Gráfico disponible en los anexos.

Finalmente, no se puede dejar de mencionar la labor que han tenido los gobiernos en cuanto a la presentación de múltiples soluciones y mecanismos de acción para combatir las variadas necesidades y falencias que presenta el país en materia de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Arriagada, Irma. (2003). “Dimensiones de la pobreza y políticas de género”. Revista de la CEPAL N°85, abril.

Banco Mundial. (1990) “World Development Report 1990: Poverty” Washington DC, Estados Unidos.

Barrantes-Monge, Melba, et al. (2009). “Relación médico-paciente: Derechos del adulto mayor”. Acta Bioethica, Volumen 15, N°2 nov. Santiago de Chile.

Beca, Juan Pablo. (2007). “Salud, pobreza y equidad”. Comentarios bioéticos - Marzo. Centro de Bioética. Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo.

Beccaría, Luis; Feres, Juan Carlos; Sáinz, Pedro. (1997). “Medición de la pobreza Situación actual de los conceptos y métodos”. Informe del “Seminario de Santiago.” Santiago, Chile.

Benach, Joan y Muntaner Carles. (2005). “Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?” Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Macaray, Venezuela.

Bock, Gisela. (1991). “La historia de las mujeres y la historia de género. Aspectos de un debate internacional”. Fundación Instituto de Historia Social. Universidad de Valencia.

Bronfman, Mario. (1993). “Multimortalidad y estructura familiar.”, Escola de Saúde.

Burbinski, Beatriz y Naser, Miguel. (1999). “Reflexiones acerca de la relación médico-paciente” (Comentario). Archivos Argentinos de Pediatría. Buenos Aires, Argentina.

Cannobbio, Liliana y Jeri, Tamara. (2008). “Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género”. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Santiago de Chile.

Castro, Roberto y Bronfman, Mario. (1993). “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”. Cadernos de Saúde Pública vol. 9 N°3. Río de Janeiro, Brasil.

CEPAL. (2002). “Panorama Social de América Latina 2002-2003”. Disponible en internet en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/12980/P129>

- (2007). “Cohesión Social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe”. REV. 1 Mayo.
- (2010). “La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir”. Informe del trigésimo tercer período de sesiones de la CEPAL, mayo.

Corporación Municipal de Desarrollo Social de Cerro Navia. (2011). "Plan de Salud 2011". Cerro Navia. Corporación Municipal. Dirección de Salud. Disponible en internet <http://www.cmcerronavia.cl/documentos/b6cb6a096495fe106888f0b9bafbf314.pdf>

Dabas, Eliana. (1993). "Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales". Paidós, Buenos Aires.

Dabas, Elina y Perrone, Néstor. (1999). "Redes en Salud". Derechos de autor en trámite.

Dides, Claudia, et al. (2001). "Transversalización de la perspectiva de género en las políticas de reforma de salud en Chile." Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Enríquez, Rocío (2000) "Redes sociales y pobreza: mitos y realidades" Revista de Estudios de género. La ventana, Núm. 11, sin mes-, 2000, pp. 36-72. Universidad de Guadalajara México.

Fadda, G.; Jirron, P.; y Larenas, J. (2002) "Calidad de Vida: conduce la vejez a una conformidad", Chile.

Fernández, Roser. (2005). "Redes sociales, apoyo social y salud". *Periferia*. Revista de recerca investigación en antropología [publicado en línea. Disponible en internet desde: <http://revistes.uab.cat/periferia/article/view/149/166>

Fudge, H. et al. (1997). "Social Networks of Women Caregivers." Public Health Nursing
Hernández Sampieri, et al, (2003) "Metodología de la Investigación" Editorial Mac-Graw Hills. México.

Kerbo, H. (1999) "Estratificación social y desigualdad: el conflicto de clases en perspectiva histórica y comparada". Boston: Mac Graw Hill.

Lomnitz, Larissa. (1975) "Cómo sobreviven los marginados" Siglo XXI Editores, México.

Macionis, John y Plummer, Ken. (2007). "Sociología". Tercera Edición. Pearson Educación. Madrid, España.

Ministerio de Desarrollo Social. "Encuesta CASEN 2009". Disponible en la web en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/>

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2011). "Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020."

Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Disponible en la web en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html

- (2006) Informe de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Departamento de Epidemiología y Departamento de Promoción de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2004). "Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción." Impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington, DC.

Ortiz, Manuel y Ortiz Eugenia. (2005). “*Adherencias al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica.*” Revista Médica Chile, N° 133.

- (2007a) “Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica” (Artículo de Revisión). Revista Médica Chile. Santiago, Chile.
- (2007b). “Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica” (Artículo de Revisión). Revista Médica Chile. Santiago, Chile.

PNUD. (2000). “Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe”.

- (2000a). “Las trayectorias del desarrollo humano en las comunas de Chile (1994-2003)” Santiago, Chile.
- (2010a). “Informe de Desarrollo Humano. *Género: desafíos de la Igualdad*”. Santiago, Chile.
- (2010b). “Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe”.
- (2011). “Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. Sostenibilidad y equidad: Un futuro mejor para todos.”

Ríos, Fabiola y Schonhaut, Luisa. (2009). “Atención Primaria de Salud: Factores de Desmotivación y Estabilidad Laboral de Médicos Generales”. Revista Clínica Medica Familiar.

Ruiz, José. Ignacio. (2003). “Metodología de la Investigación Cualitativa”. Universidad de Deusto. Editorial Gedisea. España

Sanz, Elena. (2012). “¿Por qué necesitamos los abrazos?”. Estudio publicado por la Revista Muy Interesante 22 de agosto. Disponible en la web en: <http://www.muyinteresante.es/iyor-que-necesitamos-los-abrazos>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile. (2009). “Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.”

Sen, Amartya. (1995). “Nueva economía del bienestar” Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones

- (2000). “Desarrollo y Libertad” Editorial Planeta S.A., Buenos Aires.

Sluzki, Carlos. (1995). “De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social”, en Dabas, E. y Najmanovich D. (comps.), “Redes: El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil”. Paidós, Buenos Aires.

Subirats, J. (2004). “Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad Española y Europea”. Colección Estudios Sociales N°16. Fundación “La Caixa”.

- (2005). “Análisis de los factores de exclusión social” Institut de Govern i Polítiques Públiques. UAB. Fundación BBVA

Taylor, Stephen J. y Bodgan, Ryan. (2002). “Introducción a los métodos cualitativos de investigación.” Editorial Paidós. Madrid, España.

Torres, Marisa, et al. (2008) “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoLBREF”. Revista Médica Chile.

Valles, Miguel. (2000). "Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional". Segunda Edición, España.

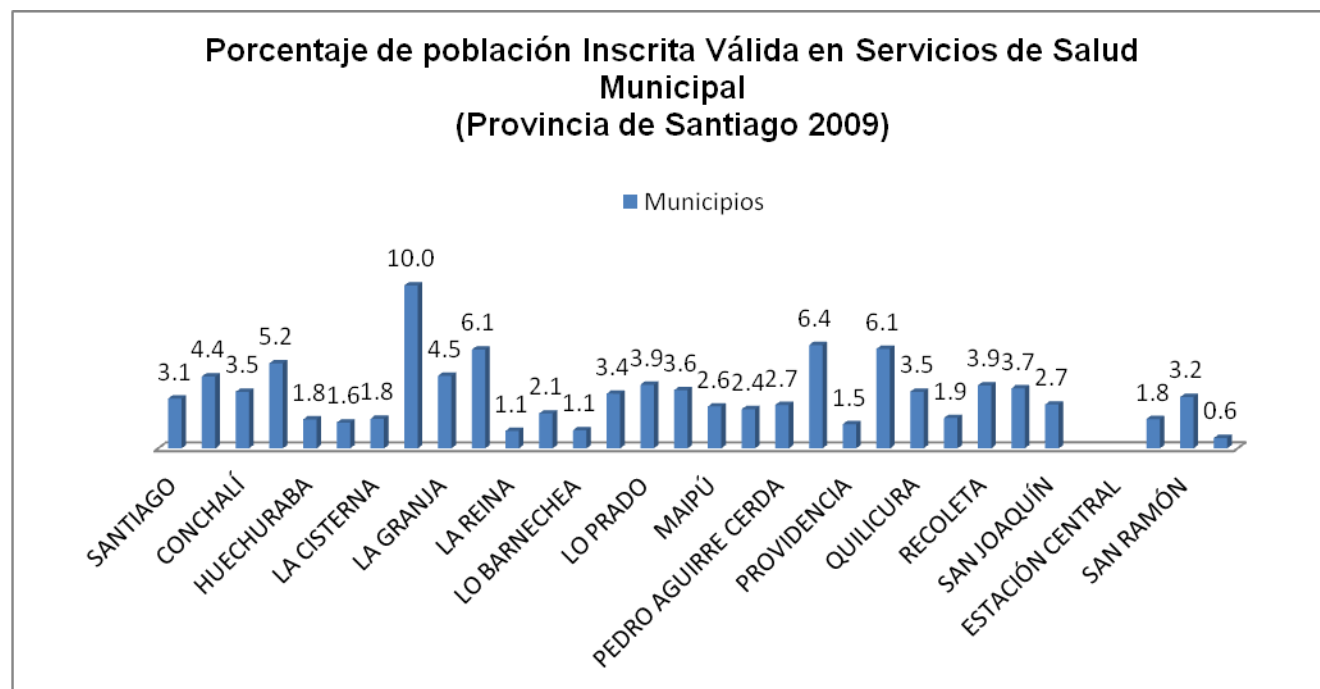
Varas, Jorge. (2006). “Relación médico-paciente: Algo está cambiando” (Ética Mérica). Rev. Obstet. Ginecol. Hops. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Broussel. Vol 1.

Vega, Jeannette. “Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, orientaciones para la Agenda Social”. En FLACSO. (2005). “Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de Los Determinantes Sociales de la Salud”. Santiago, Chile.

Winslow, C. (1940) “The Changing Front of Health.” Nueva York, Milbank Memorial Fund en P.Z Lazarsfeld; W. H Sewell; H.L Wilensky (compiladores) (1971). “Planificación sociológica de los problemas sociales”. Editorial PAIDOS. Buenos Aires.

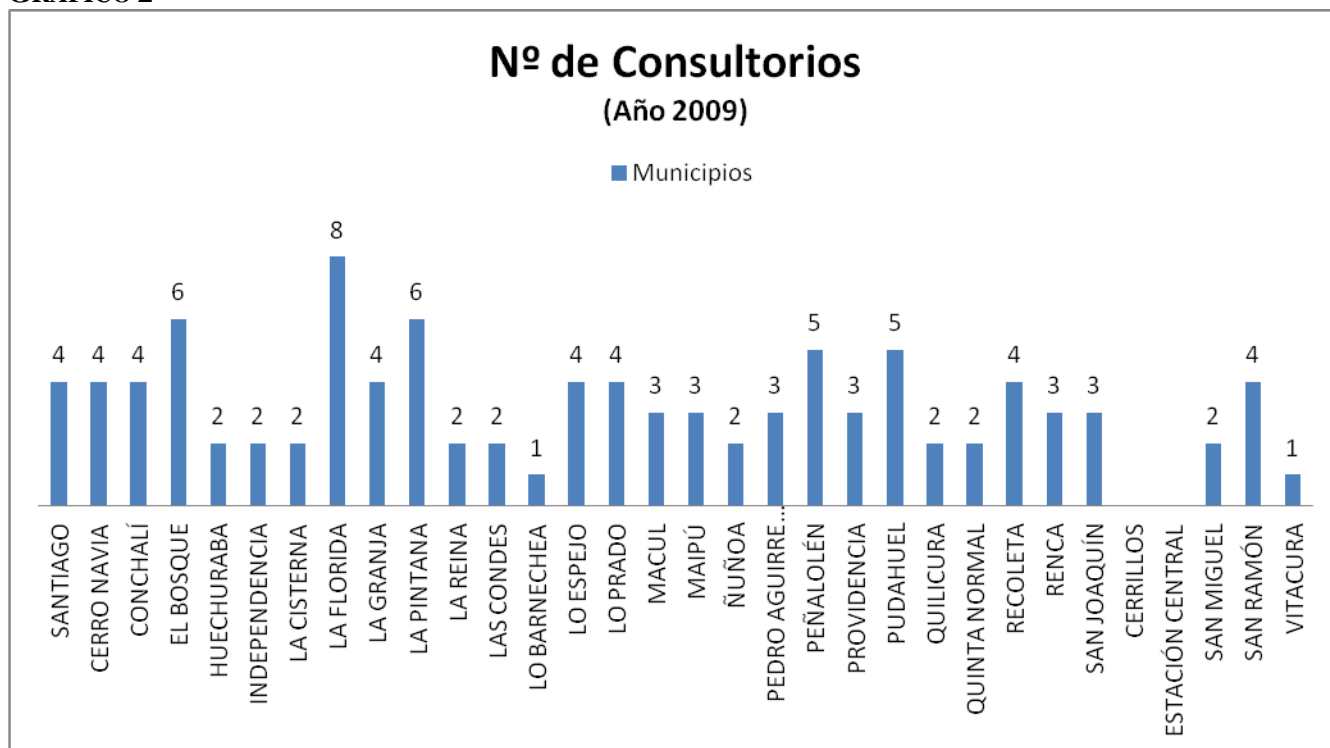
ANEXOS

GRÁFICO 1



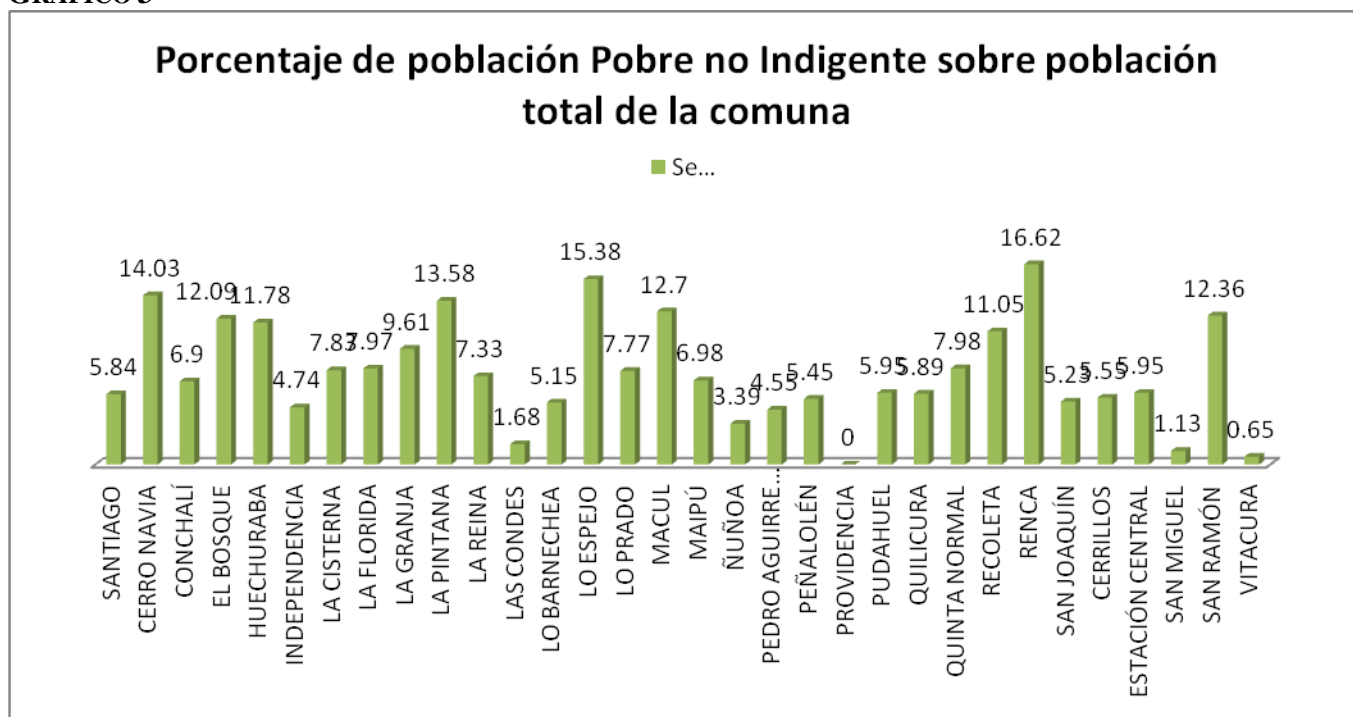
FUENTE: Elaboración propia con datos obtenidos por el Sistema Nacional de Información Municipal. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

GRÁFICO 2



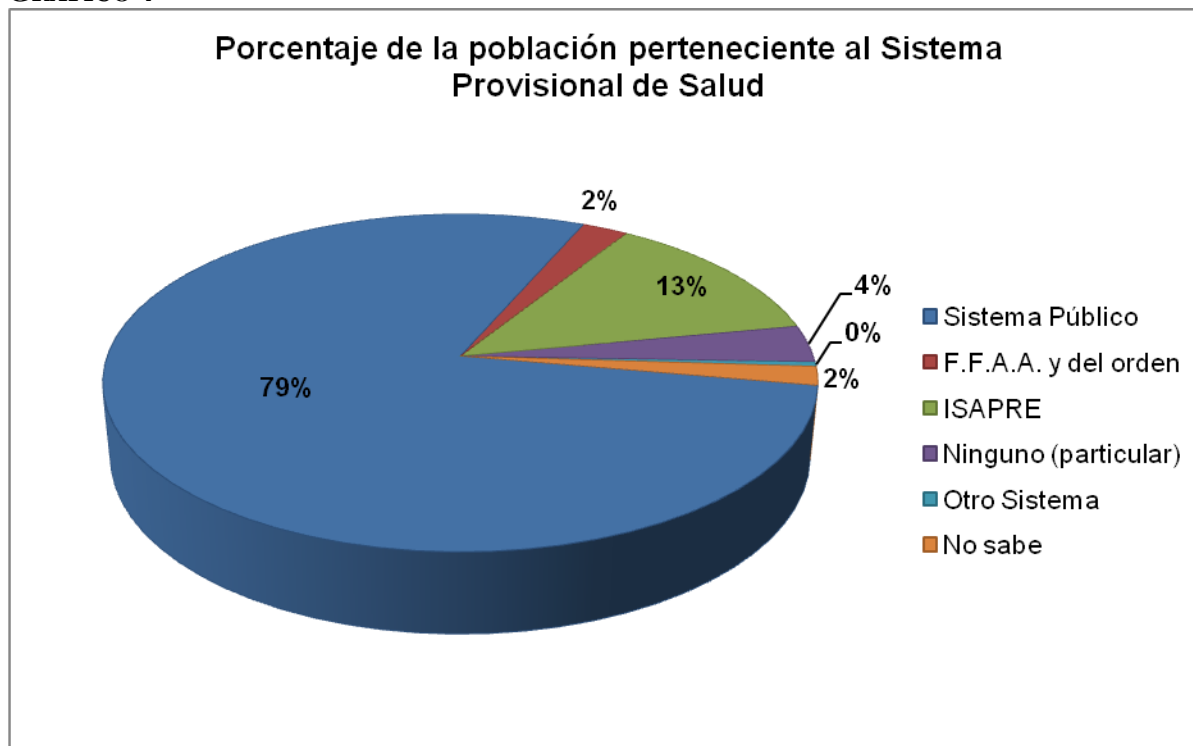
FUENTE: Elaboración propia con datos obtenidos por el Sistema Nacional de Información Municipal. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

GRÁFICO 3



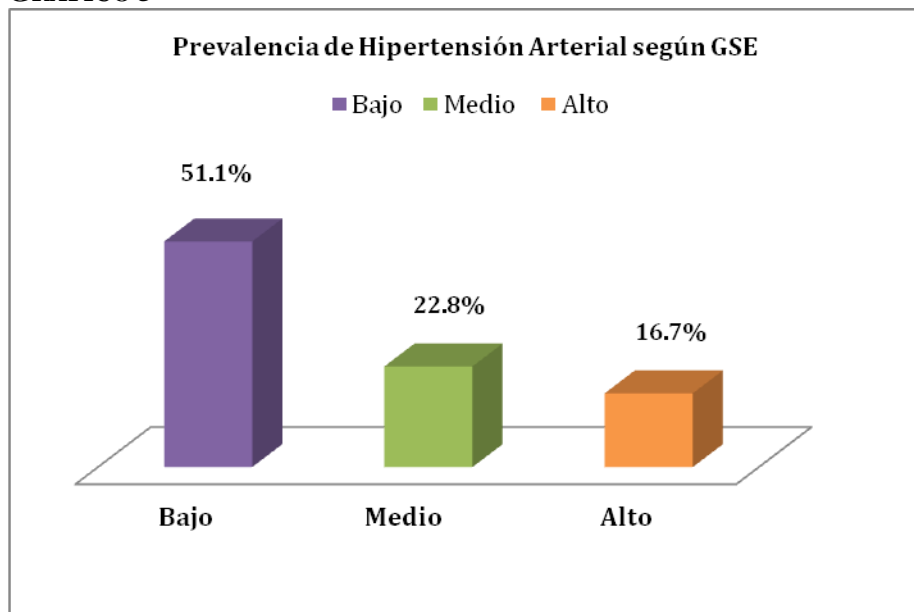
FUENTE: Elaboración propia con datos obtenidos por el Sistema Nacional de Información Municipal. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

GRÁFICO 4



FUENTE: Elaboración propia con datos obtenidos por la Encuesta CASEN 2009.

GRÁFICO 5



FUENTE: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010