

Acceso a redes sociales y de salud de población en extrema pobreza

Paula Bedregal¹, Cynthia Zavala^a, Jorge Atria^{2b}, Gabriela Núñez^{2b}, María José Pinto^{2b}, Soledad Valdés^{2b}.

Access to social networks and health care among extremely poor people

Background: *Extremely poor people have more problems to have access to social networks and health care. Aim:* To evaluate the access to health services and the perception about these services of adults living in conditions of extreme poverty. **Material and methods:** A survey was applied to 361 people living in slums aged 15 to 77 years (83% females), that were living in these conditions for a mean of 11 years. Twenty six in-depth interviews were also performed to prototypical subjects living in extreme poverty. **Results:** Ten percent of subjects were illiterate. Sixty two percent were unsatisfied with their access to health services and 32% were not registered in primary health clinics. Among children of less than 6 years of age, 22% were delayed in their vaccination schedule and 32% were not withdrawing the milk delivered by the complementary feeding program of the clinic. The qualitative analysis revealed that the lack of access to health care is associated with the feeling of exclusion, mutual distrust and lack of resolution of health problems. **Conclusions:** People living in extreme poverty are distrustful and perceive obstacles to have access to the health care system (Rev Méd Chile 2009; 137: 753-8).

(Key words: Delivery of health care; Poverty; Social support)

Recibido el 9 de diciembre, 2008. Aceptado el 7 de abril, 2009.

Trabajo financiado por Dirección de Investigación, Vicerrectoría Académica, Pontificia Universidad Católica de Chile y Centro de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

¹Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Fundación Un Techo para Chile

^aEstudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile

^bSociólogo/a, Centro de Investigación Social (CIS), Fundación Un Techo para Chile.

En nuestro país existe una larga tradición de políticas sociales, dentro de las que se incluyen las políticas de salud. Su desarrollo ha sido una fuente de orgullo para los chilenos, ya que con una modesta inversión hemos alcanzado indicadores del estado de salud de la población mejores al promedio latinoamericano y cercano a

los logrados por países desarrollados¹. En Chile, el acceso al sistema de salud está garantizado para todos los ciudadanos y se canaliza a través de los subsistemas público y privado. El subsistema público atiende a más de 70% de la población y recibe un tercio del dinero cotizado por los beneficiarios². Este acoge solidariamente a personas que no cuentan con recursos para cotizar, bajo la modalidad de "indigencia". Este grupo alcanza 29% del total de los beneficiarios del sistema de salud². Sin embargo, pese a la alta

Correspondencia a: Dra. Paula Bedregal. Marcoleta 434, Santiago. Fono: 56-2-354 3038. E mail: pbedrega@med.puc.cl

cobertura, son la calidad y la oportunidad bajo las cuales accede a la atención de salud la población más pobre, las condiciones más criticadas del sistema.

Trabajos científicos que evalúan las características del acceso a las redes de salud en otros países han encontrado que los pobres tienen mayores dificultades en acceso y oportunidad de la atención general y especializada^{3,4}, que el resto de la población. Esto es particularmente grave, pensando en que es justamente esta población la que concentra mayores riesgos en salud^{3,5,6}. Estudios latinoamericanos sobre las percepciones de los usuarios acerca de los servicios de salud muestran que el conocimiento sobre los servicios de salud es esencial para su utilización, y que a menores niveles educacionales hay una menor utilización de los servicios⁴.

La salud es un activo de gran valor ya que posibilita el trabajo y por lo tanto la generación de ingresos. Lo contrario profundiza el círculo de la pobreza. De este modo, cualquier política de superación de la pobreza pasa por comprender a la pobreza como un determinante social de la salud y la salud como un determinante de la condición social⁷. La equidad en el acceso a salud es fundamental también para proyectar el desarrollo social del país⁸.

En Chile existe un subgrupo especialmente carenciado, ya que a la deprivación material se le suma el aislamiento social: la población habitante en campamentos. Los campamentos corresponden a unidades de 8 o más familias agrupadas o contiguas, que carecen de al menos un servicio básico (electricidad, agua potable y alcantarillado) y que se encuentran en situación irregular en la tenencia del terreno. De acuerdo a los últimos datos disponibles⁹, en Chile existen 453 campamentos con alrededor de 25.000 familias que habitan en ellos. El catastro nacional de campamentos de *Un Techo para Chile* 2005 muestra que sólo 24 campamentos cuentan con conexión a red pública de alcantarillado; que 41% tiene acceso a agua potable, siendo 41% de manera irregular. Cerca del cincuenta por ciento se encuentra a más de 3 km o media hora de caminata de un centro de salud y 10% no conoce como acceder a atención en salud.

Las encuestas nacionales relacionadas a salud, suelen dejar fuera a los habitantes de campamen-

tos. La falta de información disponible sobre este grupo dificulta el diseño y la aplicación de estrategias de intervención. Es por esto que el objetivo de este trabajo es conocer el acceso a los servicios sociales, en particular de salud, y la percepción acerca de ellos de la población habitante en campamentos de la Región Metropolitana. Este reporte se enmarca en un estudio que analiza la calidad de vida de este grupo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un diseño de carácter mixto, de manera de triangular la información¹⁰. El abordaje cuantitativo permitió conocer la magnitud de ciertas variables, mientras que el abordaje cualitativo permitió indagar los significados atribuidos a los conceptos estudiados.

El abordaje cuantitativo consistió en un diseño transversal cuyo marco muestral comprendió 6.061 hogares de campamentos de la Región Metropolitana a 2006. Estos se estratificaron por tamaño del campamento y por zona (urbano/rural). El tamaño de la muestra consideró un error tipo I de 5% y fue de 361 casos. Las variables independientes analizadas fueron la edad, el sexo, la situación de tenencia de la vivienda (allegado o no), la calidad de vida percibida¹¹, la satisfacción con su estado de salud mediante el instrumento WHOQOL-BREF^{12,13}. Este es un cuestionario de calidad de vida para población mayor de 14 años, disponible en español, el que considera las dimensiones salud física, salud psicológica, medioambiente y redes sociales. El instrumento mide estos componentes mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. Las variables dependientes estudiadas fueron: satisfacción con el acceso a servicios de salud, previsión en salud, estar inscrito en centros de salud primaria; en caso de contar con niños menores de 6 años en el hogar, vacunaciones y controles de salud al día, y retiro de leche del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Además se incorporó una pregunta sobre la conducta tomada por el encuestado frente al último episodio de enfermedad percibido.

La encuesta se elaboró conjuntamente entre el equipo universitario y el equipo coordinador de *Un Techo para Chile*. Se pilotó para ajustar el lenguaje y la comprensión del texto. Con posterioridad a los ajustes, se reclutó a encuestadores de

Un Techo para Chile y estudiantes de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, los que se capacitaron a través de un manual de encuesta y de charlas explicativas.

La encuesta se aplicó a una persona mayor de 15 años, en cada hogar seleccionado aleatoriamente, entre junio-julio de 2006. Hogar corresponde a la persona o conjunto de personas, sean o no parientes, que residen habitualmente en una misma vivienda particular, ocupándola total o parcialmente, que se rige por un presupuesto común y que comparten sus alimentos.

Las encuestas se analizaron con el *software* estadístico SPSS 15.0. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, pruebas de asociación de χ^2 y Fischer, pruebas de *t* de student para diferencia de medias y modelos explicativos de regresión logística binaria. El plan de análisis se ajustó a las necesidades de *Un Techo para Chile* y de los habitantes de campamentos. El abordaje cualitativo implicó conocer la percepción de acceso a salud mediante entrevistas en profundidad a una muestra intencionada de habitantes de los campamentos. Se identificó tipologías de habitantes considerando los criterios: rural/urbano; de campamentos medianos, hombres y mujeres, en distinta situación familiar (joven, adulto con hijos, adulto allegado, adulto no allegado). Las entrevistas obedecieron a una pauta general preestablecida, fueron grabadas y transcritas. El análisis fue realizado por 3 investigadores en paralelo. Con base a la Teoría Fundada¹⁴, se estableció categorías y subcategorías, las que se introdujeron al programa computacional QSR NVivo, generando

118 subcategorías contenidas en 20 categorías, para su análisis descriptivo. En este reporte sólo se incluye aquellos aspectos que permiten comprender los resultados cuantitativos.

El trabajo contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Adicionalmente, el trabajo contó con la aprobación y participación de los dirigentes de los campamentos en los cuales se realizó ambos componentes. La participación de los pobladores quedó explicitada y resguardada a través de la firma del consentimiento informado. Los resultados de la investigación fueron devueltos a *Un Techo para Chile* y discutido con pobladores y dirigentes sociales para efectos del análisis y sus alcances.

RESULTADOS

Las características de la muestra se observan en la Tabla 1. Destaca el alto porcentaje de mujeres, lo que en parte es atribuible a la estructura de la población que reside en campamentos (predominantemente femenina). El número de hijos por encuestado en la muestra fue mayor a la tasa global de fecundidad para 2004, que corresponde a 1,85 hijos¹⁵ (INE, 2006.). En promedio, estas personas habitan en campamentos hace casi 11 años, siendo el promedio nacional 7,8 años⁹. Las mujeres son las que declaran vivir más años en los campamentos (11,2 años; *p* =0,07). El promedio de años de escolaridad de esta muestra fue menor al 10,2 reportado en el país¹⁶. La falta de alfabeti-

Tabla 1. Características de la muestra de pobladores de campamentos. Región Metropolitana, 2006

Característica	Valores
Número total de casos	361 personas
Distribución por género	17,5% hombres; 82,5% mujeres
Edad promedio	36,3 años (rango: 15-77)
Promedio de hijos por encuestado	2,5
Analfabetismo	9,7%
Escolaridad promedio	7,5 años
Promedio de años de vida en campamento	10,7 años
Allegados	33%

zación (no lee o no escribe) es más del doble que la magnitud en Chile para 2006 (3,9%), y que la Región Metropolitana de 2,3%¹³.

El 60,4% de los encuestados se manifestó insatisfecho con su acceso a los servicios de salud. Aquellas personas insatisfechas arrojaron un puntaje promedio de satisfacción con su estado de salud inferior a los satisfechos (2,84 versus 3,16; t (360) p =0,003) y una tendencia a un menor puntaje promedio de calidad de vida (69,5 versus 71,7; t (360) p =0,068). Hubo menor chance de insatisfacción con el acceso a servicio de salud si había mayor satisfacción con el estado de salud (OR =0,69 [0,55-0,87]) y a menor edad (OR =0,979, [0,961-0,997]). La conducta de la mayoría de los encuestados frente al último problema de salud percibido (Figura 1), fue acudir a médico u otro profesional de salud (39,2%) o ir al servicio de urgencia (28,5%). La automedicación fue de 31,4%. Sólo 7,3% no hizo nada frente al episodio, siendo esto más frecuente en hombres (χ^2 =8,93; n =355; p =0,006).

El 34,3% de los encuestados declaró no tener previsión en salud. Los hombres declararon en mayor proporción no contar con previsión en salud (χ^2 =3,449; n =361; p =0,045) y los allegados (χ^2 =6,88, n =361, p =0,006). Hubo menor oportunidad de no contar con previsión en salud a mayor número de años de escolaridad (OR =0,881; [0,82-0,953], y a mayor número de años en campamento (OR =0,975 [0,954-0,995]). Hubo mayor chance al ser allegado (OR =1,792; [1,119-2,867]).

El 31,3% de los encuestados declaró no estar inscrito en algún centro de atención primaria. La falta de inscripción a centros de salud primaria se asoció a ser hombre (OR =2,35; [1,27-4,35]), a vivir allegado (OR =2,18; [1,33-3,56]). Mientras que

hubo menor chance de no inscripción a mayor escolaridad (OR =0,877; [0,808-0,952]); y a un mayor número de años de vida en el campamento (OR =0,96; [0,94-0,97]).

De los encuestados que vivían en hogares con niños menores de 6 años (n =193), 22,3% declaró que no tienen sus vacunas al día y 26,2% no tenían sus controles al día. En los hogares con niños entre 6 y 15 años, 25,9% de los encuestados señalaron que éstos no asistían a clases regularmente. El conocimiento del Programa Puente y Chile Solidario se asoció estadísticamente a la situación de allegado (OR =2,944; [1,85-4,67]; OR =1,69; [1,07-2,71] respectivamente). La Figura 1 muestra la estructura conceptual relacionada con salud. La salud fue priorizada en un segundo nivel entre los bienes importantes para alcanzar una buena calidad de vida, siendo prioritario el trabajo. La experiencia de estar enfermo, medió la importancia atribuida a este aspecto. No se encontraron diferencias importantes entre los distintos entrevistados, saturándose el contenido rápidamente.

En general, hubo una mala percepción de la calidad de la atención, la que se asoció a la falta de solución de sus problemas. En particular se mencionan la falta de medicamentos, el tiempo de espera y la falta de acceso a especialistas. Por el contrario la satisfacción se relacionó a entrega de medicamentos:

“(Los medicamentos) que resuelven los problemas”; “Tu vai al consultorio te dan sus remedios y en la interconsulta quedai estanca porque la hora no llegan de los hospitales”; “Tuve que ir para allá al médico, te dan aspirina, tu te estas muriendo y te dan aspirina” “Tuve que comprar los remedios y esas cosas”.

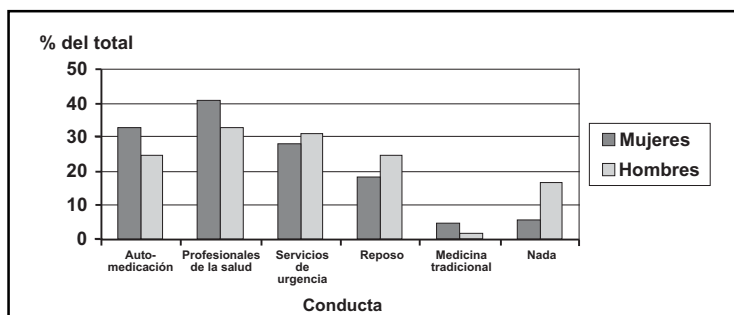


Figura 1. Conducta de las personas ante el último episodio de enfermedad.

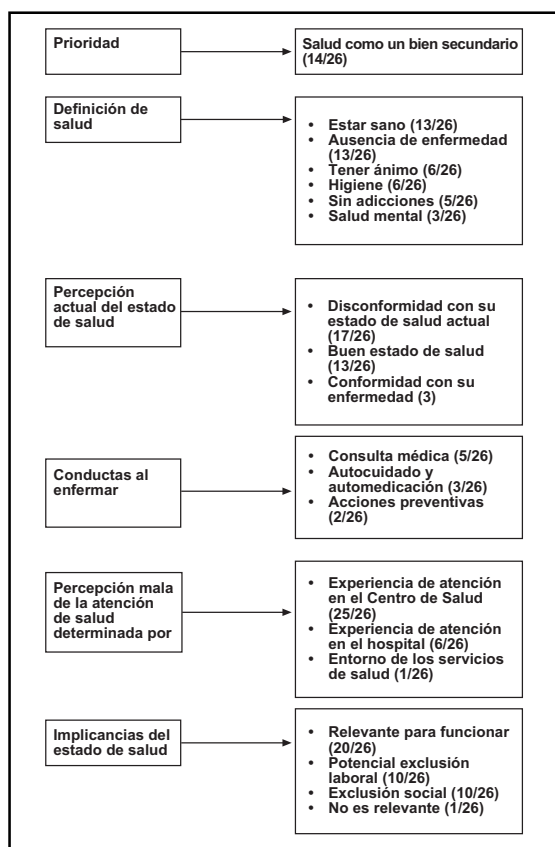


Figura 2. Categorías y subcategorías relacionadas con la salud.

No acceder a los Centros de Salud se asoció con mala percepción de éstos y con autoexclusión por falta de recursos: “no, no me gusta”; “Harto malo es aquí la salud”; “prefiero quedarme en la casa, me hago yo misma los remedios”; “A menos que le digai, mire aquí tiene una moneda, ahí llegan a correr para atender”.

Adicionalmente se mencionó falta de recursos para el traslado de los enfermos, o bien no poder dejar de trabajar aunque se esté enfermo, porque no hay pago.

En síntesis, tanto el abordaje cuantitativo como cualitativo mostró una tendencia a la exclusión dado en particular por el hecho de ser allegados, vivir en campamentos, no tener recursos económicos y sentir que su carencia limita la incorporación a redes sociales de protección. El abordaje cualitativo a diferencia del cuantitativo, nos muestra una jerarquía conceptual asociada a calidad de

vida y salud que no es posible de observar mediante el enfoque cuantitativo. Se priorizó la funcionalidad, la que se encontró conceptualmente asociada a la integración social.

DISCUSIÓN

La promoción en salud, consiste no solamente en mantener sana a la población, si no también en dotarla de las capacidades para empoderarse de su salud y hacerse cargo de sus requerimientos¹⁷.

En este estudio encontramos un subgrupo de la población especialmente vulnerable y con problemas en el acceso. Vemos cómo prestaciones de alta cobertura en nuestro país son de notable menor acceso como, el programa ampliado de inmunizaciones y la entrega de leche en los centros de salud. En esta muestra, 68% de los encuestados con derecho a este beneficio declararon retirar la leche de su centro, versus 79% que lo hace a nivel de la Región Metropolitana y 85% a nivel país². Esto se asoció con que este beneficio se obtiene a través de los Centros de Salud, en los que la leche es entregada al contar con controles de salud y vacunaciones de los niños, al día. Hay que recordar que un tercio de la muestra no se encontraba inscrita en el consultorio y que 26% indicó no tener el control sano de los niños al día.

Este bajo acceso se asoció con insatisfacción con las redes. En la Región Metropolitana, según datos del Ministerio de Salud del año 2005^{8,18}, la satisfacción con el acceso a redes de salud pertenecientes al Sistema Público alcanzó 76%, y la insatisfacción 17%, lo que contrasta con 60,4% de insatisfacción en nuestro estudio. Los principales factores que explicaron esta desaprobación son la insatisfacción con los niveles de seguridad percibidos, con el transporte, con el apoyo de los amigos y con la propia salud. En nuestro caso, el factor más importante es la satisfacción con el propio estado de salud, lo que en las entrevistas en profundidad se asoció a la percepción sobre la capacidad de resolución de sus problemas de los Centros de Salud primaria y hospitales. Llama la atención el conocimiento respecto a sus derechos en torno a salud, ya que 34,2% declara no tener previsión en salud. El sistema de protección social chileno garantiza que 100% de las personas independientes de su nivel socioeconómico ten-

gan acceso a atención sanitaria sea mediante el seguro público (FONASA) o privado (ISAPRES); un número menor corresponden a aquellos que pertenecen a las fuerzas armadas o bien no tienen previsión porque pagan de bolsillo. En la práctica este grupo de población podría acceder a FONASA al menos en categoría indigencia. Llama la atención que los hombres y allegados sean los que presentan mayor desconocimiento. En el caso de los hombres esto podría explicarse por la lejanía tradicional que este grupo tiene respecto

del sistema de salud¹⁹ y en el caso de los allegados y aquellos que viven allegados en campamentos, por su exclusión social.

Creemos importante continuar trabajando con estos grupos excluidos, en estrategias específicas de promoción de sus derechos y en la reducción de la desconfianza hacia el sistema de salud. Por otra parte, es necesario profundizar el mejoramiento del acceso y de la calidad de la atención de los servicios de salud, considerando los requerimientos y necesidades de los usuarios más desprotegidos.

REFERENCIAS

1. OLAVARRIA M. Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica* 2005; año XI, 1: 47-64.
2. MINISTERIO DE PLANIFICACION. Encuesta CASEN 2006. Extractado octubre 2008 de http://www.mideplan.cl/casen/modulo_salud.html
3. VICENTE B, KOHN R, SALDIVIA S, RIOSECO P, TORRES S. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18: 263-70.
4. BRONFMAN M, CASTRO R, ZÚÑIGA E, MIRANDA C, OVIEDO J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1997; 39: 546-53.
5. SÁNCHEZ RH. Desigualdades en salud: mortalidad del adulto en comunas del Gran Santiago. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 453-60.
6. VAN DOORSLAER E, WAGSTAFF A, RUTTEN F. *Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
7. ONTARIO PREVENTION CLEARINGHOUSE, ONTARIO CHRONIC DISEASE PREVENTION ALLIANCE AND THE CANADIAN CANCER SOCIETY-ONTARIO DIVISION. Primer to action: Social determinants of health. Toronto, 2007. Disponible en: www.ocdpa@opha.on.ca.
8. SEN A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 302-9.
9. UN TECHO PARA CHILE. Catastro de Campamentos 2005, Un Techo para Chile.
10. ARIA M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Invest Educ Enferm* 2000; 18: 13-26.
11. SCHWARTZMANN L. Calidad de vida relacionada con salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 2003; IX: 9-21.
12. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403.
13. THE WHOQOL GROUP. The development of the World health Organization Quality of Life Assessment instrument (the WHOQOL). In: J Orley and W Kuyken (editors) *Quality of Life Assessment: International Perspective*. Heidelberg: Springer Verlag, 1994.
14. FLICK U. *An Introduction to Qualitative Research*. Sage Publications: London, 2003
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Anuario de Estadísticas Vitales 2005. Disponible en: www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php
16. MINISTERIO DE PLANIFICACION. Encuesta CASEN 2006. Extractado octubre 2008 de www.mideplan.cl/casen/modulo_educacion.html.
17. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.
18. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA. Situación de salud de Chile 2005. Disponible en: <http://www.minsal.cl/>
19. BEDREGAL P, QUEZADA M, TORRES M, SCHARAGER J, GARCÍA J. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 1287-94.