

Percepción de los pacientes del plan AUGE en Chile: la aplicación de un cuestionario en una clínica rural

Caitlin Schrepel, Eric Tanenbaum, Gerald Paccione; Roberto Belmar

Introducción

El sistema de salud chileno ha sido citado como ejemplo de éxito dentro de los servicios públicos, considerado uno de los mejores en Latinoamérica.¹ En la década de años 70 el régimen militar introdujo cambios que lo segmentaron estructuralmente, la población empobrecida recibía atención del sector público, mientras que la de ingresos altos se trataba en el privado. Aunque, en principio, esto garantizaba que todos tuvieran acceso a atención médica, la calidad y los resultados de la atención del sector privado era substancialmente superior.

Con el regreso a la democracia en el 2000, una nueva serie de reformas fue introducida para proteger los derechos de los pacientes. El Plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) estableció inicialmente garantías para la atención de 25 condiciones médicas. A cualquier paciente diagnosticado con alguna de éstas, ya fuera dentro del sistema privado (ISPARE) o público (FONASA) le fue garantizado acceso a tratamiento médico y a cuidados apropiados, así como a protección financiera. Las condiciones cubiertas se definidas utilizando un algoritmo que ponderaba criterios como la magnitud del problema y la efectividad de los tratamientos clínicos disponibles. Se utilizaron impuestos para el financiamiento de este Programa.² Desde su creación, se fue extendiendo hasta incluir un total de 80 condiciones. Una lista de las

condiciones cubiertas se puede consultar en el sitio *web* del Ministerio de Salud de Chile que incluye información detallada de derechos, restricciones y tiempos para los tratamientos.³ Por ejemplo, a un paciente de 15 años o más con hipotiroidismo, una condición tratable y relativamente común en Chile,⁴ se le garantiza un tratamiento inicial dentro de los primeros siete días a partir del diagnóstico y durante todo su padecimiento. A un paciente con indicios de cáncer gástrico, un padecimiento frecuente en Sudamérica,⁵ se le garantiza ser evaluado por un especialista dentro de un lapso de 30 días, con un marco de también 30 días para pruebas confirmatorias y planeación de las intervenciones clínicas. Los derechos y las restricciones varían, dependiendo de la condición del paciente.

Se estipularon cuatro escalas de pagos para el sistema público de seguro médico. Los pacientes con los niveles de ingreso más bajos (menos de 210,000 pesos chilenos, aproximadamente 420 dólares mensuales) no incurren en copago, mientras que aquéllos en los dos estratos más altos deben aportar el 10% o 20% de los servicios cubiertos por AUGE, los costos máximos pueden ser reducidos potencialmente en función del ingreso familiar y número de pacientes. Los asegurados por entidades privadas incurren en hasta 20% de copago.⁶

Chile gasta hoy 7.2% de su PIB en cuidados a la salud. Tiene una mortandad infantil de ocho por cada 1,000 nacimientos y una esperanza de vida de 80 años. Las estadísticas nacionales también indican que el 90% de la población está vacunada contra enfermedades de la infancia, como las paperas, y que la desnutrición infantil es menor al 0.5%. El sistema en operación en los EUA alcanza resultados similares (esperanza de vida de 79 años y tasa de mortandad infantil de 0.6%), pero con un costo Del 17.9% del PIB.⁷

Caitlin Schrepel, MSIV. Escuela de Medicina Albert Einstein, Bronx, NY

Correo-e: caitlin.schrepel@med.einstein.yu.edu

Eric Tanenbaum, MSIV. Escuela de Medicina Albert Einstein

Gerry Paccione, MD. Escuela de Medicina Albert Einstein

Roberto Belmar, MD. Universidad Iberoamerica, Santiago, Chile

Mientras que AUGE institucionaliza ciertas garantías, ha habido pocos estudios acerca de las barreras que existen en su aplicación real. Una inspección hecha en 2008 concluyó que los retos más grandes serían las cargas administrativas asociadas con el registro de diagnósticos, la confusión general respecto a la extensión de la cobertura y el recelo de los profesionales de la salud sobre la reforma. Los pacientes también se quejaron de los largos tiempos de espera para recibir atención especializada y procedimientos.⁸ Aunque los servicios de cuidados preventivos, como las mastografías y las pruebas de Papanicolaou, están disponibles bajo los términos de la reforma, en realidad son subutilizados.

El Ministro de Salud reporta que sólo el 40% de las mujeres a las que le son prescritas reciben mastografías y que sólo el 60% del total nacional están siendo monitoreadas con pruebas de Papanicolaou.^{9,10} El acceso a los servicios en áreas rurales podría ser parte del problema, Chile tiene uno de las tasas más bajas de doctores en Sudamérica (1 doctor por 1,000 habitantes).¹¹ Incluso en naciones con tasas de médicos *per cápita* altas, como losEUA, garantizar el acceso a servicios de salud a la población rural es complicado.¹²

Condujimos una encuesta de acceso al servicio con énfasis en salud femenina en una zona rural de Chile. El objetivo principal del estudio fue el de estimar el nivel de acceso a servicios de salud bajo el programa AUGE, con el objetivo de ayudar al consultorio local (una clínica de cuidados primarios) a servir mejor a sus pacientes.

Método

Diseño del cuestionario: con ayuda de funcionarios públicos y médicos en Chile diseñamos un cuestionario de cuatro páginas para evaluar el acceso a los servicios de salud, contenía preguntas abiertas y de opción múltiple sobre información demográfica, estimaciones de los niveles de salud, satisfacción con los servicios y acceso a los mismos. A las mujeres se les presentaron preguntas adicionales acerca de los servicios específicos para la salud femenina. Un cuestionario piloto fue administrado para asegurar un lenguaje y un vocabulario apropiados al nivel educativo de la población antes de aplicar la encuesta (Apéndice A). La propuesta para el estudio y el cuestionario fueron revisados y aprobados por la Junta Institucional de

Revisiones de la Escuela de Medicina Albert Einstein y aprobado por el comité de Ética de La Universidad Autónoma.

Población: el cuestionario se facilitó a todos los pacientes de más de 18 años que recibieron cuidados médicos en un centro de salud por un lapso de seis semanas. La población total que atiende a este centro es de 6,414 (53% masculina). Un poco más de la mitad vive en áreas urbanas, cerca de la población principal, y el resto en zonas rurales aledañas. El soporte económico de la mayoría es la agricultura o el comercio.¹³ Los pacientes analfabetas fueron excluidos del estudio en virtud de la metodología empleada para administrar el cuestionario.

Método de distribución: El cuestionario fue distribuido por la recepcionista de la clínica: se lo ofrecía a todo paciente que se registraba a consulta médica. A los pacientes les fue instruido llenarlo sólo si no lo habían hecho previamente. Se les informó que era confidencial y voluntario y que la atención a su salud sería la misma decidieran o no completarlo y con independencia a sus respuestas. Una vez obtenida su aprobación oral, les fue facilitado un espacio de privacidad para completarlo.

Análisis de datos: se recolectaron 50 cuestionarios durante seis semanas. Dos fueron excluidos pues los pacientes completaron sólo los datos demográficos. Se utilizó *Microsoft Excel 2010* en el análisis de los mismos.

Resultados

Población: cuarenta y ocho pacientes completaron el cuestionario, las respuestas provinieron principalmente de mujeres (87.5%) con una edad promedio de 36.2. Pocas participantes tenían algún estudio técnico o universitario (18%) y la mitad habían completado sólo el ciclo de educación básica. El promedio de ingresos de los encuestados fue de 198,000 pesos chilenos (~396 dólares), con una amplia desviación estándar, 183,000 (~366). A excepción de un participante, todos estaban dados de alta en el sistema de salud pública.

El cuestionario de distribuyó a lo largo de seis semanas, un promedio de 120 pacientes acudieron al consultorio semanalmente. Asumiendo que a todos los pacientes les fue ofrecido el cuestionario y que el

88.3% de los mismos sabían leer y escribir,¹⁴ la tasa de respuesta fue del 7% (50/636), aunque estimamos que pudo haber sido mucho mayor, como explicaremos más adelante.

¿Son las garantías para el acceso que ofrece AUGE apropiadas, en tiempo, asequibles y de calidad?

Acceso a cuidados primarios: 14.6% de los participantes reportaron haber tenido algún problema de acceso durante el curso del año pasado. De éstos, la mayoría (71.4%) manifestaron problemas con los largos tiempos de espera, de 1-6 horas. Dos encuestados encontraron problemas de acceso físico y otro con los horarios. La mayoría caminaban al consultorio (60%) un tiempo promedio de 30 minutos y máximo de una hora.

Los pacientes con condiciones crónicas reportaron que les era posible ver al doctor seguido para los cuidados preventivos. Los hipertensos de la muestra visitaron la clínica en promedio seis veces el año anterior, sólo para revisiones, los asmáticos cinco veces al año y los pacientes con desórdenes de lípidos una vez.

Acceso a cuidado especializado: los usuarios de los servicios reportaron largas esperas para consultas con especialistas, el 22.9% visitó a un especialista durante el último año, dos meses fue el tiempo de espera promedio reportado para medicina interna. Citas con otros especialistas requirieron aún más tiempo: hasta dos años con un hematólogo, un otorrinolaringólogo y un cirujano (para una cirugía de hernia no urgente) y de un año con un neurólogo y un oftalmólogo.

Calidad de los cuidados: la mayoría (88%) afirmaron que su doctor les daba tiempo suficiente y escuchaba sus inquietudes. El 61% reportó que su doctor los conocía bien, el 22% dijeron no tomar los medicamentos asignados porque no pensaban que fueran necesarios y el 34% porque no se sentían enfermos (33% de éstos últimos padecían algún mal crónico). De los pacientes que reportaron no necesitarlos el 67% prefería remedios caseros naturales. El 43% dijeron que no entendían sus derechos bajo el sistema de salud nacional.

Protección financiera: el 64% reportó que no podía financiar los tratamientos que desearía para sus padecimientos; en algunos casos los tratamientos no formaban parte de los cubiertos por AUGE. El ingreso promedio de los participantes que respondieron de esa manera no variaba significativamente del de los pacientes que reportaron poder pagarlo, 212 pesos chilenos y 235 pesos chilenos al mes, respectivamente ($p=0.77$); ni tampoco su edad promedio 36.9 vs 34.4 años, $p=0.60$. El 100% ($n=6$) de los hipertensos y el 50% de los asmáticos y con hipotiroidismo ($n=2$ para cada condición) dijeron no poder pagar los tratamientos que desearían.

Salud femenina

El 80% de las participantes había tenido mastografías oportunamente y el 84% se hizo la prueba de Papanicolaou de acuerdo a los lineamientos recomendados para las clínicas a nivel nacional.¹⁵ Adicionalmente, el 67.5% utilizaba alguna forma de contracepción y, con una excepción, estaba conforme con el método utilizado. El 74.2% recibía información contraceptiva, principalmente del personal médico, para el resto: 16.1%, la obtenía de internet; 6.4% de su pareja y 3.3% de otras fuentes. Un 73.5% afirmó que se sentiría en condiciones de abordar el tema de la violencia doméstica con su doctor y el 85.3% dijo poder echar mano de recursos si experimentaran dicha situación en casa. Sin embargo, 8.8% reportaba que no podría hablar con el médico ni encontrar otras formas de apoyo si fuera necesario, estas mujeres reportaron el nivel educativo más bajo (1-8).

Discusión

Nuestros datos sugieren que el consultorio responde efectivamente a las necesidades de la población en muchos sentidos. Un pequeño pero significativo número de personas reportó problemas de acceso a los servicios. La mayoría tuvo un acceso adecuado en cuanto a medicina preventiva y general se refiere, los pacientes con dolencias crónicas visitaban el consultorio frecuentemente. La mayoría de las encuestadas reportaron recibir mastografías y

pruebas de Papanicolau apropiadamente, superando los promedios nacionales de 40% y 60% respectivamente.^{9,10}

Un problema de este estudio fue el bajo nivel de respuesta obtenido. Muchos pacientes que recibían el cuestionario no podían completarlo por haberlo hecho en una visita previa. Sospechamos también que los recepcionistas no lo ofrecían a todos los pacientes. Los niveles de analfabetismo locales pudieron haber jugado un papel también. Mientras que la tasa de analfabetismo rural regional era de 11.7%, 71.9% de los mismos eran agricultores, la profesión más común en el área estudiada. Dicha tasa se correlaciona con el nivel de ingresos,¹⁴ y es casi seguro que fueran significativamente más altos que 11.7%, dado el perfil socioeconómico de los usuarios de este consultorio.

La población participante difiere de la general en varios aspectos importantes: mientras que la población atendida en el consultorio se divide a grandes rasgos en un número equivalente de mujeres y hombres, los participantes fueron mayoritariamente mujeres. Este desequilibrio entre géneros puede ser explicado, en parte, por las diferencias en el nivel de motivación para buscar ayuda médica, por una sobrerrepresentación de los datos acumulados durante horas de trabajo o por las diferencias en la voluntad de participar en la encuesta. Los menores y analfabetos fueron excluidos. Los pacientes con una dolencia grave no cubierta por AUGE estarían tremendamente subrepresentados de nuestra muestra puesto que es más probable que buscaran apoyo a través de otros canales, así como los pacientes con aversión a la intervención médica por alguna mala experiencia previa, incapacidad de acudir a la clínica o con una fuerte preferencia por los remedios naturales. Los pacientes no cubiertos por la encuesta son más propensos a haber tenido dificultades de acceso y esto pudo haber hecho que los resultados reflejaran un consultorio atendiendo a los pacientes mejor que en la realidad.

Aunque el reporte de 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresó alguna inquietud respecto a que AUGE ignoraba la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como la violencia doméstica,¹⁶ encontramos que ellas eran bien atendidas en varios indicadores clave.

La mayoría de los pacientes sienten que su médico general pasa suficiente tiempo con ellos y los conoce bien. Una ventaja potencial del entorno, en tanto al consultorio de una pequeña comunidad rural, es que, a pesar del alto nivel de rotación de los médicos, el resto del equipo de la clínica son generalmente residentes de la comunidad a largo plazo, incluyendo al hombre que atendía los partos, quien es el responsable de administrar los exámenes clínicos a las mujeres. Esto les pudiera permitir formar fuertes vínculos a largo plazo con los pacientes, afectando positivamente el porcentaje de mujeres que se hace pruebas y la confianza y satisfacción de los pacientes, en general.

Aunque AUGE ha sido bastante exitoso, este sistema de salud todavía enfrenta dificultades. Una barrera al acceso son los excesivos tiempos de espera para las citas no urgentes con los especialistas. El gobierno incentiva a los médicos jóvenes a trabajar en el sistema público, pero tras un año o dos de trabajo, muchos se especializan para luego trabajar en el sector privado.

Adicionalmente, los resultados sugieren que se podría mejorar la calidad de la educación hacia los pacientes. Muchos de ellos no siguen el tratamiento farmacéutico prescrito por sentir que es innecesario o porque no se consideran enfermos. Muchos de éstos padecen enfermedades crónicas y un porcentaje todavía más alto prefiere remedios naturales o caseros. Esto sugiere que debe ser dedicado más tiempo a educar a los pacientes acerca del uso de fármacos, con o sin remedios caseros, especialmente en el caso de hipertensión.

Curiosamente, el 64% de los participantes reportó que no podía cubrir el costo del tratamiento para su dolencia. Todos estos pacientes tendrían el derecho de contar con un tratamiento apropiado bajo el plan AUGE. Ningún participante reportó padecer una enfermedad crónica no cubierta por este programa y todos los tratamientos se ofrecen sin costo a los estratos socioeconómicos más bajos, al cual pertenecen el 60% de estos pacientes.

Adicionalmente, el promedio de ingresos de aquéllos que afirmaron no poder pagar el tratamiento de su preferencia no es significativamente distinto del de los que declaraban poder cubrirlo. Es posible que la diferencia provenga de una falta de educación al paciente

acerca de su enfermedad y la disponibilidad de un tratamiento efectivo basado en evidencias. Muchos pacientes prefieren la medicina alternativa, que no es cubierta por el sistema público. No obstante, también es posible que para aquéllos que ganan más de 210,000 pesos chilenos al mes (420 dólares), los copagos son suficientemente altos como para que sientan que no pueden cubrirlos.

El 43% de los participantes declararon no entender sus derechos bajo el plan AUGE, un problema detectado por la OMS. Efectivamente, un estudio basado en encuestas encontró que sólo el 40% de aquéllos cubiertos por el plan tenía claro su funcionamiento y las garantías que ofrece, mientras que el 98% de los pacientes del sector privado sí sabían sus derechos bajo el plan. Otros estudios muestran bajos niveles de comprensión al respecto en ambos sectores.¹⁷ Esta falta de entendimiento impide que los pacientes reclamen por faltas en los servicios o que puedan acceder a lo que tienen derecho.

Nos es imposible afirmar con certeza qué factores específicos llevarían a una falta de comprensión acerca de los derechos de los pacientes dentro del Plan AUGE, aunque tenemos datos sobre ciertas barreras que incidirían en ello. Desinterés o falta de confianza por parte del paciente para inquirir y desinterés por parte del equipo encargado de educarlos pueden ambos ser factores incidentes. A cada paciente se le facilita un folleto explicativo acerca de sus derechos como beneficiario durante el proceso de diagnóstico, pero esto no es útil al menos para el 11.7% analfabeto y en función de las limitaciones temporales puestas sobre los médicos, es probable que una explicación oral completa no sea ofrecida.

Finalmente, mientras que los pacientes reportan sentirse cómodos con sus médicos, incluso en la eventualidad de discutir con ellos episodios de violencia intrafamiliar, un porcentaje pequeño, pero notable, no se siente en comunicación con su médico acerca de un posible abuso, ni cuenta con recursos alternativos, sugiriendo la necesidad de dotar a las mujeres con una mayor gama de servicios de apoyo viables.

Limitaciones

La población muestreada se limitó a aquéllos que buscaron y accedieron exitosamente a servicios de salud. Por esta razón, los resultados podrían estar añadiendo valor percibido al consultorio, en la atención y comprensión de los pacientes en comparación de aquéllos fuera de la encuesta que no reciben dichos servicios. Aunque en teoría la encuesta se debía administrar a todos los pacientes mayores de 18 años, la baja tasa de respuesta sugiere que no le fue ofrecido exitosamente a cada participante. Adicionalmente, los resultados deben ser vistos en un marco de participación voluntaria, en cuanto a que aquéllos que eligieron participar en la encuesta tuvieron una experiencia marcadamente distinta de los que no lo hicieron (por ejemplo, más probabilidades de haber encontrado algún problema con el servicio o, al contrario, más probabilidades de apreciar a su médico).

Investigación subsecuente

Este estudio estuvo limitado a una pequeña muestra en el interior de una región en Chile. Para poder formarse una idea más clara del impacto de la reforma efectuada y los retos por superar, más estudios deben ser llevados a cabo. Específicamente, podrían implementarse cuestionarios a partir del gobierno que se repartieran aleatoriamente a una muestra de hogares correspondiente a un consultorio. Estos resultados serían subsecuentemente comparados con los de otras áreas con distintos perfiles demográficos. Estos datos podrían ser ulteriormente combinados con los relativos a los resultados de incidencia y prevención de enfermedades (inmunización, índices de monitoreo, evolución de casos crónicos, etc.), cada consultorio tendría de esta forma una mejor idea de los desafíos que enfrenta su comunidad y en el sistema público nacional. Estos datos serían fundamentales para la mejora y expansión del programa AUGE.

Conclusiones

El plan AUGE procura incrementar el acceso a la salud mediante la identificación y tratamiento de condiciones remediabiles, garantizando el acceso a

tratamientos apropiados. Bajo el plan AUGE Chileha logrado buenos indicadores de salud a un bajo costo.⁸ Parte del éxito se debe a la inclusión de pruebas relevantes a la salud femenina ofrecida por los servicios y la inclusión de males crónicos, como la hipertensión y la hiperlipidemia, cuyos tratamientos son óptimos en términos de costo-beneficio¹⁸ y previenen resultados catastróficos.

En vista de nuestra muestra específica, teniendo en cuenta la parcialidad introducida en nuestro estudio vía el tamaño de la muestra y la probabilidad incrementada de que los pacientes encuestados acceden con regularidad los servicios ofrecidos. Los participantes indican que el sistema público bajo el plan AUGE provee atención con altos niveles de monitoreo de salud femenina, disponibilidad de cuidados primarios frecuentes para pacientes con enfermedades crónicas y suficiente disponibilidad de tiempo y atención por parte de los médicos. Los tiempos de traslado para recibir atención no fueron excesivos. Los problemas más acusados en la encuesta eran los largos tiempos de espera para recibir atención especializada y la falta de conformidad por parte de los pacientes a las prescripciones de los médicos. Un porcentaje pequeño, pero importante, de mujeres reportaron dificultad en conseguir ayuda en casos de violencia doméstica.

Es posible que los problemas de acceso indicados por el cuestionario sean mayores en la población total asignada a esta clínica en la medida en que los pacientes que no pudieron responder el cuestionario, ya sea por analfabetismo o imposibilidad física de acudir, son un grupo potencialmente más vulnerable.

El personal clínico podría abordar el problema de la falta de seguimiento para los medicamentos prescritos con folletos educacionales o trabajo de grupo, así como tomándose el tiempo para preguntar acerca del uso de remedios caseros durante las consultas. Los profesionales de la salud debieran tomarse un par de minutos para inquirir acerca de la violencia doméstica durante la entrevista clínica, colocar carteles en lugares privados (por ejemplo, en el baño de mujeres) podría ayudarles a encontrar recursos de apoyo en caso de requerirlos. Adicionalmente el sistema se beneficiaría de

incrementar la retención de médicos especialistas en el sector público, una meta que podría buscarse mediante incentivos económicos o de otra naturaleza.

Financiamiento

Financiado por la Escuela de Medicina Albert, Departamento de Salud Global y la Oficina de Investigación Médica de los Estudiantes.

Referencias

1. World Bank Group. Universal healthcare on the rise in Latin America [Internet]. Washington DC: World Bank Publications; 2013 Feb 13 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/02/14/universal-healthcare-latin-america>
2. Missoni E, Solimano G. Towards universal health coverage: the Chilean experience. World Health Report (2010), Background Paper 4. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/4Chile.pdf?ua=1>
3. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. AUGE 80: Chile avanza con todos [Internet]. Santiago, Chile; Gobierno de Chile; 2014 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e03c08fac00143dee0400101650176c1.pdf>
4. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010 [Internet]. Santiago, Chile; Gobierno de Chile; 2012 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
5. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA: Can J Clin; 2005;55(2):74-108.
6. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. ¿Cómo se clasifican los beneficiarios de Fonasa según su tramo? [Internet]. Santiago, Chile; Gobierno de Chile; 2014 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-4008.html>
7. World Bank Group. Health Indicators [Internet]. Washington DC: World Bank Publications; 2012 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator>
8. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. CMAJ. 2008;179 (12):1289-92.
9. Gobierno de Chile. Gobierno lanza impactante campaña de cáncer de mama y llama a ¡hacerse la mamografía ya! [Internet]. Santiago, Chile: CASEN: Servicio Nacional de la Mujer, Gobierno de Chile;

- 2012 Nov 7 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://portal.sernam.cl/?m=sp&i=3078>
10. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. División Social Encuesta [Internet]. Santiago, Chile: CASEN; 2009 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/Estadisticas/salud.html>
 11. World Bank Group. Data. Physicians (per 1,000 people) [Internet]. Washington DC: World Bank Publications. 2010 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>
 12. Chan L, Hart L, Goodman D. Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. Working Paper #97 [Internet]. Seattle, WA: WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington; 2005 Apr 12 [citado 2014 Nov 11]. Disponible en: http://depts.washington.edu/uwrhrc/uploads/RHRC_WP97_Dec-27-10.PDF
 13. Departamento de Estadísticas y Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. Reportes Estadísticos Comunes [Internet]. Santiago, Chile: Biblioteca Del Congreso Nacional; 2010 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/Comuna_de_Pelluhue
 14. González M, Navarrete R, Pinilla F. Analfabetismo en la región del Maule. Talca, Chile: Centro de Estudios de Opinión Ciudadana, Universidad de Talca (CEOC); 2012;5(4):3. Disponible en: http://www.ceoc.cl/pdf/Boletines_Economia/2012/04abr_2012_ANALFABETISMO%20EN%20EL%20MAULE.pdf
 15. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guías Clínicas AUGE [Internet]. Santiago, Chile; Gobierno de Chile; 2014 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: http://web.minsal.cl/AUGE_GUIAS_CLINICAS
 16. Dannreuther C, Gideon J. Entitled to health? Social protection in Chile's Plan AUGE. *Development and Change*; 2008;39(5):845-64.
 17. World Bank Group. Realizing Rights through Social Guarantees. Report No. 40047 - GLB [Internet]. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development; 2008;17-18. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/EXTSOCIALDEVELOPMENT/Resources/244362-1164107274725/3182370-1164107324437/Realizing_Rights_through_Social_Guarantees-web1.pdf
 18. Goodell, S, Cohen J, Neumann P. Cost savings and cost-effectiveness of clinical preventive care. The Synthesis Project Policy Brief No. 18 [Internet]. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2009 [citado 2014 Oct 15]. Disponible en: <http://www.rwjf.org/content/dam/supplementary-assets/2009/09/Cost-Savings-and-Cost-Effectiveness-Clinical-Preventive-Care-Brief.pdf>

Anexos

Encuesta

Este estudio es voluntario y confidencias. Por favor, sea honesto, nos gustaría saber cómo está funcionando su sistema de salud

9. ¿Cuánto le demora ir a recibir atención médica? _____ horas

10. Si usted tenía que necesitaba una hora con una especialista...
___ espera fue excesiva hasta que la hora con un especialista le llegara
¿Qué especialista? _____
¿Cuánto duró la espera? _____

11. Si usted tenía que operarse...
___ espera fue excesiva hasta que la hora con un cirujano le llegara
¿Para qué enfermedad? _____
¿Qué cirugía? _____
¿Cuánto duró la espera? _____

Marque con un X la alternativa que usted siente que ha recibido:

12. Yo creo que mi médico me da el tiempo que yo necesito, me escucha y me atiende
___ Estoy de acuerdo
___ Estoy en desacuerdo

13. Yo tengo médico de atención primaria quien me conoce bien
___ Estoy de acuerdo
___ Estoy en desacuerdo

14. Prefiero la medicina complementaria (como yerbas, homeopatía etc.) en vez de atención de un médico
___ Estoy de acuerdo
___ Estoy en desacuerdo

15. No me tomo los medicamentos, porque creo que no los necesito
___ Estoy de acuerdo
___ Estoy en desacuerdo

16. No me tomo todos los medicamentos, porque se me olvidan
___ Estoy de acuerdo
___ Estoy en desacuerdo

17. No me tomo los medicamentos, porque ya me siento bien
___ Estoy de acuerdo
___ Estoy en desacuerdo

18. Conozco los derechos que da el AUGE
___ Estoy de acuerdo
___ Estoy en desacuerdo

19. Mi médico me recomienda el uso del plan AUGE
___ Estoy de acuerdo

Estoy en desacuerdo

20. No puedo costear todos los tratamientos que quiero para mi enfermedad(es)

Estoy de acuerdo

Estoy en desacuerdo

Parte 3. Salud de la mujer

Indicaciones: Por favor, escriba en esta sección solamente si usted es mujer

Esta encuesta es voluntaria y confidencial.

1. ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses? _____

2. ¿Usa algún método anticonceptivo?

Sí

No

Si usted contestó afirmativamente,

¿Qué método está usando?

Condón

Pastilla

Parche

Dispositivo intrauterino

Método de la marcha atrás

Método ogino

Esterilización

Esterilización de su pareja (Vasectomía etc.)

Otro método

Estoy de acuerdo con el método anticonceptivo que estoy usando

Estoy de acuerdo

Estoy en desacuerdo

¿Quién determina el anticonceptivo a usar?

Usted

Tu pareja

Decisión de pareja

Un profesional (por ejemplo, un matrona)

Si usted no contestó afirmativamente,

¿Cuál es la razón por cual usted no está usando un método anticonceptivo? (Se puede elegir más de una)

Espero embarazarme

Mi pareja no quiere que use anticonceptivos

No me gustan los efectos secundarios de los anticonceptivos

No puedo costear el método que a mí me gusta

Tengo miedo de la opinión de mi familia

Estoy menopaúsica

3. ¿Cuál es su fuente de información acerca del control de la natalidad?

Médicos, matronas, o enfermeras

Pareja

Familia

Amigos

Internet
 Otros

4. Tengo la confianza para contarle a mi médico acerca de abusos físicos o sexuales

Estoy de acuerdo
 Estoy en desacuerdo

5. No tendría problemas para buscar ayuda en caso de abusos físicos o sexuales

Estoy de acuerdo
 Estoy en desacuerdo

Notes:

* FONAS, es el sistema público de salud de aseguramiento chileno

** ISAPRES es el sistema privado de salud de aseguramiento



Medicina Social
Salud Para Todos