

Reforma GES en zonas rurales: la mirada de los actores en una comuna rural y aislada del Sur de Chile.

Resultado de investigación finalizada

Grupo de Trabajo GT 19. Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

Sebastián Medina Gay
Carolina Tetelboin Henrion.

Resumen

La investigación explora la percepción desde los actores del sistema de salud público sobre la reforma GES en comunas rurales y aisladas mediante entrevistas semi-estructuradas a funcionarios y usuarios. Las percepciones sobre el financiamiento apuntan a un aumento, pero sólo para actividades restringidas, y desvíos hacia privados mediante compras de “paquetes diagnóstico-quirúrgicos”. El funcionamiento de las Postas de Salud Rural no presentaría grandes cambios, continuando las grandes diferencias de acceso y abastecimiento tanto del nivel primario como secundario, dado que la ley desconoce la existencia de poblaciones aisladas con altos gastos de traslado. Es necesario continuar investigando en localidades vulnerables, a fin de sopesar la real contribución de estas políticas focalizadoras en la reducción de las inequidades en salud.

Palabras clave: Reforma GES, ruralidad, sistema de salud público.

1. Introducción

El presente estudio forma parte de una investigación mayor de tesis de maestría, donde se buscó caracterizar la relación del Estado chileno con los ciudadanos de las localidades rurales y aisladas mediado por la política de salud, en los dos últimos periodos de gobierno nacional. Su enfoque es crítico ya que está basado en la concepción del Estado como una condensación de fuerzas que atraviesan toda la sociedad, y la política de salud como la formulación desde el Estado de una decisión explícita de atención médica, pero que al mismo tiempo está determinada por funciones no explícitas: ideológicas, políticas y económicas (Eibenshtuz, 1992; Granados, Eibenschutz & Lara, 2012; Tetelboin, 1992, 1997, 2003). Para el presente estudio, se realizó la construcción de un camino teórico-metodológico en función de realizar un análisis de una de las políticas de salud más importantes de los últimos años, la reforma GES, basado en la mirada de los actores involucrados dentro del sistema de salud público en las comunas rurales y aisladas.

2. Marco teórico

2.1. La “nueva ruralidad”

Los cambios introducidos por el modelo neoliberal que transforma las relaciones tradicionales en las localidades rurales, hacen relevar la concepción de una ruralidad siempre cambiante, una “nueva ruralidad”. Dentro de esta nueva ruralidad las fronteras son difusas y las características tradicionalmente asignadas al mundo rural son revisadas (Pérez, 2007). Así la pluriactividad sería una

característica esencial, en el cual las actividades no-agrícolas crecen en importancia principalmente por la imposibilidad de sostener el ingreso familiar con las actividades agrícolas tradicionales. Emerge el comercio, variados servicios como el turismo y otras tradicionalmente urbanas (Marlon, 2005).

Profundamente asociada a la globalización y a las nuevas dinámicas del capital internacional, se habría convertido la anterior explotación, por la actual exclusión de las comunidades rurales, provocando entre otros fenómenos: pobreza, desigualdad, concentración de la tenencia de tierras y recursos hídricos en ausencia de un Estado que asegure educación, salud y viviendas adecuadas (Romero, 2012; Rubio, 2006).

El medio rural ahora es conceptualizado como una entidad socioeconómica en un espacio geográfico con cuatro componentes básicos:

1. Un territorio que funciona como fuente de recursos naturales y materias primas, receptor de residuos y soporte de actividades económicas
2. Una población que, con base en un cierto modelo cultural, practica actividades diversas de producción, consumo y relación social, formando un entramado socioeconómico complejo.
3. Un conjunto de asentamientos que se relacionan entre sí y con el exterior mediante el intercambio de personas, mercancías e información, a través de canales de relación.
4. Un conjunto de instituciones públicas y privadas que vertebran y articulan el funcionamiento del sistema, operando dentro de un marco jurídico determinado (Giarracca, Perez y CLACSO, 2001).

2.2. Ruralidad en Chile y su medición

En Chile existirían 2.242.224 habitantes viviendo en zonas rurales, representando sólo el 13% del país. La entidad gubernamental encargada de estas mediciones es el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2011), cuyos criterios para identificar las localidades rurales se basan “en lo que queda fuera” de la definición de una entidad urbana:

“Se entiende como “Entidad Urbana” a un conjunto de viviendas concentradas, con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000, con el 50% o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente los centros que cumplen funciones de turismo y recreación con más de 250 viviendas concentradas y que no alcanzan el requisito de población, se consideran Entidades Urbanas” (INE, 2004, pag.6).

Los criterios elegidos para realizar estas mediciones afectarán profundamente sus resultados. Para la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2011) sería tan amplia la variedad de situaciones en los países del mundo, que no es posible ni deseable la adopción de un criterio uniforme para la distinción entre áreas urbanas y rurales. Sin embargo, otras organizaciones internacionales como el Banco Mundial [BM] o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] han creado clasificaciones propias a sus intereses.

Para el BM, el sector rural es definido por su actividad económica principal (sector primario) y el tamaño de sus asentamientos, siendo considerados como rurales cuando tienen menos de 2000 habitantes. (De Ferranti, 2005). Para la OCDE en cambio, las áreas rurales son aquellas con densidad inferior a 150 habitantes por kilómetro cuadrado (OCDE, 1999).

Un ejemplo de lo dramático del cambio de estos criterios, es el estudio efectuado por Osses y cols. (2006) donde comparan las mediciones oficiales en la X región del país, con las que encontrarían si se utilizan los criterios sugeridos por la OCED, basado en zonas con densidad inferior a 150 habitantes por km² sumado al criterio de distancia para alcanzar un centro con servicios básicos. El resultado fue

un total de 942.061 personas viviendo en localidades rurales, correspondiente al 87% de la población regional; mientras los resultados del INE contabilizaban sólo 338.756 personas, correspondiente al 31% de la población regional. Otro ejemplo es la medición efectuada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2008) con criterios aún más amplios, definiendo que las personas rurales son las que realizan una actividad preponderante en el sector piscisilvoagropecuario y sus cadenas productivas respectivas. Con estos criterios, la población rural en Chile sería aproximadamente tres veces mayor que la estadística oficial.

Entonces debemos entender que la definición usada está determinada por los intereses que prevalezcan como dominantes dentro del Estado. Así en Chile la definición es reduccionista de la complejidad inscrita en estos territorios, habitantes y procesos productivos, y tiende a subestimar lo “rural” frente a una asumida realidad de “creciente urbanización” dentro del país. Posiblemente el desarrollo fuertemente centralista, los intereses de las empresas agroexportadoras y las condiciones de invisibilidad de las problemáticas “regionales” dentro de los bloques políticos dominantes, estén influyendo para continuar con este tipo de definiciones.

2.3. Ruralidad y salud en Chile

Para los efectos las investigaciones en relación al proceso de salud/enfermedad/atención de los habitantes de estas zonas, lo más frecuente es la utilización del criterio de medición que el mismo “sector salud” defina, es decir, el Ministerio de Salud [MINSAL] y sus instituciones. Para el Fondo Nacional de Salud [FONASA] una comuna será rural cuando la población rural en ella, según el último Censo supere el 30% (si no lo supera, toda la comuna será urbana), a lo cual se suman también las comunas que solamente administren establecimientos rurales como son los Consultorios Generales Rurales, Postas de Salud Rural —en adelante las “Postas”— y las Estaciones de Salud Rural —en adelante las “Estaciones” (FONASA, 2012).

Utilizando este criterio, los estudios demostrarán que en estas comunas se encontrarían mayores índices de pobreza, peores condiciones de saneamientos y viviendas, y mayor escolaridad incompleta. Sin embargo, en cuanto a los indicadores sanitarios, habría una realidad heterogénea dentro de las comunas con mayor ruralidad (Montoya, 2007).

El año 2010 MINSAL efectuó un análisis sobre 336 comunas estratificadas por deciles conforme al porcentaje de ruralidad y encontró mayor mortalidad por causas traumáticas en los deciles con mayor porcentaje; mientras la esperanza de vida, tanto al nacer como a los 20 años, también es más baja en el decil de comunas con mayor ruralidad. Para otras causas de muertes como cardiovasculares y tumores, la relación con ruralidad no es tan clara.

Lo anterior habla de realidades heterogéneas, pero graves inequidades en los indicadores socio-sanitarios que nos sugieren la existencia de diversos determinantes sociales influyendo. Uno de estos, es la cantidad y calidad que presenten los servicios de atención médica de estas comunas.

2.4. El sistema de salud público en las comunas rurales

El sistema de salud público en las comunas rurales de Chile corresponde al primer nivel de atención, es decir, a los establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS). Estos establecimientos son administrados por las municipalidades obedeciendo al DFL 1-3063 del año 1981 que los “traspasó” desde los Servicios Nacionales de Salud. Este traspaso implicó que las municipalidades asumirán la totalidad de las acciones de atención ambulatoria a nivel, quedando los Servicios de Salud abocados a operar el nivel secundario y terciario de hospitales y centros de especialidad. Son diversas las críticas a este tipo de administración. Montoya-Aguilar (2008) destaca que la municipalización en lugar de potenciar la descentralización y la participación comunitaria en el sistema, ha aumentado la inequidad

entre las comunas pobres y las ricas, ha incrementado el gasto administrativo y la dificultad de mantener la calidad y la efectividad de las acciones, llevando al retorno de la verticalización de algunas actividades. A este marco de APS municipalizada, se suma las leyes de la reforma GES.

2.5. La reforma GES

La reforma GES comenzó a gestarse desde el año 2000 al asumir Ricardo Lagos como presidente de Chile. Esta reforma buscaba superar las evidentes inequidades del sistema “mixto público-privado”, reduciendo la brecha en los niveles salud entre los distintos grupos socioeconómicos. Además se proponía: ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico; responder a las necesidades expresadas por la población, y mejorar los indicadores sanitarios. Para hacer efectiva la reforma, se enviaron una serie de iniciativas de ley al Congreso: ley 19.937 de autoridad sanitaria y gestión, ley 19.888 del financiamiento del GES, ley corta y larga de regulación de Isapres, la ley de derechos y deberes del paciente (recién aprobada el 2011) y la ley 19.966 de Garantías Explicitas en Salud (GES). Entre los más importantes cambios, se proponía la creación de un “fondo común de riesgo” que produciría un traspaso masivo de recursos desde el sistema privado hacia el público mejorando la solidaridad entre los seguros y financiando la reforma. Sin embargo, luego de sucesivas modificaciones en el Congreso, la reforma acabaría financiándose mediante el aumento en un punto porcentual del IVA (18% a 19%); un impuesto altamente regresivo (Infante y Paraje, 2010).

Por su parte, el llamado “núcleo de la reforma”, la ley GES, creaba un régimen general de garantías en salud para los beneficiarios tanto del sistema público como del privado (FONASA e ISAPRES). Estas garantías son relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un “conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud” dictadas por decreto. Son constitutivas de derechos y podrán exigir su cumplimiento ante FONASA, ISAPRES o la Superintendencia de Salud. Las garantías son las mismas para los dos tipos de beneficiarios (públicos o privados), sin embargo sólo tendrán derecho a ellas si cumplen con algunos “criterios generales” como el tipo de enfermedad, grupo de edad u “otras variables pertinentes”. Recayendo en esta última las mayores críticas asociadas a la ley, ya que generaría discriminación entre los usuarios por el tipo de patología y la edad, alejándose de la universalidad asociada a una concepción sólida del derecho en salud (Lavados y Gajardo, 2008; Zuñiga,2007). Diversos trabajos dan cuenta de los límites de su operación, además del significado respecto de los ciudadanos que quedan fuera de este paquete garantizado: los usuarios llamados “no GES”. (González, 2006; Valdivieso y Montero, 2010).

3. Objetivo de la investigación

Describir y analizar los cambios producidos por la reforma GES a partir de las percepciones de los actores que implementan y usan el sistema de salud público en una comuna rural y aislada.

4. Metodología

La investigación utiliza las llamadas “metodologías cualitativas de investigación en salud”, donde se reconoce la importancia de los abordajes cuantitativos, pero se critica su excesivo reduccionismo para la aprehensión de la compleja realidad social. Así las metodologías cualitativas son utilizadas para el estudio de la historia, las relaciones, las representaciones, creencias, percepciones, opiniones, productos e interpretaciones que los humanos hacen respecto a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan (Minayo,2010).

4.1. Producción de los datos

El instrumento de producción de datos utilizado fue la Entrevista Semiestructurada (ES). Esta técnica combina una serie de preguntas cerradas y abiertas teniendo el entrevistado la posibilidad de conversar en profundidad sobre las temáticas planteadas en la entrevista. La ES permite, mediante una guía de preguntas establecidas, asegurar que las hipótesis y presupuestos sean cubiertos por la entrevista en un tiempo razonable, sin dejar de lado aspectos subjetivos o temas emergentes que surgirán desde las preguntas (ibíd.).

Para caracterizar la reforma GES las entrevistas siguieron una guía de preguntas específicas sobre los cambios que se aprecian desde la vigencia de esta ley en relación a 5 categorías preestablecidas: cambios en la política de salud; cambios en la estructura organizacional; cambios en cuanto al financiamiento; cambios en el funcionamiento; y resultados percibidos dentro del sistema de salud público.

4.2. Actores entrevistados

Se escogieron los entrevistados de acuerdo a su rol dentro de la implementación del sistema de salud público en la comuna. Así, se establecieron 4 tipos de actores fundamentales: funcionarios del Servicio de Salud Provincial, administrativos de la Municipalidad, personal de salud que trabaja en las Postas, y familias usuarias de las Postas.

Dentro de los funcionarios del Servicio de Salud Provincial, se entrevistaron a los encargados de los programas ministeriales de APS, Salud Rural y GES.

Dentro de los administrativos municipales, se entrevistaron al jefe del Departamento de Salud Municipal (DESAM) y al Tesorero Municipal.

Dentro del personal de salud que trabaja en las Postas, se entrevistaron un Médico, una Matrona y una Enfermera. Además dos Técnicos Paramédicos: uno residente de las Postas llamadas “centrales” y otro de las Postas llamadas “aisladas”.

Dentro de las familias usuarias, se entrevistaron usuarios habituales de las Postas, en base a la misma clasificación de Postas “centrales” y “aisladas”: dos familias de cada una de ellas.

Finalmente se realizaron 15 entrevistas en total durante noviembre del año 2012 hasta enero del año 2013.

4.3. Análisis de los datos

Las entrevistas fueron grabadas en audio digital y luego se transcribieron con la ayuda del programa f4 versión 3.4.0. Posteriormente se realizó un análisis del contenido temático en base a las mismas categorías preestablecidas: política de salud, estructura organizacional, financiamiento, funcionamiento y resultados. Estas categorías sirvieron como base para la codificación de los contenidos utilizando “el párrafo” como unidad básica de análisis de los contenidos. Para este proceso se utilizó el software de análisis cualitativo Atlas.ti. versión 6.2.13.

5. Resultados

5.1. Comuna estudiada

La comuna de Cochamó posee una superficie de 4.165 km² y está situada al sur-este de la Provincia de Llanquihue, en la X Región de Los Lagos. La localidad de Río Puelo es su capital comunal y está ubicada a 149 km. (aproximadamente 3 horas por camino de ripio) de Puerto Montt, la capital regional.

En sus índices demográficos destaca una tendencia a la reducción de la población desde el año 1970. Para el año 2012 según las estimaciones efectuadas por el INE, se encontrarían 4.285 habitantes (INE, 2008). Estimándose una densidad de 1,1 Hbts/km², considerada como muy baja frente al resto del país y la región (Tabla N°1).

En comparación con el resto de Chile y la principal urbanización de la región, Cochamó presenta un mayor índice de vejez, menor ingreso autónomo, menor índice de desarrollo humano y menos años de escolaridad. Mientras, en los indicadores sanitarios, presenta mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad por causa cardiovascular y cánceres, pero mayor tasa de mortalidad por traumatismos (Tabla N°1).

Tabla N°1: Comparación entre los principales indicadores demográficos y socio-económicos y sanitarios de Cochamó, Puerto Montt y Chile

Índice	Chile	Puerto Montt	Cochamó
DEMOGRAFICOS			
Población total 2009.	16.928.873	230.885	4.285
Densidad poblacional	22,4	138,0	1,1
Porcentaje de la población regional		27,96	0,52
Índice de masculinidad	98,0	102,2	137,3
Porcentaje de población de 0 a 14 años .	22,8	24,6	17,4
Porcentaje de población de 65 y más años .	8,8	6,1	12,5
Índice de vejez o renovación .	38,6	24,9	71,7
SOCIOECONOMICOS			
Porcentaje de población rural .	13,00	12,40	100,00
Puntaje Índice de Desarrollo Humano (IDH) .	0,75	0,72	0,69
Promedio de ingreso autónomo.	613206,00	646549,18	454886,22
Coefficiente de Gini según el promedio de ingreso autónomo	0,57	0,50	0,45
Porcentaje de pobreza total .	15,10	16,20	6,50
Población económicamente inserta en el sector económico primario.	12,00	14,10	55,15
Promedio de años de escolaridad total .	10,10	9,90	8,71
Porcentaje de hogares totales con indicador de saneamiento deficitario .	8,71	14,15	20,90
SALUD			
Esperanza de vida al nacer total 1997 - 2006.	75,52	76,13	77,12
Tasa observada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio total por 100.000 habitantes.	156,31	108,00	109,00
Tasa observada de mortalidad por tumores total por 100.000 habitantes.	128,30	113,00	86,00
Tasa observada de mortalidad por traumatismos y envenenamiento total por 100.000 habitantes.	76,40	56,00	93,00

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Desarrollo y Planificación [MIDEPLAN] (2009) e INE (2008; 2011).

5.2. El sistema de salud público en Cochamó

La infraestructura del sistema de salud público de Cochamó consiste en 9 Postas y 2 Estaciones. Dos de éstas Postas se encuentran en las localidades más pobladas de la comuna (Cochamó y Rio Puelo) y concentran la mayor cantidad recursos en todos los aspectos; son las llamadas Postas “centrales”. Al mismo tiempo existen tres Postas en ubicaciones geográficas y climáticas de alta aislación, ya que no posee caminos transitables para vehículos terrestres, y además presentan menores recursos en todos los aspectos; son las llamadas Postas “aisladas”.

La atención diaria de consultas se realiza por los Técnicos Paramédicos residentes; mientras, los controles de enfermedades crónicas, gineco-obstétricas, y controles de niño sano, (entre otras) son realizadas por los profesionales (médico, matrona y enfermera principalmente) en las llamadas “Rondas de Salud Rural”. Estas “Rondas”, son un día de atención en cada Posta, según un calendario variable para cada una de ellas en función de su población y la disponibilidad de recursos para trasladar a estos profesionales. Así en las Postas “centrales” se efectuarán en promedio dos Rondas de Salud Rural semanales, mientras que en las Postas “aisladas” pueden ser de solo dos a tres Rondas de Salud Rural anuales.

5.3. La mirada de los actores

5.3.1. Percepciones de los funcionarios del Servicio de Salud Provincial.

Para los funcionarios del Servicio de Salud, el principal cambio percibido a partir de la reforma GES sería un aumento del total de financiamiento dentro del sistema de salud público. Sin embargo, esta llegada de abundantes recursos financieros en función de aumentar la “resolución” de las listas de espera de pacientes con condiciones GES, no se ajustaría a la capacidad del mismo sistema (en especial los hospitales y las consultas de especialistas) para realizar estas prestaciones, por lo cual se estarían comprando “paquetes de prestaciones” a los prestadores privados, desviando una cantidad importante de recursos financieros desde el sector público al privado.

En las comunas rurales y aisladas, según estos funcionarios, el mayor problema para realizar cambios positivos, se daría por la dificultad para encontrar prestadores de los niveles secundarios (tanto públicos como privados) cercanos a estas comunas. Así, los prestadores están concentrados en las grandes urbanizaciones regionales, y la ley GES no incorpora los gastos de traslado que deben efectuar los usuarios para acceder a estas ciudades:

“...el GES en las zonas rurales no funciona por la red de prestadores. Los GES del secundario son un tremendo problema porque los pacientes no tienen acceso al prestador asignado, al prestador de la institución donde está asignada la prestación, en este caso siempre es la capital provincial. Entonces hay gente que simplemente no puede venir nomás...”

5.3.2. Percepciones de los administrativos Municipales.

Por su parte, para los administrativos Municipales, el financiamiento aportado por la ley GES no sería mayor de la habitual. Esto se produciría porque las enfermedades y condiciones de salud del GES que se atienden en APS (relacionadas principalmente con la prevención y curación de enfermedades cardiovasculares) están incorporadas dentro del pago “per cápita” que realiza FONASA a las municipalidades para el funcionamiento basal de estos establecimientos. Sumado a esto, en la comuna de Cochamó, dado su pequeña población beneficiaria (< del 3,500 inscritos validados de FONASA), el

financiamiento tampoco se calcula a partir del “per cápita” sino que debe financiarse a través de un “costo fijo” a partir del gasto histórico para la mantención y funcionamiento de sus Postas y Estaciones. Unas de las críticas más repetitivas desde estos actores, son el centralismo e imposición de los cambios en el sistema “desde arriba”, y además la excesiva burocratización que la ley GES ha incorporado en el funcionamiento administrativo. Para realizar las mismas actividades en salud, ahora se requeriría de reportes continuos hacia el Servicio de Salud Provincial dependiente de la conectividad por internet, y la comunicación habitual entre las Postas, lo cual no ocurre dentro de la comuna:

“...yo te digo, siendo bien real, que para esos cambios (GES) que se logran en políticas estatales, plantearlos y ejecutarlos en comunas rurales como esta, es difícil (...) Yo creo que antes de que se logre, en el caso del gobierno, antes de implementar, tienes que ver si estás capacitado o si donde se va a poner en práctica se tienen los recursos necesarios para que se pongan en marcha. Acá te digo, que dependemos mucho de las comunicaciones y lamentablemente te digo que no estamos bien. Es una de nuestras falencias. Por lo tanto, no vamos a dar nunca cumplimiento (a las garantías GES) mientras esto no se regularice. Hay postas de la cordillera que tienen minicentrales eléctricas, o con motor, o a “vela” como antes...”

5.3.3. Percepciones desde el personal de salud de las Postas de Salud Rural.

Para el personal de salud que atiende directamente en las Postas, la ley GES tampoco habría cambiado en lo fundamental el funcionamiento ni los resultados del sistema de salud. Así recalcarán que las actividades asistenciales antes y después de la ley GES, básicamente son las mismas, ya que se habían incorporado años atrás como “metas sanitarias”.

Una de la críticas principales desde estos actores, es la “eternización” de las listas de espera para la atención en el nivel secundario de los usuarios cuyas patologías no son parte del GES. Es decir, la priorización otorgada para “usuarios GES” se efectuaría en desmedro del resto de los usuarios.

Por otra parte, se destaca que la percepción de los cambios por la ley GES desde el personal de salud que reside en las Postas “centrales” difiere radicalmente del personal que reside en en las Postas “aisladas”. Así para los primeros, habría un notable aumento en la capacidad para acceder al nivel secundario de los usuarios con patologías GES, mientras que para los segundos no habría ningún cambio, siendo igual de difícil el acceso a cualquier tipo de prestación que implique un traslado hacia las ciudades, ya que este gasto no es financiado por el sistema:

“... es por el tema de aislamiento, hay personas que simplemente no van al GES, no pueden acceder a las garantías que tiene por la distancia, porque las garantías no financian un vuelo para acercarlos, sólo llega hasta conseguirse la hora no más, pero "ve tu como llegas". Entonces la gente de la cordillera se queda sin mamografía, sin ciertos exámenes y cuando les llega la hora, no es la hora que puede ir...”

5.3.4. Percepciones de las familias de usuarios del Postas de Salud Rural.

Para los usuarios de las Postas, también observamos percepciones disimiles en función si se trata de usuarios de las Postas “centrales”, o de las Postas “aisladas”. Para los primeros, el principal cambio es la mayor continuidad de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades crónicas, en especial de la Hipertensión y Diabetes Mellitus; en cambio para los segundos, no habría mayores cambios ni en el abastecimiento de medicamentos, ni en la capacidad para acceder a consultas de especialidad. Esto último se produciría principalmente porque existe un elevado “gasto de bolsillo” en que estos usuarios

deben incurrir en traslado, alimentación y alojamiento cuando deben acudir a sus “horas de especialistas” en el nivel secundarios del Hospital de la capital regional:

“...a veces hay (medicamentos GES), y a veces están faltando, porque yo tengo que ir a buscar esos que tengo de por vida y no están. Y tengo que aguantarme no más, porque ¡no voy a ir a comprarlos a la ciudad! (...) Yo tendría que ir a la ciudad a hacerme un chequeo y no me cobran por esa atención, porque ya está declarado que yo me tengo que hacer chequeos de por vida (...) [gastaré] los pasajes y la comida. Y dormir quizás. Me gasto como 100 mil pesos...”

Ante esta realidad, los usuarios de las localidades más aisladas se verán obligados a utilizar otras estrategias de atención ante la enfermedad, que incluyen desde fitoterapia casera hasta traslados hacia los Hospitales argentinos. Siendo el sistema de salud público muy poco resolutivo para la mayoría de sus problemas de salud/enfermedad/atención.

6. Discusión

La política de salud en Chile se muestra altamente homogeneizadora y pensada para contextos urbanos. En ese sentido “la mirada de los actores”, aunque se trate de los mismos funcionarios encargados de implementar estas políticas, no es tomada en cuenta a la hora de formular estrategias, normas y leyes que tendrán vigencia en el contexto nacional. La ley GES y sus mecanismos de financiamiento, funcionamiento y medición de resultados no escapan de esta lógica, y por lo tanto, no darán cuenta de la realidad del funcionamiento del sistema de salud en las comunas rurales y aisladas.

Las enfermedades y condiciones del GES son las actividades priorizadas dentro de la APS, pero estas responden a priorizaciones basadas en diagnósticos e investigaciones de carácter nacional que tiende a desconocer los perfiles epidemiológicos, sociales y culturales locales. De esta forma, los establecimientos de APS en las comunas rurales funcionarán como “pequeños consultorios urbanos” dentro de un contexto donde las particularidades, como la dispersión geográfica, las actividades productivas y los modos de vida de sus habitantes son radicalmente distintas a las ciudades: existirá una suerte de omisión desde el sistema de salud a las necesidades locales.

Por otra parte la ley GES, a pesar de su objetivo de superar las inequidades de salud, de ninguna forma trastoca la estructura del sistema mixto público-privado, y la pretensión de “igualar la cancha” en base a garantizar la atención para ciertas enfermedades priorizadas se está financiando a través del impuesto “IVA” de características altamente regresivas. Este mismo aumento en el financiamiento está asociado directamente al pago para el cumplimiento de las garantías, entonces, no podrá ser utilizado para realizar inversiones en infraestructura, equipamiento o recursos humanos dentro del sistema de salud público. Este último, dado su desfinanciamiento crónico, tampoco tendrá la capacidad para atender la totalidad de las patologías GES, por lo cual FONASA se verá obligado a comprar con estos recursos “paquetes de prestaciones” a prestadores privados para cumplir con la garantía legal, desviándose recursos públicos a manos privadas.

La ley GES intenta mejorar el acceso a la atención asistencial asegurando el pago a un prestador, sin embargo, esto no significa que realmente los usuarios puedan acceder a él, ya que hay otros factores involucrados en este proceso. Dentro de nuestra investigación se relevó que tanto en el nivel primario como en el nivel secundario existen barreras de acceso evidentes, injustas y evitables.

En el nivel primario, existen Postas donde se concentran la mayor cantidad de recursos dado que sus poblaciones beneficiarias están más concentradas, en desmedro de los recursos de las Postas más aisladas y que además tienen menos población. Esta brecha se reflejaría en un acceso en extremo desigual a la atención por profesionales de la salud: mientras en una Posta “central” se cuenta con dos Rondas de Salud Rural por semana, en una de las Postas “aisladas” sólo se contará con ella dos a tres

veces por año. Es evidente que para los efectos de cumplir las garantías, por ejemplo, en el seguimiento de los usuarios con enfermedades crónicas cardiovasculares, esto será imposible.

En cuanto al nivel secundario, los usuarios que viven en las Postas “centrales” también tendrán mejor capacidad de transporte para acceder a las horas de especialidad en los centros de derivación de la capital regional, mientras que los usuarios de las Postas “aisladas” tendrán que desembolsar valores cercanos a los 100.000 pesos chilenos cada vez que tengan una consulta en la capital regional. Bajo este punto de vista, resulta evidente que la ley GES está lejos de mejorar las condiciones de acceso a la atención médica digna para los usuarios de estas zonas.

7. Conclusión

La ley GES en las comunas rurales y aisladas como la estudiada no sería útil para resolver las inequidades en salud desde la percepción de los funcionarios que implementan el sistema de salud público y sus usuarios. Las principales críticas apuntan hacia que su formulación legal y normativa es en extremo centralista, homogeneizadora y con sesgo urbano, que impide una implementación adecuada en un país con realidades diversas, como la existente en estas comunas. La mirada de los actores que implementan y usan el sistema es omitida de las formulaciones de la política, generando una disociación con la realidad local. Desde nuestro punto de vista es imprescindible, además de analizar cuantitativamente los resultados de estas políticas, avanzar hacia un análisis cualitativo centrado en las apreciaciones desde los ciudadanos que tienen contacto directo con las actividades concretas desde el sistema de salud público, en función de evaluar el real impacto de estas políticas focalizadoras para mejorar la inequidad en salud del país.

Referencias:

De Ferranti, D. (2005). How Do We Define the Rural Sector? en World Bank Latin America and Caribbean (Ed.), *Beyond the city: the rural contribution to development* Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Fondo Nacional de Salud [FONASA] (2012). Mecanismo per cápita en atención primaria municipal. (Ordinario 005489). Ley de presupuestos del sector público, programa presupuestario de APS, Glosa 03. Gobierno de Chile.

Giarracca, N., Perez, E., & CLACSO. (2001). *¿Una nueva ruralidad en América Latina?* (Vol. 1* ed). Buenos Aires: CLACSO.

Gomez, S. (2002). *La nueva ruralidad : ¿qué tan nueva?*. Revisión de la bibliografía, un intento por definir sus límites y una propuesta conceptual para realizar investigaciones. Valdivia: Universidad Austral de Chile.

Gómez, S. (2001). *¿Nueva Ruralidad? Un aporte al debate*. *Estudios Sociedade e Agricultura*, 17(octubre 2001), 5-32.

Gómez, S. (2003). *Nueva ruralidad (fundamentos teóricos y avances empíricos)*. Conferencia presentada en el Seminario internacional “El mundo rural: transformaciones y perspectivas a la luz de la nueva ruralidad”, Bogotá, Colombia.

González, F. (2006). La implementación del Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas (Plan AUGE/GES) ha deteriorado la calidad del tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal terminal. *Revista Médica de Chile*, 134, 1288.

Granados, J., Eibenschutz, C., & Lara, N. (2012). *Modulo Práctica Médica. Maestría en Medicina Social UAM-X. UAM-X. México D.F.*

Instituto Nacional de Estadística [INE] (2004). *CHILE: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad. País Urbano-Rural. Período de Información: 1990-2020. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.*

INE (2008). *CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población por sexo y edad. 1990 – 2020. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.*

INE (2010). *Estadísticas de Salud Compendio estadístico 2010. (pp. 247-266). Santiago Chile: Gobierno de Chile.*

INE (2011). *Estadísticas Demográficas Compendio estadístico 2011 (pp. 94-173). Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Recuperado el 13 de julio del 2013 de la página web del INE: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2011/1.2demograficas.pdf.*

Infante, A., & Paraje, G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile. In O. Larrañaga & D. Contreras (Eds.), Las nuevas políticas de protección social. Santiago de Chile.*

Kollan, F., Proeser, M., & Neubauer, H. (2004-2007). f4 (Version 3.1.0): www.audiotranskription.de. Recuperado el 10 de enero del 2013 desde la web del autor: <http://www.audiotranskription.de/es>

Lavados, C., & Gajardo, A. (2008). EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y LA SALUD EN CHILE. *Acta bioethica*, 14(2), 206-211. Recuperado en 15 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011&lng=es&tlng=es.10.4067/S1726-569X2008000200011.

Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19(Journal Article), 1-19.

Marlon, J. (2005). Contradicción, Complementariedad e Hibridación en las Relaciones entre lo Rural y lo Urbano. *Revista Mad.*, 13(Artículo de revista). Recuperado el 14 de Julio del 2013 desde la web de la revista Mad de la Universidad de Chile: <http://www.revistamad.uchile.cl/13/paper02.pdf>

Ministerio de Desarrollo y Planificación [MIDEPLAN] (2009). *Encuesta de caracterización socio-económica CASEN. Población por quintil de ingreso autónomo regional y nacional, según región y sistema previsional de salud Población por sexo según tramos de edad y sistema previsional de salud. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.*

Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saude (Vol. 12). Sao Paulo: Aderaldo & Rothschild Ltda.*

- Montoya, C. (2007). Aspectos de Salud y su relación con Ruralidad. Cuadernos médico sociales (Chile), 47(2), 58-67.
- OECD. (1999). Territorial Indicators of Socio-Economic Dynamics. Paris: OECD. Territorial Development Service, Territorial Statistics and Indicators Unit.
- Osses, P., Foster, W., & Nuñez, R. (2006). Medición de niveles de ruralidad y su relación con actividades económicas en la X Región de Los Lagos - Chile. Enfoque Geográfico – Económico. Economía Agraria, 10, 107-118.
- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Redes, 2(4), 99-128.
- Pérez, E. (2007). Nueva ruralidad, globalización y salud. CES Medicina, 21(1), 89-100
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2008). Desarrollo humano en el Chile rural Vol. 1°. Recuperado el 12 de enero del 2013 de la página web del PNUD para Chile: <http://www.desarrollohumano.cl>
- Romero, J. (2012). Lo rural y la ruralidad en América Latina: Categorías conceptuales en Debate. Psicoperspectivas, 11(1), 8-31.
- Rubio, B. (2006). Territorio y globalización en México: ¿un nuevo paradigma rural? Comercio Exterior, 56(12), 1047-1052.
- Syncom Systems, i. (2004-2013). Atlas.ti. (Version 6.4.13.). Berlin. Recuperado el 06 de febrero del 2013 de la página web del autor: <http://www.atlasti.com/index.html>
- Tetelboin, C. (1992). Actores sociales: ¿una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina? In S. Fleury (Ed.), Estado y políticas sociales en América Latina. México.: UAM-X, FIOCRUZ-ENSP,.
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. Estudios de Antropología Biológica, VIII(Artículo de revista), 487-510.
- Tetelboin, C. (2003). La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile : 1973-1990 reformas de primera generación (Vol. 1* ed.). México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Valdivieso, V., & Montero, J. (2010). El plan AUGE/GES: 2005 al 2009. Revista Médica de Chile, 138, 1040-1046.
- Zúñiga, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. Acta Bioética, 13(2), 237-245.