



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE SOCIOLOGÍA
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA**

**La situación del adulto mayor en el sistema de salud chileno.
Problemas relativos a la relación individuo/sociedad en la teoría de
sistemas autorreferenciales.**

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciado en Sociología y Título Profesional de
Sociólogo

RODRIGO DANIEL ORTEGA CANO

Profesor Guía
Emanuel Arredondo González

NOVIEMBRE, 2019

“La salud de las personas no es una “cosa”,
ni es algo cuya sostenibilidad pueda estar sujeta a reglas de mercado.

No se trata del acceso gratuito a la asistencia sanitaria

lo que está en juego:

es la salud pública como derecho y servicio público,

de todos los ciudadanos,

lo que la privatización puede liquidar”

(Rieznick, 2013).

Agradecimientos

En primer lugar y más importante, me gustaría agradecer a mi familia por el apoyo entregado durante todos estos años de formación, sobre todo por la “paciencia” que han tenido en esta larga etapa académica, por estar siempre a mi lado en esos momentos de angustia y por hacer posible todo lo que me he propuesto realizar.

A aquellos que hoy ya no están, pero que me han acompañado y me seguirán acompañando en cada uno de los próximos pasos que me quedan por dar.

A mis amigos, por esos buenos momentos, por el cariño entregado y por todas sus buenas intenciones brindadas.

A Emanuel, muchas gracias por aparecer en el momento justo y aceptar este tremendo desafío, por el interés y la voluntad mostrada en estos últimos momentos que siempre son los más difíciles y, sobre todo, por el compromiso en cada revisión.

A los profesores que pasaron alguna vez por la escuela de sociología, tanto a los buenos como a los no tanto, porque sin sus enseñanzas este proceso no podría haber llegado hasta este momento tan gratificante.

A cada uno(a) de los entrevistados y entrevistadas que hicieron posible llevar a cabo este trabajo, por su tiempo (a veces excesivo), compromiso y hospitalidad.

Muchas gracias a todos.

Resumen Ejecutivo

La presente memoria de grado analiza la relación entre el sistema de salud chileno y los adultos mayores a través de los discursos de estos últimos, con la finalidad de reflexionar sobre la distinción agencia/estructura desde la teoría general de sistemas sociales autorreferenciales, teniendo en consideración las ventajas teóricas propuestas por el sociólogo alemán Niklas Luhmann en comparación a otras teorías sociales. A través de 16 entrevistas semiestructuradas a personas de la tercera edad de la comuna de Viña de Mar se trabajaron cuatro dimensiones del problema referido a la relación entre el sistema psíquico y el sistema social: a) las expectativas de los adultos mayores sobre los procesos selectivos del sistema de salud y los subsistemas sanitarios; b) la noción de persona interpenetrada estructuralmente en la relación entre adultos mayores y el sistema de salud chileno; c) las políticas públicas sanitarias como reducción operativa de la complejidad y la acción estatal en salud dirigida al bienestar social y físico de los adultos mayores y; d) la distinción inclusión/exclusión en el caso de los adultos mayores sobre su participación en los sistemas parciales de la sociedad a raíz de la condición de vejez. El documento concluye con los principales resultados, construcciones teóricas y proyecciones respecto a la necesidad de una reforma estructural del sistema de salud chileno acorde a las demandas de la tercera edad, reflexionando en torno a iniciativas que promuevan la reducción de los problemas sanitarios y los inconvenientes para alcanzar dicho objetivo.

Palabras Claves: Sistema – Entorno – Salud – Envejecimiento

Índice

Siglas	6
Índice de Tablas.....	8
Introducción.....	9
Capítulo I. Formulación del Problema	12
1.1. Antecedentes del Problema.....	12
1.1.1. Medicina social, modelo de seguridad social y sistema de salud	12
1.1.2. La pluralidad del sistema de salud chileno.....	14
1.1.3. La situación del adulto mayor en la salud chilena.....	18
1.1.4. Implicancias del sistema de salud en el adulto mayor.....	20
1.2. Problema de Investigación.....	24
1.2.1. Pregunta de Investigación.....	25
1.2.2. Objetivos de Investigación	25
1.2.3. Relevancias de Investigación.....	26
Capítulo II. Marco Teórico.....	27
2.1. Perspectiva Teórica.....	27
2.2. Discusión Bibliográfica	29
2.2.1. De la salud como sistema social	29
2.2.2. Del problema de la complejidad política.....	36
2.2.3. Del envejecimiento social.....	44
Capítulo III. Marco Metodológico.....	50
3.1. Tipo de diseño.....	50
3.2. Tipo de estudio.....	50
3.3. Universo y muestra	51
3.4. Criterios de muestra	52
3.5. Técnica de producción de datos.....	53
3.6. Técnica de análisis de datos.....	54
3.7. Calidad del diseño.....	54
3.8. Condiciones éticas	55
Capítulo IV. Análisis	56
4.1. De las expectativas de los adultos mayores sobre los procesos selectivos del sistema de salud y sobre los subsistemas público/privado del sistema de atención	57
4.1.1. Expectativas en el tiempo	57
4.1.2. Expectativas en el sistema de salud.....	60
4.1.3. Expectativas en los subsistemas de salud.....	68
4.1.4. A modo de reflexión.....	75

4.2. De la noción de persona interpenetrada al sistema de salud (paciente, cliente o usuario) referida a la situación médica de los adultos mayores.....	77
4.2.1. De pacientes.....	77
4.2.2. De clientes	80
4.2.3. De usuarios	82
4.2.4. A modo de reflexión.....	84
4.3. De los discursos del adulto mayor sobre la acción estatal en interacción con el sistema de salud y las políticas o programas públicos como reducción operativa de la complejidad.....	86
4.3.1. Del subsistema de administración	86
4.3.2. Del subsistema público.....	91
4.3.3. A modo de reflexión.....	97
4.4. De la distinción inclusión/exclusión en los adultos mayores como medio para hacer frente a los aspectos relacionados con la condición de vejez en su participación en los sistemas parciales.....	98
4.4.1. Inclusión/Exclusión autorreferida.....	98
4.4.2. Inclusión/Exclusión secundaria	102
4.4.3. Inclusión/Exclusión primaria.....	104
4.4.4. A modo de reflexión.....	109
Conclusiones (Ideas Finales).....	111
5.1. De la constitución del sistema de salud chileno.....	111
5.1.1. Principales resultados	111
5.1.2. Discusión teórica	114
5.1.3. Proyecciones y sugerencias	116
5.2. Del rol estatal en una política de salud universal, solidaria y equitativa	118
5.2.1. Principales resultados	118
5.2.2. Discusión teórica	120
5.2.3. Proyecciones y sugerencias	122
5.3. Del problema de inclusión/exclusión de los adultos mayores	123
5.3.1. Principales resultados	123
5.3.2. Discusión teórica	125
5.3.3. Proyecciones y sugerencias	128
5.4. A modo de cierre.....	129
Bibliografía.....	131
Anexos	146

Siglas

AFSA: Administrador Financiero del Sistema de Salud de la Armada

ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva

AMUCH: Asociación de Municipalidades de Chile

APS: Atención Primaria de Salud

AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas

CAPREDENA: Caja de Previsión de la Defensa Nacional

CAPS: Centros de Atención Primaria de Salud

CASEN: Caracterización Socioeconómica Nacional

CESFAM: Centro de Salud Familiar

CENABAST: Centro de Abastecimiento del SNSS

EMPAM: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor

FCS: Fondo de Compensación Solidario

FF.AA.: Fuerzas Armadas

FOFAM: Fondo Familiar de Asistencia Médica

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FOSAN: Fondo de Salud Naval

FOSPEN: Fondo Solidario de Pensionados Navales

GES: Garantías Explícitas en Salud

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

ISP: Instituto de Salud Pública

MGZ: Médicos Generales de Zona

MINSAL: Ministerio de Salud de Chile

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBS: Pensión Básica Solidaria

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SAPU: Servicio Atención Primaria de Urgencia

SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor

SEREMIS: Secretarías Regionales Ministeriales

SERMENA: Servicio Médico Nacional de Empleados

SISAN: Sistema de Salud Naval

SNS: Servicio Nacional de Salud

SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud

SSS: Servicio de Seguridad Social

SUF: Subsidio Familiar

Índice de Tablas

Tabla 1. Muestra Seleccionada.....	53
------------------------------------	----

Introducción

Este 2019 se cumplen catorce años del mayor esfuerzo realizado a nivel nacional, desde la vuelta a la democracia, por una mejora estructural del sistema de salud chileno (Larrañaga & Contreras, 2015). La aprobación de la reforma AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) durante el gobierno de Ricardo Lagos Escobar significó el primer intento por parte del Estado por disminuir la brecha de inequidad respecto a la utilización de los servicios asistenciales en el país, por medio de una atención cimentada en las garantías de universalidad, oportunidad, calidad y protección financiera de las personas, garantías soslayadas por las reformas de los 80' y obviadas en las políticas de los 90'. Hoy, luego de más de una década desde su implementación, la discusión se ha trasladado hacia la efectividad de las medidas impulsadas, si bien, en general se reconoce el aporte significativo en cuestiones de acceso integral en salud (Lenz, 2007; Perdomo, 2007; Garretón, 2012), también han surgido críticas en lo que concierne a las transformaciones estructurales, incluso hay quienes sostienen que no solo no ha logrado resolver el problema de la desigualdad arrastrado desde la dictadura, sino que ha avanzado en esa misma trama (Tetelboin, 2015) dando cuenta de una crítica sustancial al actual modelo. Este escenario de discusión, sumado a las declaraciones por parte del Banco Mundial respecto a la necesidad del país por una reforma estructural que mejore la gestión y eficiencia de la red pública de atención, en el marco del “Proyecto de apoyo al sector público de salud”¹, abren una nueva oportunidad para repensar las condiciones sanitarias en Chile con el objetivo de proyectar futuras decisiones políticas en torno a las necesidades de la población.

Ahora bien, el sistema de salud no solo arrastra en el tiempo problemas como la desigualdad asistencial, nuevas dificultades han surgido en el contexto nacional durante los últimos años, una de ellas es su incapacidad para responder a los cambios del entorno. El proceso de envejecimiento sostenido de la población con un aumento en la carga de enfermedades crónicas ha dado cuenta de la obsolescencia del modelo para afrontar de manera óptima las transformaciones sociales (Quiero, 2005; Velasco, 2014), en tanto, entendida como la paradoja sanitaria, es decir, el envejecimiento como resultado de políticas en salud exitosas se conjuga con un encarecimiento de los servicios producto del aumento de enfermedades más complejas, el uso de tecnología más costosa y una mayor frecuencia de consultas médicas, desembocando en una presión asistencial no experimentada con anterioridad (Aedo, 1996). Por ende, los nuevos desafíos apuntan a la reconstrucción de un sistema maleable con la capacidad de adaptarse a las

¹ El “proyecto de respaldo al sector salud pública” (No. P161018) tiene por objetivo mejorar la eficiencia de la atención en el sector de salud pública y mejorar la calidad de los servicios de salud relacionados con enfermedades no transmisibles. Las dimensiones consisten en: La eficiencia de las redes de prestación de servicios de salud con un enfoque en una mejor integración de los servicios de atención médica, la optimización en la adquisición y logística de medicamentos y suministros médicos en el sector público, y la asistencia técnica, coordinación y monitoreo. Para más información ver: “Documento de evaluación inicial de proyecto sobre un préstamo propuesto por la cantidad de US\$ 80 millones a la República de Chile” (No. PAD2230) publicado el 12 de mayo de 2017 por el Banco Mundial.

nuevas condiciones sanitarias de la población, atendiendo a sus demandas y necesidades, sin obviar la contribución de estos en la articulación de las políticas sociales.

De esta forma, se vuelve menester la participación ciudadana a través de acciones impulsadas por la democracia representativa para la integración de la comunidad al quehacer político, en el caso sanitario una población más informada y formada en cuestiones de autocuidado, con capacidad de ser expertos de su propia enfermedad y ejerciendo un rol de agente activo como gestor y generador de salud, posibilitan una opción de participación real en el interior del sistema (Ruiz & Perestelo, 2012; Freile, 2014). En efecto, una participación exitosa requiere tanto de personas interesadas en el problema sanitario como de un sector público abierto que genere espacios de discusión y organice la información producida, permitiendo la planificación de políticas a partir de una toma de decisiones compartidas, es decir, la concertación en la selección de posibilidades entre los diversos actores involucrados no solo en la dualidad médico/paciente, sino, en cada una de las etapas de gestación de los proyectos estatales (Serrano, y otros, 2017).

En este marco, la presente investigación reflexiona sobre la relación entre las estructuras del sistema sanitario y la participación del adulto mayor. La razón de abordar el problema de la salud desde la perspectiva de la tercera edad tiene relación con el proceso de transición sociodemográfica que vive Chile, marcado por un descenso de la mortalidad y una reducción de la fertilidad, lo que se ha traducido en un crecimiento demográfico junto con un envejecimiento acelerado de la población, en definitiva, un mayor rol social de las personas mayores, a pesar, de la falta de reconocimiento y validación por parte del resto de la sociedad. Justamente, este último punto entrega un nuevo argumento para analizar los discursos de la tercera edad, la pérdida de la identidad social asociada al retiro de la vida laboral y la negación de la vejez como una etapa de la vida afecta la participación comunitaria de estas personas, la cual es necesaria incentivar en el contexto nacional (Zapata, 2001). Por último, a nivel sanitario el motivo principal refiere a las dificultades en el acceso a los servicios asistenciales de los adultos mayores, lo que, junto al aumento de las enfermedades catastróficas, materializado en el encarecimiento de la atención sanitaria, asoman como un problema a discutir para los subsistemas público y privado de la salud (Aedo, 1996).

En este sentido, la investigación aborda desde una lógica sistémica el problema de la relación entre individuo y sociedad. La distinción entre agencia y estructura, como objeto de estudio ha ocupado un lugar central en la discusión sociológica producto de su densidad teórica y la capacidad para ordenar aquello que se concibe como la imagen de lo social (Archer, 2009; Mascareño, 2008; Dockendorff, 2013). En cuanto a los términos de distinción, estos son suficientemente generales para ofrecer una multiplicidad de posibilidades de razonamiento, y a la vez específicos para la distinción teórica entre unos y otros, lo que ha resultado en la

imposibilidad de dar una respuesta que albergue un mínimo consenso entre quienes privilegian la acción como base de lo social, aquellos que consideran el determinismo de la estructura, y los que ven en esta relación (agencia/estructura) la cuna para el surgimiento de la noción de emergencia (Mascareño, 2008). Abordar el problema desde la teoría sistémica sugiere una ventaja, en tanto, ubicar al individuo en el entorno de la sociedad permite profundizar en su autonomía e independencia, lo que en este caso, admite abarcar el significado de ser adulto mayor en Chile y su relación con la sociedad, conformado por las posibilidades de acción con respecto al sistema de salud (Dockendorff, 2013).

De este modo, el documento se organiza en cuatro capítulos. El primero de ellos da cuenta de una contextualización general de la medicina social surgida en Europa en pleno siglo XIX y la germinación de los diferentes modelos y sistemas de salud, para luego adentrarse en la configuración del actual sistema de salud chileno, en tanto las instituciones que lo componen como el funcionamiento de los subsistemas públicos y privados, posteriormente se profundiza en la situación del adulto mayor en el contexto nacional y el rol que desempeña en su participación en el sector sanitario, para finalizar, con las implicancias del sistema de salud en el adulto mayor por medio de las investigaciones que han surgido en torno a la relación entre ambos elementos. Este apartado desemboca en el problema de investigación, la pregunta a responder en el estudio y los objetivos que se pretenden alcanzar.

El capítulo dos ofrece una construcción teórica de los conceptos que dan forma al problema de la relación entre adulto mayor y sistema de salud. Este ítem ahonda sobre la perspectiva teórica desde la que se aborda la investigación y la discusión bibliográfica que se constituye a partir de tres apartados: a) de la salud como sistema social, b) del problema de la complejidad política y, c) del envejecimiento social.

Durante el tercer capítulo se profundiza en la metodología empleada para la ejecución de la investigación, caracterizando la estructura cualitativa utilizada en el estudio donde predominan aspectos descriptivos, sumado al vínculo conceptual de la información producida. En relación con esto último, se señala el uso de entrevistas semiestructuradas para la producción de datos, esto a raíz de su flexibilidad, permitiendo la emergencia de nuevas interrogantes durante el desarrollo de cada una de ellas. Junto con esto, se hace mención del análisis de contenido como estrategia para la interpretación de la información producida.

Finalizando, el capítulo cuatro presenta el análisis desde los discursos de los sujetos entrevistados conjugándolos con la arquitectura teórica dispuesta para su interpretación, para lo cual, se presenta siguiendo el orden de los objetivos específicos formulados. Esto desemboca en las principales conclusiones de la investigación, sintetizando las propuestas e implicancias del trabajo, así, como algunos elementos que permiten ampliar la discusión en torno a las políticas sociales vinculadas al sector de salud.

Capítulo I. Formulación del Problema

1.1. Antecedentes del Problema

1.1.1. Medicina social, modelo de seguridad social y sistema de salud

La reconfiguración del Estado moderno de finales del siglo XVIII en Europa moldeó una nueva estructura social en la comunidad europea producto del desarrollo del capitalismo como sistema productivo. En cuestiones de salud, esto significó el reconocimiento de la acción comunitaria para la prevención, promoción y cuidado de las enfermedades (Rosen, 2015), es decir, el surgimiento de la medicina como acción social. Ahora bien, con mayor rigurosidad se puede llegar a afirmar que la medicina social no es propia del siglo XVIII, más bien, la medicina en su constitución es inherentemente colectiva, axioma que rompe con la ilusión de una medicina no social, es decir, la práctica médica basada exclusivamente en el servicio privado ofertado a la población (Foucault, 1976).

De igual modo, en el siglo XVIII se dio inicio a un “despegue” de las condiciones sanitarias producto de esta denominada medicina social, caracterizada por una estatización y socialización de la práctica médica, determinada a raíz de un carácter colectivo. Al respecto, Michel Foucault señala que el capitalismo de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX constituyó el paso de una medicina privada a una medicina colectiva, socializadora del cuerpo como fuerza productiva (1977). Por consiguiente, la administración pública en países como Alemania, Francia e Inglaterra consideró la salud de los individuos como un objetivo primordial de sus políticas sociales (Fuster & Moscoso, 2016).

A pesar de que es posible encontrar en la literatura especializada otros criterios para reconstruir históricamente el desarrollo de la medicina colectiva, como el caso de la relación entre medicina, ciencia social y política realizada por Rudolf Virchow o la evolución cronológica del higienismo europeo de la mano de Georges Vigarello, la ventaja de la estrategia adoptada por Foucault radica en la conducción que realiza hacia la esencia de los sistemas médicos del siglo XX en Europa, desembocando en la creación de los servicios nacionales de salud y la aparición de los modelos de seguridad social.

En el caso particular de los modelos de seguridad social, si bien, tradicionalmente han sido considerados representaciones teóricas propias de los principios ideológicos, no solo se configuran como tal, y obedecen más bien a escenarios históricos particulares de cada nación. Desde sus orígenes se han articulado a partir de tres tipos de sistemas, que ya la medicina social inglesa había dispuesto durante la segunda mitad del siglo XIX, y que han permanecido hasta la fecha: a) la medicina asistencial destinada a responder a las necesidades de la población más pobre de cada país, b) la medicina administrativa vinculada a los problemas generales de salud pública y, c) la medicina privada a disposición de las clases más altas con los medios para

acceder a ella (Foucault, 1977). Este intento articulador provocó que la aplicación de los modelos de salud oscilara entre dos principales orientaciones: una de carácter público estatal y otra de carácter privado particular, siendo lo más común la conjugación de fórmulas vinculantes entre ambos paradigmas (Seguí, Toledo, & Jiménez, 2013).

A partir de estas dos orientaciones, han surgido tres grandes clasificaciones de los modelos de salud: el modelo estadista, el modelo privado y el modelo mixto. El modelo estadista o también llamado socialista, conserva la necesidad de la salud como principal factor para la distribución de los recursos priorizando las condiciones de equidad, gratuidad y universalidad en las prestaciones para todos los segmentos de la población. A partir de este modelo han surgido algunas experiencias como el caso del modelo Semashko en la Unión Soviética y el modelo Público Unificado aplicado en Cuba y Corea del Norte, en ambos casos el sistema centralizado operado por el Estado ha sido la base de su funcionamiento.

Por su parte, el modelo liberal o modelo de libre mercado concibe la salud como un bien de consumo y, por ende, no necesariamente tiende a estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud (Cabo & Bellmont, 2014). La asignación de los recursos radica principalmente en la capacidad de pago de los individuos, paralelamente a una escasa planificación social y con la gestión privada controlando un gran porcentaje del sistema tanto en su prestación como financiación. El rol del Estado queda reducido a la contribución sanitaria de los grupos más vulnerables frente a la contingencia de enfermedades, obligando al resto de la población a adherirse a compañías de seguros privadas y la contratación directa de las prestaciones médicas (Cabo & Bellmont, 2014). El referente del modelo sanitario liberal se encuentra presente en el sistema privado estadounidense.

Por último, el modelo mixto consiste en la participación tanto del sector público como privado donde ambos cumplen roles de financiamiento o de administración del sistema de salud (Parada & Labra, 2003). Dos son los ejemplos más relevantes del modelo mixto: el modelo de seguridad social Bismarck producto de la legislación alemana del siglo XIX, que convirtió al Estado en autoridad sanitaria y que fue financiado tanto por el pago de cotizaciones de los trabajadores industriales agrupados en cooperativas como por redes de beneficencia para los obreros no cotizantes. El otro caso corresponde al modelo Beveridge, inspirado en el informe del mismo nombre de 1942, lo que dio origen al sistema nacional de salud en un conjunto de países europeos, en este modelo el Estado se hace cargo de la planificación y la salud pública de la población asegurando las garantías de universalidad, equidad y gratuidad, mientras que la financiación procede directamente del presupuesto estatal (Cabo & Bellmont, 2014).

Ahora bien, si los modelos refieren al marco de la política y se los considera como los criterios doctrinales e ideológicos que dan forma a los sistemas sanitarios, determinando aspectos como las competencias de la salud pública, las prestaciones brindadas o la financiación,

lo que genera una multiplicidad de tipologías; los sistemas de salud, por su parte, hacen a la operatividad y ejecución del modelo. Esto permite el reconocimiento de la sanidad como un sistema social dinámico (Sánchez, 2011).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere al sistema como una estructura social constituida por todas las instituciones, organizaciones y los recursos disponibles para mejorar las condiciones sanitarias de la sociedad, así, un sistema de salud requiere entre otras cosas de personal, comunicación, financiación, suministros, información, de la misma forma que, orientación y dirección, con el objetivo de proporcionar tratamientos y servicios que den respuesta a las necesidades de la población, a partir de una noción de justicia, desde un punto de vista socioeconómico (2005). Esta conceptualización le entrega al sistema un rango de acción moldeable en su misión de incrementar la calidad de vida de la población, por ende, el sistema de salud se convierte en uno de los indicadores más relevantes para analizar el bienestar social y el nivel de desarrollo de un país.

En razón de esto, el sistema de salud tiene como principio fundamental la defensa del capital humano y con ello el bienestar social (OMS, 2008). La noción ideal del sistema de salud se rige por seis principios: a) de universalidad, entendido como la cobertura de toda la población; b) de atención integral, que incluye la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades; c) de equidad, referida a la asignación de los recursos; d) de eficiencia, en razón de la gestión económica; e) de flexibilidad, en las respuestas a la transformación de las necesidades y; f) de participación respecto a la planificación y gestión de la salud por parte de la población (Ruiz, Gorgojo, & Martín, 2013).

1.1.2. La pluralidad del sistema de salud chileno

El caso particular del sistema de salud chileno se caracteriza por una multiplicidad, pluralidad y heterogeneidad de agentes sociales que intervienen en su articulación, organizados en un conjunto de instituciones que cumplen determinados roles y funciones. En este marco, la institucionalidad del sistema de salud chileno está conformada por una compleja estructura jerarquizada de organismos y entidades que desempeñan sus funciones en el marco de una red de sanidad pública nacional.

El órgano central que rige el sistema sanitario es el Ministerio de Salud (MINSAL), encargado de la elaboración de políticas sectoriales como el caso de las metas sanitarias nacionales o el plan nacional de salud, a esto, se suma la coordinación del sector de salud y su relación con otros sectores y, por último, la dictación de normas generales, el establecimiento de protocolos de atención junto con sus respectivos estándares de calidad y la acreditación de los prestadores institucionales de servicios (Velasco, 2014). El MINSAL se encuentra organizado en dos subsecretarías: la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales. La primera a cargo de la administración y organización interna del ministerio, a la vez, que de materias

relativas a la promoción, vigilancia, prevención y control de la salud. La segunda desempeña funciones relativas a la articulación y desarrollo de la red de servicios del SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud), y la regulación de la prestación de acciones sanitarias.

Los otros organismos que componen el sistema de salud son: las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) que desempeñan funciones delegadas desde las subsecretarías, entre las que destacan la elaboración de medidas sanitarias, la entrega de acreditaciones y autorizaciones, la vigilancia del cumplimiento de la normativa sanitaria, y la evaluación de las metas de la atención municipal (Velasco, 2014). Otra de las instituciones sanitarias de gran relevancia es la figura de la Superintendencia de Salud, un organismo descentralizado dotado con la finalidad de supervigilar y controlar a las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) con la normativa correspondiente y, a FONASA (Fondo Nacional de Salud) respecto a los derechos y beneficios de sus afiliados, junto con estas tareas, desempeña un rol fiscalizador frente a los diferentes prestadores de servicios.

En un tercer nivel se encuentran organismos como el Instituto de Salud Pública (ISP), un servicio público descentralizado con la misión de servir de referencia para cuestiones de salud pública, asimismo, encargado de la supervisión de los laboratorios públicos, junto con todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de los medicamentos destinados a los centros de atención (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011). Y, por último, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) un órgano público que cumple la función de comprador del Estado, abasteciendo fármacos e insumos clínicos a los centros sanitarios del SNSS, a los servicios municipales y otras instituciones, como el caso de las FF.AA. (Giaconi & Concha, 2005).

En el caso del aseguramiento y prestaciones, el sistema de salud chileno consta de dos sectores: el sector público y el sector privado. El subsistema público es financiado por FONASA a través de la cotización del 7% de los trabajadores, según el nivel de ingreso de cada persona se clasifican en cuatro tramos que van desde aquellos carente de recursos o indigentes hasta personas con mayores recursos (A, B, C y D). La provisión de atención es realizada por el SNSS conformado por 29 servicios distribuidos a lo largo del país que tienen a cargo unos 200 recintos hospitalarios aproximadamente, cada uno de ellos de distinta complejidad, a esto se suma el sistema municipal de atención primaria que en la última década ha dado un giro hacia un enfoque integral y comunitario, con los Centros de Salud Familiar (CESFAM) como ejes articuladores (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011).

Además, el sector público contempla el subsistema de las fuerzas armadas, el Sistema de Salud Naval (SISAN), que hasta hace algunos años era un sistema cerrado, autónomo y solidario exclusivo para miembros de las FF.AA. y sus respectivas cargas familiares. Su financiación está a cargo del Administrador Financiero del Sistema de Salud de la Armada

(AFSA), que cuenta con tres fondos que cubren la atención sanitaria: a) el Fondo de Salud Naval (FOSAN) que consiste en aportes obligatorios de un 7% del sueldo de los afiliados, b) el Fondo Familiar de Asistencia Médica (FOFAM) de carácter voluntario y solidario con aportes de los miembros activos de acuerdo a su situación económica y, c) el Fondo Solidario de Pensionados (FOSPEN) también de tipo voluntario y dirigido a los miembros retirados con un aporte del 2,5% de su sueldo (Morales L. , 2016). Además, las FF.AA. cuentan con la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) organismo a cargo del pago mensual de pensiones de retiro y montepío del personal retirado de las fuerzas armadas, junto con la administración de los recursos del Fondo de Medicina Curativa, un fondo solidario con el propósito de contribuir al financiamiento de las prestaciones de salud a través de bonificaciones y préstamos.

Por su parte, en el sector privado el aseguramiento está administrado por las ISAPRES con un aporte promedio del 7% de los cotizantes, que varía según las primas y los planes de seguros. Existen dos tipos de ISAPRES: abiertas y cerradas, las primeras están destinadas a toda la población con la capacidad de pago suficiente para adscribirse a su administración, en cambio, las segundas están focalizadas en un grupo predefinido de personas, las que pertenecen a una determinada empresa que contrata las prestaciones para beneficiar a sus trabajadores y su grupo familiar (De la Fuente, 1995). Con respecto a las acciones de salud, estas operan en general por prestadores privados de salud con fines de lucro y de diferente complejidad, como el caso de los centros médicos o las clínicas, sin embargo, en determinadas situaciones hacen convenios con prestadores públicos para la atención de urgencias, patologías catastróficas, tratamientos intensivos o pensionados (Drago, 2006).

Al interior de este sector existe un subsistema privado paralelo sin fines de lucro compuesto por mutuales, instituciones que brindan seguros contra accidentes laborales y enfermedades profesionales a trabajadores afiliados de manera colectiva, a través de la contratación de seguros privados por parte del empleador, los empleados paralelamente pueden formar parte del sistema de FONASA o de ISAPRES, sin perder alguno de los beneficios adquiridos según su afiliación (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011).

Ahora bien, existe un sector pequeño de la población que no se encuentra afiliado ni al sistema público (FONASA, FF.AA.) ni al sistema privado (ISAPRES). Esta situación se puede observar por diversas razones: por un lado, están las personas carentes de recursos y que no recurren a los beneficios del sector público, los trabajadores no formales o independientes que no cotizan, y en caso de necesidad hacen uso de los servicios del sector público. Y en un segundo caso, un grupo pequeño de la población que adquiere los servicios de salud a través de proveedores privados por medio del pago directo, sin instituciones intermediarias que cumplan esta función (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011). Así, las personas “eligen” a que sistema pertenecer o, en caso contrario, no ser parte de los sistemas existentes.

Respecto al rol ejercido por la población en el sistema de salud chileno, este se ha caracterizado por una pasividad latente, donde las personas han sido meros receptores de provisiones y asistencia sanitaria, siendo pocos los casos en los cuales ha existido una colaboración directa entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema, esto se ha traducido en la falta de una participación real en la planificación de la salud por parte de la población. Asimismo, la implicación y el control de los recursos ha sido una tarea desempeñada históricamente por la administración, los médicos y, en último caso, por la industria farmacéutica (Martín, Ponte, & Sánchez, 2006). Es en este contexto, que el rol de la población ha adquirido una mayor relevancia en las últimas tres décadas, y se ha convertido en una herramienta de control de los servicios sanitarios y de los prestadores de atención.

La participación social en el sistema de salud se ha venido fraguando desde las primeras políticas sanitarias gestadas en la década de los 90' hacia adelante, estas prácticas discursivas se formalizaron con la reforma AUGE en el año 2005, en la que la participación se configuró como una forma de respetar los derechos institucionales garantizados en el marco de la legalidad (Merino, Torres, & Cristina, 2015). En este contexto, el discurso en torno a la política pública tendida desde la reforma se ha centrado en los derechos sociales, entre los que destaca la participación comunitaria dirigida a reducir la desigualdad en el acceso a la salud, considerando el rol competente de los usuarios respecto a la sanidad. Asimismo, el MINSAL aborda la participación desde su relación con los derechos de publicidad, acceso a la información, igualdad de participación, libertad de opinión y el derecho de petición (Merino, Torres, & Cristina, 2015). A pesar de ello, en la práctica tal participación no se ha convertido en un mecanismo real de empoderamiento de la población, antes que nada, debido a un problema de definición (Méndez & Vanegas, 2010).

Son múltiples las dimensiones, los actores sociales y los contextos sociopolíticos que definen la participación social en el sistema de salud, esto favorece las ambigüedades e incoherencias entre el sector que propone dichas iniciativas y quienes finalmente las implementan (Méndez & Vanegas, 2010). En el caso chileno, la participación surge como un mecanismo de mejoramiento sanitario, una instancia de fiscalización de los servicios, en cuanto, calidad, accesibilidad y efectividad, así, como el uso eficiente de los recursos dirigidos a solucionar los problemas de salud de la población (Sandoval, 2004). Este hecho ha originado dos perspectivas: una utilitarista que hace uso de los recursos disponibles en la comunidad para reducir los costos en la provisión de la salud, y una integral que ve la participación como una herramienta de empoderamiento de la población dirigida hacia un papel más activo y de mayor responsabilidad sanitaria. En efecto, la participación social incentiva a la población a asumir diferentes niveles de compromiso y grados de responsabilidad, a través de la identificación de los problemas, la formulación de soluciones, la creación de organizaciones y la evaluación de los programas o planes sociales implementados.

A pesar de todo esto, la participación social también ha mutado hacia un juego de clientelismo, entre consumidores y proveedores, donde los primeros reclaman demandas que los segundos intentan satisfacer. Desde esta perspectiva, la salud es una transacción comercial de servicios, con resultados expresados en la satisfacción de los consumidores respecto a una franquicia comercial, reduciendo el espacio para una salud pública (Martín, Ponte, & Sánchez, 2006). Esta es la paradoja de la participación social, es decir, la implementación de iniciativas de participación comunitaria en la salud colectiva deriva hacia un rol pasivo de los usuarios, centrado en la queja y reclamación por el servicio solicitado, más que en una aportación directa en el diagnóstico de los problemas y posterior evaluación de las políticas sociales. Situación que afecta con mayor intensidad a determinados grupos sociales, que vistos como vulnerables ven reducido aún más su papel en la discusión relativa a la salud chilena, siendo segregados tanto por el Estado como por la sociedad civil.

1.1.3. La situación del adulto mayor en la salud chilena

Los cambios sociodemográficos y la transformación en el perfil epidemiológico de la sociedad chilena, que ya habían sido factores para la iniciativa de una reforma sanitaria a principios de siglo, se han profundizado progresivamente durante la última década produciendo un envejecimiento significativo de la población (Lenz, 2007). Si para el año 1990 las personas mayores de 60 años sólo constituían el 10,1% del total de la población, ese porcentaje aumentó considerablemente para el 2015 superando el 17,6%, lo que indica un envejecimiento exponencial de la población chilena (INE, 2015). Estos cambios han promovido una serie de iniciativas estatales que han buscado afrontar el problema del envejecimiento social, y mejorar el bienestar colectivo del adulto mayor.

Durante la presidencia de Eduardo Frei Ruiz-Tagle en enero de 1995 se creó la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, un organismo asesor del presidente en la formulación de programas, planes y políticas referidas a la tercera edad. Las funciones de esta comisión dieron origen al Comité Nacional para el Adulto Mayor encargado de coordinar y articular las políticas sociales en torno al envejecimiento de la población. Estos antecedentes sentaron las bases para que en el año 2002 se firmara la ley N°19.828 que permitía la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), un servicio público perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social con la función de mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país, coordinando el trabajo conjunto entre el aparato público y el sector privado. Asimismo, se creó el Plan Nacional Conjunto para el Adulto Mayor, una instancia de participación de las diversas instituciones que de alguna manera tangencialmente trabajan o han trabajado temáticas asociadas a la vejez con el objetivo de colaborar conjuntamente.

En el caso de la salud pública el envejecimiento de la población chilena ha marcado un reto aún mayor. No solo por las complicaciones inherentes a la vejez, es decir, una mayor

frecuencia de hospitalización, mayor permanencia hospitalaria, cuidados de largo plazo o el alto costo de los tratamientos (Aedo, 1996), sino también, por el hecho de la gran diversidad interna entre los adultos mayores, todo producto de las diferencias estructurales en la condición de vida de los ancianos, lo que configura un conjunto de carencias y necesidades (Aedo, 2001). De esta forma, la situación sanitaria de la tercera edad está determinada directamente por el modelo de salud chilena basado en los subsistemas de financiamiento público/privado, una red hospitalaria bajo la conducción de las municipalidades y un gasto fiscal insuficiente frente a las nuevas condiciones del entorno.

La creación de los seguros privados y de FONASA durante la dictadura cívico militar, como mecanismos de extensión para la protección social de las personas, abrió un nuevo escenario de “elección” para los cotizantes, pero, paradójicamente también marcó el inicio de las profundas desigualdades que hoy afectan a la población (Titelman, 2000). La capacidad de “elección” de las personas se contrapone a la selección de los cotizantes por parte de las ISAPRES, las cuales discriminan según el riesgo individual de los sujetos rehuendo de aquellos con mayores necesidades sanitarias, quienes reciben la categoría de “alto riesgo” y se ven en la obligación de pagar primas diferenciadas (Cid, 2008). Un 85,2% de las personas mayores de 60 años deben optar por un sistema público de salud en detrimento de los seguros sanitarios privados, debido a los costos asociados a su condición de riesgo, cifra que disminuye en el caso de los dos más altos quintiles de ingreso (INE, 2015), estableciendo una correlación positiva entre la situación económica de los adultos mayores y su capacidad de elección.

Los cambios que ha enfrentado el sistema sanitario chileno lo han conducido hacia la mercantilización de la sanidad, produciendo un desmantelamiento progresivo de lo público, como lo señala Rodolfo Rieznik (2013) una ficción de que la salud es una mercancía destinada a ser ofrecida al interior del mercado con una rentabilidad justificada a su propia producción. De este modo, el problema en salud se ha trasladado hacia una nueva dimensión enfocada a la categoría de cliente a la que responde el enfermo, dejando al adulto mayor en una posición de desventaja en la estructura social, debido a la aparición de enfermedades crónicas más propensas en la tercera edad, lo que se ha traducido en un aumento del costo de atención producto de la tecnología en uso, los cuidados a largo plazo y la permanencia hospitalaria. En este sentido, la condición de vulnerabilidad asociada a los senescentes, por cuestiones como la incapacidad física, la pérdida del rol social o la valoración negativa del entorno, también se ve reflejada en su situación sanitaria de la población mayor.

Con la finalidad de responder a esta condición, el Estado ha dispuesto algunas medidas en las últimas décadas que han buscado frenar el desigual acceso a la salud de los adultos mayores. Por un lado, la protección financiera a través del GES (Garantías Explícitas de Salud), que en la actualidad cuenta con 80 patologías jerarquizadas, de las cuales seis están enfocadas

en responder a la atención exclusiva de la tercera edad², incluso se ha dispuesto como objetivo por parte del MINSAL la creación de un GES Mayor para facilitar el acceso, la oportunidad y calidad de atención destinada a los senescentes. Otra medida fue la implementación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), que mide la funcionalidad general del organismo y clasifica según el riesgo de la pérdida de este atributo, para lo que se establecen acciones preventivas. Junto con estas iniciativas, el año 2015 se dictó la ley N°20.864 que exime de la obligación de efectuar las cotizaciones obligatorias de salud a los pensionados mayores de 65 años, sumado a la adquisición de otros beneficios sanitarios, lo que implica la eliminación total de las cotizaciones de salud (7%) para los pensionados más vulnerables, quienes reciben los beneficios otorgados por el Pilar Solidario, un aporte económico destinado a las personas con pensiones de bajo monto.

En este contexto de beneficencia, la sociedad chilena concibe la vejez a través de patrones culturales de negación, lo que quiere decir, un no reconocimiento de este proceso natural como una etapa insoslayable al ser humano (Morales, 2001). Así, la tercera edad es percibida como una situación angustiosa, caracterizada por personas enfermas, con una alta carga de dependencia, pero que, por sobre todo representa una carga tanto económica como emotiva para la sociedad en su conjunto y para las familias en particular, lo que ha producido la obsesión por parte de las personas por detener o aplazar la vejez. Esto ha dotado a la vejez de estereotipos con una fuerte carga negativa asociada a la exclusión, lo que ha afectado las perspectivas de bienestar del adulto mayor, aceptando una realidad montada sobre prejuicios que finalmente hacen suyos (Arnold, Thumala, Urquiza, & Ojeda, 2007).

1.1.4. Implicancias del sistema de salud en el adulto mayor

El envejecimiento de la población ha sido resultado del proceso exitoso por parte de las políticas de salud pública instrumentadas en las últimas décadas, pero también ha significado un reto mayor para el sistema sanitario chileno producto de los cambios que ha enfrentado el entorno social (Lenz, 2007). Desafortunadamente el aumento de la esperanza de vida no ha sido acompañado de mejoras comparables en el bienestar sanitario de las personas de la tercera edad (PUC, 2017), más aun, a pesar de la importancia que ha adquirido la población senescente, los actuales servicios de salud no han empleado una política de reorientación de sus iniciativas que fomenten la prevención, promoción y el cuidado asistencial del adulto mayor (Peláez & Ferrer, 2001). Este escenario da cuenta de la necesidad de afrontar un nuevo desafío a nivel político que interiorice el contexto social por el que ha transitado el país en los últimos años, incluyendo en sus decisiones la situación actual de la población adulta.

² a) Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación severa, b) Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más, c) Vicios de refracción en personas de 65 años y más, d) Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más, e) Hipocausia Bilateral en personas de 65 años y más, que requieren uso de audífono y, f) Salud oral integral del adulto de 60 años o más.

Asimismo, las recientes investigaciones no han permitido determinar efectivamente que las personas mayores gocen, en estos últimos años, de una mejor salud que las generaciones anteriores (OMS, 2015), por ende, si los años adicionales que vive la población respecto a sus antecesores están subyugados por una reducción de las condiciones físicas y mentales, significaría que sus implicancias serían más bien negativas en torno al operar del sistema de salud. En este sentido, los estudios científicos han enumerado una serie de desafíos y elaborado una igual cantidad de propuestas para responder a los problemas suscitados con relación al envejecimiento de la población.

En primera instancia, parece ser un consenso explícito que el sistema sanitario ha privilegiado una atención curativa en desmedro de una salud preventiva (Dueñas, 1999; Arouca, 2008; Barrios, y otros, 2016), lo que en el caso del adulto mayor ha significado un deterioro de su calidad de vida. Así, el estudio “Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva” señala la importancia de una educación preventiva en salud que permita configurar un modelo de calidad de vida favorable para la tercera edad.

Según los resultados de este estudio, en Chile existe un predominio de un modelo de radar donde la categoría política central es la enfermedad por sobre la salud, lo que ha significado que la relación entre médico/paciente solo se produzca una vez se manifiestan los síntomas de una patología, y por consiguiente, una vez solucionado el problema del paciente, este deja de ser captado por el radar (Laspiur, 2016). En el caso del adulto mayor quienes son más propensos a enfermedades crónicas, este modelo de salud dista mucho de ser el ideal (Barrios, y otros, 2016), ya que, en este tipo de enfermedades no se puede esperar que sea el senescente quien acuda en primer lugar al sistema sanitario para su atención, sino, debe ser el sistema, a través de sus instituciones, quien genere las condiciones necesarias para el cuidado de las personas de mayores.

Ahora bien, a pesar de que los resultados del estudio determinan que en general existe una autopercepción positiva del adulto mayor respecto a su salud (altos índices de bienestar subjetivo y autoeficiencia), de igual manera existe un desconocimiento generalizado sobre la prevención efectiva en la salud. Para afrontar este problema, los investigadores proponen tres objetivos orientadores para promover una comunicación preventiva: a) fortalecer conductas de autocuidado en los adultos mayores autónomos y sus redes de apoyo, b) promover el acceso de los adultos mayores a información de bienestar que les haga sentido en su vida cotidiana y, c) motivarlos a través del uso de sitios web a tomar activamente acciones preventivas de salud, así como ampliar sus redes sociales (Barrios, y otros, 2016).

Una segunda implicancia del sistema sanitario en la salud del adulto mayor tiene relación con la Atención Primaria de Salud (APS), este elemento es de alta importancia pues bien constituye la puerta de entrada al sistema y es su misión detectar los síntomas de las personas

en su condición de fragilidad (Cuba, Rosas, & Zárata, 2013), más en el caso de la tercera edad con la aparición de una mayor cantidad de patologías. Sin embargo, a raíz de la reforma sanitaria que tuvo lugar en Chile el año 2005 se generó un desequilibrio en el sistema de salud que ha terminado por debilitar la APS (Herrera, Montero, & Téllez, 2010), a pesar de haberse constituido como un pilar central en su espíritu original.

Respecto al problema de la atención primaria, los autores de la “Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos.” declaran que la reforma se constituyó como el antimodelo de lo universalmente aceptado como APS, centrándose en la enfermedad más que en la salud de la población, medicalizando el sistema y relegando la prevención por las acciones curativas (Herrera, Montero, & Téllez, 2010). En el artículo se detallan tres principales focos de conflicto respecto a la atención primaria desde la implementación de la reforma: a) financiamiento, b) recursos humanos y, c) gestión local (Herrera, Montero, & Téllez, 2010). En cada uno de ellos, la tercera edad se ve mayormente afectada al verse obligada a recurrir a centros de salud locales que no cuentan con los recursos económicos y humanos suficientes para dar respuesta a patologías crónicas que requieren de mayor gasto individual y una gran dotación de especialistas.

Como ya se ha señalado, existe una tendencia positiva al alza respecto a la percepción de una buena salud en el adulto mayor, así lo reafirma la IV Encuesta de Calidad de Vida de la Vejez, donde más de la mitad de los senescentes afirma “sentirse bien” a nivel sanitario, aunque de igual modo la encuesta señala que las principales preocupaciones en la tercera edad continúan enfocándose en las condiciones de salud propias o de su entorno (PUC, 2017).

Los resultados de la encuesta señalan que el adulto mayor prefiere tener una buena calidad de vida antes que extender el número de años vividos (PUC, 2017), así, entre los elementos más relevantes para alcanzar dicho bienestar se encuentra una buena condición de salud, tanto es aspectos funcionales como en la independencia alcanzada. Para ello, los investigadores proponen la necesidad de reforzar el concepto de manejo integral de la geriatría que debe ser incorporado en el sistema público de salud como máximo responsable de la atención de la mayoría de las personas (PUC, 2017).

Al igual como se mencionaba anteriormente, una dotación de especialistas acorde a las necesidades de la población es esencial para el correcto funcionamiento del sistema, no obstante, no basta solo con la formación de médicos, sino más bien, es la implementación de un trabajo multidisciplinario integral que permita constituir la geriatría como una base fundamental del modelo de salud asistencial de la población (PUC, 2017). De este modo, se debe poner énfasis en evitar la fragilidad y dependencia de los adultos mayores a través de servicios geriátricos en los diferentes niveles de atención que respondan a las necesidades propias de la tercera edad para ayudar en su calidad de vida.

Hasta el momento las investigaciones se han centrado en suscitar las implicancias del sistema de salud en la atención médica de los adultos mayores, sin embargo, la vejez también está asociada a una condición de vulnerabilidad social como consecuencia de múltiples factores subyacentes, por ejemplo, la retirada del mundo laboral o el abandono familiar se constituyen como componentes que afectan de manera indirecta en la salud de la tercera edad. Así, estos factores influyen en la aparición de estados de salud más complejos que solo se presentan en los últimos años de vida (enfermedades catastróficas), patologías que son de baja prevalencia y de un alto costo a nivel personal y económico (Aedo, 2001).

Según el investigador Cristián Aedo, el sistema de salud chileno no ha sido capaz de afrontar de la manera correcta el problema del financiamiento sanitario de la vejez, esto a raíz de una falta de planificación económica tanto de los servicios sanitarios como de la población (2001). En su texto “Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas”, propone dos soluciones al problema del gasto en salud. Una iniciativa a corto plazo aboga por un mayor gasto fiscal, a partir de subsidios estatales que permitan financiar los actuales gastos de salud de las personas mayores.

En cambio, como medida a largo plazo establece la promoción del ahorro individual de manera voluntaria, a través de campañas de información y de incentivos tributarios que permitan la independencia y autonomía financiera para decidir libremente sobre los principales aspectos relativos a la salud (Aedo, 2001). Si bien, la promoción del ahorro individual previene el problema de la insuficiencia de recursos y permite desarrollar una mayor autonomía del adulto mayor, retardando el problema del envejecimiento, también es cierto que este tipo de soluciones aluden a iniciativas individuales que soslayan el problema colectivo que significa el envejecimiento progresivo de la población.

El problema del envejecimiento tiene una connotación colectiva por antonomasia, esto se puede observar a partir de la integración masiva de las personas mayores a FONASA, con el pasar de los años, producto de la discriminación que legaliza y tiende a legitimar el sistema de salud, a raíz de esta situación se ha aceptado a los adultos mayores como los nuevos usuarios objetivos del sistema de salud público.

Para Aedo, la solución a este problema radica en el cobro de los precios reales de operación por parte del Fondo Nacional de Salud, junto con el cobro de primas que reflejen el verdadero riesgo por género y salud (Aedo, 2001). A esto suma el incentivo de las ISAPRES para la permanencia de sus beneficiarios, a través de menores primas y mayores beneficios, que reducirían la migración racional hacia FONASA por la población de la tercera edad (Aedo, 2001). Nuevamente estas propuestas plantean la interrogante sobre el carácter colectivo y social que ha ido perdiendo el modelo sanitario, en otras palabras, es la salud pública la que este tipo de medidas están desvaneciendo paulatinamente.

Ahora bien, no solo el sistema sanitario tiene implicancias en las variaciones en la salud de las personas mayores, existen determinantes sociales que revisten de gran relevancia en este aspecto. Así, el entorno físico y social (vivienda, comunidad, género, nivel socioeconómico o educación), tienen una influencia en la situación sanitaria de las personas, y más en el caso de la tercera edad, pues mantener estos hábitos pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad (OMS, 2000). De esta forma, una alimentación saludable, la práctica de ejercicio diario, una red de apoyo familiar sólida, el sustento económico suficiente o un alto capital cultural son factores beneficiosos en cualquier momento de la vida, pero, en el caso de las personas mayores este tipo de complementos son asociados directamente a una mejor calidad de vida.

En este mismo sentido, la OMS a través de su Asamblea Mundial de la Salud ha propuesto la elaboración de una estrategia que elabore un plan de acción sobre la relación entre envejecimiento y salud donde se establecen cinco ámbitos de acción inmediata: a) compromiso con un envejecimiento saludable, b) alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores, c) establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica, d) creación de entornos adaptados a las personas mayores y, e) mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión (OMS, 2019). Cada uno de estos puntos permite configurar un modelo de salud social que se involucre con las necesidades latentes de la población adulta, no solo para que vivan más años, sino que sean acompañados con un bienestar integral.

1.2. Problema de Investigación

Una vez conocido los antecedentes del sistema de salud y con un diagnóstico general de la situación de la tercera edad en Chile, es necesario señalar el problema sociológico en torno a esta investigación, es decir, *la relación entre el adulto mayor en el contexto del envejecimiento social y el sistema de salud chileno*. Reconociendo como punto de partida que la complejidad propia de los adultos mayores desemboca en un abanico de posicionamientos frente al funcionamiento y la estructura del sistema sanitario, para ello, se analizan los determinantes sociales de la salud que impactan en cada uno de los sujetos.

De cualquier modo, la relación entre el sistema de salud y el adulto mayor no es un problema nuevo en la investigación social. En un contexto de cambios acelerados donde el consumo, la producción y el conocimiento son fundamentales para una correcta socialización y donde se sustituyen progresivamente las estructuras tradicionales como la familia o la estratificación social (Luhmann & De Giorgi, 2008), el envejecimiento vive un proceso de exclusión asentado en los valores individualistas que hacen de las personas el centro de sí mismas, impactando negativamente en el adulto mayor y en su relación con el otro (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2006). En el caso sanitario esto se materializa en la idea de vulnerabilidad asociada a la vejez, en los estudios sobre envejecimiento activo la relación entre inactividad y

enfermedad se ha vuelto común, para ello se ha planteado la importancia de la acción con sentido en la tercera edad, es decir, la producción de sentido por parte del senescente para pensarse a sí mismo y a la sociedad, incentivando la participación como una estrategia básica de promoción de la salud, disminuyendo los factores de riesgo y fortaleciendo los factores protectores.

A saber, en el caso de esta investigación se parte de la premisa inicial de la salud entendida como sistema social, lo que significa comprender no solo su configuración y funcionamiento, sino también, su relación con el entorno. Para ello se identifican tres dimensiones: a) la primera refiere a la heterogeneidad del sistema, b) en una segunda instancia la noción de individuo desde la teoría sistémica y, por último, c) la relación entre individuo y sociedad, conocida también como la relación entre agencia y estructura.

De esta forma, el propósito de este estudio es contribuir a la reflexión sobre el sistema de salud desde la perspectiva de los discursos del adulto mayor, promoviendo la discusión respecto a la reconstrucción del modelo sanitario chileno luego de más de una década de la reforma AUGE que tuvo lugar entre el año 2003-2005.

1.2.1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los discursos de los adultos mayores sobre su relación con el actual sistema de salud chileno, en la comuna de Viña del Mar durante el año 2018?

1.2.2. Objetivos de Investigación

Objetivo General

Analizar los discursos de los adultos mayores sobre su relación con el actual sistema de salud chileno, en la comuna de Viña del Mar durante el año 2018.

Objetivos Específicos

- 1.- Identificar las expectativas de los adultos mayores sobre los procesos selectivos del sistema de salud y de los subsistemas (público/privado) que lo constituyen.
- 2.- Identificar la noción de persona en salud (paciente, cliente o usuario) predominante en los adultos mayores interpenetrados estructuralmente al sistema de sanitario.
- 3.- Identificar los discursos de los adultos mayores sobre las políticas y los programas públicos como reducción operativa de la complejidad y la acción estatal interdependiente de la salud.
- 4.- Identificar la distinción inclusión/exclusión en los adultos mayores como medio para hacer frente a los aspectos relacionados con la condición de vejez en los sistemas sociales.

1.2.3. Relevancias de Investigación

Desde un punto de vista teórico, la relevancia de esta investigación se encuentra dada por la profundización respecto del concepto de individuo en la teoría general de sistemas, enfocado en la situación sanitaria de los usuarios. En segundo lugar, mediante este trabajo se busca aportar una nueva perspectiva al rol desempeñado por los individuos en el sistema sanitario, añadiendo una visión integral de los sujetos en el proceso salud, enfermedad y atención. Hasta la fecha, las propuestas teóricas han deambulado entre conceptos como el de paciente asociado a la idea de vulnerabilidad, usuario vinculado con de la capacidad de decisión y cliente en relación con el esquema del consumo (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017), fórmulas que han incidido en una desintegración social de los sujetos, aportando una ficción elaborada sobre el control de la atención de los individuos. Y, en tercer lugar, en un momento donde las políticas sociales de los Estados modernos han perdido su esencia transformadora, se abre una nueva oportunidad para repensar su concepción tradicional basada en un ordenamiento racional, donde coexisten participantes con sus propios intereses y límites imprecisos entre lo privado y lo público.

Desde un punto de vista práctico, la relevancia de esta investigación está enfocada en producir información sobre la situación sanitaria del adulto mayor de importancia para las instituciones vinculadas con la salud pública, con el objetivo de incluir sus discursos en las evaluaciones del sistema de salud chileno y conocer sus posicionamientos sobre las iniciativas implementadas para asegurar los derechos sociales en torno a la sanidad.

Asimismo, esta investigación tiene como objetivo aportar al debate en torno a las políticas sociales, específicamente en el campo del sistema sanitario, es por ello, por lo que las pretensiones del presente estudio no solo comprenden un análisis de los discursos de los sujetos en relación con el sistema de salud, sino más bien pretenden contribuir con la aplicación de programas sociales como elementos de intervención social. Por tanto, conocer cuáles son los discursos de la población permite dar cuenta de la visión de salud que requiere el adulto mayor, un aspecto primordial especialmente si se considera los cambios sociodemográficos y epidemiológicos que enfrenta Chile durante las últimas tres décadas.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Perspectiva Teórica

El problema de la relación entre individuo y sociedad ha adoptado una centralidad única en las ciencias sociales y sigue siendo el problema sociológico fundamental desde sus inicios (Mascareño, 2008; Archer, 2009; Giddens, 2011; Dockendorff, 2013). Por mucho tiempo, el par conceptual agencia/estructura se encargó de separar a la teoría sociológica general, provocando una relación polarizada que obligaba a elegir ineludiblemente entre individuo o sociedad, voluntarismo o determinismo, estructura o agencia, lo micro o lo macro. Fue Anthony Giddens (2011) quien asumió el problema tempranamente, elaborando una estrategia no dualista entre agencia y estructura, así también, Pierre Bourdieu (2007) puso en cuestionamiento el debate filosófico en torno al estructuralismo y el existencialismo. En ambos casos, el concepto de práctica social adoptó relevancia frente a los determinismos sociales, cimentando el trabajo teórico de la socióloga Margareth Archer.

Archer (2009) realiza una revisión de las teorías sociológicas respecto a la relación individuo/sociedad con el fin de dar respuesta a la pregunta ¿Los individuos terminan siendo títeres o titiriteros en el escenario de lo social? En esta publicación se concluye la existencia de tres principales perspectivas para explicar lo social: a) conflacionismo ascendente, que considera a la agencia como elemento determinante en la orientación de las estructuras sociales, b) conflacionismo descendente que establece que la sociedad construye a su imagen la conciencia de los individuos y, c) lo que denominó como conflacionismo central, es decir, la interacción mutua entre agencia y estructura representada en una relación dialéctica. En los primeros dos tipos de conflacionismo, ya sea, agencia o estructura actúan como un epifenómeno de la otra, en cambio, en el tercer tipo la elisión ocurre en el medio, ahora bien, en las tres perspectivas ocurre lo que Archer denomina la pérdida de la autonomía, ya sea de la agencia sobre la estructura, la estructura sobre la agencia o de forma mutua.

A raíz de este análisis llegó a proponer la relación individuo y sociedad fuera de la lógica del debate tradicional junto con un modelo para su abordaje, a través de la explicación de lo social bajo el concepto de emergencia, conservando así la autonomía tanto de la agencia como de la estructura en una relación que ocurre por dos vías temporales distintas, lo que llamó una relación de tipo dualista morfogenética (Archer, 2009). El concepto de emergencia de Archer está vinculado con el análisis de sistemas complejos, de modo que, la complejidad puede ser entendida como la irreductibilidad de los elementos y sus relaciones (Mascareño, 2008), por consiguiente, la emergencia responde a la existencia de propiedades capaces de generar causalidad que son independientes del poder causal desde los que emergen (Crane, 2001).

El sociólogo chileno Aldo Mascareño propone una revisión teórica respecto a la distinción acción/estructura haciendo uso de los conceptos acuñados por Margaret Archer, bajo la hipótesis de que las teorías que trabajan con el concepto de emergencia son más capaces de explicar la complejidad de lo social en contraposición a aquellas que ven de una manera reduccionista la relación entre acción y estructura (Mascareño, 2008). El autor llega a asumir el esfuerzo de Archer por captar la complejidad de la sociedad moderna, es decir, la adopción de la emergencia como un elemento central en la discusión contemporánea (Dockendorff, 2013), de igual forma, destaca la capacidad de la ontología constructivista de Niklas Luhmann en su observación de un mundo estratificado de órdenes emergentes, en otras palabras, la irrupción de fenómenos que no se pueden explicar exclusivamente de las propiedades de sus componentes (Luhmann, 2007), así, la emergencia en la teoría de sistemas autorreferenciales de Luhmann tiene su lugar en la teoría de la comunicación como un proceso de selección con la intervención de la acción tanto como condición de posibilidad del sistema como en su disposición de herramientas para orientarlo (Mascareño, 2017), lo que permite reconocer, que ambos, sistema psíquico y sistema social, en términos de Luhmann, son capaces de aportar por igual en la construcción de lo social desde sus respectivas autonomías.

De igual forma existen críticas en torno a la teoría luhmanniana respecto al espacio de participación de los individuos en lo social, quienes dejan de ser considerados elementos unitarios constitutivos (Schimank, 1985; Izuzquiza, 1990; Habermas, 1993). Según la socióloga chilena Cecilia Dockendorff (2013), lo que realmente abandona Luhmann es el concepto humanístico de la sociedad, no así la concepción del ser humano que en su teoría se observa en su propia autonomía y en la capacidad de irritar en la sociedad. Si bien, el individuo ubicado en el entorno de la sociedad no constituye un problema per se, si lo hace el mayor interés por parte de Luhmann para explicar lo social a raíz de la lógica sistémica por sobre la participación de los sistemas psíquicos.

Por lo tanto, este trabajo se enmarca en torno a la teoría de sistemas sociales autorreferenciales propuesta por Luhmann para analizar la relación entre agencia y estructura desde la perspectiva de la participación de los sistemas psíquicos en su relación con los sistemas sociales. Junto con ello, adopta la teoría propuesta por Luhmann como una ventaja teórica en el análisis de la sociedad moderna (Dockendorff, 2013), puesto que, ubica al individuo en el entorno social, en consideración, los seres humanos dejan de ser actores o sujetos considerados las unidades constitutivas de la sociedad, en tanto, situados en el entorno de esta (Luhmann, 1998) operan bajo la autonomía del propio sistema psíquico como del sistema social, sin dejar de reconocer una estrecha relación a través de diversos mecanismos de interpenetración entre ambos elementos constitutivos (Mascareño, 2008). Con ello se abren nuevas condiciones de posibilidad capaces de utilizar conceptos de mayor alcance explicativo bajo nuevas formas de pensamiento (Dockendorff, 2013).

2.2. Discusión Bibliográfica

2.2.1. De la salud como sistema social

A lo largo del siglo XIX en pleno Estado de Bienestar surge la concepción de sistema de salud como un complejo conjunto de redes institucionales y profesionales enfocadas en el tratamiento médico de un grupo elitista minoritario de la población, paulatinamente el sistema de salud fue adquiriendo mayor importancia a nivel social con la progresiva inclusión de un grupo mayor de la población a la operatividad del sistema (Stichweh, 2012), en este contexto surge la figura del hospital adquiriendo mayor relevancia debido al incremento de demandas y necesidades de tratamiento orientadas al problema médico en la salud. Asimismo, la institucionalidad de bienestar social en aumento y la creciente exigencia de inclusión en cada uno de los sistemas parciales (político, económico, jurídico), que formaban la cúpula del Estado de Bienestar, jugaron un rol significativo en la formación del sistema de salud (Stichweh, 2012) como un sistema parcial del sistema mundo.

En efecto, la salud se fue constituyendo a partir de todas las actividades cuya finalidad primordial fuese la promoción, el restablecimiento o la mantención de la salud, por lo que, en esta definición encajan una serie de elementos como: los servicios de salud entre los que destaca la prestación profesional de atención médica, junto con todas las actividades tradicionales de la salud pública como la prevención de enfermedades o el mejoramiento de la seguridad ambiental, en definitiva, la definición de sistema de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y los recursos de los que surgen iniciativas cuya misión principal es mejorar la salud (OMS, 2000). De este modo, es posible concebir el sistema de salud como un recurso estratégico debido a su influencia en la capacidad de acción de las personas y como un mecanismo de defensa dirigido a la preservación, reparación y mejora de la salud. Además de los aspectos altamente individuales de la enfermedad existe un componente social en su potencial e impacto real en el rol institucionalizado, lo que incide en la transformación de los recursos generalizados en servicios sanitarios destinados a la sociedad (Field, 1976).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el sistema de salud está constituido por cuatro estructuras que dan cuenta de los procesos comunicativos al interior del propio sistema: a) los flujos de información, es decir, los mecanismos de recolección, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para operar los servicios de sanidad y para planificar la atención de pacientes, b) la capacidad organizacional, a saber, la configuración y estructura del sistema que da cuenta de las aptitudes de la salud pública para llevar sus funciones de manera eficiente, eficaz y sostenible a fin de contribuir a la misión y visión institucional, c) las tecnologías en salud que incluye los recursos físicos y técnicos que son utilizados en los centros de atención, además, de los diversos medicamentos, en otras palabras, los cimientos materiales de la salud y, d) los recursos que corresponden a la fuerza

laboral dedicada a proveer de los servicios de salud y los diferentes tipos de financiamiento económico dispuesto en el sistema (OPS, 2007).

Ahora bien, desde una perspectiva sistémica existen estructuras más complejas situadas en el entorno que facilitan el anclaje del sistema de salud con la sociedad, en la medida que vinculan el sistema de salud con el resto de los subsistemas como el sistema económico, el sistema de derecho o el sistema político, y constituyen un ordenamiento más amplio en el marco de los complejos sistemas de deliberación (Kjaer, 2012). Este tipo de organizaciones (gremios, grupos de lobby u ONG's) acopladas al sistema sanitario han irritado de tal manera que sus comunicaciones y estructuras han promovido una evolución de la salud de acuerdo con sus expectativas e intereses, lo que no quiere decir que hayan determinado los procesos de selectividad propios del sistema, sino que, a partir de su información el sistema sanitario ha adoptado cambios internos (Luhmann, 2007), que han significado una ampliación de sus operaciones. Por consiguiente, la salud se caracteriza por su complejidad en la medida que está vinculada a factores externos o de contexto, los que son impredecibles para el sistema, a saber, son más bien sistemas dinámicos que se adaptan y perturban a partir de sus elementos independientes (Coleman, 1999).

Siguiendo esta línea, la complejidad del sistema de salud alude a la emergencia y adaptabilidad de las organizaciones sanitarias, en la medida que estas dos cualidades son esenciales para la autorreproducción del sistema (Stuart, 1995), esta complejidad dinámica del sistema de salud se caracteriza por constituirse a partir de operaciones que se asemejan a ciclos interactivos y de retroalimentación en los que sus resultados no representan las típicas relaciones lineales (Erazo, 2015), sino, una compleja red de interacciones, en otras palabras, no se comportan de forma secuencial y no cursan etapas predeterminadas sino que son una compleja red de interacciones, gráficamente se puede entender con el caso de las acciones destinadas a mejorar la calidad en los servicios sanitarios como los programas públicos, los que en un principio pueden tener éxito, pero, con el aumento de las demandas y necesidades colectivas, los recursos destinados pueden ser insuficientes produciendo una alteración de los procesos de satisfacción de las expectativas (Fajardo, Fernández, & Ortiz, 2013).

Esta evolución de la salud da cuenta de su condición de sistema social autopoietico en el sentido del operar a partir de su autorreferencialidad, posicionándolo como un sistema estratégico del sistema mundo. En consideración, la salud ya no refiere únicamente a la relación médico/paciente, las nuevas estructuras responden a una ampliación de los procesos comunicativos en los que participan organizaciones, instituciones y recursos que promueven una mejora significativa de la salud a partir de cuatro elementos fundamentales: a) acceso universal, b) adhesión equitativa, c) participación comunitaria y, d) enfoque intersectorial. Estos principios esenciales de la salud son los que deben hacer frente a un entorno altamente complejo

y cambiante, lo que trae consigo que las propias selecciones del sistema puedan indistintamente satisfacer o no las expectativas de los sistemas psíquicos, lo que representan una característica basal de los sistemas sociales.

2.2.1.1. Sistema médico o sistema de salud

Se ha planteado la discusión sobre la posibilidad de incluir el sistema de salud como un sistema social, pero, hay que reconocer que Niklas Luhmann ya trabajó sobre una noción muy similar a la salud, bajo el concepto de sistema médico, es posible vislumbrar al menos una relación estrecha entre el sistema médico y lo que hoy conocemos como sistema de salud, incluso es posible en la actualidad reemplazar el sistema médico por el sistema de salud, a partir de algunos indicios que el propio sociólogo alemán desarrolló en su teoría, junto con la evolución que ha presentado la salud en la sociedad moderna.

La medicina como sistema social se orienta principalmente en los marcos del entorno, por lo que, los procesos comunicativos del sistema no están interesados en las estructuras internas, más bien, se preocupan de la situación orgánica y mental de los individuos (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). Es a través de la relación médico/paciente que se inicia las operaciones del sistema, así, la función del médico consiste en participar cuando un individuo por diversas razones no se encuentra en buenas condiciones ya sean físicas o mentales, es decir, cuando un individuo es identificado en su calidad de paciente. El fin del médico, a saber, curar las enfermedades tiene a la base el código sano/enfermo, y es esta dualidad la que define los límites de la interacción específica entre el médico y el paciente (Luhmann, 2009), es a partir de los conceptos de sano y enfermo que se indica el valor negativo de la salud y el valor positivo de la enfermedad, más allá, de los estados físicos o psíquicos de los sujetos. De este modo, los médicos se orientan sobre la enfermedad, en este sentido, la vida humana solo adquiere relevancia en la medida que es vista bajo el código enfermo, por lo que, la salud solo es una orientación sobre lo que falta, en el sentido de valor reflexivo (Vogd, 2005), y los sanos solo son importantes en cuanto no son o están enfermos o que pueden ser enfermos en potencia sobre enfermedades no diagnosticadas, en definitiva, el sistema solo actúa cuando una persona determinada da cuenta de su enfermedad.

Desde esta perspectiva, el sistema médico se encuentra codificado de una manera poco común con respecto al resto de sistemas sociales, ya que, es el único en el cual el valor positivo (enfermedad) no es por el que existe una preferencia social, a pesar de tener la capacidad de relacionar al sistema, en cambio, el valor negativo (salud) es el que permite la reflexión (Luhmann, 2009). La relevancia de la enfermedad se refiere a la relación entre la corporeidad y la conciencia, dos sistemas autopoieticos distintos, siendo el cuerpo quien perturba a la conciencia por medio del dolor, esta última, es una compensación por el déficit de la relación con el cuerpo que ejecuta una reducción de la complejidad, a través, de la asociación de la

atención del cuerpo (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996), de esta forma, las enfermedades que se anuncian por medio del dolor tienen una prioridad sobre las demás (Luhmann, 2009), siendo el médico quien adopta una relevancia mayor sobre todo cuando el cuerpo pide ayuda.

La relación de interdependencia entre la medicina y el resto de los sistemas parciales o subsistemas es fundamental para su operatividad, por lo que es posible describir el acoplamiento de la medicina a otros sistemas como el económico, el político, el científico o el jurídico, solo por nombrar algunos (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996), puesto que para la curación médica es necesario un conjunto de decisiones selectivas en estos ámbitos. Ahora bien, esta interdependencia no significa una pérdida de la autonomía del sistema, es más bien un operar a raíz de la información obtenida desde el entorno (Luhmann, 2007), como por ejemplo, el rol de organizaciones sociales, sesiones parlamentarias o gremios laborales en la construcción social de la enfermedad, donde pueden ejercer irritación desde sus posiciones estructurales, pero, en ningún sentido determinarlas unilateralmente.

Progresivamente en la sociedad altamente compleja ha aumentado la relevancia de la medicina relacionada con el aumento de las pretensiones y expectativas en el tratamiento de la enfermedad, en el instante en que se vuelve posible el tratamiento, este ya no puede faltar y la ausencia de este en algunos sectores de la sociedad se ve como una discriminación escandalosa (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). De esta forma, las pretensiones conllevan a una política social y, con ello, a un conflicto financiero. El intento de reducir las expectativas y las pretensiones de los individuos se enfrenta a la limitación de las operaciones del sistema médico, así, el costo económico asociado a la enfermedad se convierte en un cálculo del sufrimiento, junto con una acumulación de estereotipos negativos, etiquetas impuestas y conflictos sociales emergentes (Luhmann & De Giorgi, 2008).

En este marco de acción, la salud debido al proceso evolutivo y la construcción de sus propias comunicaciones puede ser entendida como el nuevo sistema médico, a raíz de una serie de factores que la constituyen como tal. En primera instancia la interdependencia con otros sistemas, un ejemplo de ello es la relación con el sistema de derecho que se puede percibir por medio de la judicialización de la salud, es decir, la tutela sobre la efectividad del derecho a la salud (Martini, 2014) o por la relación con el sistema político debido a los programas o políticas sanitarias dispuestos por el poder ejecutivo y/o legislativo con el fin de mejorar las condiciones sociales de la salud, en definitiva, es posible observar la relación entre la salud y el resto de los sistemas, operando a partir de una estructura interna específica (Luhmann, 1998). Un segundo argumento da cuenta de la autopoiesis del sistema de salud, de modo que, se puede observar que en la sociedad funcionalmente diferenciada la salud como sistema social se fue diferenciado y estableciendo sus límites respecto al entorno, por medio de las propias irritaciones con los demás sistemas parciales y de las estructuras internas que se comunican a partir del código binario

salud/enfermedad (Martini, 2014), provocando un evolución del sistema de salud, lo que conduce hacia un cambio de las estructuras del sistema médico.

Incluso el propio Luhmann deja algunos indicios que permiten configurar la salud como sistema social, al proponer un código secundario que supera la relación sano/enfermo, referido en los marcos de la tecnología genética que propone la distinción curable/incurable (Luhmann, 2009), esta codificación es secundaria en cuanto permite una nueva dinámica interna del propio sistema que no se puede basar en los criterios predeterminados. A saber, el sociólogo alemán percibió la complejidad del sistema y dejó abiertas nuevas opciones que sobrepasan las operaciones de la medicina, que en la actualidad se ha ampliado plausiblemente producto de la selectividad de nuevas posibilidades de derecho y financiación (Martini, 2014).

Considerar la salud como sistema social significa romper con las relaciones comunicativas propias del sistema médico, dicho de otra manera, dejar de ver el valor positivo en la enfermedad y dar un giro hacia la salud como valor positivo del sistema, ampliando los códigos a nuevas estructuras comunicativas como curable/incurable. Así, el sistema de salud no solo responde a la cura de la enfermedad, es el derecho a la salud constitucionalizado en el sistema mundo el que está en juego, la apertura a nuevas selectividades producto de su interdependencia con otros sistemas parciales, permitiendo reconfigurar el sistema médico en un sistema de salud ampliado.

2.2.1.2. Persona en salud

El problema de la persona en salud tiene a la base la doble contingencia entre los sistemas de comunicación y los sistemas de conciencia, la delimitación entre ambos sistemas refiere a la posición del individuo en el entorno (Luhmann, 1998), lo que hace necesario identificar el modo de participación de los sistemas psíquicos en los sistemas sociales. Las personas son identificaciones que no responden a un modo operativo propio, es decir, no constituyen sistema (Luhmann, 1998), es un concepto utilizado por los sistemas sociales para referirse a quienes participan en el proceso comunicativo durante el acoplamiento estructural entre comunicación y conciencia (Luhmann, 2007). En este sentido, para que aumente la inteligibilidad de las expectativas mutuas y las conductas de las personas es necesario reducir sus posibilidades de participación (Dockendorff, 2013), determinando la forma de persona como la limitación individualmente atribuida de las posibilidades de conducta. De modo que, los sistemas sociales personalizan aquellas referencias del entorno, y a través de esto condensan a las personas, es decir, las homogenizan como si fueran idénticas, dotándolas de nuevas referencias (Luhmann, 2007), de esta forma, cada sistema puede incluir/excluir a los sistemas psíquicos en su calidad de persona de la participación interna en el sistema, estas referencias captadas del entorno son las que limitan las posibilidades de las personas bajo la distinción inclusión/exclusión.

En el marco de la sociedad funcionalmente diferenciada la participación de los sistemas psíquicos en los sistemas sociales genera un cambio en el proceso de inclusión de los seres humanos, el individuo deja de pertenecer solo a un sistema por lo que no concibe una sola forma de participación, en la sociedad altamente compleja los individuos participan de una pluralidad de sistemas sociales y, por ende, son múltiples las formas de participación o de inclusión (Dockendorff, 2013), por ello, el ser humano se divide en un sinnúmero de personas, en tanto que hay personas como sistemas sociales posibles. En este sentido, es latente que un mismo individuo reciba la categoría de paciente, estudiante, cliente, ciudadano o consumidor, según el sistema social de participación latente, es la observación de dicho sistema que determina la inclusión de los seres humanos, de modo que, el concepto de persona implica una perspectiva de observado y observador, lo que incluye la autoobservación, así, se habla de personificación cuando se explica la dependencia de reproducción del sistema social comunicativo a los atributos personales (Luhmann, 1998).

Ahora bien, la forma de persona sirve exclusivamente para la autoorganización de los sistemas sociales, resolviendo el problema de la doble contingencia por medio de la limitación de las posibilidades de conducta, sin embargo, esto no quiere decir que solo actúe como una referencia comunicativa y carezca de sentido psíquico (Luhmann, 1998), puesto que las personas sirven al acoplamiento estructural o a la interpenetración entre el sistema psíquico y social, ya que, son ellas las que hacen posible la experimentación de sus propias limitaciones, dotando al sistema de nuevas formas de organización.

En el caso de la salud como sistema autorreferencial, la participación de los individuos en su calidad de persona se encuentra en plena discusión en el marco de la sociedad funcionalmente diferenciada, a raíz de la interacción entre los sistemas parciales y la relevancia que ha adoptado el sistema económico en el sistema mundo, las formas de inclusión en la salud han mutado hacia nuevas categorías como las de cliente o usuario, que se añaden a la histórica calidad de paciente (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017). La relación médico/paciente acuñada por la teoría de sistemas autorreferenciales para referirse a la participación de los sistemas psíquicos en el sistema médico tiene a la base la distinción salud/enfermedad (Luhmann, 2009), la calidad de paciente refiere a una persona enferma que recibe algún tipo de tratamiento o atención, es decir, que tiene el derecho social de ser atendido, lo que se traduce en un costo a nivel económico (Knudsen & Vogd, 2015), el sistema solo opera en razón del paciente como enfermo que manifiesta dolor, de lo contrario queda excluido de las relaciones sanitarias.

Desde una perspectiva política, el rol del Estado como mediador de la sociedad civil trajo consigo una creciente intervención del sistema político en el resto de los sistemas parciales y con ello una contaminación en el ámbito de la acción política de las conductas privadas (Habermas, 1990) durante el Estado de Bienestar. La intervención del sistema político en las

diferentes esferas de la acción provocó que las categorías tradicionales de participación en los subsistemas pasaran a pervertirse bajo la calidad de clientes de la burocracia (Habermas, 1990), en otras palabras, consumidor que disfruta de las ventajas del Estado social. De acuerdo con esto, a raíz de las relaciones de intercambio entre el sistema político y el sistema mundo, se diluye la distinción entre la calidad de ciudadano y cliente, es el capitalismo tardío el que se caracteriza bajo la categoría del cliente social y consumidor de masas (Solares, 1996). De este modo, la categoría de cliente se constituyó en el marco del sistema de salud, como resultado de un proceso de satisfacción de las necesidades de los consumidores respecto a las expectativas estructurales (Cabello, 2001).

Por su parte, la aparición de la categoría de usuario referida a la capacidad de elección de las personas en el sistema de salud, surge en respuesta a la calidad de paciente de los sujetos interpenetrados al sistema, la cual ha sido asociada históricamente a los rasgos de pasividad e individualidad, la noción de paciente promueve las prácticas normativas ajenas a las necesidades y expectativas de los individuos (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017). Sin embargo, la cualidad de usuario no solo busca entregarle un rol activo al individuo en el sistema mediante la posibilidad de decidir sobre su salud, sino que también es una propuesta frente a lo anacrónico que queda el término paciente en el discurso de tipo empresarial y médico (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017). Asimismo, la forma de usuario parece ser la mezcla perfecta para dotar a los sistemas psíquicos asociados a la salud de capacidad de selección y control sobre su atención, pero, solamente es parte de una ficción tan compleja que se tiende a confundir con la realidad (Morin, 2001), es más bien, una estrategia para solapar los intereses comerciales que han envuelto las relaciones del sistema sanitario.

En definitiva, cada una de estas propuestas responde a criterios de atención distintos y evolucionan paralelamente a las perspectivas dominantes en el sistema mundo, lo que no permite generar un consenso respecto a la forma de persona propia de la salud como sistema autorreferencial. Si la calidad de paciente surge en el marco de los derechos sociales, como el derecho a la atención inherente a su condición, las formas de cliente y usuario fungen de la mano de las libertades individuales como la capacidad de elección y decisión de las personas. Por otro lado, si la categoría de paciente solo se activa a partir del valor positivo de enfermedad y, de lo contrario queda excluido de las relaciones del sistema, la calidad de usuario, e incluso la de cliente, promueven un giro respecto al código binario enfermo/sano, ya que, son agentes del sistema no solo al padecer un dolor o al recibir un tratamiento, sino, mediante cualquier tipo de participación en los procesos comunicativos de la salud. En este escenario, la autoobservación de los sistemas psíquicos se vuelve fundamental para dar respuesta al problema de la persona en salud, y a partir de la autorreferencia comprender la reducción operativa que significan las formas de pacientes, clientes o usuarios en un marco de acción propia de los sistemas sociales,

de modo que, son los sistemas de conciencia los que a partir de la irritación del sistema pueden incentivar cambios en las categorías de inclusión al interior de los sistemas parciales.

2.2.2. Del problema de la complejidad política

El problema de la complejidad es el tema central de la teoría de Luhmann, la función de construcción de sistemas tiene a la base la comprensión y reducción de la complejidad del mundo (Rodríguez & Arnold, 1999), esto se explica a raíz de la relación sistema y entorno. Como se ha establecido, los entornos son más complejos que los sistemas, de tal forma que la construcción de los sistemas requiere de la diferenciación con el entorno a través de una selección de códigos, comunicaciones, estructuras y elementos, es decir, el sistema debe actuar selectivamente sobre las múltiples alternativas ofertadas donde solo se actualizan algunas posibilidades de relación, lo que se denomina la reducción de la complejidad en la producción de sistemas, dotándolos de mayor orden (Luhmann, 1973). Esto lleva a la definición del concepto de complejidad organizada, la que solo se puede llevar a cabo a través de la formación de sistemas, en el sentido que la complejidad organizada no es más que una complejidad de relaciones selectivas entre los sistemas (Luhmann, 1998).

La distinción sistema/entorno desemboca en la paradoja de la complejidad, pues actúa como unidad a la vez que multiplicidad, cuestión que es reconocida por su estructura, ahora bien, esto no quiere decir que en algunas ocasiones refiera a la unidad y en otras a la multiplicidad (Luhmann, 2007), sino que cada una de sus operaciones está comandada por esta dualidad constitutiva. Para responder a esta disyuntiva, la complejidad se descompone en los conceptos de elemento y relación, en definitiva, recurre a una distinción anterior. De este modo, es posible entender por complejidad una cantidad de elementos conexos que producto de una limitación inmanente a la capacidad de acoplamiento, el observador no puede relacionarlos entre sí (Luhmann, 2005), asimismo, por limitación inmanente se remite a la complejidad interior de los sistemas donde se vinculan los elementos, a la que el sistema no puede acceder y que posibilita la unidad de las estructuras constitutivas, en otras palabras, el umbral en donde ya no es posible la relación de los elementos (Luhmann, 1998). Desde esta perspectiva, la complejidad es más bien un estado de cosas autodeterminado que una operación, dicho de otra manera, es un número de posibilidades hechas posibles a través de la construcción de sistemas (Luhmann, 1973), que puede remitir tanto a variables cuantitativas como a la diferenciación de un sistema y la interdependencia de sus partes, y entre éstas y el ambiente, de ahí que la complejidad sea un hecho inevitable del sistema mundo.

Complejidad, en el sentido antes señalado, significa selección condicionada y la selección condicionada significa contingencia, y contingencia significa riesgo. De esta forma, cualquier grado de complejidad se traduce en una selección de posibilidades respecto a la relación de los elementos, los que son cualificados por la propia selección, aunque fuese posible

otras selecciones, por lo mismo, la contingencia de la complejidad alerta sobre la posibilidad de fallo incluso de la selección más óptima (Luhmann, 1998). Por medio de estas directrices es posible asumir que de unidades muy similares surjan sistemas muy diferentes, porque, la complejidad misma no es capaz de prever las relaciones que se pueden dar entre los elementos, esto es exclusivamente producto de cada uno de los niveles de los sistemas y de la distinción entre sistema y entorno, por lo que, es posible asumir que la selección a la que está determinado el sistema es resultado de su propia complejidad (Luhmann, 2005).

Como mecanismo de observación y de descripción, la complejidad se puede utilizar a través cada uno de los estados posibles; de modo que el observador (sistema o entorno) sea capaz de distinguir la diferencia entre elementos y relaciones producto de la complejidad sin disponer de un solo modo de llevar a cabo esta función, por ende, se pueden albergar una infinidad de descripciones de la complejidad de acuerdo a las condiciones del observador (Luhmann, 2007). Junto con la observación de la complejidad, también el observador es capaz de la autoobservación y autodescripción de modos diversos, producto de la posibilidad de representar las descripciones de otros observadores respecto a su propia complejidad, lo que desemboca en una pluralidad de representaciones y en la pregunta sobre el cómo se observa la complejidad. Solo en este caso es posible reconocer el por qué la teoría de la sociedad sistémica necesita del problema de la complejidad, sin embargo, esta mezcla también abre una nueva interrogante sobre el tratamiento del concepto de complejidad, esto quiere decir, entender la coevolución entre sistema y entorno como una relación donde interactúan diferentes grados de complejidad de acuerdo con las estructuras internas (Luhmann, 1998).

Esta nueva interrogante plantea una concepción de complejidad entendida como distinción. De esta definición funge la diferencia entre la complejidad inasible del sistema y del entorno que se lleva a cabo cuando todos los elementos se pueden vincular, y la complejidad estructurada que solo puede ser seleccionada a través de la contingencia, por otro lado, se debe distinguir la complejidad del entorno de la complejidad del sistema en ambas formas antes señaladas (Luhmann, 1998). En ambos casos se plantea un mismo principio que obliga la selección de posibilidades, en el sentido que la complejidad no refiere a estados sino más bien a operaciones, por lo que se habla de una reducción operativa de esta. A partir de esto surge un nuevo significado de complejidad entendida como medida de la indeterminación o la carencia de la información (Luhmann, 1998), de modo que, la complejidad es concebida como la información que le hace falta al sistema para describir al entorno o a sí mismo, es decir, como un horizonte de selección para los elementos particulares, junto con ello, esta segunda perspectiva puede ser usada en los sistemas de sentido para volver a introducir la complejidad del sistema al interior del propio sistema (Luhmann, 2007), traducido en términos de relación de la actualidad y potencialidad de las posibilidades de selección. La distinción entre ambos

conceptos de complejidad evidencia que los sistemas no pueden comprender su propia complejidad, y menos aún la de su entorno, pero si son capaces de problematizarla.

2.2.2.1. Sistema político y Estado

En el marco de la sociedad moderna, caracterizada por su alto grado de complejidad y su diferenciación funcional (Hegel, 1968; Parsons, 1974; Luhmann, 2007), el Estado en su forma ideal ha representado la síntesis entre el operar de un tipo de organización política y una determinada comunidad cultural, históricamente esto le ha significado ser considerado la representación más importante de organización social a nivel político (Hegel, 1968; Kjaer, 2012). La organización pública configurada por un núcleo vertical en su estructura jerárquica orgánica es la forma externa y visible de la sociabilidad que opera bajo dos principales mecanismos: la autoridad moral y/o la coacción física (Durkheim, 2006), si para algunos, la primera impregna un mayor poder sobre la disciplina social puesto que la coacción se hace presente con resultados frágiles que necesariamente conducen al descontento social (Durkheim, 2001), para otros, el Estado debe entenderse como un instituto político de actividad continuada con pretensión al monopolio legítimo de la coacción física para la formación y conservación del orden social (Weber, 2002; Weber, 1974).

El sistema político por su parte, en un sentido restringido, está orientado hacia la ejecución de decisiones o no decisiones vinculantes con la potencialidad permanente del uso de la violencia en el caso del no acatamiento, lo que refleja en gran medida las funciones estatales orientadas hacia la conservación de un monopolio jurídico de la violencia (Kjaer, 2012), lo que le otorga una centralidad única respecto a lo social. El anclaje del sistema político con el resto de los sistemas se logra mediante las estructuras sociales de tipo civil en la medida que se vincula como una forma de coordinación social más amplia. En definitiva, el sistema político puede ser entendido como una unidad estructurada a partir de la relación con otros subsistemas del propio sistema político global representado en la forma de Estado (Kjaer, 2012).

Ahora bien, para Niklas Luhmann el Estado moderno no es más que una esfera formal de comunicación entre muchas otras, en este sentido, ya no es más el centro constitutivo de la vida buena y verdadera, ya no es el garante del bien común, en consecuencia, el Estado ya no es la *Politeia* (Torres Nafarrete, 2006). En su teoría de los sistemas autorreferenciales la ubicación central que por largo tiempo ocupó la política en la teoría social, pasa a manos de la sociedad como sistema mundo, un orden social altamente complejo y diferenciado (Luhmann, 1993) producto de una organización acéntrica sobre la base de una pluralidad de sistemas parciales de un mismo nivel jerárquico (Luhmann, 2002).

Así, el sistema político es un subsistema parcial de una sociedad diferenciada por funciones y tiene como principio social la toma de decisiones colectivas de carácter vinculante

(Luhmann, 1993), la cual se puede perpetrar mediante la centralización de la capacidad de ejercer violencia física sobre los subordinados (Luhmann, 1995; Torres Nafarrete, 2009), es decir, por medio de la concentración del poder en manos de un Leviatán, el poder entendido, en palabras de Luhmann, como un medio simbólicamente generalizado que hace probable la obediencia de órdenes (Luhmann, 1998), lo que no significa que toda comunicación del sistema político tenga a la base el uso de la violencia o el poder (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). El sistema político está dividido en tres subsistemas parciales: a) la administración que se vincula con el aparato estatal, de gobierno y legislativo, b) el público referido a las organizaciones, individuos y opinión pública que influyen en el sistema y, c) la política que opera entre los dos anteriores, como el caso de los partidos políticos (Gonnet, 2010), esta articulación genera que el sistema político se construya sin un centro y con un alto grado de autoorientación, lo que se traduce en una creciente vinculación entre sus subsistemas y una escasa relación con el entorno, reduciendo su capacidad de observación a sus límites de sentido (Luhmann, 1993).

En el caso del Estado, este se concibe como un sistema de decisiones organizadas distinto al sistema político, a saber, una organización limitada a un territorio que facilita la toma de decisiones del sistema político (Luhmann, 2002), al permitir un adecuado funcionamiento de la democracia, pero que a la vez, puede dificultar su función en el sentido que la acción política esté supeditada a estructuras locales en detrimento de los intereses sociales del sistema mundo. En particular Luhmann (1993), trabaja sobre el concepto de Estado Benefactor europeo, y lo concibe como la materialización formal de la inclusión/exclusión al interior del sistema político, en cualquier caso, el problema de la no inclusión en el Estado Benefactor, que entre otros factores desencadena la crisis del Estado en el siglo XIX, radica en la disyuntiva del cómo se manifiesta la inclusión, esta solo es posible producto de los procesos internos del sistema político, entendiendo el sistema político como un sistema autopoietico, por lo que la comprensión del entorno solo se alcanza a través de las propias operaciones del sistema, en efecto, la crisis del Estado Benefactor, señala el sociólogo alemán, se debe exclusivamente a las operaciones internas del sistema político.

Un último punto a destacar, refiere a la distinción que realiza respecto a la función y las prestaciones del sistema político, las prestaciones son las relaciones input/output que tiene el sistema político con el resto de los sistemas funcionales, por ello, las prestaciones operan en el contexto de que otro sistema funcional requiere de una selección vinculante (Gonnet, 2010). Ahora bien, el sistema político solo es capaz de vincular las prestaciones a los sistemas que tengan la capacidad de selectividad vinculante, de lo contrario se genera la burocracia traducida en una sobrecarga del sistema político, en otras palabras, el operar del sistema político solo se realiza reconociendo la autonomía operativa de los demás sistemas parciales (Luhmann, 1993). De este modo, son las prestaciones las que están al servicio del funcionamiento del sistema

político para que conserve su identidad dentro del sistema social, y no la función sistémica el principio que rige las prestaciones.

2.2.2.2. Políticas públicas

La conceptualización sobre las políticas públicas se enmarca bajo un paradigma que surge desde la gobernabilidad estatal, en este marco se relacionan los niveles de análisis, en los que se incluye la política pública y los campos de acción gubernamentales que alcanzan un grado de articulación respecto al consenso básico entre el grupo dominante y una mayoría significativa de la población (Camou, 2001), las cualidades del paradigma de la gobernabilidad dan cuenta de dimensiones claves que desempeñan un rol preponderante en la formulación de las políticas sociales, entre los que destaca la legitimidad como característica de la gobernabilidad, la representatividad que tiene que ver con el estado de gobernabilidad y la dualidad eficiencia/eficacia como propiedad de la gobernabilidad. En este marco conceptual han surgido distintas iniciativas para definir ¿Qué es una política pública? Para el académico Mauricio Olavarría (2007), estas iniciativas se pueden agrupar en propuestas teóricas que lejos de ser contradictorias, enfatizan diversos aspectos que se encuentran presentes en la idea inicial de las políticas sociales: a) aquellas que ponen el acento en la finalidad de la decisión, b) las que centran su atención en la propia decisión misma que permite el surgimiento de una política social y, c) otras que se focalizan en la dimensión de poder.

El primer grupo de definiciones, que se focalizan en la propia finalidad de la decisión, es decir, si la política social se orienta a modificar o no el estado del problema, entiende la política pública como un curso de acción o inacción por parte del Estado frente a un problema social (Kraft & Furlong, 2013), es posible observar bajo esta definición el conflicto entre los valores y cuáles de dichos valores reciben un mayor grado de atención, a saber, una política es entendida bajo la distribución autoritativa de valores propios de la sociedad (Easton, 1999). Hasta cierto punto, la política social puede llegar a ser cualquier cosa que el Estado elige hacer o no hacer, por lo que, el Estado es capaz de regular conflictos y organizar a la sociedad (Dye, 2016), de esta forma, las políticas públicas acentúan la definición como el resultado de decisiones por parte del Estado o el gobierno, que tienen como finalidad ya sea conservar o alterar el statu quo (Howlett, Ramesh, & Perl, 2009). En definitiva, esta perspectiva asume la política social como un conjunto de decisiones y no decisiones interrelacionados, que refieren a un foco determinado de tensión o conflicto social, se trata de decisiones adoptadas formalmente en el contexto de los organismos públicos, cualidad que dota de obligatoriedad a las políticas sociales, que se encuentra precedida de un proceso de formulación en el que participan una pluralidad de actores públicos y privados (Valles J. , 2007).

En un segundo caso, donde el énfasis está puesto en la decisión misma que permite emanar una política social, la definición de política refiere a un conjunto de decisiones, objetivos y

acciones que ejecuta un gobierno con el interés de dar solución a los problemas que un determinado momento tanto la sociedad civil como el gobierno consideran necesario (Tamayo, 1997), es decir, responde a la pluralidad de selectividad para hacer frente a un problema social considerando tanto la posibilidad actual como las posibilidades desechadas, todas estas decisiones interrelacionadas, ya sea tomadas por el gobierno o por el gobierno y la sociedad civil, refieren a la selección de metas o los medios para llegar a su consecución a través de la autoridad de los individuos (Jenkins, 1978).

Por último, el grupo de propuestas que concentran su esmero en la dimensión del poder conciben la política pública bajo la pluralidad de cursos de acción junto con los flujos de información que se relacionan para dar con el objetivo político seleccionado de forma democrática; los que son formulados y ejecutados principalmente por la autoridad pública investida de poder y de legitimidad (Lahera, 2004), en este mismo sentido, se enfatiza el rol de la autoridad pública como alguien investido de poder público capaz de tomar cursos de acción que resultan en políticas sociales (Meny & Thoenig, 1992). Más adelante, el propio Eugenio Lahera (2004) amplía la definición incluyendo la intervención de la sociedad civil o comunidad y la participación del sector privado, así, el proceso de formulación de las políticas no se queda exclusivamente en el poder de la autoridad pública y se plantea más como un juego dinámico de colaboración entre individuos heterogéneos que interactúan en un escenario determinado, el amplio abanico de participantes en el proceso político permite la interacción entre personas con roles y estatus asignados constitucionalmente y personas con una participación menos definida y más fluida, pero no menos importante (Stein & Tommasi, 2006).

De esta forma, es posible determinar que en la formulación de políticas públicas existe un esquema de división del trabajo compuesto por tres ejes fundamentales de participación, dimensiones conceptuales que intervienen en las decisiones o conjunto de acciones, (Belmonte, 2009), cada uno de estos sectores involucrados cumple un rol en los flujos de información y forma parte de la selección de posibilidades: a) las organizaciones estatales en sus diferentes niveles jurisdiccionales, este espacio está ocupado principalmente por las agencias gubernamentales y estatales que se encargan tanto de la elaboración como de la ejecución de los proyectos, en este grupo se encuentran la presidencia de la república, los ministerios, las superintendencias, las comisiones y el aparato legislativo, b) los proveedores del mercado, que participan a través de los bienes y servicios que ofrecen a sus clientes, en este escenario se sitúan no solo las instituciones privadas que brindan algún tipo de servicio, sino también aquellas instituciones públicas que desempeñan la misma función destinada a la sociedad civil y, c) las organizaciones de la sociedad civil o el tercer sector, que también prestan una pluralidad de servicios a los ciudadanos, este caso alberga a la propia sociedad civil agrupada en colectividades que ejercen algún grado de presión social en las diferentes etapas por las que atraviesan las políticas públicas (Belmonte, 2009).

Ahora bien, desde otra perspectiva se sostiene que las políticas, o más allá, cualquier tipo de intervención social es antes que todo, una interpretación de la complejidad del sistema mundo (Saavedra, 2015), sin embargo, esta capacidad interpretativa está paradójicamente relacionada con el problema de la complejidad, en el sentido de que el acto de comprender se interrelaciona con el entorno, lo que de por sí es ajeno al propio sistema y requiere de la constitución de la contingencia como comunicación. Desde este paradigma se entiende a la política pública como un complejo sistema de comunicaciones integrado por subsistemas políticos particulares enfocados en diferentes escenarios de acción, que funcionan como sistemas abiertos interconectados entre ellos mismos y con un alto grado de relaciones en un contexto circundante. De este modo, cada uno de los procesos que da forma a las políticas sociales configura un sistema donde intervienen comunicaciones, sentidos, selecciones, decisiones y problemas, con un grado mayor o menor de independencia, que unidos por una red compleja de fuerzas resultan en las políticas públicas.

Desde la idea de complejidad sistémica se plantea que los sistemas sociales operan bajo la dualidad inclusión y exclusión, a partir de los procesos de selección de posibilidades por medio de códigos específicos que determinan la pertenencia de las estructuras y operaciones en dichos sistemas (Robles, 2002), la variabilidad expresada es coordinada con las posibilidades selectivas, por ende, el proceso de las políticas públicas adquiere reflexividad y con ello permite transformaciones en sociedades altamente diferenciadas (Saavedra, 2015). Siguiendo este hilo argumental, las políticas sociales solo son una invitación a la autopoiesis de los sistemas operativamente clausurados y cognitivamente abiertos a su entorno, producto de sus propias distinciones (Mascareño, 2011), lo que se traduce en políticas sociales irradiadas por la capacidad de selección de posibilidades y su viabilidad autorreferencial (Saavedra, 2015). Esta visión alude a la cualidad de los sistemas psíquicos situados en el entorno de la sociedad, por lo que conservan el grado de autonomía necesario para evaluar y modificar, sin determinantes externos, su capacidad posibilitada de influir en la sociedad (Dockendorff, 2013) a partir de su propia complejidad interna.

2.2.2.3. Reducción (operativa) de la complejidad

Las políticas públicas son también, desde el paradigma de la complejidad y según la teoría de sistemas, falsas disyuntivas de la unidad propia de la multiplicidad de posibilidades direccionadas hacia una selección de estas, por lo tanto, la reducción operativa de la complejidad es el “punto de Arquímedes” para las políticas públicas (Matus, 2012), es decir, las discusiones radican en las posibilidades alternas, ante las que se destaca la posibilidad actualizada que opera al interior de la complejidad, y que presenta como fin último comprender dicho panorama en relación con los mecanismos de posibilidad de comunicación que emergen en el análisis.

Al hacer referencia a la reducción de la complejidad, se tiende a profundizar sobre el requerimiento para la experiencia y la acción. Una de las dificultades que presenta la complejidad es la infinitud de redes que componen la diferenciación entre sistema y entorno, por lo tanto, no se puede experimentar la totalidad de elementos en un mismo espacio temporal, ni mucho menos realizar cualquier acción que se pueda concebir sin excluir un fenómeno, para ello al conceptualizar una política pública es fundamental una herramienta teórica que permita desarrollar esta selección de posibilidades en función de la construcción del sistema. Es decir, la reducción de la complejidad “de ninguna manera se puede pensar en una suerte de eliminación. Se trata tan solo de un operar en el contexto de la complejidad, es decir de un traslado continuo de lo actual y lo potencial” (Luhmann, 2007, pág. 107), en definitiva, la acción selectiva frente al problema de la complejidad.

Es relevante analizar debido a ello las distinciones entre sistema y entorno. El sistema produce sus selecciones propias y sus posibilidades de flujos de comunicación que, a la vez, son muchos más restringidos que la complejidad propia del entorno, por ello, la discusión sobre los límites y la selección de posibilidades se convierte en un proceso reflexivo mediante la construcción del sistema social (Rodríguez & Arnold, 1999). En consecuencia, se puede identificar a las políticas públicas como un mecanismo de selectividad, lo que quiere decir una reducción operativa de la complejidad, para afrontar la capacidad de autorreferencia que sostienen los sistemas, para llevar a cabo este proceso es central la autoobservación (Luhmann, 1998) como instrumento de evaluación interna del sistema y de la selectividad de posibilidades, lo cual permite la limitación (a partir de las distinciones) de las operaciones propias de ese modelo. En la sociedad moderna las decisiones que adopta el sistema a partir de su propia autopoiesis pueden afectar al entorno, en este sentido, las decisiones que necesitan de un grado de reducción de la complejidad para llevarse a cabo, y que, a su vez, son una reducción de la complejidad, potencialmente llegan a ser un riesgo para el entorno producto de la creciente diferenciación funcional en los subsistemas, sin mencionar que el aumento de las organizaciones dentro de ellas conllevan altos niveles de riesgo (Matus, 2012).

En definitiva, desde esta perspectiva las políticas públicas son un mecanismo de acción donde intervienen tanto las selecciones actualizadas como las selecciones potenciales, junto con los flujos de información producidos a partir de los procesos de comunicación entre el sistema y su entorno, que busca desde sus intereses la solución o no solución de tensiones o conflictos prioritarios bajo principios sistémicos. Sin embargo, no es solo un mecanismo de acción, es también desde este paradigma una reducción operativa de la complejidad, en otras palabras, una selección de posibilidades sobre cada una de las interacciones propias del sistema (Matus, 2012), que operan en relación a la complejidad mediante los flujos de la comunicación, es decir, a través de los propios sistemas que poseen los requerimientos necesarios para la acción como condición de posibilidad (Luhmann, 2007).

2.2.3. Del envejecimiento social

El envejecimiento se concibe generalmente como un proceso biológico/evolutivo que consiste en el deterioro progresivo de las funciones en el organismo de los individuos, y que contribuye a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para su edad (Gutiérrez, 1999), sin embargo, en la construcción social de la vejez confluyen factores muy diversos que caracterizan los condicionantes del proceso evolutivo, por lo que, el problema de la vejez no es solo un problema biológico, médico o físico, sino que un problema social y cultural (Giró, 2004). Basado en dos dimensiones: la edad y la estructura social, los estudios sobre el envejecimiento han logrado superar la disyuntiva excluyente, a través de una gran variable estratificadora que permite comprender su dimensión ordenadora, es mediante la sociedad funcionalmente diferenciada y sus reglas de comportamiento que se ha construido una definición propia de vejez (Aranibar, 2001).

Producto de la modernidad, la estructura social individualizada ha producido sobre el envejecimiento una percepción negativa de sus cualidades, generando con ello una pérdida de su rol social y por sobre todo del valor asociado a esta etapa. La paradoja de la vejez se ha asentado sobre las condiciones sociales contemporáneas, por un lado, las personas quieren y pueden vivir más años, pero, las condiciones asociadas no son precisamente anheladas por la totalidad de la sociedad civil, lo cual se expresa en la imagen que se percibe sobre el envejecimiento en la actualidad, acoplada a la dependencia y al menosprecio.

De esta forma, la imagen de la vejez como un problema social vinculado a la jubilación obligatoria, los cambios estructurales en la familia y los procesos de industrialización y urbanización (Giró, 2004) tanto como el foco de la individualidad, dan origen a la teoría de la desvinculación, que concibe el retiro social como inevitable y universal, por lo que, la sociedad y el mismo individuo se preparan para un proceso de separación progresivo, lo que resulta en una liberación de roles, una disminución de las expectativas y una minimización de los costes sociales (Cumming & Henry, 1961). El poder estigmatizador de los estereotipos, expectativas o imágenes negativas del envejecimiento están claramente enraizados en la naturaleza esencialmente simbólica de la vida social (Fernández & Kehl, 2001), que remite a las operaciones de observación determinadas por las posibilidades y condiciones presentes en la sociedad. Los estereotipos sobre la vejez han simplificado un fenómeno complejo, etiquetando como anciano en base a la apariencia física o a la conducta observable de las personas, signos o estigmas que han permeado la noción de envejecimiento (Goffman, 2006), sobre la cual se reproducen las condiciones sociales que se han establecido a partir de la estructura funcional del sistema individual que conlleva la modernidad.

Para la economía política, los cambios en el modelo de empleo y la jubilación han significado una mediación del Estado entre la vejez y el mercado laboral (Bazo, 2001), sin

embargo, según la economía política la constitución de los programas estatales ha sido más beneficiosa para los intereses económicos que para las propias personas, tal es el caso de la jubilación obligatoria, lo que se puede interpretar como la muerte social, es decir, la negación del derecho a trabajar (Guillemard, 1972; Guillemard, 1992). En este sentido, la vejez está marcada como una etapa asociada al ocio recreativo, en efecto, la actividad tiene estrecha relación con la satisfacción personal, para la vejez la satisfacción se logra a través de la actividad y la interacción social que se alcanza o que se conserva en el tiempo, determinado por el estilo de vida y los factores socioeconómicos (Giró, 2004), ahora bien, la disminución de la actividad vinculada con la vejez se debe a una imposición social y no así a una decisión individual, lo que resulta en un traslado de las actividades anteriores (trabajo) por nuevas actividades que permitan alcanzar algún grado de satisfacción, que no siempre tiende a reemplazar los niveles de poder social experimentados en otros sistemas de participación.

Por último, las relaciones intergeneracionales tanto a nivel social como familiar han generado un temor sobre el desequilibrio entre la población activa y la inactiva que puede conducir hacia una crisis del Estado, a raíz de que entre más aumenta la población activa, mayor es el acrecentamiento de la población inactiva (Giró, 2004). Por último, el proceso de la vejez conlleva a una feminización de la ancianidad producto del factor biológico en el caso de las mujeres, lo que no se traduce en una situación socioeconómica equilibrada (Pérez, 2003), es más bien, una situación de inferioridad económica expresada también durante la vejez, que se asocia entre otros factores, a una mayor carga en la esfera privada respecto a la economía doméstica y el cuidado familiar, que funge paralelamente a una falta de reconocimiento en la esfera pública (Postigo, 2007), lo que conlleva a la vejez a una situación de precariedad y pobreza más profunda en el caso de las mujeres.

2.2.3.1. La figura del adulto mayor

La categoría social del adulto mayor, y todas las categorías sociales propias de los sujetos, se encuentran en un problema en el marco de la teoría sistémica de Niklas Luhmann, en su intento por proponer una teoría general el sociólogo alemán tiende a homogenizar a los individuos ubicados en el entorno de los sistemas sociales a partir de una reducción de la complejidad asociada a los sujetos (Luhmann, 1998), lo que permite establecer elementos similares respecto a la conducta de cada uno de los individuos, propiciando la generación de expectativas en su relación con los sistemas sociales y con otros sistemas psíquicos. En este sentido, las categorías sociales son invisibilizadas en detrimento de una propuesta teórica general, sin embargo, la homogenización actúa como un prerrequisito del funcionamiento de los sistemas sociales antes que una característica de la sociedad funcionalmente diferenciada y altamente compleja (Luhmann, 2002), es más, es producto de la complejidad del entorno, y por ende, de los individuos que existe una diversidad imbricada a los sujetos como sistemas psíquicos, que actúan en función de estas condiciones sociales.

De esta forma, el adulto mayor como categoría social se entiende a partir de la diversidad de su propia complejidad interna, dando cuenta de las particularidades de cada una en sus definiciones. De acuerdo con esto, la situación del adulto mayor está determinada por una serie de elementos y factores que condicionan su bienestar social, como por ejemplo, la clase social que influye en gran medida en las posibilidades reales de realización personal de los individuos reivindicando o negando la capacidad de un rol más activo y protagónico de los adultos mayores (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016), así, no es lo mismo ser un adulto mayor de estrato socioeconómico bajo que se ha desempeñado en oficios precarios durante su vida laboral que ser un adulto mayor profesional de un estrato socioeconómico alto con todas las facilidades a su disposición. Asimismo, la posición de clase social de los individuos (tercera edad) determina la participación en el resto de los sistemas parciales, es decir, en el tipo de salud a la que pueden acceder, la educación que pueden conseguir o las acciones sociales que pueden desarrollar.

Es más, en las posiciones sociales es posible encontrar antagonismos a raíz de intereses opuestos entre los individuos. La problemática en torno a los intereses opuestos se aprecia claramente en los conflictos entre las clases sociales, así, cuando un trabajador tiene intereses económicos opuestos a los intereses del empleador se desarrollan tensiones entre los individuos que pueden desencadenar conflictos sociales que afectan el funcionamiento de los sistemas sociales. En el caso de los adultos mayores, su posición social lo ubica en una situación de desventaja respecto al cumplimiento de sus intereses subjetivos y la satisfacción de sus necesidades. La tercera edad en comparación con otros grupos societarios se encuentra en desmedro de acuerdo con la falta de condiciones que aseguren su realización personal, esto a raíz de las condiciones negativas a las que se debe enfrentar cotidianamente.

De este modo, el adulto mayor ha experimentado grandes transformaciones en su concepción durante los últimos años, producto entre otros factores, de los cambios sociodemográficos que ha enfrentado la sociedad moderna, por ende, su realidad dista mucho de ser una situación homogénea a nivel mundial (Fernández & Kehl, 2001), existiendo tantas nociones del adulto mayor como sean posibles ser distinguidas. Una primera distinción del adulto refiere a sus características etarias, según la Organización Mundial de la Salud (2008) para el caso de los países en vía de desarrollo, este grupo está compuesto por todas aquellas personas de 60 o más años, incluso establece criterios específicos para su subdivisión: 60-74 años consideradas de edad avanzada, 75-90 denominadas ancianas y 90 o más grandes nombradas longevas. Este tipo de definición operacional se debe a una pluralidad de factores como el aumento de la esperanza de vida de la población, la disminución de la tasa de mortalidad y el descenso de la tasa de natalidad o fecundidad.

Más allá de una definición operacional respecto al adulto mayor, han surgido otras definiciones producto de la sociedad moderna, una de estas líneas trabaja sobre las percepciones

discriminatorias empalmadas sobre la figura del adulto mayor, producto de las expectativas tipificadas del comportamiento social, esto ha conducido a una autopercepción que influye en la imagen desfavorecida que se tiene sobre esta etapa de la vida (Castro, Klassen, Quiroga, Vidal, & Zavala, 2006; Gómez & Leon del Barco, 2010). Esta autopercepción y la heteropercepción de su grupo refiere a operaciones de observación marcadas por las posibilidades latentes y condiciones presentes de la propia sociedad (Luhmann, 1998), así, la estructura de la sociedad se vuelve una dimensión significativa para abordar el problema del adulto mayor. La degradación de las personas de la tercera edad, junto con el temor a esa degradación de las personas mayores, se traduce en una negación de su condición (de Beauvoir, 1983), lo que lleva a un ocultamiento de la enfermedad, el dolor, la pérdida de la fuerza o la impotencia, a través de diferentes prácticas (Garay & Avalos, 2009).

La degradación social ha generado una desvinculación del adulto mayor en la sociedad producto de la ruptura social que se genera a su alrededor, así, la ausencia de sociabilidad se debe, entre otros factores, a la pérdida del rol laboral en sus funciones, la carencia de afecto por el núcleo familiar y/o la escasa relación con sus pares (Meléndez, 1999), lo que deriva a una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, un aislamiento social que falsamente se cree ansiado por las personas mayores, quienes al conseguirlo alcanzarían un grado de satisfacción y felicidad (Lehr, 1980). La desvinculación social tiene su origen en el proceso modernizador que produce un salto hacia la individualización, donde los adultos mayores al igual que el resto de la sociedad civil son desprendidos de las condiciones tradicionales y son reducidos a sí mismos o a su operar en el mercado laboral (Beck, 1998). De modo que, el funcionamiento de los adultos mayores, que se mide a raíz de su desempeño en los diferentes roles sociales que le corresponde llevar a cabo (Parsons, 1988) se ve reducido a su mínima expresión producto de las bajas expectativas que la sociedad tienen sobre la conducta de las personas de edad avanzada.

De esta forma, parece ser que la sociedad ha condicionado al adulto mayor a constituirse como una subcultura minoritaria, la cual define o dirige la conducta de sus miembros, cada uno de ellos ha debido enfrentar un proceso de desintegración a partir del agrupamiento etario (Bazo, 1990), incluso hay algunos que sostienen que este grupo responde más bien a una identidad impuesta por la sociedad a base de valoraciones sociales formando una etiqueta del adulto mayor vinculada a la decrepitud, la dependencia y la enfermedad (Becker, 2009). Esta propuesta sitúa al adulto mayor bajo los marcos de un proceso de segregación que se ha encargado de reducir su rol y estatus social, terminando por incidir en la aceptación de estas características como inherentes a su condición etaria, acuñando esta identidad impuesta por la sociedad.

2.2.3.2. La distinción inclusión/exclusión

La diferenciación social ha permitido explicar los procesos de desigualdad que han surgido en último tiempo bajo los marcos de protestas sociales que denuncian un creciente malestar frente a la inequidad producto de la modernidad. La estructura social contemporánea ha generado un sinnúmero de consecuencias, entre ellas, la dificultad por parte de los individuos para integrarse a diversos contextos sociales cada vez más diferenciados (Arnold, 2012). Muchos son los factores involucrados en la producción de la desigualdad social, en algunos casos se ha sostenido que su persistencia es propia de la resistencia de grupos que buscan conservar su posición de dominación a partir de dispositivos ideológicos, debilitando así el tejido social, sin embargo, esta argumentación parece incompleta. La vinculación de los individuos con los sistemas sociales ocurre a través de la selección inclusión/exclusión, es así como estos al acoplarse parcialmente a un sistema pasan a ser entidades socialmente elaboradas, a pesar de esto, en términos estructurales la integración a un determinado sistema no puede corresponder a una inclusión de la sociedad global (Arnold, Thumala, Urquiza, & Ojeda, 2007). Los procesos de desintegración social que han ocurrido en la actualidad, los cuales han condicionado el rol desempeñado por el adulto mayor en una sociedad altamente diferenciada, han generado un proceso de exclusión en las personas de avanzada edad ejercida tanto por el Estado como por la propia sociedad civil debido al alto grado de complejidad de estos grupos (Arnold, 2012).

Una diferenciación absoluta entre inclusión y exclusión es altamente adecuada, ya que abre la opción de acuñar un criterio estratégico íntegramente aplicable, en otras palabras, las personas se ubican adentro o afuera según criterios específicos de integración social (Mascareño, 2014), de este modo, a partir de la creación de indicadores es posible determinar los factores que inciden en la exclusión de las personas en los sistemas funcionales y, así, identificar qué es lo que falta para una inclusión plena. En el contexto de una sociedad funcionalmente diferenciada, la distinción inclusión/exclusión se entrecruza de modo paradójico, debido que para cada sistema parcial la dualidad se presenta en diversas condiciones que se pueden cumplir o no paralelamente en una misma situación social, lo que se traduce en una alta complejidad (Mascareño, 2014).

La inclusión social utilizada para describir la vinculación entre las personas con los diferentes sistemas sociales, de los que se obtiene las prestaciones que les aseguran su presencia, tiene a la base la distinción inclusión/exclusión (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010). La inclusión es la cara interna de una forma cuya cara externa es la exclusión, por ende, solo es posible hablar de inclusión si hay exclusión, en este sentido, dicha distinción solo refiere al cómo los seres humanos son dotados de personalidad en el contexto de las operaciones comunicativas (Luhmann, 1998), en ese caso la exclusión necesita de una legitimación para llevarse a cabo. En una sociedad funcionalmente diferenciada se tolera, incluso se produce, la exclusión en el acceso a las prestaciones con dos restricciones: por un lado, solo es posible como

algo temporal y susceptible de ser modificado, y por otro, se considera un evento limitado al ámbito funcional interpuesto a discontinuidades de la interdependencia (Luhmann, 1998).

Esta dualidad que no es uniforme en los diferentes sistemas sociales de participación implica que los adultos mayores no puedan ser clasificados exclusivamente en un solo lado de la distinción, lo que se traduce en la necesidad de conceptualizar la exclusión de acuerdo con los niveles de complejidad de la sociedad, para ello Arnold, Thumala y Urquiza (2010) proponen una operacionalización basada en cuatro dimensiones: a) inclusión/exclusión primaria referida a las modalidades y los grados de acceso a sistemas institucionalizados y cuyas prestaciones inciden en su existencia biológica, psíquica y/o social, b) inclusión/exclusión secundaria respecto a la disponibilidad de redes de apoyo por las que satisfacen condiciones de vulnerabilidad, c) inclusión/exclusión simbólica correspondiente a la producción y circulación de la imagen social del adulto mayor que pueden ampliar o restringir el grado de inclusión y se constituye en su trasfondo cultural y, d) inclusión/exclusión autorreferida que da cuenta de la autoeficacia atribuida o percibida, junto con la sensación de satisfacción propia de los adultos mayores que contribuye al reforzamiento o merma de su integración.

La valoración funcional de la sociedad altamente diferenciada ha impactado negativamente sobre aquellos individuos que envejecen socializados bajo los antiguos parámetros más integrales (Castells, 1999), que refieren a desigualdades estructurales. Sin embargo, exclusiones específicas se pueden hacer acumulativas provocando condiciones de vulnerabilidad y dependencia de forma integral, proceso desencadenado debido a una ausencia de los recursos compensatorios para hacerles frente, un ejemplo de ello es el acceso a la atención en salud o a las decisiones políticas que limitan la inclusión de las personas de edad avanzada en más de un escenario (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010).

Capítulo III. Marco Metodológico

3.1. Tipo de diseño

En esta investigación la perspectiva de estudio se aborda desde una metodología cualitativa. Esta decisión está cimentada en la reconstrucción de los discursos de los adultos mayores situándolos como actores claves en la discusión relativa al sistema de salud a partir de la reforma del año 2005 en Chile, es decir, permite desde una dimensión microsocia analizar conjuntamente aspectos macroestructurales que intervienen en el debate sanitario.

La justificación de esta elección, referente al tipo de diseño, recae en la necesidad de identificar discursos entendidos como construcciones simbólicas que dotan de sentido a las acciones que realizan los sujetos. Ahora bien, cabe señalar que los discursos son definidos como constructos analíticos propios del investigador social, por lo tanto, se diferencian de los textos originales que se obtienen durante la producción de información. Además, esta estrategia aporta un grado de flexibilidad mayor, puesto que se moldea debido a los nuevos criterios que emergen en el transcurso de la investigación, abriendo procesos de reflexión en las diferentes etapas del estudio (Valles, 1999).

Además, el diseño de la presente investigación es de tipo semiprojectado. De acuerdo con Miguel Valles, “el diseño no se estampa mediante un molde o modelo que sirvió una vez, sino que se moldea cada vez a partir de los *criterios maestros* generadores de respuesta” (1999, p. 79). En este sentido, se asume que el diseño cualitativo semiprojectado es un proceso dialéctico y flexible en el cual se toman decisiones a lo largo del estudio y en cada una de sus fases, es decir, existen consideraciones previas las que pueden ser modificadas según las circunstancias concretas de la investigación.

Desde otra perspectiva, este trabajo se adscribe a un diseño no experimental de tipo transversal. De este modo, la intención primordial del estudio es producir información sin intervenir en los procesos sociales analizados, por lo tanto, se observan situaciones ya existentes en un ambiente de completa naturalidad para los participantes, sin una manipulación de las variables. Ahora, según criterios temporales, el estudio utiliza un diseño de tipo transversal o transeccional para la producción de los datos, ya que, la obtención de información se limita a un solo momento, en un tiempo único, algunos autores lo definen como tomar una fotografía, permitiendo observar lo que sucede respecto a un fenómeno en particular, pero, desconociendo cómo evoluciona ese mismo fenómeno en el tiempo (Álvarez & Delgado, 2015).

3.2. Tipo de estudio

En relación con el tipo de alcance de la investigación, este es de carácter descriptivo, ya que se busca caracterizar las dimensiones o aspectos centrales que componen el problema, en

otras palabras, identificar propiedades que resultan de importancia en los discursos de los adultos mayores referente al sistema sanitario chileno (Dahnke, 1986).

3.3. Universo y muestra

Se han definido dos tipos de universo: uno teórico y otro empírico. El primero de ellos hace referencia al adulto mayor como sujeto de análisis. Según la OMS, este grupo social está definido exclusivamente por un criterio etario y está compuesto por todas las personas de 60 o más años, clasificándolos entre grandes categorías: a) de edad avanzada que agrupa a sujetos entre 60 a 74 años, b) viejos o ancianos a individuos de 75 a 90 años y, c) longevos que considera a personas mayores de 90 años. Ahora bien, en estudios recientes se ha utilizado un nuevo criterio de agrupación para los senescentes: i) la tercera edad que congrega desde los 60 a los 79 años y, ii) la cuarta edad que reúne a las personas de los 80 años.

El universo empírico corresponde a las personas pertenecientes a la tercera edad de la comuna de Viña del Mar, según los datos entregados por la Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH), la comuna se ubica entre las tres primeras en todo el territorio nacional con mayor presencia de adultos mayores, con un total de 32.014 personas, y la primera a nivel regional (2016), lo que permite entregar un grado de representatividad teórica significativo de analizar durante el desarrollo de la investigación. En este mismo sentido, la comuna posee más de 20 mil hogares donde el jefe hogar es un adulto mayor que establece el esfuerzo adicional que deben crear los organismos públicos para responder a las necesidades e intereses de la tercera edad, frente a esto el municipio ha instalado la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM), que tiene como objetivo servir de soporte y apoyo para los adultos mayores a través de atención psicosocial y actividades socioeducativas, culturales y recreacionales.

La muestra representa la complejidad propia de los adultos mayores, como se ha señalado anteriormente la tercera edad no solo refiere a un criterio etario, por más que este criterio sirva para simplificar su identificación (OMS, 2015), la senectud se constituye como un proceso que se constituye a partir de múltiples factores los que se atribuyen significados diversos (Arnold, Thumala, Urquiza, & Ojeda, 2007). La muestra da cuenta de la infinitud de situaciones experimentadas en contextos diferentes, por ende, su constitución incorpora escenarios sociales disímiles que permitan abarcar la más variada cantidad de discursos en torno al problema.

Asimismo, al tratarse de un grupo de alta complejidad a nivel sanitario es necesario considerar a aquellos senescentes aptos tanto física como mentalmente para entregar un discurso coherente en relación con el sistema de salud chileno a partir de la evolución que ha sostenido en las últimas décadas, debido a esto, se concertó un primer encuentro con los posibles participantes del estudio con el objetivo de dar a conocer el problema de la investigación y profundizar en sus aproximaciones sobre la temática suscitada.

3.4. Criterios de muestra

Con respecto a los criterios en la selección de los casos, esta se ha desarrollado a través de un tipo de muestreo estructural, que permite constituir en la muestra seleccionada las características expresadas en la estructura social establecida, su pertenencia responde a la capacidad de producir una representatividad de los discursos sociales de cada uno de los sujetos involucrados en el universo de la población, para ello es necesario la ejecución de una matriz muestral que logre identificar los principales criterios de clasificación bajo dos prismas angulares: el de accesibilidad y heterogeneidad (Valles M. , 1999).

De modo que, la matriz muestral está configurada por una serie de variables que intervienen en la selección de los casos analizados. Para ello, el primer criterio por el cual se rige la matriz operacional es el tipo de afiliación al sistema previsional de salud de las personas. Según lo establecido por la encuesta Casen, en el presente criterio se pueden encontrar cuatro grandes grupos: FONASA, ISAPRE, FF.AA. y del Orden, y sin previsión (INE, 2015). Los porcentajes de la población mayor de 60 años dan cuenta que el sistema público está representado por un 85,2%, el sistema privado corresponde al 8,1% de la población nacional, solo el 4,1% están afiliados al sistema de las fuerzas armadas y de orden, lo que deja con un 1,4% a los adultos mayores que no cuenta con sistema previsional. A estas cifras se deben sumar aquellos que no saben a qué modelo están asociados que cubren el 1,2% de las personas.

El segundo criterio en la construcción de la matriz responde al acceso de los adultos mayores al plan de garantías explícitas en salud. El plan GES constituye un conjunto beneficios que solo son otorgados a las personas afiliadas a FONASA o ISAPRES, por ello, quienes cuentan con otro sistema previsional o quienes no están asociadas, no pueden optar a estas garantías. Debido a este criterio, se pueden encontrar dos tipologías, los adultos mayores que han sido beneficiados por el GES y los adultos mayores que no han recibido este beneficio.

El tercer criterio, y último, da cuenta de las diferencias sexuales que se pueden establecer en la salud chilena. Aunque esta investigación no pretende ser un estudio de género, no puede obviar las desigualdades que existen en torno al sistema sanitario entre hombres y mujeres. Rohlfs argumenta que en salud pública existen tanto diferencias como desigualdades entre los sexos, diferencias porque hay factores biológicos que se manifiestan en diversas formas en la salud, y que en ocasiones son invisibilizados por los patrones androcéntricos, y desigualdad porque hay otros factores como los roles o la socialización que influyen de manera injusta en la salud (Rohlfs, Borrell, & Fonseca, 2000).

Teniendo en consideración los criterios muestrales señalados anteriormente se ha determinado un tamaño de la muestra de 16 entrevistas semiestructuradas, donde se entrecruzan las tres principales condiciones: a) afiliación previsional, b) beneficiario GES y, c) sexo.

Tabla 1. Muestra Seleccionada

N°	Nombre	Sexo	Edad	Cotización	Uso GES	Zona
1.	Isabel	Mujer	61	FONASA	GES	Villa Dulce
2.	María	Mujer	81	Sin Cotización	No GES	Gómez Carreño
3.	Pablo	Hombre	64	ISAPRE	No GES	Recreo
4.	Mario	Hombre	64	ISAPRE	GES	Viña Centro
5.	Rubén	Hombre	69	AFSA	No GES	Reñaca Alto
6.	Manuel	Hombre	71	ISAPRE	No GES	Reñaca
7.	Catalina	Mujer	90	FONASA	No GES	Miraflores Alto
8.	Roberto	Hombre	74	FONASA	No GES	Recreo
9.	Manuela	Mujer	91	FONASA	GES	Gómez Carreño
10.	Jovita	Mujer	64	AFSA	No GES	Santa Inés
11.	Raúl	Hombre	81	FONASA	GES	Forestal
12.	Emilia	Mujer	79	FONASA	No GES	Forestal
13.	Isidora	Mujer	64	ISAPRE	GES	Miramar
14.	Alicia	Mujer	75	ISAPRE	No GES	Recreo
15.	Juan	Hombre	81	FONASA	GES	Miraflores Alto
16.	Darío	Hombre	69	FONASA	GES	Agua Santa

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Técnica de producción de datos

La técnica seleccionada para la producción de los datos es la entrevista semiestructurada. La entrevista es una herramienta basada en la interacción que se produce entre el investigador y el sujeto de análisis mediante una narración conversacional flexible que contiene un conjunto de estructuras que definen el objeto de estudio y sus constructos (Delgado & Gutiérrez, 1999). Este tipo de instrumento establece pautas generales en la obtención de la información, sin descuidar las directrices que proponen los entrevistados del estudio (Taylor & Bogdan, 2008).

En la entrevista semiestructurada el entrevistador posee un guion que contiene las dimensiones propias de la investigación (Anexo N°2). El responsable del estudio decide libremente el orden de los temas a tratar, orientando la conversación con el fin de cumplir los objetivos de esta. Este tipo de entrevista concede una libertad mayor tanto para el informante como para el investigador, y el uso de un guion permite articular un perímetro en el cual se desarrolla la entrevista, con la posibilidad de incluir conceptos emergentes surgidos durante la producción de información (Corbetta, 2007).

La decisión está justificada debido a que la entrevista semiestructurada permite recoger la riqueza del discurso del adulto mayor como un elemento en diálogo constante con el sistema de salud chileno. En este sentido, se vuelve menester una estrategia como la entrevista puesto que se pueden comprender los procesos sociales que han experimentado actores relevantes en dichos procesos a lo largo de su vida. Siguiendo con este punto, y asumiendo la complejidad propia de la realidad social, esta herramienta es de gran utilidad para profundizar en los discursos de los sujetos según sus propias conceptualizaciones, valoraciones y definiciones, elementos que no se pueden desarrollar en técnicas colectivas o a través de documentos secundarios.

Si bien se ha optado por la entrevista semiestructurada debido al grado de flexibilidad que presenta, en términos de la riqueza en la incorporación de elementos emergentes por parte del discurso de los adultos mayores en la estructura de análisis de la información, la base de su elección radica en la posibilidad de conceptualizar ciertas categorías analíticas previamente definidas. Este tipo de entrevista se ha seleccionado dado que existe una sistematización inicial de los datos producidos respecto al sistema de salud, en razón a la relación entre el individuo y la sociedad según un enfoque cognitivo de análisis estructural.

3.6. Técnica de análisis de datos

Para el análisis de la información producida se ha decidido desarrollar un tipo de análisis de contenido, ya que se busca identificar y caracterizar los discursos del adulto mayor frente al sistema de salud y sus respectivas dimensiones, por lo tanto, es necesario establecer una cantidad de códigos que permitan identificar y posteriormente clasificar los discursos insertos en un espacio y tiempo (Ruiz, 2009), conceptualizando los discursos como posicionamientos ideológicos de los sujetos.

Este tipo de análisis consiste en desarrollar un proceso estratégico desde el contexto inferencial que construye una representación en la memoria de los involucrados, en otras palabras, comprender la significación tanto de lo que se dice como de lo que no, estableciendo códigos que surgen a partir de la voz de los individuos y de los textos analizados (Alonso, 1998).

3.7. Calidad del diseño

La heterogeneidad propia de la investigación cualitativa condiciona el establecimiento de criterios de evaluación respecto a la calidad de los estudios. De ahí, la innumerable cantidad de propuestas que han surgido para asegurar dichos criterios, como el caso de la alternativa referida a la constitución de guías o *checklist* que orientan el proceso de evaluación o la opción que considera la imposibilidad de establecer criterios debido a la unicidad de cada investigación (Calderón, 2002). Para esta investigación se adoptó la propuesta naturalista de Lincoln y Guba en base a criterios de transferibilidad, credibilidad, dependencia y confirmabilidad, haciendo uso de los tres últimos criterios.

El criterio de credibilidad, que se conoce tradicionalmente como validez interna, refiere al grado de confianza en los resultados obtenidos en la investigación, el cual fue resguardado a través de diversas estrategias, en primera instancia se hizo uso de una grabadora para almacenar las entrevistas, que luego fueron transcrita textualmente, material que es adjuntando para dar cuenta del desarrollo del estudio, además se contó con un cuaderno de notas para apuntar cada una de las percepciones que surgieron durante los encuentros, junto con ello, al finalizar cada entrevista se firmó un consentimiento informado con cada uno de los participantes del estudio, quienes aceptaron participar voluntariamente del estudio.

En el caso de la dependencia, que concierne a la fiabilidad de la investigación y su replicabilidad en un contexto similar, se dispuso el material utilizado, es decir, las pautas y transcripciones de las entrevistas, permitiendo una revisión externa por parte de expertos, para corroborar el trabajo intelectual de la memoria, este proceso se llevó a cabo por el profesor guía de la investigación, quien actuó como evaluador del proceso (Valles, 1999).

Finalmente, la confirmabilidad que corresponde al complemento de roles entre el entrevistador y el entrevistado, en la construcción del conocimiento de la investigación, "...de este modo se plantea la posibilidad de que otro investigador confirme si los hallazgos se adecuan o surgieron de los datos..." (Vasilachis, 2006, pág. 96), para cumplir con este requerimiento se solicitó la aprobación de resultados de los entrevistados que participaron en la producción de información, con el fin de representar los discursos lo más fielmente posible.

3.8. Condiciones éticas

Con respecto a las condiciones éticas de la investigación se entregó un consentimiento informado a los participantes (Anexo N°3), donde se expresó en primera instancia el objetivo general que tenía la entrevista y las dimensiones que se buscaban estudiar. En el mismo se asegura la completa confidencialidad y el estricto anonimato de la información obtenida de las entrevistas realizadas, entregando un seudónimo a los participantes cada vez que se presente de forma pública los resultados del estudio.

En el consentimiento se señala que el entrevistado participa con plena voluntad y tiene la facultad para retirarse del estudio en cualquier momento de la investigación. Además, el participante puede solicitar una copia de la transcripción o audio de la entrevista, teniendo la libertad para modificar o eliminar alguna de sus partes, junto con ello el entrevistado recibió una copia íntegra del consentimiento donde se entregan los datos del investigador, facilitando así el contacto directo, por último, al finalizar el estudio se le entregó una copia del documento final de la memoria de grado.

Capítulo IV. Análisis

A modo de introducción

Conocer la relación entre el adulto mayor y el sistema de salud a través de la interpenetración de ambos sistemas requiere el análisis de las situaciones que ha experimentado la tercera edad en la atención médica, manifestada por medio de sus discursos, lo que permite profundizar sobre algunos elementos con significaciones comunes y disidentes, agrupados en categorías analíticas, los que a su vez dan forma a grandes ideas que desembocan en la problematización de la situación sanitaria en su relación con el entorno.

Las características de los discursos del adulto mayor como medio para conocer sus vivencias y acciones resaltan la importancia que tiene el entorno en su participación al interior de los sistemas sociales, capaces de irritar las operaciones comunicativas a través de operaciones de conciencia con el fin último de producir cambios en las estructuras y los límites de los sistemas parciales. En este sentido, los discursos resultan una herramienta estratégica, como objeto de análisis, para comprender la evolución del sistema de salud pues dan cuenta de las transformaciones que han llevado a su actual configuración. De esta manera, los discursos descritos en este trabajo son analizados según las características sistémicas como la estrategia teórica seleccionada para llevar adelante la investigación, y a partir de criterios preestablecidos complementados por elementos emergentes surgidos durante el desarrollo del estudio.

Se sabe que la perspectiva sistémica tiene a la base la relación sistema/entorno, y que la centralidad de los trabajos sobre el sistema social ha significado un desmedro de la perspectiva de los sistemas psíquicos, por lo que, el análisis de los discursos del adulto mayor viene a resaltar la importancia de los sistemas de conciencia en la perspectiva sistémica. En el contexto de la sociedad funcionalmente diferenciada, la complejidad del entorno establece las directrices de la configuración del sistema puesto que su relación ocurre desde la diferenciación entre ambos, así, el análisis de los discursos refiere al modo de entender e interactuar de los individuos con los sistemas parciales, específicamente, con el sistema de salud.

En consecuencia, el análisis está configurado por cuatro dimensiones referidas al adulto mayor interpenetrado en el sistema de salud: a) de las expectativas de los adultos mayores sobre los procesos selectivos del sistema de salud y sobre los subsistemas público/privado del sistema de atención, b) de la noción de persona interpenetrada al sistema de salud (paciente, cliente o usuario) referida a la situación médica de los adultos mayores, c) de los discursos del adulto mayor sobre la acción estatal en interacción con el sistema de salud y las políticas o programas públicos como reducción operativa de la complejidad y, d) de la distinción inclusión/exclusión en los adultos mayores como medio para hacer frente a los aspectos relacionados con la condición de vejez en su participación en los sistemas parciales.

4.1. De las expectativas de los adultos mayores sobre los procesos selectivos del sistema de salud y sobre los subsistemas público/privado del sistema de atención

El análisis de las expectativas de los adultos mayores respecto a la selectividad del sistema de salud y de los subsistemas sanitarios se configura a partir de tres dimensiones que dan cuenta de las diversas condensaciones de sentido que refieren los individuos sobre la imprevisibilidad de los sistemas parciales de salud: a) expectativas en el tiempo que da cuenta de la evolución del sistema en los últimos años, b) expectativas del sistema de salud que responde a las estructuras sistémicas propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, c) expectativas de los subsistemas referidas a la dualidad público/privada de la atención médica ofertada por los prestadores.

4.1.1. Expectativas en el tiempo

4.1.1.1. La evolución del sistema

El sistema de salud chileno en los últimos 50 años ha enfrentado una serie de transformaciones producto de los cambios políticos que ha experimentado el país, polarizado a raíz del entrecruzamiento de ideologías opuestas. Estos cambios se pueden ver representados en la oscilación entre modelos de salud que han deambulado entre perspectivas socialistas que conciben la salud bajo la condición de equidad y universalidad, perspectivas liberales donde la asignación de recursos radica en la capacidad de pago de los individuos y, perspectivas mixtas que consideran la participación pública y privada tanto en la administración como en la financiación de la salud (Cabo & Belmont, 2014). En los discursos de los adultos mayores estos cambios se ven marcados por dos hitos que han provocado un giro en el sistema de salud y que han condicionado el tipo de atención médica ofertada.

Para los entrevistados, el primer gran hito de la historia reciente de la sanidad en Chile ocurre con las reformas de los 80', en realidad es posible situar incipientes alteraciones del sistema desde 1973 con la instauración de la dictadura cívico militar, lo que en este trabajo se ha denominado la "*Fase Privada*" en salud, caracterizada por la reducción del gasto fiscal en sanidad, la constitución de FONASA en reemplazo de las instituciones del SNS y SERMENA (Titelman, 2000), la descentralización de la atención médica a partir de su municipalización y la conformación de las ISAPRES (Tetelboin, 2003), significó un cambio cultural en la concepción sanitaria. Este hito marcó el fin de la "*Fase Pública*" en salud, que había tenido lugar desde 1952, se había caracterizado por una atención universal y solidaria, que eliminó el pago y copago en la atención pública (Raczynski, 1983), y planteó los primeros programas que promovieron la prevención sanitaria (Jiménez, 2009), sin dejar de enfrentar graves problemas organizacionales que marcaron una etapa de la salud entendida como derecho inalienable (Olavarría, 2012), pero con profundos conflictos institucionales.

Juan: “Eh... eso, eso empezó por ahí, cuando empezaron las... por ahí por el 81 empezaron las, las ISAPRES, y por allá empezaron a crear las, las ISAPRES, los hospitales particulares y cuestiones, ahí se empezó a perder la salud, ahí murió la salud pública, porque la salud pública era muy buena antes, muy buena, excelente, pero ahí se empezó a perder la salud, comenzaron a crear hospitales particulares, clínicas particulares, entonces y los médicos se metalizaron, entiende, si uno ganaba tanto, el otro quería ganar más, y el otro más, y más y la competencia y la pelea, antes no po’, antes era más del servicio público.”

De esta forma, la “*Fase Privada*” de salud se tradujo en el fin de las expectativas referidas a un sistema universal y social que favorecía a los grupos más vulnerables sin acceso a los servicios sanitarios, dando paso a la emergencia de la nostalgia sobre un modelo de sanidad más inclusivo promotor de una salud universal.

Las expectativas en su abanico limitado de posibilidades incluyen la nostalgia en salud como una estrategia para hacer frente a los porvenires del sistema a través del intento por recuperar un recurso que cubría las necesidades más significativas de la población, de otra manera, la nostalgia actúa como una frustración no aceptada en el desarrollo de las expectativas sobre el modelo sanitario más adecuado a los intereses de los sujetos, conocidas como expectativas normativas (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). En este sentido, la nostalgia por la “*Fase Pública*” en salud, más bien, por la sanidad como un derecho social universal e inalienable, se hace presente en los discursos de la tercera edad, principalmente por medio de la desilusión sobre la concepción de la salud como un bien de consumo, que se traduce en una comercialización de la atención médica. Por consiguiente, para el adulto mayor la nostalgia marca el camino sobre un modelo de salud que satisface sus necesidades de acuerdo con las vivencias y acciones experimentadas en cada etapa del sistema sanitario.

Roberto: “Bueno, yo creo que Chile tenía un buen sistema de salud público, como le digo mi padre fue médico, el trabajó diez años en la casa de socorro de Curacaví, y... una sala de operaciones ahí, un, un, pero la comunidad compró los, compró los elementos en ese tiempo, yo era niño, pero me acuerdo de, a través de, como quería el señor ministro de educación, a través de bingo (sonrisa) y la comunidad dotó de una sala de operaciones a la casa de socorro de Curacaví ah, eh... pero sí que había eh... el Estado daba, daba, daba recursos y se mantenía el nivel, habían por ejemplo, el Instituto de Neurocirugía en Chile era estatal y era de lujo, lo que es neurocirugía, eh... hospitales, como el Hospital del Salvador también que, que todavía algo les queda, pero eh... a muy mal traer, porque el mismo sistema ha desincentivado a los médicos a que permanezcan en el sistema público, claro...”

Desde esta perspectiva, la gran mayoría de los entrevistados señala que la transición de la “*Fase Pública*” a la “*Fase Privada*” significó un retroceso respecto a la salud como derecho social, lo que se tradujo en la pérdida de la sanidad pública y con ello una comercialización de la práctica médica (Goic, 2015), en retrospectiva, si para un grupo de adultos mayores los hechos solo respondieron a las expectativas que tenían sobre el nuevo modelo, para otros, significó una decepción frente al nuevo escenario del sistema de salud.

Del mismo modo, en los discursos de la tercera edad este proceso también venía a favorecer un sistema obsoleto que no daba abasto frente a la atención ofertada, a raíz de la unificación del SNS y SERMENA en el nuevo FONASA, producto de la reforma de 1978 (Olavarría, 2012), se buscaba mejorar el sistema de administración y prestación de servicios médicos, facilitando la atención por parte de los profesionales de la salud, y con ello, eliminando la burocratización e ineficiencia del modelo instaurado en la “*Fase Pública*”, que tendía a retrasar la entrega de los servicios asistenciales a la población.

Pablo: “...haber bueno en los años 70 y 80 eh... era una época bien compleja en la parte de salud, estaba eh... el Sermena, el Sermena estaba y yo estuve trabajando en una situación ahí, cuando estaba en la Uni, o sea haciendo unos cursos de ingeniería cuando se cambió a FONASA, y yo me acuerdo que eh... haber el, el cambiarse a, a FONASA, FONASA, era porque ya estaban obsoletos los manejos que estaban siguiendo el Sermena, entonces yo veía como el Fondo Nacional de Salud iba a resolver todo lo que era el Servicio Nacional, Sermena...”

Ahora bien, el segundo hito que marca un giro en el modelo de salud chileno y, es reconocido en los discursos de las personas de edad avanzada, recibió el nombre de reforma AUGE (Valdivieso & Montero, 2010). Este proceso marca el inicio de una nueva etapa en el sistema sanitario denominada la “*Fase con vocación pública*”, que se prolonga hasta la actualidad, caracterizada por incansables intentos por mejorar las condiciones de sanidad, lo que no se ha vertido necesariamente en cambios estructurales de los problemas arrastrados de la “*Fase Privada*” de salud (Lenz, 2007; Garretón, 2012; Tetelboin, 2015).

En este sentido, en los discursos de los entrevistados se reconoce que la reforma AUGE, y todas las iniciativas estatales que han surgido posteriormente, han significado un aumento de la cobertura y de las prestaciones ofertadas por los servicios sanitarios acorde con las expectativas por una salud más universal, pero también se tiene en cuenta que dichos cambios se han conseguido a raíz de las demandas sociales que han exigido el cumplimiento de las metas establecidas por el Estado, y que a pesar de los logros alcanzados, no han significado una transformación estructural del modelo de salud conservado del anterior período, de ahí la denominación de “*Fase con vocación pública*”.

Mario: “...bueno ahora con el, con esta cuestión del GES, el CAE que se llama, todas esas cuestión, han aumentado la cobertura, porque la cuestión cuando fue la ISAPRE en 1981 eran limitadas las prestaciones, ahora como que se han ampliado, por ejemplo, la ley, el decreto número 22 que salió a contar del primero de marzo del 2018, aumenta la cantidad de prestaciones y coberturas, y eso modificó el decreto de 1916, el decreto 2, que limitaba, ahora con el nuevo decreto que hay en salud el GES, lo, lo ampliaron, lo, igual que la cuestión de la, la enfermedad, las enfermedades, el CAE, cobertura adicional de enfermedades catas... catastróficas, ahora salió, es decir, cuando Ricarte Soto, periodista, ahí recién empezó lo, los remedios, y enfermedades que nadie las cubría, entonces ahí empezaron a meter el queso.”

En definitiva, los cambios ocurridos en los últimos 50 años en el sistema sanitario se han configurado en tres momentos específicos, cada uno con una propuesta de modelo de salud

diferente. El primer momento referido a la “*Fase Pública*”, la segunda etapa denominada la “*Fase Privada*” y, por último, la “*Fase con vocación pública*” dotada por intentos de recuperar el sentido social de la salud, mejorando la cobertura de la atención y las prestaciones ofertadas a la población, con mayor equipamiento tecnológico, infraestructura y recursos humanos acorde a las nuevas necesidades del entorno, pero, sin un cambio estructural del sistema sanitario que cumpla con las expectativas sociales de la tercera edad.

4.1.2. Expectativas en el sistema de salud

Adoptando la propuesta de la OPS (2007), el análisis de las expectativas de los adultos mayores sobre el sistema de salud se configuró en cuatro dimensiones: 1) expectativas referidas a los recursos humanos, 2) expectativas sobre la información, 3) expectativas respecto a la tecnología y, 4) expectativas alusivas a la organización. En este sentido, a diferencia de la propuesta original de la OPS, la dimensión sobre los recursos financieros es desestimada producto de la falta de información por parte de los entrevistados al respecto, por lo que, no es considerada en este trabajo.

4.1.2.1. Expectativas sobre los recursos humanos

Las expectativas de los entrevistados sobre los recursos humanos refieren principalmente al problema de la insuficiencia de médicos especialistas para satisfacer las necesidades sanitarias de la población, de acuerdo con su cantidad y distribución (OPS, 2007). En Chile, la deficiencia de los recursos humanos ha sido una de las principales causas para no aumentar la cobertura de la atención sanitaria. Por lo tanto, el proceso para fortalecer la fuerza de trabajo se enfrenta a la falta de políticas a nivel central que apunten al desarrollo de nuevos profesionales de la salud que, sumado los obstáculos en la contratación y retención de recursos humanos a nivel público, se expresan en la desilusión por parte de la tercera edad.

Uno de los principales factores que explica este fenómeno apunta a las condiciones ofrecidas por las instituciones públicas a sus trabajadores, en otras palabras, bajas remuneraciones de profesionales capacitados, y la aceptación de situaciones laborales precarias (OPS, 2007). Este hecho sumado a los recursos disponibles en los centros privados de atención que ofrecen mejores condiciones a sus profesionales, es decir, mejores sueldos, equipamiento técnico más avanzado y mayores oportunidades de desarrollo se traduce en la carencia de especialistas en el sistema de salud chileno, una parte central de las demandas exigidas por los adultos mayores en el tratamiento de sus enfermedades

Raúl: “...Bueno el otro problema es de que, de que aquí no hay, no hay médicos especialistas por ser, por si uno tiene que irse a sacar una radiografía tiene que ir abajo (hospital público), ahora para la vista, tampoco hay médico acá, no hay médicos acá, o sea no hay médicos especia... especialistas en una... en por ser de los huesos o de la vista, eso es lo que hace falta aquí arriba, porque el ir allá abajo a ti te dan hora como para seis meses más po’, porque hay mucha más gente, claro...”

En este mismo sentido, la falta de geriatras afecta de forma directa a los entrevistados, y explica el proceso de exclusión social enfrentado por la tercera edad en salud, más aún en el caso de aquellas personas incapaces de ejercer algún tipo de presión social que exija una mayor inclusión en el sistema de salud. Así, la necesidad referida a la dotación de este tipo de especialistas interviene en las expectativas acorde a la cantidad de recursos humanos disponibles para la prestación de servicios asistenciales. El rol que cumplen los geriatras en la atención médica, especialmente en la prevención y la promoción de la salud en una población que envejece sostenidamente en los últimos años, es fundamental para afrontar los cambios en el perfil epidemiológico, con la aparición de enfermedades catastróficas más complejas que requieren de mejores equipamientos (Aedo, 1996) para el cuidado de la población.

Isidora: “...Claro, y lo otro que hace falta, encuentro yo, al menos acá en Viña son geriatras y en, en otras partes también, o sea tú no encuentras así... un geriatra a domicilio, porque obviamente, que tiene que ser la mayoría a domicilio, porque, es eh... que... es difícil llevar al enfermo y es muy difícil encontrar geriatras... porque lo, lo que el adulto mayor tiene que tener una mejor calidad de vida y pa’ eso es importante que hayan geriatras...”

De esta forma, la escasez de geriatras se puede traducir en una exclusión de la tercera edad, de la que también son parte en el resto de los sistemas parciales, por lo que, potenciar su formación se debe transformar en un objetivo sanitario primordial para las políticas públicas. Ahora bien, las expectativas no solo refieren a la cantidad de fuerza laboral en los servicios de salud, sino también a la calidad de atención brindada (OPS, 2007). En este caso, existe un entrecruzamiento entre quienes abogan por el cumplimiento de sus expectativas frente a la asistencia médica y quienes no están conformes ni con el tipo ni con la calidad de esta.

Con respecto al primer grupo de entrevistados, la asistencia entregada por los profesionales sanitarios ha cumplido con las expectativas de acuerdo con las posibilidades limitadas que dispone la situación sanitaria en Chile (Luhmann, 2007), en el contexto de un modelo mixto de atención, más allá de algunas experiencias puntuales, las condensaciones de sentido perduran en el tiempo superando las vivencias temporales y generalizando identidades trascendentales (Luhmann, 1998) que consideran la satisfacción de las expectativas mediante la solución de problemas, la calidez en el trato directo entre médico y paciente y, el acompañamiento tanto físico, psicológico y emocional por parte de los profesionales de la salud, generando una conexión entre el adulto mayor y los recursos humanos a su disposición.

María: “Las chicas que atienden... atienden muy bien, la atención es buena, es... los médicos también, por ejemplo, una vez... por... por nombrar un médico, me atendió el señor, el señor Cornejo, un médico Cornejo, pero me atendió super, super, super bien, y se preocupó de esto y de lo otro, no, super bien, el es, yo creo que es... eso, eso es bueno, es bueno que se preocupan de uno y todo eso.”

Si bien, un grupo de los adultos mayores entrevistados se encuentra satisfecho por la atención recibida, otro grupo, aún más significativo, considera que sus expectativas no se han

cumplido del todo. Esta percepción refiere a la pérdida de empatía por parte de los médicos en su trato con los pacientes (Donoso, 2014), lo que deriva en un contacto más impersonal con la población que requiere de los servicios asistenciales, teniendo como referencia la “*Fase Pública*” de salud caracterizada por un modelo sanitario más universal y solidario (Goic, 2015). En este escenario, se ha generalizado una desconfianza de los adultos mayores respecto a su relación con los profesionales de la salud (Donoso, 2014), puesto que las condiciones ofrecidas por estos últimos no cumplen con las necesidades sanitarias de los primeros, limitando la satisfacción de sus expectativas.

Por añadidura, el diagnóstico realizado por los entrevistados respecto al tipo de atención ofrecida da cuenta de la cosificación de los usuarios, donde las personas pierden su valor como seres humanos (Juárez, 2014), su dignidad se ve asociada directamente con sentimientos de dolor, indiferencia y menosprecio por parte de los profesionales de la salud, quienes desestiman la entrega de una asistencia integral. Según se puede apreciar en sus discursos, estas situaciones se traducen en malestares psicológicos e incluso físicos que afectan su bienestar y, por ende, sus expectativas sobre la relación médico/paciente.

Catalina: “...hay gente que se queja mucho, sí po’, yo no sé cómo, las doctoras, “ligerito que tengo que hacer, tengo que eh...” sí, a la Nora (hija) le dijeron eso, le dijo “ligerito”, porque ella tenía mucho que hacer la doctora ¿Cómo se le ocurre a un enfermo decirle eso? Eso no se hace... sabe lo que pasa, es que ahora todo tiene que ser rápido, porque después... se van a sus consultas, y parece que ahí ganan más plata, entonces... eh... no están preocupados de atender bien, todo ligerito no más, digo yo, no pueden hacer esas cosas, y menos con personas enfermas, no sé po’.”

Existe una pluralidad de factores que explican la cosificación y deshumanización de los pacientes por parte de los médicos, en el contexto de este trabajo la principal razón aboga por la comercialización de la práctica sanitaria (Berenguer, 2004; Rieznick, 2013). Así, para el médico la sanidad es una transacción comercial de un servicio que se expresa en la satisfacción de los consumidores (Martín, Ponte, & Sánchez, 2006), incluso, dicha complacencia tiene una relevancia secundaria respecto a sus intereses económicos, lo que se ha vertido en la pérdida de la vocación social de la medicina.

Manuel: “...los sistemas sociales del Estado, yo creo que funcionan mal, porque la salud en Chile yo creo que... no... que sea mala, digamos, eh... porque no atienden bien, yo creo que se ha ido deteriorando eh... por muchos factores, primero, yo creo que en, en los profesionales de la salud se ha perdido la vocación primitiva que existía, en segundo lugar, yo creo que los profesionales de la salud hoy en día viven preocupados más de sus ingresos personales que de la atención al paciente eh, y tercero, digamos, se ha perdido el rol social que deben cumplir, en términos que la indiferencia de esos sectores eh... por la gente, digamos...”

A modo de síntesis, las expectativas de los adultos mayores respecto a los recursos humanos disponibles refieren a la necesidad de contar con una dotación de profesionales de la salud suficientes para responder a los intereses asistenciales de la población, apostando por una

atención universal frente patologías más complejas que requieren de tratamientos más onerosos (Aedo, 1996). En este sentido, el principal problema que afecta a los recursos humanos en el sistema de salud refiere a la falta de médicos especialistas en los centros públicos de atención (OPS, 2007), más aun, en el caso de la escasez de médicos geriatras enfocados principalmente en la atención de los adultos mayores (Marín, 2007). En una segunda dimensión, el problema de los recursos humanos refiere a la calidad de la atención brindada por los profesionales de la salud, la que ha mutado en los últimos años hacia una asistencia más impersonal producto de la pérdida de la empatía y la cosificación del paciente, situación que se puede explicar, entre otros factores, por la comercialización de la salud (Rieznick, 2013) y la práctica médica.

4.1.2.2. Expectativas sobre la información

Los flujos de información se vuelven fundamentales para la operación comunicativa de la sanidad, especialmente para la educación de la población, respecto a la promoción y prevención de la salud, el uso correcto de los servicios sanitarios y los conocimientos médicos para el control de las enfermedades (Dueñas, 1999). Educar a las personas sobre los niveles asistenciales de cada uno de los establecimientos de salud (primaria, secundaria y terciaria) tiene como objetivo evitar la concentración de personas con emergencias de distinta complejidad en un solo lugar físico, en otras palabras, saber dónde dirigirse en caso del tipo de emergencia o de atención que desean recibir es esencial para mejorar los tiempos de respuesta de los servicios sanitarios. Las expectativas de los ancianos dan cuenta de la necesidad de enseñar a la población sobre el control de sus enfermedades, de este modo, gracias a la información las personas pueden administrar de mejor forma su salud y reducir la demanda social de tratamientos superfluos (Fortuny & Gallego, 1988), mejorando la eficiencia en el uso de los recursos.

Isabel: “La atención es más o menos, más en urgencia, es la que tiene que ver, eso es lo más importante, porque te... claro porque tú sabí’ que a urgencia va la gente que le duele un dedo, va a urgencia, que eso no necesita ir a urgencia, tiene que ir a un SAPU, yo creo que falta educar a las, al ser humano, cuál es lo más importante que tiene que ir ah... a la urgencia, claro en ese caso decirle, bueno, que la urgencia es pa’ en el caso, la palabra te lo dice, dice en algo de urgencia, pero hay gente que se dobla un dedo y parte a... a urgencia, cuando hay gente que realmente lo necesita, entonces se demoran en atender.”

Según el discurso de los adultos mayores el problema del sistema de información radica en la entrega de esta por parte de las instituciones a nivel central y local, por lo que, sus expectativas demandan la promoción de nuevas instancias de participación que tengan como objetivo informar a la población sobre la complejidad del sistema de salud. Por ende, no solo basta con dar a conocer los niveles de atención de cada uno de los centros asistenciales, también es importante la promoción y prevención de la sanidad a partir de una alimentación saludable, la realización de deporte y los hábitos higiénicos que promuevan una medicina más preventiva que curativa (Arouca, 2008). La necesidad de nuevos espacios de comunicación entre la población y el sistema sanitario refiere al interés de la tercera edad por recibir una atención más

integral que no solo se enfoque en dar respuesta a las enfermedades, una vez se padece de ellas, lo que genera una atomización y centralidad en la curación (Arouca, 2008), sino también, una medicina cotidiana donde el sujeto tenga responsabilidad y control sobre su bienestar físico y psicológico, a partir de la prevención sanitaria.

Pablo: “Claro, porque no previó, nadie le dijo, no sabe además, hay que pensar que a esta edad muchos nos ponemos, y me incluyo, porfiados, entonces, te dicen una cosa y de repente dices “no si a mí quién me viene a enseñar, si a mí nada”, y es pesado, nada, si es así, entonces, es difícil, por eso es que es muy difícil, entonces, hay que crear un organismo tal que pueda de alguna forma eh... no sé po’, ayudar a todos los que están, paralelo al Ministerio de Salud, logístico, una cuestión así de logística, la cual, no sé, a lo mejor, eh... hacer charlas, pero salir del ámbito de la salud y hacerlo, es que aquí te agarran todo para el “leseo”, si tú no podi’ hacer nada en algo, porque todo te lo agarran para el “tandeo”, o te lo roban (risas)...”

Por último, la fluidez en la entrega de información es una responsabilidad del Estado en su dimensión integradora, como mediador que facilita la comunicación entre el sistema de salud y su entorno a partir de la instauración de programas informativos para la comunidad. De esta manera, los medios de comunicación de masas tienen un rol primordial en la transmisión de información sanitaria hacia la población, de acuerdo con Luhmann (2007), todo lo que conocemos de la realidad lo conocemos por los medios de comunicación de masas, por lo que, los mecanismos sociales que utilizan en su operar específico se ubican al interior de la sociedad y se acoplan a la estructura de los sistemas parciales (Becerra & Arreyes, 2013).

Desde la perspectiva de los adultos mayores, el rol de los *mass media* en la entrega de información es fundamental para abrir nuevas instancias de interacción acorde a las necesidades sanitarias de la población, que faciliten el intercambio de comunicación entre los sistemas sociales y los sistemas psíquicos, en efecto, sus expectativas reclaman por un compromiso social de los medios enfocado en la entrega de información que mejore los flujos de la comunicación a nivel sanitario, y promuevan una medicina preventiva.

Mario: “No po’, lo que pasa es que yo no sé la realidad de los consultorios, de las informaciones que entregan con folletos, las informaciones, pero, faltarían para eso me meto yo en la televisión, canales culturales de información, ahí partiría la cosa, con canales de televisión culturales, donde informen todo ese tipos de cosas, todo de eso, que debería existir un canal donde entreguen todo tipo de información, donde uno llame y le contesten, oiga qué puede hacer, eso, porque... uno llama al teléfono de la central, y lo informan, eso, pero eso es bien poco, porque la salud, ocupado, ocupado, nunca reciben la información correcta...”

En definitiva, las expectativas sobre el sistema de información demandan por un modelo de trasmisión sanitaria donde se pueda educar a la población sobre la prevención y promoción de la salud, el correcto uso de los servicios asistenciales y el control de las personas sobre sus enfermedades. A partir de esta capacidad se puede determinar las principales necesidades sanitarias de la población, aún más, en el caso de la tercera edad como grupo vulnerable en su relación con el otro, por ello, la inclusión de nuevas iniciativas e instancias que permitan potenciar el sistema de información a nivel local y nacional es fundamental para reducir la

brecha de desigualdad que afecta directamente a la tercera edad. Ahora bien, para dar cumplimiento a esta meta no solo el Estado es responsable en su misión inclusiva, sino que, los medios de comunicación tienen el deber de dar cumplimiento a los intereses de los individuos de acuerdo con sus posibilidades, por ello, la trasmisión de información desde los *mass media* surge como un mecanismo esencial para fomentar una medicina preventiva.

4.1.2.3. Expectativas sobre la tecnología

Las expectativas de la tercera edad sobre las tecnologías en uso explican la brecha en el acceso a los equipamientos disponibles entre los diferentes centros sanitarios (OPS, 2007), este hecho tiende a la comparación entre los dispositivos utilizados por cada servicio asistencial. La desigualdad genera diferencias en el tipo y la calidad de atención que reciben los adultos mayores, quienes se ven en la obligación de acudir a centros asistenciales con la capacidad técnica para un diagnóstico o tratamiento acorde a las condiciones de salud que los aquejan. Sin los insumos básicos para su funcionamiento el alcance de la acción médica se ve enormemente limitado, disminuyendo las expectativas de la tercera edad, las que dotadas de desilusión demandan por una mayor inversión a nivel local y nacional, especialmente en la salud pública, en pro de una homologación de las condiciones asistenciales para toda la población.

Isabel: “Pa’ mí, el Olivar no, al Olivar le faltan muchas cosas, por ser el de Miraflores no, el del Maldonado tampoco, le faltan cosas más en la infraestructura, claro, porque si ahí te llega una persona con un infarto no tienen para probar, para ayudarlo inmediatamente, hay que ver... hay que mandarlo “altiro”, tienen que mandarlo pa’ abajo, claro acá no po’, en el de Miraflores tú llegas y si tienes problemas de infarto tienen una maquina “altiro” de oxígeno de estas cosas, y ese es el más nuevo que hay incluso. Como que hay diferencias entre los consultorios, eso sí, por lo menos en los que yo he visitado...”

La estrecha relación de interdependencia entre los recursos humanos y las tecnologías empleadas genera que la escasez en el acceso de esta última se materialice en la decepción de las expectativas de los propios profesionales de la salud respecto a la atención médica brindada a la población. La ausencia de tecnología para un diagnóstico y tratamiento propicio a las necesidades de los pacientes causa un desinterés en los médicos por prestar un servicio de calidad, por ende, se da una relación directa entre tecnología, fuerza laboral y el tipo de atención. Desde esta perspectiva, la demanda por mayor inversión no solo proviene de las personas en su condición de usuarios, también es un requerimiento de los profesionales de la salud que en su calidad de proveedores de sanidad necesitan del equipamiento básico, además de una formación o capacitación acorde para el correcto uso de la tecnología disponible.

Manuela: “Claro, porque necesitan tal cosa “no doctor, no hay” esto otro “no, no hay”, claro, no la salud de parte del gobierno está mala, no da los, los, los pesos necesarios para que los consultorios tengan todo lo que necesitan, ahora yo les preguntaba a mi hija “oye los consultorios, por ejemplo los consultorios de acá de Viña ¿De quién dependen, de, de aquí de la municipalidad, hay algún departamento?” Porque yo sé que a ella eh... el departamento, un departamento de la municipalidad les da los sueldos y, y... “sí, la municipalidad”, me dijeron

es la que tiene que ver lo que está fallando en los consultorios, claro, de ahí tirarse arriba que lleguen los, los, los fondos y todo eso.”

La tercera edad no solo reclama por una mayor inversión en equipamiento y dispositivos que den abasto a las necesidades médicas, pues reconocen algunos avances, sino también, por un buen uso de la infraestructura por parte de la población, ya que, finalmente son las personas en su calidad de usuarios quienes hacen uso de los centros de salud, y son los principales responsables del cuidado y mantención de los recursos disponibles para su asistencia.

Emilia: “Yo creo... malo yo creo, porque no creo que esté tan bueno como, como para atender tanta gente, cuando se, cuando pasa alguna cosa, todo eso, no hay gente, no hay mucha gente, claro, no hay tanta, ahora puede ser que se arregle ahora con el hospital nuevo, así, se arregle, porque el hospital nuevo es grande po’, es mucho más grande que el otro que... y es más nuevo, entonces va a tener más adelanto, a lo mejor va a tener mejores máquinas, todo, mejores consultas, yo creo que con el hospital va a, a mejorar harto eso, ojala que, que sea pronto no más po’, que esté listo lo más pronto posible, para que más gente pueda ir al hospital...”

En definitiva, las expectativas de los adultos mayores refieren a las diferencias que se generan en el acceso a la tecnología disponible en los centros de atención, así, es posible que consultorios a cargo de un mismo organismo a nivel local o nacional no cuenten con los mismos insumos básicos para responder a las necesidades asistenciales de la población, este hecho obliga a la interconsulta de pacientes quienes se deben trasladar de una zona a otra de la ciudad para recibir el tratamiento que requieren. La desigualdad generada no solo afecta a los pacientes, sino también a los propios profesionales de la salud que desilusionados por las condiciones sanitarias de las instituciones médicas ven limitadas sus posibilidades latentes, lo que afecta directamente a la calidad de atención brindada, esta situación explica la relación de interdependencia entre tecnología, recursos humanos y calidad asistencial en el sistema de salud.

Por último, a pesar de las altas demandas por mayor inversión en equipamiento e infraestructura, los adultos mayores reconocen los intentos realizados para mejorar las condiciones técnicas del sistema de salud chileno, a través de la compra de equipamiento médico, el abastecimiento farmacológico y la construcción de nuevos centros de salud público/privado en sus diferentes niveles de atención, lo que ha permitido mejorar la cobertura y el acceso a los servicios sanitarios por parte de la tercera edad.

4.1.2.4. Expectativas sobre la organización

En cuanto a las expectativas de la tercera edad sobre la organización, estas refieren a la administración de los servicios de salud, en este sentido, es recurrente la atribución que adquiere la reproducción del orden en el establecimiento de los parámetros necesarios para la institucionalización interna de los sistemas de salud (Breilh, 2013), por ende, se considera un aspecto que favorece el funcionamiento de la organización al interior del modelo. Por añadidura, el orden es una herramienta necesaria para la prestación eficiente y eficaz de los recursos asistenciales por parte de los centros de atención. De esta manera, según los discursos analizados

el principal problema que afecta a la organización es la mala administración de los recursos económicos lo que ha provocado una crisis del sistema de salud y, con ello, una deuda histórica (Hernández M. , 2000), generando una carga económica sobre el sistema que no permite mejorar las condiciones de la atención médica ofertada a la población.

Manuel: “El sector de salud en Chile... bueno si funcionan mal, yo creo que no están bien organizados, claro, claro, no creo que estén bien organizados, porque si estuvieran bien organizados, no se producirían todos los problemas que hay, por ejemplo, esa mochila económica que tiene el sector salud, que los hospitales deben sumas cuantiosas de dinero, que hoy día ves tú en las noticias, que eh... quieren hacer un hospital nuevo y no hay plata, entonces de hecho, digamos, hay una situación que, hay una situación en que está mal organizado el sistema y que... ese... digamos eh... esa mala organización ha ido acrecentando la crisis...”

Por otra parte, una precaria organización de los recursos también afecta las expectativas sobre el tiempo de espera asociado a la asistencia médica ofertada por el sistema de salud. Uno de los principales problemas del modelo sanitario chileno, refiere a los extensos tiempos de espera en la atención, este hecho proviene de la falta de una organización institucional por parte de los centros asistenciales que deriva en la concentración masiva de personas en los servicios sanitarios. De esta forma, las expectativas del adulto mayor reclaman por nuevas estrategias y mecanismos que permitan conservar el orden del sistema de salud en su capacidad organizacional e institucional, a partir de una función rectora de la autoridad competente en el sector, que mejore la gestión de los recursos destinados a satisfacer las demandas de la población, por ende, reduciendo los tiempos de espera en su atención.

Raúl: “...lo, lo otro malo que encuentro yo es de que cuesta tanto para que... te den hora para médico, porque te citan casi a todo Forestal casi para el mismo día, entonces esa cuestión se llena hasta afuera, hay que estar como hasta las cinco de la mañana, llega de la puerta pa’ afuera, entonces yo digo “¿Por qué, por qué el médico no le da la hora a uno altiro?”, el día y la hora o en último caso el día, que uno vaya a pedir la hora no más, cuando le vaya a tocar, eso yo encuentro que está, creo que está un poco más, porque se acumula gente, a lo mejor puede ser que a uno nunca le vaya a tocar el mismo médico, puede que sea ese el motivo, pero debiera haber otra manera de hacerlo, por ser ahora otra cosa, aquí de Forestal, aquí vienen de Las Palmeras, vienen de Puerto Aysén, vienen de todas partes, porque un día citan por ser los del sector de aquí de Las Torres, que aquí se llama, después a otro día a Las Palmeras, claro, por sector, sería todo más ordenado para uno y para ellos mismos, porque ellos cuando están ahí pasan pura rabia, porque toda la gente se va ahí encima, y le reclaman a ellos mismos, menos les cunde la “pega”, no hacen la “pega” como es debido...”

A pesar de estas dificultades a nivel de organización interna de los servicios de salud, a nivel externo se dan muestras de una mejor colaboración entre los diferentes organismos, teniendo en consideración la red de instituciones involucradas en el sistema de salud, su asociación ha permitido el trabajo cooperativo por medio de enlaces públicos (Turnock, 2016). Esto se puede ejemplificar a través de las interconsultas entre los centros de atención, donde se genera un proceso de comunicación externa para la asistencia de pacientes de diversas zonas de la ciudad, ya sea en hospitales u otros servicios que cuentan con las instalaciones capaces de dar una respuesta a las necesidades de los usuarios. Si bien, las interconsultas son desde una

perspectiva crítica una solución al problema de la falta de tecnología y recursos en los centros de salud, su correcto funcionamiento apunta a la organización externa que existe en el trabajo colaborativo de la extensa red de organizaciones sanitarias.

Manuela: “Mire yo a particular he ido al asunto del oído, eh... a fui también a una parte que dije yo “oh los doctores en cinco minutos se ganan 200 mil pesos, porque tenía problemas que como todos saben que soy buena para leer, llegó un momento que se me empañaba la vista, casi no podía ver, claro, y a mí me operaron hace muchos años de la vista, en el Fricke y en ese sentido yo doy los agradecimientos, porque el consultorio me mandó allá, el consultorio manda a la gente a... a que le... la operen de la vista, a las que se pueden operar...”

A modo de conclusión, las expectativas sobre la dimensión organizacional refieren a la administración de los recursos que dispone el sistema de salud en la atención médica de la población, a partir de una compleja red de instituciones que participan en la capacidad logística del modelo sanitario. Respecto a los discursos de la tercera edad existe una desilusión de las expectativas asociadas a la organización interna de los organismos producto de la precaria e ineficaz administración sanitaria, la que se ha visto representada en la deuda económica, impidiendo el correcto funcionamiento de las iniciativas y políticas en sanidad dirigidas a frenar los grados de segregación en el sistema, a esto se le suma el problema de los tiempos de espera que se extienden significativamente debido a la ausencia de organización tanto a nivel local como nacional, lo que genera una falta de eficiencia en la administración de los recursos.

A nivel de la organización externa existen estrategias colaborativas que permiten una interacción cooperativa entre las distintas instituciones que forman parte de la capacidad organizacional del sistema sanitario. Esta relación de interdependencia se ve representada en el trabajo asociativo entre consultorios y hospitales a nivel público, por medio de las interconsultas de los pacientes que permiten disminuir las desigualdades de acceso a los recursos disponibles para su atención. Si bien, la interconsulta es un mecanismo que da cuenta de los problemas de inversión en cada uno de los centros de salud, también, es una estrategia para enfrentar las necesidades y expectativas de las personas atendidas.

4.1.3. Expectativas en los subsistemas de salud

El sistema de salud en Chile se caracteriza por una multiplicidad, pluralidad y heterogeneidad de elementos que constituyen su estructura y se organizan en una diversidad de instituciones con roles y funciones propias, en particular, el sistema médico de atención se define como un modelo mixto descrito por la dualidad público/privada.

Ahora bien, la dualidad público/privada también abre un espacio de inclusión para un pequeño grupo de la población excluido de las instituciones. Esta situación envuelve, por ejemplo, a aquellos trabajadores no formales o independientes que en caso de necesidad recurren a los servicios disponibles, personas con bajos o nulos ingresos que no se han acogido a los beneficios que el Estado ha brindado y un grupo de personas que adquieren los servicios de

salud mediante la contratación de los proveedores privados o públicos sin instituciones intermediarias (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011).

De esta forma, el análisis de los subsistemas sanitarios se constituye de acuerdo con la comparación de la dualidad público/privada presente en el sistema de atención médica. Con respecto a las expectativas de la tercera edad, su análisis se divide en tres dimensiones: a) los recursos disponibles, b) la atención ofertada y, c) los tiempos de espera.

4.1.3.1. Expectativas sobre el sistema de atención

4.1.3.1.1. Recursos público/privado

En general, en los discursos del adulto mayor se aprecian altas expectativas de los recursos técnicos y humanos disponibles en el subsistema privado en su comparación con el subsistema público, puesto que los proveedores, ya sean clínicas o consultas particulares, dotados de la capacidad de pago de sus clientes, destinan una mayor cantidad de recursos a mejorar la infraestructura, la compra de equipamiento médico y la contratación de profesionales de la salud. En cambio, el sector público se encuentra limitado a la escasez de inversión por parte del Estado y la administración municipal, quienes cuenta con recursos restringidos por los logros económicos alcanzados a nivel nacional (Spinaci, Crowell, Currat, Shetty, & Kehler, 2006). Esta situación genera una diferencia significativa en el tipo de atención de los subsistemas, si en el privado se cuenta con mayor tecnología para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, en el público las condiciones están sujetas a la disponibilidad particular de cada servicio sanitario y al gasto público destinado por el Estado (Goic, 2015).

A partir de la municipalización de la salud en Chile, la atención ofertada por el sector público ha estado determinada por los recursos económicos de cada municipalidad, así, en el propio subsistema público existen diferencias respecto a la atención sectorial. Esta situación se explica porque en las comunas más ricas del país, que albergan a la población con mayores ingresos, los recursos destinados a salud son superiores que en las comunas más pobres donde habita la población con menos ingresos. Por ende, los grupos más vulnerables que no cuentan con la capacidad de pago para acceder al subsistema privado están excluidos socialmente en el acceso a los recursos tecnológicos y humanos para el tratamiento de sus enfermedades.

Alicia: "...llamé al médico "ya ven a la tarde" me dijo, ya partí a la tarde, me dijo "operamos la próxima semana", Yokota atiende en la Clínica Reñaca, particular, me dijo "yo opero por el GES" me dijo, "pero... eh... yo preferiría operarte arriba en la Clínica Reñaca", porque estaban los últimos adelantos, tecnología de punta, "¿Cuánto me sale más o menos?" le dije "más o menos unos seis millones" me dijo, seis millones, yo no tenía y ahí el problema es que hay que pagarlo así (al contado) entonces eh... a mí me dijo "y te opero la próxima semana", cuánto tiempo hubiera tenido que esperar en un servicio público para que me operaran."

En cualquier caso, a pesar de que comúnmente en los discursos de los entrevistados existe una desilusión de las expectativas respecto a los recursos destinados por parte de la

atención pública, también es posible encontrar en ellos percepciones que remiten a la satisfacción sobre los recursos tecnológicos y humanos con que cuenta este subsistema. En este sentido, una parte de los adultos mayores señala que el sector público cuenta con mejores equipamientos para la atención médica y profesionales de la salud con la formación académica más cualificada, es por ello, que los casos con mayores índices de complejidad y urgencia recurren a los servicios públicos en detrimento de la atención privada, ya que, cuenta con instrumentos más especializados para la atención de este tipo de patologías.

En este sentido, las expectativas de la tercera edad respecto a los recursos destinados por el sector público y privado se diferencian en relación con la complejidad de la atención ofertada. Si en el primero, los recursos se centran en el tratamiento de enfermedades catastróficas que refieren a patologías de difícil solución, asociadas al seguimiento continuo de los pacientes cuyos resultados pueden llegar a la limitación funcional del organismo (Aedo, 1996), y que se dan en mayor medida en los adultos mayores. En el segundo, los recursos se concentran en la infraestructura, el equipamiento médico, la contratación de profesionales, pero, por sobre todo en la “hotelería”, preocupándose por la comodidad de los clientes, lo que genera altas expectativas acordes a la capacidad de pago (Aedo & Sapelli, 1999).

Rubén: “...los hospitales públicos atienden a la gran mayoría de las personas, la gran mayoría de las personas se atiende, atienden en el, los servicios públicos, a pesar de que dicen que es malo, qué se yo, pero los, los hospitales públicos tienen los mejores eh... instrumentos, todo lo tienen ellos, es que el Estado no puede abarcar todo, ahora que hay fuga, qué se yo...”

En esta misma perspectiva, los adultos mayores consideran que la salud pública ha alcanzado grandes avances a partir de la construcción o reconstrucción de nuevos centros hospitalarios, los cuales, dotados de mejores equipamientos y mayor cantidad de profesionales de la salud a su disposición, ha mejorado el sistema de atención médica. Es decir, una mayor inversión en los servicios asistenciales se ha expresado en mejores recursos destinados a la población objetiva, quienes ven satisfechas sus expectativas sanitarias.

Catalina: “Sí, hicieron un edificio grande ahí, sí bien bueno, limpio, antes no po, antes, daba cosa ir ahí, bueno era una cuestión vieja po, ahora está el baño para la gente que está esperando afuera tenga su baño, tenga de todo, todo está bien, en ese sentido está bien...”

A modo de síntesis, las expectativas sobre los recursos se dividen entre aquellos entrevistados que consideran que la salud privada cuenta con una mayor inversión en recursos técnicos, como equipamiento médico, infraestructura o dispositivos asistenciales, en comparación con la escasa inversión en el sector público debido a las limitaciones en el gasto social en salud realizada por el Estado, el que se encuentra supeditado al crecimiento económico a nivel nacional y local. Y un pequeño grupo de adultos mayores que reconocen una mejor dotación técnica en el sector público, a raíz de una mayor demanda por tratamientos contra enfermedades catastrófica, es decir, patologías más complejas lo que lleva a las personas a

rehusar, ya sea, por su capacidad de pago u otros factores de la atención privada que se especializa en la inversión de recursos destinados a la infraestructura, la contratación de personal, pero especialmente a la “hotelería” enfocada en el confort de sus clientes.

4.1.3.1.2. Atención pública/privada

Si bien, los recursos destinados a los servicios médicos son fundamentales para el correcto diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la población de edad avanzada, la falta de una atención empática, solidaria e integral por parte de los profesionales de la salud puede generar graves problemas en el operar del sistema sanitario. Por lo tanto, la segunda dimensión da cuenta del tipo de atención médica que reciben las personas asistidas tanto en los servicios públicos como en los servicios privados, incluyendo en este análisis la interacción con los funcionarios y/o administrativos de los centros asistenciales.

En este caso, la comparación de las expectativas de la tercera edad referente al subsistema público y privado tiene relación directa con un elemento que se analizará más adelante, respecto a la calidad de persona de los adultos mayores incluidos en el sistema, en este sentido, existen grandes diferencias en el trato recibido en el sector privado y en el sector público de acuerdo con una serie de factores que se revisan a continuación.

En primer lugar, es una expectativa generalizada en los discursos de los entrevistados que la atención privada cuenta con una mejor asistencia médica que el subsistema público, esto, debido a que la capacidad de pago empodera a los sujetos quienes en su calidad de clientes pueden demandar por una mejor atención por parte de los profesionales. Incluso la experiencia de los adultos mayores da cuenta de casos particulares en donde los médicos atienden de una manera más afable y empática en sus consultas particulares que en los recintos públicos, lo que refiere a las diferencias generadas entre el tipo de atención en cada subsistema.

Rubén: “...el trato es distinto, claro, porque... yo estoy pagando para que me atiendan bien (risas) claro, y no debería, o sea no debería ser, no debería ser, pero, si yo conozco médicos que tratan igual en el servicio público, como, como en su... consulta, eso debería ser, porque yo no tendría que, que tener como, como un... doble estándar, y se nota el trato...”

Sin embargo, lo que parece ser un consenso generalizado por parte del adulto mayor respecto a una desilusión de las expectativas frente a la atención pública, es matizada por experiencias puntuales en este sector. De este modo, hay quienes reconocen a partir de sus vivencias una atención satisfactoria por parte de los servicios públicos dando cumplimiento a sus expectativas, es más, contradiciendo las críticas que surgen en torno a la calidad de la atención, que en el caso del adulto mayor reclama por una relación más integral. En consecuencia, se destaca la empatía y el compromiso de cada uno de los profesionales de la salud, quienes no solo se encargan de cumplir su actividad médica de forma eficiente y eficaz, sino que entregan una asistencia integral, preocupándose por el bienestar físico, psicológico y

emocional del paciente. Estas situaciones influyen en las altas expectativas de un grupo minoritario de entrevistados, que consideran que la atención pública satisface sus intereses prestando un servicio acorde a las demandas sanitarias.

Darío: "...por ejemplo, a mí en, en el hospital me atendieron, te estoy hablando, pero yo fui con, con, con mi hijo, fíjate que el médico, el médico, el médico cabro, me dijo, y teniendo tanta pega, se dio el trabajo en, en, en, me hizo el dibujo qué problema había tenido yo para llegar a ese extremo, me dijo "tú tienes, ya tienes dos riñones, en la cual ahí baja todo el líquido y la próstata apretó el conducto y eso tienes que, tiene que entrar, es como una aguja, tiene que entrar y abrir ese espacio para botar todo ese líquido", me explicó todo el proceso..."

Un tercer caso refiere a la atención ofrecida por los servicios de salud de las FF.AA., que se ha caracterizado históricamente por una situación de exención respecto al resto del subsistema público, e incluso en su comparación con el sector privado, esto debido a los beneficios obtenidos durante la dictadura cívico militar que se reproducen en la actualidad. Así, las expectativas de la tercera edad sobre la atención de SISAN se traducen en altos grados de satisfacción, producto de la cercana relación que se genera entre pacientes y profesionales de la salud, situación que lleva a las personas incluidas en el sistema a reconocer una posición de privilegio con respecto al resto de la población. La calidad de la atención del sistema de las FF.AA. da cuenta de los beneficios que tiene un sistema que asiste a un número limitado de personas, con recursos destinados exclusivamente a mejorar las condiciones sanitarias y donde las relaciones entre los individuos (medico/paciente) se establecen a partir de la jerarquización de rangos, lo que permite ordenar normativamente sus operaciones comunicativas.

Sin embargo, en los últimos años lo que en su momento fue un sistema cerrado y exclusivo para los integrantes de las FF.AA. y sus cargas familiares, ha dado un giro, y se ha abierto a todo aquel con la capacidad de pago para acceder a sus servicios. Según los discursos del adulto mayor, esta apertura ha significado un descuido en la atención de los propios miembros de las FF.AA., produciendo con ello una preocupación mayor por la atención particular en desmedro de los miembros del sistema. Este hecho se ha vertido en una decepción de las expectativas de la tercera edad, quienes han visto una involución del sistema de atención médica en SISAN, producto de la incapacidad del modelo para responder a una mayor cantidad de población objetiva, lo que ha mermado la asistencia médica de los usuarios del sistema.

Isabel: "Bueno ahí en la armada, tu pertenías a un... tenías una tarjeta, que tu ibas a los controles, te llevaban cuando te tenían que pesar y todo eso, y después cuando tu estabai' enfermo tu ibai' a la parte de urgencia no más, y... te atendían no más po'. Lo que, si ahí los tiempos eran distintos, antes era como mucho más rápido todo, pero últimamente, la armada se puso a... se puso a atender a mucha gente particular, entonces empezó a abandonar a la gente, yo vivía en el hospital naval..."

Para concluir, la atención público/privada del sistema de salud da cuenta de las diferencias internas y externas que se establecen entre los subsistemas representadas en las expectativas del adulto mayor. Si bien, en los discursos es posible observar vivencias personales

sobre una atención de calidad en el sector público, con muestras de empatía y afabilidad por parte de los profesionales de la salud, existe un consenso generalizado por parte de la tercera edad respecto a una mejor calidad de atención brindada por el subsistema privado en comparación con el sector público, este hecho se debe principalmente por la capacidad de pago que abre la posibilidad de demandar una mejor asistencia, empoderando a los pacientes de un rol más activo con respecto a su condición sanitaria, es decir, una asociación directa entre la capacidad de pago de las personas y la capacidad de exigir por una atención de calidad. En el caso específico de la atención de las FF.AA. históricamente se ha caracterizado por una situación de privilegio respecto al resto de subsistemas, sin embargo, este hecho ha mutado en los últimos años a partir de la apertura de la atención brindada por SISAN a personas particulares con la capacidad de pago para acceder a estos servicios, mermando la atención de sus miembros.

4.1.3.1.3. Tiempo de espera público/privado

La última dimensión de análisis entre los subsistemas público/privado refiere a los tiempos de espera en cada servicio de salud. De esta manera, la espera se ha constituido como un punto central del malestar social sobre el sistema sanitario por parte adulto mayor, al generar sentimientos de angustia e indignación, es decir, la percepción de sentirse desatendidos mientras se aguarda, pero por sobre todo la sensación de no tener otra opción más que esperar (PNUD, 2017). De hecho, el sistema de salud no concibe la espera como un elemento asociado a las personas sino a los eventos, a saber, da cuenta de las enfermedades sin un rostro evitando las necesidades específicas de cada paciente (Bedregal, y otros, 2017).

En este sentido, el análisis comparativo de los tiempos de espera en los subsistemas público y privado dan cuenta nuevamente de la concentración de altas expectativas sobre la asistencia particular. En los discursos de la tercera edad se asocia la atención privada a la inmediatez de las consultas médicas, en efecto, si necesitan de un médico solo basta con pagar por la atención para acceder a una consulta sanitaria con un prestador particular, como ya se ha señalado, la capacidad de pago actúa como un determinante social en el acceso a los servicios de salud. En cambio, en el sector público las personas mayores están supeditadas a la disposición de los profesionales de la salud y los tiempos que estos determinan, conservando un rol pasivo sobre el control de su condición o enfermedad.

Raúl: “Pero que eso es otra cosa po, porque ahí tu estai’ pagando, y te atienden al tiro po’, tu llegai’ y te citan a las tres de la tarde y a... a más tardar a las tres diez el médico te está viendo, pero ahí tení’ que pagar po, claro, y ahí, y ahí hay médicos de todo, para todas las especialidades, nunca jamás va a ser así el consultorio público o... puede... ser la mitaita’ de, o la cuarta mita’ de una privada que, sería para nosotros, sería pero fabuloso, sería como una maravilla, claro, pero eso nunca lo vamos a verlo, imposible po...”

Esta situación afecta negativamente las expectativas sobre la confianza en la oportunidad con la que se entrega la asistencia médica en la atención pública, criticando los largos tiempos

de espera tanto en los consultorios como en los centros hospitalarios (Bedregal, y otros, 2017). A la extensa espera, se suma el problema de la escasa información brindada, que no solo es infrecuente, sino que también difícil de entender, lo que complica la trazabilidad de los pacientes respecto a los tiempos de espera. Este hecho genera situaciones de incertidumbre sobre la atención médica pública en comparación con el sector privado (Olavarría, 2012), para el adulto mayor la incertidumbre en el sector público se debe a la oportunidad de asistencia médica que se encuentra limitada por la espera, la falta de información y la calidad del servicio. Todo esto conlleva a una desilusión relativa de las expectativas respecto a la atención brindada, lo que afecta sustancialmente en la confianza en las prestaciones ofertadas.

En contra de la opinión generalizada respecto a los tiempos de atención en la salud privada respecto de la salud pública, los discursos de la tercera edad reconocen el avance que se ha realizado respecto a los tiempos de espera en los consultorios, lo que ha permitido una mejora en la asistencia médica del adulto mayor. Esto no quiere decir que las expectativas hayan alcanzado un grado de satisfacción plena, ya se ha establecido lo contrario, pero aun así, existe un reconocimiento de los intentos por mejorar los tiempos de respuesta, teniendo en consideración que la espera resulta de un problema estructural del desequilibrio entre la oferta y la demanda, por lo que está presente en todos los subsistemas de salud (Bedregal, y otros, 2017), los que deben actuar de acuerdo a las posibilidades limitadas en su operar, en otras palabras, de una forma más eficaz y eficiente frente a los recursos disponibles.

Catalina: “El SAPU ahora está bueno, está bien bueno el de arriba, porque yo fui el otro día, como le dije, que fui que... porque tenía un dolor... fui y me hicieron una, me, ahora le hacen hasta la, los exámenes altiro a uno ahí, me hicieron un examen de orina, me sacan, un poquito de sangre, de para ver cómo está, no altiro, me dijo después usted va al consultorio y le da la receta y uno va y le cobran ahí, ahí en el hospi... ahí en el consultorio...”

En el caso de la atención ofertada por SISAN, los tiempos de respuesta también dan cuenta de un punto neurálgico de los servicios brindados. Así, aunque las expectativas generalizadas sugieren una percepción positiva sobre la asistencia ofertada, la decepción por parte de los miembros de las FF.AA. refiere a los problemas suscitados en el último tiempo. Uno de los factores que explica los problemas asociados a los tiempos de espera responde nuevamente a la apertura de los servicios a la atención externa de particulares, lo que ha significado una concentración de un mayor número de personas en un sistema acostumbrado a la asistencia de una cantidad limitada de población. A pesar de los intentos por mejorar la espera de lo pacientes, por ejemplo, a través de la construcción de nuevos Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) o de mayores inversiones destinadas a la compra de equipamiento médico, la fragilidad del sistema de salud de las FF.AA. (Morales L. , 2016) ha dado muestras de no estar capacitado para enfrentar un aumento significativo de su población objetiva.

Jovita: "...ahí en urgencia y está pero lleno, lleno, lleno, lleno, lleno, lleno es increíble, acá en el hospital naval es igual po, pero... yo ya no voy a urgencia tampoco ahí puede estar tres, cuatro, cinco horas en urgencia, si está lo mismo que acá, que en el hospital público, es la, es el mismo tiempo de demora, ahora hicieron en el, arriba en el CAPS ahí donde van los crónicos uno un... un servicio de atención espontánea, que es una urgencia que es como si vas resfriado, como un poco obstruido eh... no graves, te pueden atender arriba ahí eh... no hay tanta gente, ahí es más rápido."

En definitiva, los tiempos de espera son un elemento inevitable, ya que, surgen a raíz del desequilibrio orgánico entre recursos escasos y necesidades ilimitadas, por lo que los servicios deben operar acorde a las posibilidades de acción (Luhmann, 1998). En este marco, existe una percepción generalizada sobre la inmediatez de la atención privada donde el paciente cuenta con la capacidad de pago que le permite acceder a los servicios ofertados por un prestador particular, en cambio, en el sector público las personas están supeditadas a la disposición de los profesionales de la salud que deciden unilateralmente los tiempos de atención. En este sentido, si la incertidumbre en el subsistema privado refiere al acceso o no a los servicios de salud debido a la capacidad de pago, en el caso del subsistema público la incertidumbre da cuenta de la oportunidad de atención o no.

Ahora bien, a pesar de este consenso, también existe un reconocimiento en los discursos del adulto mayor sobre los intentos por mejorar los tiempos de respuesta a partir de nuevas instalaciones, más cantidad de recursos humanos y decisiones administrativas que han permitido reducir la espera asistencial. Con respecto a la asistencia de SISAN esta se ha visto afectada por la apertura de la atención a personas externas al sistema, lo que ha evidenciado la incapacidad de servicio para hacer frente a una mayor demanda, perjudicando los tiempos de respuesta y, con ello, generando un malestar social entre sus integrantes.

4.1.4. A modo de reflexión...

La situación actual en materia sanitaria se debe en gran medida a un entrecruzamiento de circunstancias que han moldeado el sistema de salud chileno hasta la actualidad. La concepción social de la medicina y la salud que dio forma al SNS en 1952 (Goic & Armas, 2003), hito que marcó el inicio de la "*Fase Pública*", caracterizó un modelo de sanidad promotor de universalidad, solidaridad y equidad en la atención. Algunos vestigios de las medidas implementadas han permanecido en el imaginario colectivo y han delineado las directrices del modelo de salud (Goic, 2015). A estas consideraciones, se suman los cambios ocurridos desde septiembre del '73' a partir de la dictadura cívico militar que dieron comienzo a la "*Fase Privada*", entendida como una etapa de privatización a partir de la unificación del SNS y SERMENA en el Fondo Nacional de Salud (Aedo, 2001), la municipalización de la atención sanitaria y la creación de las ISAPRES, transformaciones que se conservan en la estructura del actual sistema sanitario (Tetelboin, 2003). Estos hechos han marcado las directrices para la conformación del modelo mixto de la salud, y que se ha profundizado desde la reforma AUGE,

iniciando la “*Fase con vocación pública*”, con intentos que han buscado recuperar la noción de la salud como derecho social en un escenario donde priman los intereses económicos no solo en el sector privado, sino también, en el sector público del sistema sanitario.

De igual forma, el crecimiento económico que ha tenido el país ha permitido una mayor inversión en los servicios asistenciales, el progreso de los conocimientos en las tecnologías médicas y técnicas quirúrgicas, y la irrupción de medicamentos eficaces para el tratamiento de enfermedades (Goic, 2015), lo que ha llevado a mejorar las condiciones del sistema asistencial. Sin embargo, esto no quiere decir que la situación sanitaria pase por su mejor momento, las evidencias dan cuenta de las inequidades, carencias e indignidades que reciben las personas en el sector público a nivel burocrático, humano y administrativo (Goic, 2015), y el creciente mercantilismo que afecta al subsistema privado, lo que ha llevado a una concepción de la salud como un bien de consumo capaz de ser intercambiado. De este modo, a pesar de los avances técnicos que ha tenido el sistema de salud producto del crecimiento económico, no se ha logrado configurar un modelo sanitario que brinde asistencia equitativa y solidaria de acuerdo con las necesidades de la población, más aún en el caso del adulto mayor.

En consecuencia, Chile necesita asumir que el sistema se encuentra alejado de los marcos razonables y, por ende, de la satisfacción de las personas, por lo que debe avanzar hacia un modelo que termine con la inequidad en el acceso, abriendo el camino a la generación de cambios que mejoren los niveles de equidad y frenen la dilapidación de los recursos a raíz de la ineficiencia social del sistema (Cid & Uthoff, 2017). En este sentido, resulta urgente la aplicación de un modelo que retome la idea de universalidad y solidaridad, en otras palabras, mancomunar todos los esfuerzos disponibles, con la intermediación de seguros privados y la mediación de las redes públicas establecidas (Cid & Uthoff, 2017), promoviendo la conformación de redes centradas en la atención primaria.

Lo que está claro es que un porcentaje significativo de la población no cuenta con las condiciones para asumir los costos que significa una atención médica de calidad acorde a sus expectativas, y no se siente protegido por el sistema de salud, lo que se traduce en un miedo a enfermarse (Goic, 2015). Por ende, el Estado debe asegurar la asistencia universal de cada una de las personas, a partir de la aplicación de un modelo sanitario que incluya las demandas de los individuos, ya que, no son los indicadores económicos los que marcan el juicio sobre el sistema, sino que, las experiencias cotidianas expresadas en los discursos de los sujetos.

4.2. De la noción de persona interpenetrada al sistema de salud (paciente, cliente o usuario) referida a la situación médica de los adultos mayores

La noción de persona al interior del sistema de salud ha deambulado por una serie de representaciones aducidas por el propio modelo en función de sus intereses de homogeneizar a los sistemas psíquicos. Las principales perspectivas sanitarias han promovido la utilización de tres categorías analíticas: a) pacientes, b) clientes y, c) usuarios. En cada una de ellas prima un tipo de asociación diferente con el sistema de salud, lo que significa la activación de diversas estructuras que operan en el proceso comunicativo de sus estructuras.

La categoría de paciente tiene su origen en la relación médico/paciente del sistema de atención donde son incluidos en el sistema en su calidad de enfermos (Luhmann, 2009), lo que ha dotado al concepto de una pasividad frente a sus enfermedades producto de ser considerados meros receptores de diagnósticos y tratamientos (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017), a pesar de las iniciativas que han buscado empoderar a las personas. La noción de cliente es acuñada a raíz de la mercantilización sanitaria que ha sujetado la salud a las reglas del mercado, privatizando la atención médica (Rieznick, 2013), esto ha facultado al cliente de la capacidad de decidir el tipo de servicio que satisface sus necesidades y ha significado condicionar la asistencia sanitaria a la capacidad de pago de las personas (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017). Por último, el concepto de usuario proviene de una visión funcional frente a los servicios de salud donde las personas tienen la posibilidad de hacer uso y elegir el tipo de atención que requieren según sus necesidades, es decir, tienen mayor control sobre las enfermedades que los afectan, siendo agentes activos de su situación sanitaria.

4.2.1. De pacientes

La forma de paciente tiene su origen en la relación entre médico/paciente interpenetrada en el sistema médico, las personas son incluidas en el sistema a partir de su condición de enfermos, en otras palabras, el sistema actúa únicamente cuando alguien sufre de alguna patología (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996), por lo que, el “dolor” adquiere una relevancia fundamental en las operaciones comunicativas como una manifestación física de la desatención o déficit estructural del sistema.

En el discurso del adulto mayor la relación con el médico es esencial en su participación en el sistema de salud, puesto que es el médico o el profesional de la salud respectivo el agente que actúa cuando las personas de la tercera edad no se encuentran en condiciones óptimas, a saber, no son una base orgánica ni psíquica para la comunicación (Luhmann, 2009). Si bien, la sanidad no se alcanza directamente a través de la comunicación, ya que, el punto central es un correcto diagnóstico y tratamiento, las posibilidades de curación aumentan significativamente a través de la comunicación, por lo cual, para las personas una buena relación con el médico es

fundamental para alcanzar un estado de salud óptimo. La interacción entre ambos sujetos con el fin de la curación de la enfermedad se desarrolla con base a la orientación de la dualidad sano/enfermo y es a través de ella que se delimita la función tanto del paciente como del médico (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996), en su interacción sistémica.

Es por esta razón, que el médico se aboca principalmente como paliativo de la enfermedad, por ende, la vida humana solo es importante en el sentido de curar la enfermedad que la aqueja, siendo la propia enfermedad la que les permite ponerse en relación con algo distinto al sistema de participación (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). Para el caso del adulto mayor la relación con el médico no se basa únicamente en la solución de sus enfermedades; la preocupación, el cuidado y la paciencia, entre otros factores, son elementos primordiales para reconocer una óptima atención sanitaria en su calidad de pacientes.

Jovita: "...yo estuve con mis papás, sobre todo con mi papá que tenía cáncer, que estuvo bien cuidado, con todo los medicamentos, con el doctor Yager, el doctor Yager que venía verlo a la casa, nos tocaba allá con el y el con una paciencia, nada de que cinco minutos y, y listo, no, una paciencia explicaba todo, le hicieron dos veces a mi papá, porque el cáncer te hincha de líquido, ahí mismo le sacaron liquido ahí estuvimos esperando, había una señora que era de estas doc... no sé cómo llamarle pero que te dan, dan como las flores de Bach, también me atendió a mí, una de las señoras, porque yo lloraba mucho, entonces me atendió, me dijo "tú estás muy mal" me atendió ahí también, yo dije "hay que pagarle" "no..." me dijo "... nada, cómprate las gotitas que yo te voy a dar, eso" entonces también para el, para el que acompaña al paciente, también había un apoyo, sí..."

Desde los discursos de la tercera edad, es posible reconocer dos momentos de mayor participación de los individuos en el sistema, donde se requiere mayor atención por parte de los profesionales de la salud, uno es en la etapa infantil a través del control de niño sano abocado al crecimiento y desarrollo de los primeros años de vida y, el otro, en la etapa de vejez donde las enfermedades aumentan significativamente, junto con un alza de los accidentes domésticos y la afección más recurrente de patologías catastróficas.

Isabel: "Claro, porque hay un periodo que soy lolo' y soy un poco, a cierta edad antes de jubilar o antes de, no, no visitai' los consultorios, los, a no ser que tuvieras una enfermedad o algo grave, pero más allá no, no los visitai'. De niño los tenía que llevar más por los controles, por los controles y después cuando te vai' poniendo viejo..."

Junto con lo que ya se ha señalado sobre la forma de paciente en el sistema de salud, esta categoría también se ha asociado a una condición de pasividad o inacción de las personas frente a sus condiciones sanitarias, quienes actúan como meros receptores de atención, acorde a las necesidades que el profesional de la salud considera (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017), es decir, carecen de injerencia sobre las decisiones en torno a su enfermedad. Bajo esta descripción el paciente es considerado un objeto de la medicina que está al servicio de esta, lo que se traduce en la cosificación del sujeto, por ende, es el médico quien tiene la capacidad de elegir sobre el paciente, asimismo, este último pierde control sobre sus expectativas al ser considerado una

persona vulnerable y necesitado de cuidado. Además, desde esta perspectiva se refleja la visión institucional sobre la salud donde la atención depende del conocimiento especializado, la experticia técnica y el respaldo jurídico.

Roberto: "...yo creo que experimentan incluso con los enfermos del convenio, es la sensación que me quedó a mí, claro, muy, muy negativo, respecto de, de ese, del centro y uno ve que, si usted lo ve superficialmente, ve claro que, se llena de enfermos la, la, la sala de espera, lo llaman, lo atienden, van a un médico, van a otro, y así, claro..."

Esta noción del paciente dotado de pasividad se suma a la individualidad de este, en cualquier caso, ambas condiciones son útiles para homogeneizar a los sujetos por parte del sistema. En esta dinámica, la identidad, la corporeidad o los intereses son supeditados a un sentido biologicista (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017), donde el conocimiento médico y su aplicación funcionan como dispositivos de control sobre los individuos (Foucault, 2007).

No obstante, entre los entrevistados también se reconoce que la categoría de paciente ha adquirido un rol más activo sobre su enfermedad en los últimos años, dejando atrás la relación entre paciente y pasividad. A través de nuevas estrategias las personas han alcanzado la posibilidad de educarse e informarse sobre sus enfermedades, aumentando el control sobre esta. De este modo, las personas tienen el poder sobre sus decisiones o al menos son libres de elegir de acuerdo con las posibilidades que el sistema determina, lo que no quiere decir que los determinantes sociales en salud dejen de condicionar el tipo de servicio sanitario que reciben las personas de la tercera edad o el acceso a una determinada atención.

Isabel: "Quizás, porque ahora con el adelanto, tu sabí' que te metí en el internet y tení, ubicai' todas las cosas, entonces, pero aun así la gente, como que ahora esa parte de la información, por ejemplo, como que ahora la hacen los propios... pacientes..." "...Si po, cada uno averigua ahora las... las situaciones..."

En definitiva, la categoría de paciente asociado a la vulnerabilidad y pasividad se ha matizado en sujetos más activos respecto de sus intereses, cuestión que se ha producido a raíz de los nuevos medios al alcance de los sujetos. La libertad de información ha permitido que los pacientes se eduquen sobre sus enfermedades, lo que les ha otorgado un control sobre su condición con la capacidad de tomar decisiones respecto a sus propias expectativas. Ahora bien, esto no significa que la estructura del sistema haya perdido autonomía sobre las operaciones en su interior, es más, sigue teniendo un carácter autopoietico, sin embargo, la irritación de las personas ha ampliado sus operaciones y modificado los límites de su comunicación.

Respecto a esto último, la condición de paciente sigue vinculada estrechamente con el médico en una relación bajo los códigos enfermo (valor positivo) y sano (valor reflexivo). Esto significa que solo se es paciente respecto a la manifestación de una enfermedad que impide a la persona ser una base orgánica o psíquica para la comunicación, y el médico solo puede actuar cuando es el paciente quién pide ayuda para alcanzar un estado de bienestar. En efecto, esta

finalidad del médico aumenta sus posibilidades de éxito si la relación con el paciente alcanza un óptimo nivel de comunicación, por ende, para el caso de los adultos mayores una vinculación estrecha con los profesionales de la salud también refiere a una atención de calidad.

4.2.2. De clientes

Producto del proceso de mercantilización que ha afectado a los servicios públicos (Rieznick, 2013), la sociedad funcionalmente diferenciada en sus estructuras y dinámicas ha estado profundamente adaptada a los intereses de la economía y ha sido modelada por dichas operaciones. Esto ha significado, en un principio, una emancipación hacia una visión orientada al valor de cambio frente a la producción del valor de uso, basada en un afán de ganancia como valor central, en segundo lugar, un afán de ganancia en mercados de competencia mutua entre oferentes y, por último, una conversión de todos los elementos de producción en mercancía comerciables (Schimank, 2013). En este sentido, los elementos constitutivos de la mercantilización concuerdan con la identificación del sistema económico y este con una visión capitalista, en otras palabras, se puede llegar a afirmar que la sociedad funcionalmente diferenciada es una sociedad capitalista por excelencia (Schimank, 2013).

Según los discursos del adulto mayor la salud entendida como mercancía abre la opción para negociar sobre ella y la vuelve homologable a otros mercados donde los precios de los productos se ponen en vitrina para que las personas puedan acceder a ellos. Si bien, el negocio de la salud se ha propuesto principalmente a través de la privatización de la atención sanitaria, la externalización de los servicios públicos también ha mercantilizado la salud entregada por el Estado (Rieznick, 2013), ampliando la concepción de cliente al sistema público.

Mario: "...en cambio uno va a la clínica y lo atienden, porque está pagando, y no, parece carnicería la cuestión, por qué, porque en las postas, cuando uno no es FONASA, ponen todo, sutura 10 mil pesos, es verdad po', eso los precios están ahí, es decir, de qué estamos hablando, es una carnicería entonces, esta cuestión, claro, yeso o férula tanto, entonces uno ve, no tengo entonces me voy po, ve, entonces todo, ahí también entramos en lo del negocio de la salud, porque si tienen la lista de precios ahí, igual como dijera helados, torta, tanto y tanto, sutura, fractura, yeso, todo con precio y el que no tiene no puede atenderse, se va para la casa."

La concepción de negocio de la salud y por consiguiente de cliente de las personas ha promovido una relación comercial entre el médico y los clientes. Por ende, para las personas de la tercera edad, la medicina se convierte en una estrategia del médico para aumentar su capital económico y, en este caso, el cliente es considerado un medio para alcanzar dicho fin. Los discursos afirman que el profesional de la salud ha perdido la vocación, referida a la medicina como servicio social, por lo que, el médico se ha privatizado paralelamente a la atención sanitaria (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017).

Isidora: "Ah, pero los médicos lo único que quieren es ganar plata y olvídase de, del juramento de Hipócrates, olvídase de todas las cosas... entonces..."

Rubén: "...yo tengo un sobrino que es médico, mi hermano le pagó su carrera y la especialidad altiro, así que el no le debe nada al Estado, y trabaja, va dos veces al año al extranjero, vive súper, porque el es cirujano, y es joven, si tiene como 30 años, pero... lo que es, él dice, que el no ve los pacientes, porque yo he conversado con el, el ve la plata que va a sacar, esa es una realidad..."

Por otro lado, los adultos mayores en su calidad de clientes refieren a la relación entre la capacidad de pago y la capacidad de exigir por una asistencia médica acorde a sus necesidades, en el sentido que la primera abre la posibilidad de acción de la segunda. De tal manera, desde esta perspectiva se considera que solo es posible ejercer los derechos cuando uno paga por ellos, la calidad es solo una falsa disyuntiva de los intercambios económicos producidos por una lógica que tiene a la base la idea de la salud como un bien que puede ser comercializado y que se ha legitimado en el discurso de la sociedad civil. Es la idea de acreedor la que se hace presente, es decir, las personas se sienten legítimamente autorizadas para exigir el cumplimiento de una obligación contraída con los proveedores de la salud, casi exclusivamente en el caso de un intercambio de dinero por los servicios prestados.

Desde esta perspectiva, la relación del cliente con el médico también se desarrolla de una manera particular, aquí la atención, el diagnóstico y el tratamiento entregados por el profesional de la salud están supeditados al intercambio económico. De ser así, la capacidad de pago permite a los adultos mayores "elegir" sobre qué tipo de atención quieren recibir y "decidir" sobre quién entrega dicha atención, siempre de acuerdo a su capacidad económica. De este modo, la relación entre médico y cliente se establece a partir de expectativas mutuas, que tienen la función de orientar de modo relativamente estable la comunicación, abriendo un horizonte de posibilidades, incluso aquellas que promueven la desilusión (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). La decepción de las expectativas del cliente se tiende a representar bajo la modalidad expectativas cognitivas que adaptan a la realidad la desilusión inicial y, por ende, aprenden de la misma, lo que les permite modificar sus expectativas cambiando el tipo de relación entre médico y cliente.

Emilia: "...es otro el trato también po', uno ahí uno exige po', no y son más atento también po', el médico más te recibe con, como dice el Coco Legrand, potito parado (risas) el chiste de Coco Legrand, sale el médico ese potito parado dijo, le preguntaba si tenía 100 mil pesos, tenía muy poco así que no lo iba a... (risas) lo iba mandar altiro al cajón, yo cuando ando allá abajo, me acuerdo de el, no es, siempre va a hacer mejor."

Para finalizar, si la mercantilización y el clientelismo han significado la aparición de conceptos como el de acreedor que le entrega mayor poder de control sobre su enfermedad al cliente, también, se ha cimentado el escenario propicio para el surgimiento de la noción de deudor, con una connotación negativa bajo la lógica económica. La privatización de la salud ha aumentado significativamente las deudas de las personas que tienen como interlocutor directo a los diferentes proveedores de salud, indistintamente a su carácter público o privado, esto ha provocado que los individuos vivan endeudados por tratamientos y fármacos que no terminan

de dar una solución definitiva a sus enfermedades, y en el caso de los adultos mayores, paradójicamente, mueran endeudados en condiciones de vulnerabilidad.

Pablo: "...ayer salía que una familia en Perú, que fueron de vacaciones y cuando uno sale al extranjero tiene que tomar un seguro de salud y no le cubrió el segu... el servicio de salud, o sea el seguro que tomaron y están retenidos en una clínica en Perú, claro, porque tienen que pagar como cinco millones de pesos, y no sé qué cosa, y cada día les sube más..."

A modo de conclusión, la calidad de cliente se ha desarrollado a raíz del primado social que ha adquirido el sistema económico respecto al resto de los sistemas parciales, que han visto irritadas sus operaciones por el código del dinero, como el medio simbólicamente generalizado más utilizado en la sociedad neoliberal. En el caso de la salud se ha mercantilizado convirtiéndose en un negocio, ya no solo para los proveedores de la atención sanitaria, sino también para los médicos. Esta consideración ha significado que la capacidad de pago de las personas determine el tipo de atención y servicio que reciben, en el caso de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad económica, esta situación se ha traducido en una falta, o al menos, una reducción de las posibilidades de acceso a la salud.

Así, el código de cliente también se ha instaurado en las personas. Para el adulto mayor, por ejemplo, se refleja en la relación entre la capacidad de pago y la capacidad de exigencia, desde esta perspectiva reclamar por una atención de calidad está condicionado al pago por el servicio de salud ofertado, por lo que, el intercambio económico abre la posibilidad de demandar tanto a proveedores como a los profesionales de la salud por atenciones y tratamientos acorde las expectativas. De esta manera, la noción de acreedor se hace presente, entendido como la autoridad legítima para reclamar por el cumplimiento de un contrato social acordado.

4.2.3. De usuarios

Por último, la salud ha referido a una tercera forma de incluir a las personas en sus operaciones comunicativas, en la calidad de usuario que funge como un punto medio entre las dos categorías anteriormente expuestas. El usuario introduce la idea de alguien con la capacidad de decisión sobre su condición de enfermo o accidentado (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017), esta cualidad ya había asomado por primera vez en la noción de paciente activo y, posteriormente, en la capacidad de pago del cliente, pero es a partir del concepto de usuario que adquiere relevancia en su relación con el sistema de salud. Desde esta perspectiva, el usuario es una persona con la autonomía suficiente para hacer uso de una atribución legítima que le permite "elegir" las condiciones de su atención, pero que es ajena a la connotación negativa que se le asigna al clientelismo en los servicios públicos de salud.

Desde esta visión, las personas hacen uso de los servicios sanitarios como un medio para alcanzar un estado de bienestar ya sea físico o psicológico, por ende, las expectativas de los sujetos refieren a las condiciones utilitaristas de la salud. En la medida en que las personas

ocupan o no un servicio son considerados usuarios de este, y los proveedores son el medio físico para alcanzar dicho fin. Es recurrente, en los discursos del adulto mayor, que la condición de usuario se haga presente con una mayor frecuencia en los últimos años de sus vidas, puesto que es en etapa donde el uso de los servicios de salud aumenta significativamente en comparación a otros momentos, asimismo, el sistema provee de subsistemas específicos para el cuidado y tratamiento de las personas de la tercera edad con la finalidad de dar cumplimiento a sus expectativas, lo que determina una relación simbiótica entre ambos.

Emilia: “Sí, sí, sí igual, lo que pasa es que yo casi no, nunca me enfermaba po’ (risas) nunca iba al... nunca iba al hospital, ni una cosa, más que cuando tenía a las niñas no más, tenía a las niñas y al otro día me venía (risas) sí, no me quedaba hospitalizada, no, decía yo al doctor “no, me tengo que ir porque tengo que ir a ver a los otros niños” le decía, estaba mi mamá, pero yo me venía al tiro (risas), así que no...”

En los discursos del adulto mayor la categoría de usuario se hace presente de acuerdo con la capacidad de control sobre su condición de enfermo, allí, las personas tienen la atribución de “elegir” cómo y dónde se quieren atender. De esta forma, las decisiones finales recaen en el usuario, y no en el médico, puesto que las personas dejan de ser meros receptores de tratamientos y pasan a ser sujetos con la facultad de “decidir” sobre un tipo de medicina tradicional o alternativa, un tipo de institución privada o pública, o tipos de fármacos originales o genéricos. En este escenario, el médico tiene una relación más dialéctica con el usuario, puesto que es a partir de una relación de consensos que se llega a determinar el tipo de atención.

Manuela: “...FONASA es una salvación para uno, porque con el bono FONASA uno puede ver a un médico particular eh... eso, eso es muy bueno, los bonos FONASA, porque ahí opta uno a un... un médico especialista, porque en realidad en los consultorios son médicos generales prácticamente...”

Si bien, la prerrogativa del usuario es la capacidad de elegir entre varios servicios, esta capacidad está dotada de una nebulosa asociada al beneficio particular, puesto que no explicita el determinismo económico asociado (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017).

Ahora bien, si la forma de usuario da cuenta de una relativa autonomía de los sujetos sobre el sistema de salud, también esta condición produce estrategias que están fuera de los límites normativos en la interpenetración entre sistema psíquico y sistema social. En este sentido, las estructuras de los sistemas incluyen en sus operaciones este tipo de estrategias como posibilidades latentes en la conducta de las personas, puesto que, se entiende que el comportamiento humano no siempre está supeditado al acatamiento de las normas impuestas por un sistema parcial determinado. Por consiguiente, el adulto mayor reconoce el surgimiento de estas estrategias, como, por ejemplo: el abuso de las licencias médicas, que, a pesar de ser una estrategia criticada de forma pública, solo da cuenta posibilidades de acción al interior del sistema que carecen de un comportamiento moralmente aceptable.

Manuel: “...también creo que se hace un uso abusivo de parte de los mismos profesionales de este tema de las licencias médicas, donde hay mucha gente que, yo creo que el ser humano hoy día goza de más derechos y reclama de más derechos, pero se olvida también de las contrapartidas que son las obligaciones, entonces, y esas no las tiene, entonces, está bien todo, pero tiene que haber un equilibrio y ese equilibrio a veces se pierde.”

En definitiva, la calidad de usuario se acoge a la capacidad de elección, más allá si esta capacidad sea real o falsa, abre una nueva categoría de persona incluida al sistema de salud referida al atributo de decisión, una perspectiva más activa que permite desarrollar una relación dialéctica entre el médico y el usuario. De modo que, la relación propia del sistema sanitario (médico/paciente) da un giro sobre sus operaciones de conciencia planteando nuevas expectativas acorde a las necesidades e intereses de cada uno de los sujetos involucrados, este hecho no quiere decir que los individuos estén exentos de sufrir decepciones respecto de sus expectativas iniciales, es más, estas desilusiones son parte de sus operaciones de pensamiento, por lo que, se circunscriben en la comunicación entre alter y ego.

Para concluir, la categoría de usuario concibe a los servicios sanitarios como un medio para lograr una estabilidad entre conciencia y cuerpo, lo que les permite seguir participando en relación con las operaciones comunicativas del sistema. Es en este escenario que los adultos mayores hacen uso o no de los servicios de salud acorde a los determinantes sociales (jubilación, renta, capital cultural) que delimitan las posibilidades de acceso a uno o varios tipos de salud, acatando las normas impuestas por el sistema. Si bien, en general los usuarios se mantienen dentro de los límites normativos de la salud, existen estrategias que escapan de dichos marcos, por lo cual tiene una connotación social negativa que no necesariamente conlleva un castigo social, incluso, son operaciones que el sistema incluye en sus estructuras para predecir la conducta de los sistemas psíquicos interpenetrados a su comunicación.

4.2.4. A modo de reflexión...

Las mutaciones en la condición de persona en salud no han favorecido la atención de los servicios sanitarios ni han impulsado a los agentes involucrados a reflexionar y promover formas de atención que consideren la cualidad humana de las personas (Lemus, Hamui, Ixtla, & Paulo, 2017). A pesar del uso de nuevos conceptos, como el de usuario que supone una reposición de los individuos en la interacción con el sistema, la profunda crisis mercantilista que afecta a la salud chilena ha permeado sus estructuras, de tal manera, que los sujetos han incluido en su autorreferencia las lógicas neoliberales impuestas por la “*Fase Privada*” y que se han reproducido en la “*Fase con vocación pública*”, lo que no permite dotar a los individuos de una capacidad selectiva sin condicionantes económicos.

Ahora bien, tampoco mejora la experiencia de las personas cuando el sistema de salud los concibe como clientes, adscribiéndolos a la relación producto/consumo, donde las leyes económicas del mercado normalizan el tipo de atención y relación (Lemus, Hamui, Ixtla, &

Paulo, 2017), ni mucho menos, la calidad de paciente como sujeto pasivo ha permitido dotar de una cualidad humana a las personas, puesto que en su relación con el médico las decisiones quedan supeditas a la opinión de los expertos, perdiendo la autonomía selectiva de sus posibilidades.

En este sentido, para mejorar las condiciones sanitarias de la población, no basta con una nueva conceptualización de persona en relación con el sistema de salud, puesto que esto remite a una cuestión netamente semántica, lo que hay que modificar son las relaciones que surgen a raíz de la calidad de persona, en otras palabras, el tipo de interacción de los sistemas psíquicos con el sistema social, en donde las operaciones de ambos están a disposición de la complejidad del otro, solo así, se puede lograr una interdependencia en términos de Luhmann (1998) acorde a las expectativas mutuas.

4.3. De los discursos del adulto mayor sobre la acción estatal en interacción con el sistema de salud y las políticas o programas públicos como reducción operativa de la complejidad

Acuñaando la propuesta de Juan Pablo Gonnet (2010), la relación entre el sistema de salud y el sistema político se puede analizar a raíz de la interacción que sostienen los subsistemas del sistema político global. Para cuestiones de este trabajo se analizan dos de los sistemas parciales: a) el subsistema de administración referido a la acción estatal en su acoplamiento al sistema de salud, donde se profundiza sobre el rol y el deber ser del Estado, junto con las políticas sociales que a juicio de los adultos mayores deben ser ejecutadas para dar solución a los principales problemas sanitarios y; b) el subsistema público referido a los discursos de los entrevistados constituidos en la dimensión actitudinal a través de tres niveles de análisis: 1) cognitivo, 2) afectivo y, 3) conductual que se pueden apreciar en las afirmaciones de los adultos mayores respecto a las políticas sociales implementadas en torno a la salud.

4.3.1. Del subsistema de administración

4.3.1.1. Rol del Estado en salud

El Estado en su perspectiva democrática se ha estructurado como una institución fundamental en el problema de la inclusión/exclusión. Por ello, desde la perspectiva de los adultos mayores el Estado acude como el principal responsable de la integración de las personas en los sistemas sociales, y sus representaciones cumplen un rol primordial en los servicios de salud, en el sentido que, es su función facilitar el acceso a la atención sanitaria de los individuos a partir de la toma de decisiones políticas. De este modo, el rol del Estado en la democracia moderna ocupa un lugar central en la discusión sobre el sistema de salud, referido a las decisiones organizadas de carácter vinculante que pretenden mejorar las condiciones sanitarias de la atención médica de la población.

En los discursos del adulto mayor se puede apreciar esta simbiosis en las decisiones ejecutadas por el Estado. La tendencia liberal se vislumbra en el rol subsidiario respecto a su relación con agentes privados y las ofertas dispuestas por estas instituciones que buscan el beneficio económico por medio de las prestaciones de los servicios sanitarios (Olmos & Silva, 2010). En efecto, para las personas de la tercera edad las acciones del Estado están supeditadas a los escenarios en que los privados no intervienen, por ende, el Estado hace caso omiso de aquellas necesidades que los privados pueden satisfacer o de los grupos sociales que no requieren de los servicios públicos para alcanzar un grado óptimo de gratificación. Este rol del Estado chileno le entrega un papel prestador y lo reduce a su mínima expresión, lo que para algunos reproduce y avanza hacia tendencias neoliberales (Tetelboin, 2015) que conservan las propuestas implementadas en la “*Fase Privada*” de salud.

Isidora: “Lo que te dije, el Estado es subsidiario, al ser un Estado subsidiario eh... invierte poco en lo que... en... invierte en lo que... el... ay cómo se llama la palabra, invierte en lo que, en lo que el privado no puede invertir, nada más y eso, y eso y eso también lo aplico a la salud, invierte menos, o sea la política es no invertir, que invierta el privado, ahora si el privado no invierte ahí se pone el Estado, pero, pero cuesta que se ponga po’, cachai’, ahora el gobierno por ser subsidiario invierte solo en aquello que el privado no pue... no invierte...”

En cambio, hay otro grupo de adultos mayores que considera que el rol del Estado chileno referido a la salud ha cumplido un carácter benefactor encargado de satisfacer las demandas de la población y de mejorar su calidad de vida, de modo que, el Estado es aquella institución responsable de poner a disposición sus estrategias para que las personas puedan ser incluidas socialmente. Esta perspectiva refiere a la idea de la salud como derecho inalienable que se expresa en servicios asegurados a través de políticas sociales, en este caso se incluyen medidas como el GES o la ley de urgencias en salud, a partir del establecimiento de garantías de acceso, oportunidad, calidad y cobertura de carácter universal.

Rubén: “Bueno yo creo que, es bastante, porque el, el, a través de todo el adulto mayor, el ejemplo de mi señora, que ya no puedo estar más en el, en la, la ISAPRE, quién, quién la acoge, el Estado, y el Estado somos todos nosotros los cotizantes, entonces el Estado hace mucho y... hace poco en el sentido, que la gente encuentra que hace poco, que los servicios, los hospitales públicos atienden a la gran mayoría de las personas, la gran mayoría de las personas se atiende, atienden en el, los servicios públicos...”

A modo de síntesis, el rol del Estado es una simbiosis entre el carácter neoliberal y el carácter social que se expresa en la ejecución de las decisiones vinculantes por parte del sistema político, este escenario es propio de la “*Fase de vocación pública*” por la que atraviesa el sistema de salud. En los discursos del adulto mayor también se puede apreciar esta dualidad del Estado chileno, que da cuenta de la complejidad del sistema político y, por ende, del Estado como institución donde se mezclan una red de expectativas, intereses y necesidades que repercuten en sus operaciones comunicativas, y ellas, en la ejecución de sus decisiones.

4.3.1.2. Deber ser del Estado en salud

Según los adultos mayores, el Estado tiene una connotación meramente social, por lo que tiene la responsabilidad de dotar de universalidad el proceso de inclusión de las personas en los sistemas sociales, que en el caso del sistema de salud se representa por un acceso real a los servicios sanitarios, de algún modo, esto significa la exigencia de un rol garantista por parte del Estado dirigido a toda la población, sin importar los procesos de exclusión de los que formen parte o los factores que determinan dicha exclusión. Desde esta perspectiva la salud se entiende como un derecho social que debe ser garantizado por el Estado, asumiendo la cobertura universal de la atención sanitaria, una imagen asociada más bien a un rol benefactor del aparato estatal que a un rol subsidiario a partir de decisiones orgánicas.

Roberto: “Es un, yo lo concibo como un derecho social, o sea el Estado de algún modo debe garantizar la salud, claro, y para el que, bueno, y el que se la puede costear que se la costee po.”

Claro, yo pienso que el modelo británico... es el mejor modelo de salud que hay... eso, que el modelo británico es un modelo que el Estado asume las coberturas de la salud de la población... y que tiene los especialistas y que tiene todo, todo, lo, lo necesario para, para atender a las personas, claro...”

De esta misma forma, el adulto mayor reclama por un Estado aval en la prestación de los servicios de salud, que dé cuenta de las personas excluidas de la atención ofertada por los centros sanitarios, donde la cobertura está segregada por la capacidad de pago o el riesgo a enfermar (Luhmann, 2013), factores que en el caso de las personas de la tercera edad los convierten en un grupo vulnerable frente al sistema de salud (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010). Sin embargo, estas altas expectativas también están supeditadas a las estructuras del sistema, es decir, los problemas basales que afectan el acceso a la atención médica, así, aunque en los discursos se exija una mayor participación del sistema político en la integración de las personas, también se reconoce que las buenas intenciones de la acción estatal son frenadas por las estructuras sistémicas de la salud, por ende, por más acoplado que esté el Estado al sistema sanitario, es este último quien debe adaptar las irritaciones de su entorno.

Mario: “Tendría que ser un aval, un aval, de todo lo que es salud, en prestaciones, pero volvemos al mismo problema, de que faltan médicos, el Estado puede tener muchas buenas intenciones, generar más plata, pero, faltan médicos especialistas a menos que... más gente entre a medicina, más gente a enfermería...”

En consecuencia, el Estado tiene una responsabilidad sobre los procesos de exclusión social que afectan a los adultos mayores, quienes demandan por estrategias estatales que garanticen el acceso al sistema de atención médica, pero también aceptan que la acción del Estado solo es parte de la información del entorno que recoge el sistema sanitario en el proceso comunicativo, y es el propio sistema de salud el encargado de incluir dicha información para modificar o no los límites operativos de sus estructuras.

Ahora bien, esta idea de Estado benefactor surge paralelamente al concepto de gobernabilidad, en ese sentido, es recurrente que el rol estatal se tienda a confundir con el rol gubernamental, dos conceptos que provienen del sistema político global, pero que dan cuenta de diferencias estructurales en sus operaciones sistémicas. Si el primero responde a un sistema de decisiones organizadas en los marcos de un territorio determinado (Luhmann, 2002), el segundo es más bien la administración de los recursos institucionales, en otras palabras, la conducción política general del Estado, representado por las autoridades políticas que llevan a cabo las funciones del gobierno mediante la toma de decisiones a nivel social.

En este sentido, para el adulto mayor el problema político por antonomasia radica en la toma de decisiones de los individuos, puesto que se privilegian los intereses de los gobernantes por sobre las necesidades de la población, lo que genera una brecha entre expectativas y acción estatal. Más aún, la confusión entre cargo y persona es considerado una desviación del sistema

(Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996), de esto es posible encontrar ejemplos como: la eliminación de programas sociales producto de un giro en la gobernanza entre gobierno/oposición o el estancamiento de políticas públicas por parte de los gobernantes debido a decisiones partidistas. En ambos casos, se suprime el bienestar de la población por intereses individuales o partidistas de los gobernantes que comandan los puestos de poder.

Pablo: “Claro, sí... claro, todos tiene que dar eso, echarse a la espalda, todos sus colores y todas esas... sino que a la espalda lo que hay que echarse eh... la tierra, lo que somos chilenos, todo eso, la problemática del Chile, eso hay que echárselo, a lo mejor y conducir eso a que salga adelante, pero como una característica de Estado, no, no de un gobierno determinado...”

En este sentido, para los adultos mayores las políticas estatales deben diferir de las políticas gubernamentales, a saber, en sus discursos reclaman por políticas de Estado que perduren en el tiempo, más que por políticas de determinados gobiernos donde intervienen intereses ideológicos. Es por ello, que el rol del Estado debe obviar los intereses particulares de los gobernantes, y debe velar por políticas a largo plazo que supongan una estabilidad y continuidad, las cuales dotadas de un consenso a nivel político den respuesta a las necesidades y expectativas de la población, lo que no quiere decir, que se establezcan como programas unilaterales, sino más bien, el resultado de una combinación de fuerzas, equilibrios y tendencias que represente la complejidad selectiva (Guardamagna & Cueto, 2013) del sistema político.

A modo de síntesis, las exigencias de los adultos mayores sobre el rol estatal dan cuenta de un rol más benefactor que subsidiario, con ello la acción estatal debe estar enfocada a garantizar el acceso, la calidad, la cobertura y la oportunidad a la salud, esto a raíz de que la capacidad de pago y el riesgo de contraer una enfermedad se vuelven factores determinantes para la exclusión social del adulto mayor. Por consiguiente, las expectativas de la tercera edad refieren a ampliar el rol del Estado en salud, lo que se traduce en una mayor fiscalización de los agentes privados que intervienen en las operaciones, el aseguramiento de garantías mínimas en la atención sanitaria de la población y una mayor asignación de recursos para la salud, aun así, reconocen que es el sistema de salud quien finalmente debe adaptar la información producida por el Estado, para incluir la irritación del entorno a la comunicación sistémica.

4.3.1.3. Propuestas estatales en salud

Una vez analizado el rol del Estado en su relación con el sistema de salud, es necesario dar cuenta de las iniciativas que las personas de la tercera edad consideran relevantes implementar en relación con los problemas que afectan al sistema sanitario. En este sentido, son tres las principales dificultades que debe hacer frente el Estado respecto a la atención médica: a) la falta de recursos humanos en los centros públicos, b) la debilidad de la gestión local y, c) la creación de un sistema único. Cada una de estas dimensiones refiere a las situaciones que afectan a los senescentes en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Una primera iniciativa apunta a la falta de médicos especialistas en los centros de salud pública para dar abasto a las garantías explícitas aseguradas por el sistema sanitario, problema que tiene una multicausalidad de factores que explican su origen. En primera instancia, la brecha de las remuneraciones en el sistema público, comparativamente hablando, con los ingresos de un mismo profesional en los servicios privados, por lo que, los médicos prefieren atender en sus consultas particulares o en clínicas. Una segunda causa refiere a la falta de iniciativas que fomenten la formación de médicos y, en general, de profesionales de la salud por parte de las instituciones públicas, así, tradicionalmente en Chile la formación de médicos está determinada por el capital económico de las familias. Y una tercera razón refiere a la falta de recursos disponibles en la salud pública como, la ausencia de equipamiento, medicamentos o infraestructura acorde a las necesidades de los médicos, quienes no cuentan con los requerimientos básicos para llevar a cabo su labor de la mejor manera posible, por ello, su estadía se ve afectada por una desilusión de sus expectativas.

La iniciativa propuesta en los discursos de la tercera edad procura fomentar la formación de profesionales de la salud condicionada a una larga estadía en los servicios públicos y una disminución de la brecha de remuneraciones ofrecidas en los subsistemas público/privado, lo que permitiría asegurar una cantidad mínima de médicos especialistas requerida para dar cumplimiento a las garantías explícitas en salud.

Jovita: "...los médicos, los médicos, yo digo que obligarlos a tener que, no sé cómo se llama, pero obligarlos a que estén unos cuantos años en los hospitales públicos, porque no están nada y se van a lo privado a ganar tres veces más, pero tendría que tener un, un, una, una ley que, que decreta que esos jóvenes que salen de la, de la universidad tengan que estar cinco, seis, siete años en un servicio público primero, y los cabros se van po', yo creo que eso pasa en los hospitales, por eso que no hay tantos especialistas po', porque los especialistas se van donde le pagan más en realidad, porque los cabros, está bien estuvieron siete años y después tres años más para la especialidad, pero, también tendrían que darle como al Estado algo, devolver po', qué se yo o foguearse más en la parte pública po', porque a veces va, van a lo privado y no, no, no son buenos los cabros, porque no han hecho, no han, no han estado con harta gente..."

Una segunda propuesta refiere a la administración de los centros de salud. Entre los principales problemas de la salud se encuentra la debilidad de la gestión local, puesto que la administración sanitaria recae en los municipios quienes se enfrentan a diversos contextos, provocando una segregación en la calidad de los servicios asistenciales. De modo que, las municipalidades deben hacer frente a las demandas en salud a partir de una escasez de recursos destinados a su funcionamiento. Así, la municipalización refiere a una situación de fragilidad que se profundiza en aquellos municipios que cuentan con menos recursos y, por ende, con menos equipamientos e infraestructura para entregar una atención de calidad. Para las personas de la tercera edad es fundamental que los servicios municipales cuenten con representantes del gobierno central que estén en contacto directo con las necesidades locales, para que estas puedan ser elevadas hacia el Estado y de ahí surjan iniciativas paliativas.

Manuela: "...y yo por otro lado digo también, a lo mejor los ministros tampoco hacen bien su pega po', claro, porque hay un ministro de salud, ya está bien, el no puede ir a todos los consultorios, pero cada ministro de salud tiene un representante, yo pienso en cada ciudad, y que debiera decir "mire esto está fallando acá, se necesita tal cosa" y vamos tomando nota y vamos viendo las prioridades po', claro..."

Por último, una tercera iniciativa propuesta por las personas de la tercera edad refiere a una salud única y centralizada, es decir, la eliminación definitiva de los subsistemas público/privado, con el objetivo de que la salud sea común para todos. De esta forma, se asegura una misma calidad de atención evitando la exclusión social por parte de los centros de atención a raíz de factores etarios, raciales, económicos o sanitarios. Esta iniciativa promueve la idea de la salud como derecho social asegurada por el Estado, alejada de la actual concepción sanitaria que la considera un bien de consumo que puede ser comercializado donde la capacidad de pago de los sujetos determina el tipo de atención a la que pueden acceder. En definitiva, se aboga por una salud pública universal que integre a todas las personas que requieran de atención médica sin discriminación alguna, lo que llevaría a una reducción paulatina de aquellas instituciones privadas que prestan servicios sanitarios, trasladando su administración a manos del Estado.

Alicia: "Yo, dejaría una salud igual para todos, para todos, ahí soy comunista (risas) igual para todos, con los mismos beneficios, aunque se tuviera que pagar un poco de... un mínimo. Ya un 7% de salud, pero que todos lo pagaron por igual y que la salud fuera igual para todos, un solo sistema de salud, no un sistema privado..."

En síntesis, a partir de estas tres propuestas se busca mejorar las condiciones de los servicios de salud en su visión integral de la mano del Estado como la institución responsable de asegurar la inclusión total de las personas, a través de las acciones estatales. Desagregando las iniciativas señaladas por los senescentes, si bien las dos primeras refieren más bien a propuestas específicas que carecen de un cambio sustancial, pero, que de todos modos tienen un trasfondo elemental, la última de ellas ya da cuenta de una transformación de la estructura fundamental del sistema de salud chileno, es decir, un cambio hacia un sistema único y centralizado refiere más bien a la necesidad de una integración social de toda la población.

4.3.2. Del subsistema público

Al analizar la relación entre subsistema público y adulto mayor se acuña el concepto de actitud a partir de la interpretación de sus dimensiones. La actitud se entiende como un estado de disposiciones para responder sobre objetos o situaciones con los que se relaciona el sujeto, organizado por la experiencia sobre la conducta (Allport, 1935). En esta definición se infiere que la actitud es una disposición previa representada por respuestas ante estímulos sociales del entorno, de este modo, da cuenta de la organización en el tiempo de procesos cognitivos, perceptuales y motivacionales de los individuos sobre aspectos externos (Padua, 2004), es decir, un ordenamiento de creencias y cogniciones que se encuentran dotados de una carga emocional, lo que predispone a una acción coherente a las creencias y afectos (Festinger, 1964). De tal

forma, la actitud se compone de tres dimensiones: a) cognitiva que se traduce como la percepción de los sujetos respecto a la comprensión y utilidad manifestada sobre algún elemento del entorno, b) afectiva que refiere a los sentimientos tanto a favor o en contra frente a dicho elemento y, c) conductual sobre las tendencias a un cierto tipo de comportamiento.

4.3.2.1. Aspectos cognitivos

En primer lugar, sobre los aspectos cognitivos se puede afirmar la existencia de un desconocimiento generalizado de la tercera edad sobre las iniciativas estatales que se han desarrollado en torno a la salud, por lo que se puede inferir, que los factores antes expuestos no han tenido el impacto buscado sobre este grupo. Este hecho puede llegar a ser relevante en la medida que un gran porcentaje de las acciones estatales impuestas han tenido como destinatario objetivo a los adultos mayores, en efecto, entre los objetivos sanitarios planteados para el decenio 2011-2020 uno de los puntos centrales se enfocó en mejorar el estado de salud funcional de la tercera edad (MINSAL, 2011). El desconocimiento sobre las políticas sociales también da cuenta en algún sentido de la pasividad del adulto mayor respecto a la vida pública, es decir, la falta de participación en el sistema político y sobre todo en el sistema de salud, que se traduce en la ausencia del uso de los beneficios dispuestos para la tercera edad.

Darío: “¿Política o programa de salud? No, no, no mucho, pero, pero yo creo que lo harán bien, te digo yo, pero no sé mucho en verdad, sobre eso, más allá...”

María: “Uh... ahí la verdad es que no sé mucho, no, no, la verdad es que nada...” “...No, no nada. Sabes qué es lo que pasa, es que... yo lo uso ahí... ahí no más, porque resulta de que es, me sale fácil, no tengo que andar con personas que me ayuden, entonces... no me gustaría cambiar para nada, en nada, no. Con lo del consultorio es suficiente pa' mí.”

A pesar del desconocimiento generalizado del adulto mayor que tiene como resultado una reducida utilidad de las políticas públicas destinadas a ellos, en sus discursos aparecen esporádicamente alusiones a tres acciones estatales que se destacan frente a la falta de información al respecto. La principal medida señalada es el GES que recurrentemente es descrito como un listado de enfermedades que reciben el financiamiento del Estado, permitiendo el acceso a tratamientos, servicios y medicamentos de forma universal, ahora bien, para los adultos mayores el GES significa un sistema de seguro parcial que está determinado por una cantidad limitada de patologías y por los estadios de las enfermedades, a esto se añade las listas de espera que están asociadas a esta política, que para el caso de las personas de la tercera edad refiere a un problema transversal puesto que el tiempo de respuesta de los servicios sanitarios es una de las principales dificultades que afecta a este grupo, y condiciona las garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. De esta manera, el GES se debate entre dos dimensiones cognitivas, una primera perspectiva que la considera una iniciativa universal destinada a financiar la atención médica y una segunda que la concibe como una medida paliativa a las falencias estructurales del sistema de salud chileno.

Roberto: “Si po’, lo que, el seguro de AUGE, que en tiempos de Ricardos Lagos... A grandes rasgos es un sistema de seguro para determinadas enfermedades, es la, que, que las cubre, que ha ido aumentando y todo lo demás, pero... no es tampoco la panacea que dicen, porque... el paciente AUGE tiene que esperar, o sea esperará menos que lo que espera el paciente del hospital público, si se puede decir, pero igual requiere esperar, y, el tiempo necesario... claro es una lista limitada del Estado, diría yo, muy limitada...”

Las otras dos políticas sociales reconocidas, en menor medida, por la tercera edad son: la eliminación del 7% de la cotización de salud para los pensionados más pobres del país, y la ley de urgencias en salud que refiere a la obligación de todos los establecimientos de salud del país a recibir a las personas que llegan con riesgo de muerte o pérdida definitiva de la función de un órgano o extremidad, sin importar su situación económica o su afiliación de salud. Con respecto a esta última, los adultos mayores la reconocen como una medida que pretende reducir los altos índices de segregación vinculados al acceso a los servicios sanitarios, por ende, es considerada uno de los avances más significativos en torno al sistema de salud. De todos modos, el grado de conocimiento sobre estas dos políticas es mínimo, y por lo general, se debe a experiencias indirectas, lo que limita un mayor nivel de información por parte de los entrevistados, condicionando una descripción profunda respecto de estas medidas.

Jovita: “Ah sí, la ley de urgencias es la que te tienen que llevar al hospital más cercano, no se puede negar la atención, eso lo encuentro, mira lo pasé por mi tío que falleció hace poco, el hace como tres años se cayó en los departamentos amarillos, en una noche de año nuevo y se pegó en la cabeza, muy feo y ahí lo llevaron al tiro al hospital naval, el no pertenece al hospital naval y ahí lo estabilizaron, como tres, cuatro días estuvo ahí y de ahí lo mandaron al Fricke...”

En definitiva, el componente cognitivo del adulto mayor refiere a un desconocimiento generalizado sobre las políticas públicas en torno al sistema sanitario, lo que da cuenta de la falta de vivencias inmediatas con este tipo de iniciativas, incluso de aquellas destinadas exclusivamente a la tercera edad. Si se concibe la comunicación entre alter y ego como una relación dinámica de dos interlocutores (Luhmann, 1998; Luhmann, 2007), esta situación se puede deber, por un lado, al fallo de las estrategias seleccionadas para la promoción de estas medidas, y por otro, a la falta de entendimiento por parte de los adultos mayores producto de su pasividad en el escenario de lo social que igualmente lo deja en una posición de desventaja sobre el resto de la población nacional. A pesar de la falta de conocimiento generalizado de la tercera edad, en sus discursos es posible apreciar someras menciones respecto a tres políticas públicas: a) el plan de garantías explícitas en salud que se debate entre una política universal o parcial, b) la eliminación de la cotización de salud para los pensionados más pobres del país y, c) la ley de urgencias como una reducción de los niveles de segregación en el acceso a la salud.

4.3.2.2. Aspectos afectivos

La dimensión afectiva de la actitud corresponde a los sentimientos (confianza, apertura y afecto) de los individuos asociados a una situación u objeto, siendo este aspecto comúnmente el componente más enraizado de la actitud, por ende, el más resistente al cambio. En el caso de

los entrevistados los afectos sobre las políticas de salud están en relación con la satisfacción de expectativas respecto al funcionamiento en el contexto del sistema sanitario, y como ya se ha visto, las altas expectativas de las personas de la tercera respecto al acceso a los servicios de salud y la atención médica sugieren un mayor grado de desilusión, en el sentido que, en la constitución de las expectativas, la decepción también forma parte de la selección de posibilidades (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). De esta manera, los sentimientos se conforman a raíz de las expectativas, necesidades e intereses de los adultos mayores, por lo que, pueden alcanzar una mayor gratificación en la medida que aquellos elementos son satisfechos en su totalidad o una mayor desilusión si dichos componentes no son satisfechos.

En este escenario, a pesar del desconocimiento generalizado del adulto mayor respecto a las políticas sociales en salud, aun así, existe un grado de reconocimiento de las iniciativas estatales por mejorar las condiciones del sistema sanitario, en otras palabras, se las considera un beneficio necesario para aumentar la cobertura y las prestaciones ofertadas tanto por los proveedores públicos como privados. En efecto, las políticas sociales han logrado integrar paulatinamente a la población a un modelo más universal de salud, por lo tanto, sus expectativas, aunque no del todo, han sido satisfechas en un sentido amplio (Lenz, 2007; Perdomo, 2007). En particular el GES se concibe como un programa que fomenta el acceso a tratamientos y atención médica por medio de la financiación estatal, por lo que, recibe una aceptación extendida entre aquellos que cuentan al menos con un conocimiento mínimo sobre las garantías explícitas. Sin embargo, a pesar de la visión positiva sobre el GES, también es posible observar las limitaciones de la iniciativa, lo que conlleva a que aquellas personas que no reciben algún tipo de beneficio derivado de las políticas sociales queden abandonadas por el Estado.

Mario: “Bueno cambió muchas cosas, porque el GES es garantías explícitas de salud, es decir, eso está claro, el GES ayuda mucho la cobertura, y con el decreto que decía antes aumentó eso, la cobertura y las prestaciones, es decir, ayuda el GES a las personas que están en el GES, super bien, pero las que no entran al GES están mal...”

Ahora bien, si un grupo mayoritario de los entrevistados creen que las políticas sociales han significado un avance, por más insignificante que este sea, por mejorar la situación médica de los servicios de atención, hay otro grupo que considera que las iniciativas estatales solo han fracasado en su misión de alcanzar una mayor inclusión. En consecuencia, las políticas públicas son criticadas debido a la mala administración sanitaria que ha tenido el Estado chileno, principalmente sobre la salud pública, lo que se ve reflejado en las deudas asociadas a los proveedores o en la malversación de los recursos destinados a mejorar la infraestructura sanitaria del país. Incluso hay quienes sostienen que las medidas han sido nefastas, por lo que, lejos evolucionar hacia una mejor situación sanitaria han significado un retroceso en este ámbito (Tetelboin, 2015), reproduciendo los problemas que afectan a los grupos sociales más vulnerables que ven limitado su acceso libre a los servicios de salud. En este sentido, el Estado

ha abandonado a estos sectores entre los que se encuentran los adultos mayores, ya que, no ha cumplido su principal función de integrar a las personas en el sistema político y en el resto de los sistemas parciales (Luhmann, 1993).

Manuel: "...los que tienen menos ingresos, están, digamos, dejados de lado, yo creo que todos deben tener acceso a la salud, toda la gente que trabaja, qué se yo, el Estado tiene que ser en ese sentido solidario, pero lamentablemente el Estado se ha manejado mal también en ese sentido, porque todas las políticas de salud, que se han hecho han sido nefastas y nefastas, digamos, porque los recursos se han administrado muy mal.."

Desde esta percepción, las reformas sociales y las políticas públicas han resultado en medidas superficiales para responder a un sistema que niega la universalidad asistencial, y solo se ha encargado de suplir las falencias de un sistema que no concibe la salud como un derecho social y más bien refiere a esta como un bien ofertado por los proveedores, en otras palabras, el Estado solo se ha encargado de apaliar superficialmente las falencias reproducidas por un sistema neoliberal. De este modo, el modelo mixto de salud da cuenta del legado de la dictadura cívico militar por medio de la promoción de políticas públicas que carecen de proyectos basales que modifiquen la estructura social (Lenz, 2007; Garretón, 2012; Tetelboin, 2015), lo que ha profundizado las falencias del modelo sanitario. Así, para los adultos mayores las iniciativas refieren a una parcialidad donde la suerte de estar o no en un listado de enfermedades determina el tipo de atención que reciben, por lo que, las expectativas frente a una salud universal son desilusionadas por políticas sociales que no cumplen con las propuestas iniciales en su formulación, generando un malestar social en sus discursos.

Roberto: "Yo pienso que una política de salud no puede basarse en un sistema de seguro de tener la suerte de tener tal enfermedad, porque puede que un cáncer, por poner un ejemplo, cercano, no sé, por poner un ejemplo, el cáncer de endometrio puede que no esté cubierto y... y qué se yo, cáncer de, de otra parte de, de las mujeres, de una vagina puede ser cubierto, entonces eh... es como la suerte de tener la enfermedad cubierta y no cubierta, no, yo pienso que la, que la cobertura debería ser universal, como un principio de, de, de la salud, porque, lo que pasa que todo lo, lo, lo miran desde medidas económicas, actualmente, porque si se considerara la salud como un derecho social tiene que tener una cobertura universal..."

En síntesis, si bien no se puede desconocer los aportes que han significado las políticas sociales en salud, lo que ha permitido mejorar la situación del sistema sanitario ampliando la cobertura de atención (Goic, 2015) y beneficiando directamente a la población objetiva en su acceso a los servicios asistenciales, tampoco se puede negar que las políticas públicas solo han servido como iniciativas paliativas frente a los problemas estructurales del sistema de salud, incluso algunos sostienen que estas medidas solo han profundizado la segregación en el acceso a los servicios sanitarios (Tetelboin, 2015), y por ende, la posibilidad de acceder a tratamientos y diagnósticos acordes a las necesidades médicas.

En este sentido, las expectativas de los adultos mayores se han dotado de decepción, puesto que no se ha cumplido con los presupuestos iniciales de la reforma AUGE y de las

políticas sociales que han surgido posteriormente, donde se ha establecido la necesidad de concebir la salud como un derecho social bajo las cuatro garantías explícitas (calidad, acceso, oportunidad y protección financiera), esto ha vertido en el surgimiento de críticas y un malestar social por parte de los discursos de los entrevistados, dirigidos al rol benefactor del Estado en su relación con los sistemas sociales, y en particular con el sistema de salud.

4.3.2.3. Aspectos conductuales

En los discursos de los adultos mayores es recurrente que el aspecto conductual sobre las políticas públicas refiera a aquellas iniciativas que cuentan con un mayor grado de conocimiento. En este escenario, las vivencias y acciones más comunes de la tercera edad refieren al plan de garantías explícitas en salud. Respecto a ello, se aprecia la viabilidad de las garantías en la atención de las personas mayores dando énfasis en los beneficios económicos asociados a la medida, por ejemplo, en la entrega de medicamentos, la realización de exámenes de forma gratuita o las operaciones financiadas por los recursos públicos. Por consiguiente, la conducta de los entrevistados responde a las posibilidades de selección de hacer uso o no de los beneficios asociados a la iniciativa, lo que les permite acceder a tratamientos o diagnósticos médicos que de lo contrario no hubiesen sido posibles, de esta forma, el GES es descrito como una estrategia de inclusión para aquellos grupos excluidos en el acceso a los servicios de salud.

Isabel: “Eh... fue buena porque, en el fondo, es por el este, de los crónicos me han llamado para, para los exámenes eso no más, ahí yo me hice el del leucoma, en el fondo, el de ojos también. Ahí con el plan AUGE como que todo fue más rápido, la razón que, como que es más grave me entendí, una cosa así, y lo otro es como más lento, porque no lo necesita tan urgente, a mi impresión, que para eso es el plan AUGE...”

Continuando en esta línea, las personas mayores que han hecho uso del GES proponen un reconocimiento del plan por los logros alcanzados respecto a una salud más universal e, incluso, recomiendan informarse sobre los beneficios de la acción estatal, y hacer uso de los mecanismos dispuestos para mejorar la atención de los servicios asistenciales. Este tipo de discursos de los entrevistados interpela hacia una concepción más activa de las personas frente sus enfermedades, es decir, retomando un concepto anterior, un mayor control sobre la situación médica que los aqueja. De este modo, se promueve el empoderamiento por parte de los senescentes respecto a las demandas sanitarias en su interacción con el sistema, puesto que, de lo contrario, las instituciones sanitarias y estatales incurren en el abandono y segregación de los grupos más vulnerables de la sociedad, en otras palabras, el sistema solo actúa cuando es requerido por los individuos.

Juan: “Le recomendaría que, que se inscriba sí, si es FONASA que vaya, vaya al AUGE a inscribirse, tiene que inscribirse y pedir en el consultorio usted pide... una interconsulta, usted lo ve la enfermera o lo ve el médico, ahí le dice “doctor tengo este problema y este problema” ya entonces el, el mismo médico lo examina bien “tení’ este problema te voy a dar una interconsulta pa’ que vaya al Fricke, allá te va a ver el especialista, eso, ese el AUGE...”

En último término, el componente conductual respecto al GES da cuenta de la disposición de los adultos mayores a hacer uso de los beneficios asociados a la iniciativa y las representaciones vinculadas a su condición, este hecho permite un mayor acceso a los servicios de salud ofertados por los proveedores, reduciendo los procesos de exclusión social. En definitiva, la conducta de los entrevistados promueve una mayor actividad de las personas sobre estas iniciativas con el objetivo de dotar a los ancianos de mayor control sobre sus enfermedades, esta promoción refiere a mejorar los flujos de información tanto por parte del sistema de salud como de las personas interpenetradas en sus operaciones comunicativas, con el objetivo de incluir en sus estructuras, las expectativas de la población.

4.3.3. A modo de reflexión...

Para resumir, las acciones estatales han comenzado a desarrollar un conjunto de propuestas desde la reforma AUGE a la fecha para promover una atención de calidad, dirigidas a frenar los grados de inequidad por medio de una cobertura universal de la población, sin embargo, las actuales condiciones sanitarias atraviesan un punto crítico. Posiblemente esto tenga relación con las altas expectativas respecto a la acción del Estado en la solución de los problemas colectivos que afectan directamente a la tercera edad, así, predomina un discurso que responsabiliza al sistema político, y en particular, al Estado de asumir la transformación del modelo sanitario (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010). Este hecho se puede explicar, o bien, porque las políticas implementadas no han sido suficientemente entendidas por la población dando cuenta de problemas en el subsistema de información, o paralelamente, son consideradas medidas paliativas que no han modificado estructuralmente el sistema sanitario.

Asimismo, el desconocimiento generalizado sobre las políticas públicas es una muestra clara de la poca visibilidad de las iniciativas estatales que se traduce en demandas por un rol más protector del Estado y en la implementación de nuevas políticas que realicen un cambio sustancial de las condiciones sanitarias. Esta perspectiva, es congruente con la necesidad de ampliar el sistema de salud hacia un modelo más universal, solidario y equitativo, en otras palabras, recuperar la noción sanitaria de derecho social e inalienable a partir de un sistema único y centralizado en salud. Como señala Goic (2015) reponer el SNS en la singularidad de su concepción como una institución de carácter autónomo y público que cubra sin exclusión a cada una de las personas, ya no por razones ideológicas, sino por las demandas imperativas de la sociedad chilena. Este hecho no significa el término del ejercicio privado de la medicina, sino el fin de la competencia a raíz de un trabajo colaborativo con el sistema público nacional, de modo que, las personas que desean asistir al subsistema privado deban asumir con recursos propios el costo de la atención, donde la calidad no sea una variable exclusiva de la atención particular, sino que sea un derecho de las personas y un deber de todos los proveedores.

4.4. De la distinción inclusión/exclusión en los adultos mayores como medio para hacer frente a los aspectos relacionados con la condición de vejez en su participación en los sistemas parciales

Adoptando la propuesta de Arnold, Thumala y Urquiza (2010), en este análisis se trabajan tres modalidades de la distinción inclusión/exclusión: a) inclusión/exclusión primaria, referida a las modalidades y grados de acceso efectivo de las personas de la tercera edad a los sistemas institucionales, de los cuales depende parcialmente su bienestar biológico, psíquico y social, representado por la participación en los sistemas parciales, b) inclusión/exclusión secundaria referida a la disponibilidad de redes de apoyo a través de las que se satisfacen las necesidades que tienden a compensar las condiciones objetivas de vulnerabilidad y favorecer el reconocimiento, la cooperación y la solidaridad social de los individuos y, c) inclusión/exclusión autorreferida, es decir, la autoeficacia percibida o atribuida y la sensación de satisfacción de las personas mayores, que contribuyen ya sea a reforzar o mermar su realización personal, estas expectativas son las que operan en los procesos de inclusión/exclusión y están representadas por la noción de vejez en el contexto nacional, en otras palabras, en la interacción con otros individuos situados en su entorno.

4.4.1. Inclusión/Exclusión autorreferida

4.4.1.1. Noción de vejez

Una primera imagen sobre la vejez emanada desde los discursos del adulto mayor refiere a las condiciones biológicas y evolutivas en el organismo de los individuos, en efecto, se hace alusión a la corporeidad de las personas mayores. Las personas de la tercera edad asocian la vejez a limitaciones físicas o mentales, producto del deterioro inevitable del ciclo vital, junto con la aparición de nuevas y más complejas enfermedades que reducen su capacidad de acción. Según la OMS (2015), la discriminación por edad está arraigada en la sociedad y se debe a la promoción de estereotipos de aislamiento social, la idea de una carga económica y, sobre todo, a un deterioro físico y cognitivo asociado a la falta de actividad.

María: “Hay mortal (risas y pausa), yo creo que es a la enfermedad, porque me han surgido todas las enfermedades, las piernas, por ejemplo, los brazos, que me caigo por, me caigo muy luego, mira (señala unas heridas), me caí el otro día, me saqué la ñoña, así que... para mí eso es, eso es la vejez...”

La relación entre sistema psíquico y el propio cuerpo está mediado por el sistema nervioso que como tal es un sistema cerrado (Luhmann, 1998), y su interpenetración da forma a la categoría de ser humano, así, el cuerpo al ocupar un lugar físico en el espacio es susceptible tanto de una observación de primer como de segundo orden, distinguiéndose inevitablemente de otros cuerpos (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). Es por esto, que en los discursos del adulto mayor respecto a la vejez física comúnmente se parte de la distinción de sus cuerpos respecto de los otros, diferenciándolos principalmente de aquellos individuos más jóvenes. De tal modo,

es recurrente encontrar en las percepciones de la tercera edad una asociación entre el envejecimiento y la aparición de nuevas enfermedades o traumas físicos que merman su actividad cotidiana, esta situación da cuenta de un deterioro universal donde la enfermedad es parte del envejecimiento de las personas (Thumala, 2011).

Dario: "...lo otro que ya no se puede hacer tanto deporte con la vejez, qué pasa, que uno con el tiempo, por ejemplo, a mí me gustaba mucho el futbol, a mí en el caso mío, yo en la semana, yo jugaba tres veces a la semana, y ahora, ahora ya no puedo jugar, ese es el cambio, a pesar que ahora puedo, pero juego... estoy jugando con la vida, porque corro el riesgo de un paro cardiaco, si po, correcto, el organismo empieza a fallar."

En este sentido, las limitaciones tanto físicas como mentales convierten la vejez en una etapa cargada de sufrimiento, producto de las pérdidas experimentadas (Thumala, 2011), en efecto, la aparición de enfermedades o el fallo orgánico llevarían a reacciones afectivas negativas. La degradación, junto con el temor a ella, se traducen en una negación de su condición (de Beauvoir, 1983), generando entre otros sentimientos la necesidad de ocultamiento del dolor o el rechazo de la vejez, así, es recurrente el intento férreo por retrasar a toda costa el envejecimiento asociado a la soledad y la tristeza.

Juan: "...yo creo que la palabra más triste es llegar a viejo, tristeza y vejez van juntas, sobre todo con el sistema... con ahora mi señora la tengo enferma, yo no podía eh... salir a comprar, porque tenía que estar aquí, menos mal que tengo una señora que me la pagan mis hijos y puedo salir a comprar y usted sabe que comprar las verduras, ir al almacén, pagar cuentas, ir al consultorio a veces... hoy día no más tuve que ir a buscar los remedios..."

En este mismo sentido, la vejez es considerada una etapa de la vida caracterizada por la pasividad donde se disminuye el ritmo de vida, expresado a través de la inactividad ya sea social, laboral o económica. Ahora bien, en la vejez ocurre también un permanente reemplazo, en el sentido que, los adultos mayores se retiran de algunos aspectos de la vida, lo que no significa una exclusión total, sino una acción necesaria para concentrarse activamente en otros contextos que promueven una mayor satisfacción personal.

Roberto: "(Se toma un tiempo para reflexionar) ¿qué significa la vejez? Buena pregunta, para a mi ha significado una etapa pasiva después de... un periodo largo de trabajo, yo comencé a trabajar más o menos temprano y... y lo, la vejez es esa, pasivo y, y... pensé que podía ser más gratificante, pero me llegó la viudez y voy saliendo recién de ese proceso."

En este escenario de desintegración social, la jubilación es un proceso sumamente importante para referirse a la inactividad asociada al envejecimiento, puesto que se la considera un hito que marca un antes y un después en la participación de los adultos mayores en el sistema mundo, considerando su interpenetración con el resto de los sistemas parciales.

Además, el proceso de jubilación vinculado a la vejez como una retirada repentina, y aún más cuando no es deseada, se relaciona a una pérdida de roles sociales que se materializa en una exclusión de los sistemas funcionales. En virtud de ello, el adulto mayor pierde su identidad y

un grupo de pertenencia, lo que incide en una disminución de sus relaciones sociales, además, ve reducido su poder económico, y con ello su autoestima (Thumala, 2011). Esta autopercepción se vincula a la tendencia cultural a considerar poco útiles a aquellos que no producen, por lo que, la jubilación en algunos casos conlleva a una discriminación social (Thumala, 2011), lo que afecta a la autopercepción de los adultos mayores quienes hacen suya esta condición.

Emilia: "...después de dejar de trabajar fue distinto, porque uno ya está en la casa también y, y que, hace las cosas y queda desocupada, uno, uno está acostumbrada a salir, a estar todo el día, estar activa, claro, yo salía todos los días y llegaba en la tarde, estaba contenta una, porque sabía... veía a otras gen... a otras personas también, otras, aquí no po, aquí salimos con el Tito (marido) pero no tanto como... como antes, claro."

Ahora bien, no todos los discursos abogan por una vejez asociada al dolor. Desde otra perspectiva refiere al envejecimiento como una etapa más de la vida, al igual que la infancia, la juventud o la adultez, es decir, algo natural que tiene que transcurrir evolutivamente, en este escenario, la vejez se considera un proceso inevitable y, por ende, es afrontado de tal manera. Esta imagen tiende a ser asociada a personas que están próximas o en los primeros años de la tercera edad, pero no es tal, está más bien relacionada con factores como una vida laboral activa, la participación en grupos sociales o el bienestar físico y mental, que actúan como condicionantes para una aceptación de la vejez. En algunos casos, para las personas entrevistadas la vejez incluso es considerada una etapa lejana en el tiempo, disgregando la eterna asociación entre vejez y adulto mayor, es decir, la edad no se considera un factor predominante en la descripción sobre los procesos de envejecimiento.

Pablo: "Una etapa más de lo que es la vida, eh... me cuesta pensar de que... uno ya está dentro de la vejez, se supone de que, uno cumple los 60 años y ya está dentro de lo que es la vejez, pero te digo sinceramente, no me siento pa' nada identificado con la vejez, de partida, la veo inclusive lejana, y ahora la estoy aterrizando."

Estas consideraciones suelen manifestarse indistintamente a raíz del conformismo o la satisfacción con una etapa de la vida. En definitiva, esta perspectiva sostiene que la vejez no es más que una prolongación de la existencia, por ello, es propia de un grupo de adultos mayores que están conformes y satisfechos con cada una de las experiencias afrontadas, y que apuestan por nuevos desafíos durante este proceso.

Catalina: "Yo estoy pasando mi vejez bien, yo no pa' na', no, yo digo, encuentro que tiene que llegar a la vejez, digo, o llega o no llega, como va a llegar si o si (muecas de conformismo) yo no, no me puedo quejar (risas) porque estos carabineros que tengo al lado mío (hijos) y mi hija que no está ahora eh... me llevan para todos lados eh... yo no me quejo porque no, no la pasó mal, no, yo aquí tranquila."

Una tercera percepción del adulto mayor respecto al proceso de envejecimiento refiere a una imagen positiva de la vejez, donde se la considera una etapa propicia para la reflexividad y para la entrega de la sabiduría adquirida con los años, promoviendo una sensación de plenitud integral. Esta autopercepción da cuenta de una visión ajena a los estereotipos occidentales

modernos que la entienden como una etapa de retirada, aquí, se la considera una etapa proclive a la inclusión enfocada en la familia y la tranquilidad alcanzada.

Rubén: “Para mí la vejez es eh... es como la... para mí la vejez es la sabiduría, sí, en... una sabiduría en el uno poder tener la calma para reflexionar, para, para tomar decisiones y es la tranquilidad, claro, es una tranquilidad que, que entre comillas también, porque uno de repente se, esa tranquilidad, lo, la familia, los hijos igual lo, lo, lo inquietan, pero es llegar a esta, yo estoy feliz como estoy, y es como, con la edad que yo tengo, feliz, y me siento pleno, pleno, trabajo que se yo, eh... me siento bien.”

Junto con esta descripción es posible situar la vejez como un momento de la vida para el disfrute personal, para el ocio y la realización personal, es decir, una etapa para recuperar los intereses y gustos perdidos producto de la individualización de la sociedad moderna. Asimismo, esta percepción positiva va acompañada de otros factores que permiten esta imagen de vejez, como puede ser el bienestar físico, la situación económica o la participación social que son la base para una reacción emocional positiva frente al envejecimiento. Para los adultos mayores la vejez puede ser una etapa que no le es propia, puesto que aquellos estereotipos dominantes con fuerte carga negativa son mermados por condiciones favorables que promueven la satisfacción a raíz de expectativas acorde a sus necesidades.

Jovita: “¿Qué significa la vejez? (se toma un tiempo para pensar) no me lo he cuestionado, no, no me lo he preguntado qué significa la vejez, ha ido pasando los años no más, pero... No, no, me siento joven, me siento bien, tengo algunos achaques, pero... no grave y con mi marido salimos, paseamos, vamos al cine, nos vamos a... tenemos una casa en Olmué, nos vamos a Olmué los fines de semana, no me, no me, no me he sentido como que soy vieja, sé que tengo 64, pero no me siento como vieja, no, me siento bien.”

En definitiva, bajo estas directrices la noción de vejez está articulada por códigos muy diversos, producto de los determinantes sociales, es decir, en el caso de las personas de la tercera edad los grados de satisfacción difieren considerablemente. En este sentido, se debe diferenciar la vejez del ser adulto mayor, así, el envejecimiento no es un proceso que se centra en la edad, lo que no quiere decir que no se la considere en su análisis, más bien, la edad no tiene una centralidad explicativa en la percepción sobre la senectud. En este aspecto, la distinción inclusión/exclusión en las personas mayores no se reduce a una única variable, sino que, el análisis del problema requiere de la complejidad del entorno, a partir, de una observación de primer y de segundo orden. Para estos efectos, surge la autorreferencia y la heterorreferencia, es decir, la imagen de vejez que circula en la sociedad no solo se ubica en el entorno de las personas de la tercera edad como un hecho que ocurre fuera de sus límites, sino, también es parte de sus autopercepciones pues hacen suyo los estereotipos externos.

Si bien, los determinantes sociales son factores significativos en las representaciones en torno a la vejez, es posible que frente a situaciones similares dichas atribuciones disientan entre sí, esto encuentra su explicación en las expectativas de los individuos frente a una misma situación, puesto que las expectativas tienden a estar determinadas por aspectos subjetivos.

4.4.2. Inclusión/Exclusión secundaria

4.4.2.1. Sistema familiar

En el caso de los adultos mayores la figura de la familia como red de apoyo recurre a varios lugares comunes referidos a la importancia en las personas de edad avanzada, puesto que se convierte en su sistema de participación más activa con los años, a saber, como mecanismo principal de la inclusión de las personas en sus procesos comunicativos, es aquí donde logran un mayor grado de satisfacción y altas expectativas de realización personal.

Manuel: “...bueno, yo creo que para mí la familia es todo, porque... la familia, digamos, para mí es el núcleo fundamental de la sociedad y, y yo creo que la familia es lo que ha salvado a occidente, de que no se disgregue ni se destruya como antes, pero eh... ¿cómo se llama? Eh... el... el... el rol, digamos, que para mí cumple la familia, yo creo que nosotros vivimos en función de la familia, y actuamos en función de la familia, porque uno se cree todavía el cuento del pater familia y trabaja en función de eso y actúa en función de eso...”

La familia cumple un rol fundamental porque a diferencia del resto de sistemas parciales es el centro de participación de las personas, aún más, en el caso de los adultos mayores que dejan de interactuar en otros sistemas y reemplazan el tiempo destinado a otros subsistemas por el destinado a la familia.

Manuela: “(Sobre la familia) Todo po, todo, todo yo no, mire antes tenía amistades éramos 12 que nos juntábamos aquí, señoras de mi edad, más jóvenes y esas eran mis amigas que era lo que disfrutaba el día viernes y, lo pasábamos super bien, jugábamos lota, tirábamos la talla y todo, pero en tres años se fueron, y todas como de repente, no duraron mucho...” “...entonces ya no nos juntamos más, pero ya a mí me empezó a dar un poquito de depresión, porque pasaba sola y decidieron que el día viernes iban a venir a juntarse (las hijas) y para que no las echara de menos y claro que vienen mis hijas...”

Asimismo, la persona es considerada el medio por el que la familia puede operar a partir de lo que se encuentra en el entorno, es decir, fuera de sus límites, pero sin eliminar dichos límites. Teniendo en consideración que la persona funge como un punto de identificación de la comunicación del sistema social es el código de ser humano el que aparece en la constitución de las operaciones comunicativas (Cadenas, 2015).

La importancia de la familia en el caso de los adultos mayores se ve representada en muestras de preocupación por su bienestar y por el cuidado permanente de lo que Parsons (2002) denomina la familia nuclear, por ende, la intimidad de la familia incluye todo lo personal en la comunicación del sistema, de esta forma, es recurrente las muestras de cariño incondicional en respuesta a los intereses puestos al servicio de las necesidades de los integrantes del sistema familiar o la preocupación por el bienestar físico o social de los adultos mayores.

Jovita: “Uno tiene que sacrificarse para cuidarlos, tengo una, unas amigas que viven la población de al frente, ellas se sacrifican, se, se fue el papá y quedó la mamá, una, una, una cada un año, una está completamente con su mamá ahí, sí, se trasladan con esposo y todo para allá y están... y a ella no la sacan de su entorno...” “...yo encuentro que es maravilloso que las chiquillas se hagan ese... ese, no sé si sacrificio, pero cambiarse una, una vez al año con

todo, es devolverle todo lo que ellos nos dieron, una vez al año se... ellas se turnan una vez al año cada una, nosotros nos turnábamos todas las semanas...”

En las relaciones íntimas, los límites de la autopoiesis del sistema familiar están fijados por el amor (Luhmann, 1985) como medio simbólicamente generalizado, a pesar que en la familia no solo existen relaciones personales íntimas, sino que, también existen interacciones vinculadas a actividades triviales, como ir de compras, cocinar o ver televisión, el amor es parte fundamental de las operaciones de la familia puesto que es un código que establece las directrices del comportamiento entre las personas, en el caso del adulto mayor esta situación se refleja en códigos como “abuelita” o “tatita” que denotan un sentimiento producto del amor, más allá de la reciprocidad propia de las interacciones entre los sistemas psíquicos.

De todos modos, el amor no asegura estabilidad en el sistema familiar. En este sentido, hay casos donde el adulto mayor es visto como una carga a nivel social o económico, en otras palabras, un obstáculo en la vida de los familiares, quienes de manera consciente o inconsciente los excluyen de las decisiones que los competen directamente. Este escenario se puede ejemplificar en el traslado de los adultos mayores a la casa de familiares o a casas de reposos (asilos), en ambos casos las personas de edad avanzada quedan insertas en un medio que no le es propio y perciben una intromisión forzosa a un entorno ajeno.

Darío: “Eh... yo creo que un 10% lo ve bien muy poca gen... porque incluso hasta para la familia es molesto un viejo, porque cuando se llega a viejo eh... bueno según cómo llegue a viejo en qué, en qué, en qué estado se llegue a viejo, si llega en un buen estado y se hace respetar, no tiene ni un problema, pero cuando un viejo se deja llevar, ahora hay muy pocos hijos con los padres, que para ellos es normal ir a dejarlo a un asilo, claro, un hogar de ancianos que según ellos va a estar mejor, es, es una falsedad, por qué es una falsedad, porque los sentimientos eh... siguen sintiéndolo, siendo adulto mayor va a seguir sintiéndolo...”

De este modo, es posible que la pérdida de integración del adulto mayor en la familia se traduzca en desilusiones de expectativas y en un alto grado de nostalgia, en efecto, se tiende a idealizar situaciones del pasado donde las relaciones familiares significaban un grado mayor de inclusión para cada uno de sus integrantes, en cuanto, funge la paradoja referida a todo pasado fue mejor, que hace eco en los discursos de los adultos mayores que recuerdan tiempos en donde la familia cumplía un rol dirigido a los sistemas de personalidad a partir de relaciones sostenidas por la preocupación sobre el mundo del otro, así, situaciones como las comidas familiares del domingo o las grandes reuniones en torno a los adultos mayores, son añoradas y reclamadas en el presente con anhelo y deseo.

Pablo: “Eh... bien ahí, por ejemplo, era distinta, si, si, si, si, ahí se daba en cierta forma eh... el caso de reunirse cada cierto tiempo eh... si se da, se daba antiguamente, bueno mi viejo, con mi vieja cuando se podía, estaba mi abuela eh... y eso constantemente, yo los veía ahí copulando en torno a la casa...” “...Mira, eh... por lo mismo que yo te decía, uno echa de menos eso, en el caso personal, echo de menos eso (el encuentro familiar), de tener reunidos a mis cabros, a mis nietos, eh... lo he logrado con mis ahijados, con mi gente que he ido creando dentro de la vida, mira lo que son las cosas...”

En la distinción inclusión/exclusión del sistema familiar surge otro concepto: el de parentesco, que permite problematizar sobre la paradoja de la inclusión de lo excluido, si bien la persona como un todo se incluye en el sistema de relaciones íntimas, según Cadenas (2015) la familia se acopla de manera estricta en la forma de pariente/no pariente para su comunicación social. En este sentido, la comunicación íntima se puede alcanzar en otros círculos de participación, como el caso de amigos, ahijados o grupos sociales, puesto que el que no es considerado pariente de una determinada familia puede encontrar otra familia de la cual ser pariente (Cadenas, 2015), por consiguiente, la exclusión de un sistema familiar puede ser la inclusión en otro sistema familiar. En consecuencia, es posible que se mantenga abierta la posibilidad de incluir lo excluido, superando la paradoja de la distinción inclusión/exclusión a nivel secundario en nuevos grupos de interés.

Por último, en algunos casos, la familia sigue siendo ese espacio de reunión en torno al adulto mayor, un recurso de socialización para la tercera edad (Parsons, 2002) que participa activamente de escenarios que le son propios y que motivan una mayor inserción en el resto de los sistemas parciales.

Raúl: “Es lo más importante, si po, porque todos, por ejemplo, todos llegan para acá po, todos llegan el día domingo, a pegar en la pera (risas), pero llegan, llegan, llegan, nos reímos con ellos, están preocupados de ellos, la Erika (hija) siempre llama, así que bien...”

De esta forma, el sistema familiar se centra como un elemento fundamental en la distinción inclusión/exclusión, puesto que la familia se comporta como un círculo de participación sumamente inclusivo para el adulto mayor. Así, la familia ya sea integrada por parientes o no parientes refleja la importancia de todas las acciones y experiencias de los participantes del sistema familiar, incorporando todos aquellos elementos que están fuera de sus límites y dotándolos de una relevancia única en sus operaciones comunicativas. En definitiva, la familia sigue siendo un espacio de participación fundamental para los adultos mayores, quienes alcanzan altos grados de realización personal a través de su inclusión en las operaciones comunicativas del sistema familiar.

4.4.3. Inclusión/Exclusión primaria

4.4.3.1. Sistema laboral

De acuerdo con los discursos de los adultos mayores el sistema laboral repercute en una interacción con el resto de los sistemas parciales, puesto que se vuelve un intercambio de recursos donde se dispone un esfuerzo que en muchos casos significa un sacrificio físico en la búsqueda por alcanzar un bienestar económico, sanitario, simbólico o cultural.

Manuela: “Bueno, para los pobres es lo principal, si no tiene trabajo, no tiene comida, no tiene nada, porque hay privilegiados que son hijos de gente que, que han tenido siempre plata, nacen en cuna de oro y el trabajo es lo principal, lo principal...” “...así que yo creo que el trabajo es lo principal en, en, y sobre todo en el movimiento de un país, porque si la gente no trabaja, el

país se estanca si, si es la gente, los trabajadores los que tienen que tirar los países para arriba, así que, el trabajo es... es una de las armas con la educación.”

De tal forma, el trabajo significa un proceso de inclusión a nivel económico entendido como un intercambio entre fuerza laboral y dinero, este último como medio simbólicamente generalizado asegura una probabilidad de éxito en la interacción entre los sistemas de comunicación y los sistemas de conciencia. Por lo cual, en esta condición el adulto mayor activo laboralmente participa tanto del sistema laboral como del sistema económico, lo que produce un alto grado de inclusión social (Luhmann, 1998).

Sin embargo, no todas las relaciones industriales refieren a un intercambio económico, también es posible una inclusión de los adultos mayores a partir de la satisfacción personal que significa el trabajo como un elemento de realización.

Mario: “...voy a echar de menos más que la parte económica, no tener algo que hacer, por eso a penas salga de aquí tengo que buscar otra cosa, tengo que buscar otra pega, ya sea comprarme un auto, un Uber, y entretenerme, porque bueno genera ganancias también un Uber, pero entretenerme manejando, a mí me gusta manejar, claro, mantenerse activo...”

A otro nivel, se concibe la inclusión en el sistema laboral como un aporte social al entorno (reconocimiento), dicho de otro modo, la trascendencia respecto al resto de los sistemas de personalidad. Esta posibilidad es altamente inclusiva, ya que, las personas son capaces de estar integrados mientras son útiles para la sociedad, en el caso de los adultos mayores el trabajo durante su vida activa les permite alcanzar un grado de satisfacción personal al sentirse un aporte a nivel social, repercutiendo en las expectativas individuales.

Juan: “...además uno se siente útil con el trabajo po, si po, uno se mueve de aquí para allá, se distrae de los problemas, tiene algo que hacer, ahí con la juventud, entonces uno se siente útil cuando trabaja.”

Manuel: “...cumplir un, un rol en la sociedad, y aunque la persona sea muy vieja, en la medida que tenga esa posibilidad de trabajar, el se va a sentir importante, el se va a sentir una persona imprescindible y la posibilidad de vida de el va a ser cada vez mayor.”

Ahora bien, la jubilación adquiere relevancia significativa al interior del sistema laboral debido a los cambios que produce en el estilo de vida de los senescentes, pero por sobre todo conlleva efectos biopsicosociales que pueden contribuir a una sensación de inutilidad, puesto que las personas dejan de ser económicamente activas (Meira, Fernández, & Cavalcante, 2017).

Emilia: “De primera, bueno me dio rabia (risas) me dio rabia y me dio pena, pero yo dije “bueno, ya está, estaba avisada de antes también” me decían que en cualquier momento van a venir a, a hacer, hacer limpieza y todo, porque así dicen ellos, hacer limpieza y, y yo tenía a cargo la bodega, pero me dijeron que no ya, porque estaba, estaba muy de edad y tenía 78 años ya y para ellos era más una carga que otra cosa, pero yo trabajaba igual todos los días, llegaba a las diez de la mañana y estaba diez para las diez estaba allá y trabajaba más...”

En consecuencia, es posible entender la jubilación vinculada con la idea de un momento de cambios, en el sentido, de un tiempo destinado al ocio necesario luego de una extensa vida

laboral. Desde esta concepción, para una parte de los adultos mayores la jubilación es una etapa destinada a la vida familiar o en algunos casos al goce personal, lo que significa un giro en sus condiciones de posibilidad, en consecuencia, ven este momento como una oportunidad para retomar algo que dejaron o que el sistema laboral obligó a dejar apartado, es decir, en cambios en sus hábitos o gustos e incluso en un bienestar individual.

Alicia: “...(risas) hay un colega, que siempre nos vemos también, entonces cuando me salí de la escuela, al mes más o menos, me dice “pero estás más joven” si yo estaba vieja en la escuela, vieja así, como te digo yo, llegaba el día sábado en la tarde y sabía que, que tenía que ir a trabajar el lunes y me empezaba a doler el estómago, me sentía mal, qué se yo, y cambié totalmente, porque yo no era la misma, yo soy una persona que le gusta conversar, participar, que me gusta salir... entonces cuando jubilé aproveche todo eso.”

A modo de conclusión, la participación de las personas en el sistema de trabajo no desemboca directamente en una realización personal del adulto mayor, ya que, el primero solo aborda la dicotomía dentro/fuera de los sistemas sociales que se autoorganizan a partir de la personificación de los sistemas psíquicos, por ende, solo es una condición propia de los sistemas de comunicación (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996), en cambio, por realización personal se entiende una consecución de las necesidades e intereses del adulto mayor quienes ocupan una determinada posición en los sistemas de acuerdo a sus capacidades. De este modo, la participación en el sistema laboral puede estar condicionada por situaciones de precariedad o por necesidades económicas que limitan las posibilidades de realización personal.

Ahora bien, referido al problema de la jubilación, la exclusión se encuentra en un escenario social opuesto a la inclusión, si esta última es considerada laxamente integrada en el sentido que la inclusión de una persona en un sistema parcial no significa la inclusión de esta en otro sistema, en el caso de la exclusión, la sociedad funcionalmente diferenciada está altamente integrada, ya que, la exclusión de un sistema funcional comporta, casi automáticamente, en la exclusión del resto de los sistemas parciales (Luhmann, 1998). Así, la distinción inclusión/exclusión en el sistema laboral está irritada constantemente por otros sistemas, por lo que, la exclusión del sistema de trabajo puede significar la exclusión del sistema económico, del sistema sanitario o del sistema educativo. En definitiva, la jubilación del adulto mayor puede significar una exclusión del sistema laboral que es amortiguada o no por la inclusión de las personas de edad avanzada en otros sistemas parciales.

4.4.3.2. Sistema económico

La paradoja de la economía tiene su origen en el problema de la escasez, este refiere a que los bienes solo están disponibles en una cantidad limitada, por lo que, el acceso de una persona a dichos bienes deriva en la exclusión del acceso para otros, lo que desata la paradoja de la economía, es decir, la eliminación de la escasez a través del acceso a bienes reproduce mayor escasez (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996), esto se puede ejemplificar a través del acceso

a la salud, la atención de un alter que asegura su bienestar físico o psicológico, conlleva a la escasez de atención sanitaria para un ego. En este marco de acción, el sistema económico tiene presente la distinción inclusión/exclusión de acuerdo con la capacidad de tener o no tener dinero, en otras palabras, el problema inicial del sistema económico es la escasez de dinero.

De acuerdo con esto, el dinero es una forma de facilitar la comunicación entre los sistemas sociales o la interacción entre los sistemas de conciencia y los sistemas de comunicación. Para el adulto mayor, esta situación refiere a la relevancia que ha adquirido el dinero en la sociedad moderna, donde se establece como aquel medio que influye en los demás y que es factualmente más utilizado que el resto de los medios simbólicos (Simmel, 2013; Schimank, 2013), producto de la centralidad que ha adquirido el sistema económico.

Mario: "...el dinero, mueve montañas, es decir, la plata es todo po, si uno piensa fríamente si es un papel, y ese papel es el valor, el que tiene más papel gana po, y uno, por eso fríamente ve si es un papel, y cambia, y muchas veces ni uno ve el papel po, porque todo por tarjeta, le depositan en tarjeta, saca tarjeta, no ve la plata muchas veces, todo se paga con tarjetas, le descuentan de la... de la tarjeta que tienen en el banco..."

Los adultos mayores consideran que el dinero como medio de un operar sistémico compra una buena salud y en el caso contrario genera una disminución de sus posibilidades reales por acceder a una salud más integral. Por lo cual, el dinero asegura una inclusión en el sistema sanitario, en cambio, la falta de este se traduce en una exclusión en el sistema, representando la interacción imbricada entre sistemas sociales.

Pablo: "La atención particular es rápida, es más, más expedita eh... la plata compra de todo, o sea te compra, te compra eh... la posibilidad del bono, que, si tení que ir a ver a un especialista vai y se compra el bono del especialista, tení una urgencia, va el médico a la casa, cosa que el que no tiene previsión está sonado..."

Ahora bien, todo pago o no pago requiere un motivo, estos dan inicio como fin último a la satisfacción de determinadas necesidades las que constituyen la heterorreferencialidad del sistema social, en este caso el código no entrega indicación alguna sobre qué pagos se pueden efectuar y qué pagos no se pueden efectuar, más bien, son los programas los que determinan esta selección, en el sistema económico los precios cumplen esta función (Corsi, Esposito, & Baraldí, 1996), determinando lo que se puede o lo que no se puede pagar.

En este aspecto, la semántica de la necesidad refiere al problema de la inclusión, en el sentido que a pesar de ser información que surge desde el entorno del sistema económico, se convierte en estructura en cuanto se registra como un motivo (precio) para el pago. Es posible dar cuenta de tres tipos de necesidades, a saber, a) las necesidades básicas de la reproducción humana, b) las necesidades que surgen si hay dinero disponible y, por último, c) las necesidades vinculadas a la producción económica como la demanda de energía o de materiales (Arnold & Cadenas, 2013). Cada una de ellas estructura la apertura del sistema y sus servicios hacia el

entorno, de manera que, los adultos mayores participan del sistema económico en la medida que deciden sobre qué gastar o no, según sus necesidades subjetivas.

Manuela: "...yo saco de pensión 154 mil pesos, entonces, y como soy doña milagros con mis hijas, me alcanza para mí y los niños, no hay grandes, que yo diga voy a comprar un computador, no puedo, porque incluso, cuando voy a las tiendas "¿tiene tarjeta?" "no mi linda, no, no" si por la edad no me dan, por vieja, les digo yo, si antes yo eh... tenía tarjetas y sacaba cosas y ahora no puedo po, si el otro día mi nieto me dijo "necesito un computador que sea más rápido" yo pago internet, y pago el cable, la internet, teléfono y, pero no puedo tampoco estar pagando mucho..."

Según el discurso de los entrevistados, el sistema económico reproduce las grandes desigualdades que enfrentan las personas de edad avanzada, lo que conlleva a una segregación entre aquellos que tienen la capacidad de pago, es decir, tienen la posibilidad de acceder a satisfacer sus necesidades y quienes no cuentan o cuentan en menor medida con dicha capacidad, por lo que ven reducida la posibilidad de suplir sus necesidades. En este escenario, es evidente que la distinción inclusión/exclusión en el sistema económico está condicionado por la capacidad de pago de las personas que participan del sistema, así, la brecha económica se prolonga al mercado, en el sentido de un espejo donde se observan los participantes, y observan la imagen de los agentes económicos respecto de la cual se mueven y toman decisiones (Hernández J. , 2012), por esta razón, el espejo del mercado está determinado por las posiciones de las personas y señala las relaciones entre competidores que se observan mutuamente.

Roberto: "...o sea yo tengo hermanas que han trabajado toda la vida y están con una jubilación de, de miseria, de... que no le alcanzan los 150 mil pesos, entonces... esa es la realidad, la mía, yo como... como fui juez tengo una realidad un poco mejor, pero no estoy conforme tampoco con ella, porque he quedado como con un 28% de, de, de la renta activa que yo tenía, sin considerar los, los bonos de gestión o esos bonos extraordinarios que se daban sí, ahora si me pongo a sumar esos bonos, yo creo que, bajo el 20% es lo que estoy sacando, claro."

Como se señalaba anteriormente, los precios como programas de decisión se constituyen y son afectados por las expectativas generadas por y en el mercado, así, se entienden como un núcleo de la autodescripción económica (Hernández J. , 2012). En este caso, la autorreferencia de los precios está determinada por la asimetría de la distribución de necesidades y de la distribución del dinero (Fleischmann, 2008), lo que establece las diferencias entre un grupo de personas con la capacidad de pago y quienes no cuenta con dicha capacidad.

Raúl: "... como se dice, la... plata no se hace na' sobre todo la de la jubilación, la jubilación son super bajas, todas, y otra cosa es que aparecen las enfermedades y eso también es un gasto, nosotros con mi señora por lo menos, tenemos enfermedades, pero no como otras personas, yo he visto otras personas, cuando uno va a comprar a la farmacia que compran remedios 80, 90 lucas de puro remedio..."

Para finalizar, el dinero como medio simbólicamente generalizado aumenta la probabilidad de lo improbable (Chernilo, 2002) y, asimismo, constituye una monetización de la economía, que se traduce en la relevancia del dinero en la sociedad moderna como uno de los

medios simbólicos infinitamente más utilizable (Simmel, 2013). Ahora bien, esta condición genera una diferenciación entre aquellos adultos mayores que cuentan con la capacidad de tener dinero, por ende, de satisfacer sus necesidades formando parte del sistema económico y, aquellos que no refieren a la capacidad de tener dinero por lo que están excluidos sin poder suplir las necesidades básicas.

En el contexto de la sociedad funcionalmente diferenciada, el sistema económico es capaz de acoplarse a otros sistemas parciales, lo que desata nuevamente la paradoja en la distinción inclusión/exclusión referida a la realización personal. De manera que, la exclusión del sistema económico también se puede ver representada en la exclusión del sistema de atención en salud o del sistema político, esto se debe a que la sociedad moderna es una sociedad capitalista, en el sentido, que la sociedad está marcada profundamente por una economía, más que por las operaciones comunicativas de otros sistemas parciales (Schimank, 2013).

4.4.4. A modo de reflexión...

En síntesis, los estigmas asociados a la vejez como una etapa dotada de pasividad, pérdidas y abandono contribuyen significativamente a la distinción inclusión/exclusión, a saber, reconstruyen un imaginario social sobre el envejecimiento que es utilizado por la población, entre los que se incluye los mismos adultos mayores, quienes modifican su conducta de acuerdo con las expectativas reflexivas (Thumala, 2011), es decir, lo que se espera de ellos, limitando de tal manera su inclusión social. Por añadidura la distinción inclusión/exclusión del adulto mayor tiene su origen en la promoción de una subcultura minoritaria impuesta por la sociedad (Aranibar, 2001), lo que ha permeado la autopercepción sobre la tercera edad determinando su comportamiento a partir de percepciones positivas o negativas, de esta forma, ha sido el entorno social de las personas mayores (heterorreferencia) el que ha influido en la autorreferencia que tienen los senescentes sobre el envejecimiento.

La paradoja de la distinción inclusión/exclusión explica el problema de la participación de los adultos mayores en el sistema mundo. Si la inclusión es considerada laxamente integrada en el sentido que la inclusión de las personas en un sistema parcial no se traduce necesariamente en una inclusión en otro sistema parcial, ocurre lo contrario en el caso de la exclusión, que al estar muy integrada, la exclusión de un sistema funcional comporta casi automáticamente en la exclusión del resto de sistemas funcionales (Luhmann, 1998). En consecuencia, la situación del adulto mayor, que tiende a ocupar una posición de vulnerabilidad en la estructura social, da cuenta de las dificultades de la tercera edad por lograr sus intereses, en este sentido, se explica la diferencia entre participación y realización personal.

Si por participación se entiende la dualidad dentro/fuera de los sistemas sociales que alcanzan su autoorganización a partir de la personificación de los sistemas psíquicos, por lo que, es un atributo propio de los sistemas de la comunicación (Corsi, Esposito, & Baraldi, 1996). Por

realización personal se entiende una adaptación de las operaciones sistémicas a los intereses y necesidades de los individuos, quienes ocupan una posición social determinada que buscan mejorar. De este modo, la participación no es sinónimo de inclusión social, ni mucho menos de realización personal.

Para concluir, es esencial destacar que el entendimiento de la distinción inclusión/exclusión autorreferida por el adulto mayor resulta importante para el surgimiento de políticas y programas públicos (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010), en la medida que refieren al diagnóstico de problemas y formulación de propuestas sociales que fomentan las aptitudes personales y las disposiciones sobre la actividad, como medio para facilitar un envejecimiento más satisfactorio (Cumming & Henry, 1961) a nivel de realización personal, por ende, la inclusión de los discursos promueven el desarrollo de políticas sociales más integrales en su vínculo con el entorno tanto interno como externo.

Asimismo, tanto las redes de apoyo familiares como el Estado se constituyen como los soportes más relevantes de inclusión de los adultos mayores, en consecuencia, los procesos de modernización deben ampliar las estrategias de inclusión primaria y secundaria, a través de la promoción del reconocimiento a nivel social (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010), que se establece como mecanismo efectivo para reducir los efectos de abandono, soledad y retirada social de las personas de la tercera edad, del mismo modo que, fomentar la inclusión autorreferida facilitaría el surgimiento de nuevas expectativas sobre el proceso de envejecimiento, que se establece como la más extensa en la vida de las personas.

Conclusiones (Ideas Finales)

Una vez analizados los discursos del adulto mayor sobre el sistema de salud chileno en cada una de sus dimensiones, lo que ha permitido entregar una mirada al problema sanitario y a la relación agencia/estructura desde una construcción sistémica, es momento de repensar las condiciones iniciales de este trabajo y observar desde una nueva posición las implicancias alcanzadas. Ahora bien, más allá de ofrecer una síntesis de la investigación, la propuesta refiere a abrir este espacio al surgimiento de nuevas interrogantes, reflexiones y proyecciones sobre la situación del sistema de salud y su interacción con los adultos mayores, desde la perspectiva sistémica como guía para su comprensión.

En este sentido, las ideas finales se presentan a partir de tres dimensiones que dan cuenta de las principales conclusiones que se han alcanzado: a) de la constitución del sistema de salud chileno en el marco de la “*Fase con vocación pública*”, relativa a la situación que enfrenta en la actualidad el sistema sanitario, dando cuenta de la mercantilización que ha experimentado en las últimas décadas y su implicancia en los subsistemas público/privado, b) del rol del Estado en una política pública de salud universal, solidaria y equitativa, alusiva a la necesidad o no por una reforma social que retome la sanidad como un derecho social y la participación en este proceso de la población, con el Estado como máximo garante de la inclusión de las personas y, c) del problema de la inclusión/exclusión de los adultos mayores en la estructura social, concerniente a la posición de la tercera edad en su participación sistémica, afrontando el problema de las diferencias que se plantean entre los conceptos utilizados y acuñando una nueva estrategia para alcanzar un grado óptimo de interacción.

5.1. De la constitución del sistema de salud chileno

5.1.1. Principales resultados

Como se ha establecido, el sistema de salud chileno se ha configurado a partir de tres grandes momentos en la historia reciente. La primera etapa, denominada en esta investigación “*Fase Pública*”, se dio inicio en 1952 con la creación de SNS, y se caracterizó por una atención universal y solidaria, a partir de los primeros programas relativos a la prevención sanitaria (Jiménez, 2009). Esta fase tuvo su fin con las reformas del 80’, aunque es posible remontarse hasta 1973 con la instauración de la dictadura cívico militar, hito que marcó el comienzo de una nueva etapa consignada como la “*Fase Privada*” debido a la reducción del gasto fiscal, la instauración de las ISAPRES (Tetelboin, 2003), la municipalización de la atención médica y la constitución de FONASA (Titelman, 2000). Para la tercera edad esto significó un retroceso respecto a la salud como derecho social, es decir, la pérdida de la sanidad pública (Goic, 2015) en su concepción más integral.

Ahora bien, el suceso que marca el fin de esta etapa fue la reforma AUGE en el año 2005 (Valdivieso & Montero, 2010), y dio comienzo a un nuevo período denominado “*Fase con vocación pública*”, con vigencia hasta hoy, su nombre se debe a los incansables intentos por recuperar la salud como derecho social, lo que no ha significado necesariamente cambios profundos frente a los problemas sanitarios arrastrados del anterior período (Lenz, 2007; Garretón, 2012; Tetelboin, 2015). En los discursos, la reforma y todas las iniciativas posteriores han significado una mejora en la cobertura y prestaciones ofertadas, pero a la vez siguen reproduciendo las desigualdades en el acceso a la salud para los grupos más vulnerables.

Respecto a las expectativas de los adultos mayores en torno al actual sistema de salud, los principales resultados tienen relación con cuatro dimensiones de análisis: a) recursos humanos, b) información, c) tecnología y, d) organización.

Las expectativas sobre los recursos humanos se centran en la falta de médicos especialistas que garanticen la atención médica de la población, acorde a la cantidad y la distribución (OPS, 2007), debido a la precarización de la salud pública. Del mismo modo, el reducido número de geriatras afecta directamente a los senescentes, y explica la exclusión social que enfrenta la tercera edad en la salud chilena.

Asimismo, las expectativas también aluden a la calidad de atención por parte de los profesionales de la salud (OPS, 2007). Un grupo significativo de los adultos mayores refiere a la pérdida de empatía por parte de los médicos en su trato con los pacientes (Donoso, 2014), traducido en una relación más impersonal con los usuarios de los servicios asistenciales, generando una desconfianza de los ancianos respecto a los profesionales sanitarios (Donoso, 2014). Así, se da cuenta de la cosificación de las personas, quienes pierden su valor como seres humanos (Juárez, 2014), siendo menospreciados por parte del sistema de salud.

Por su parte, las expectativas relativas a la información aluden a la educación de la población sobre el control de sus enfermedades, la administración de la salud y la demanda por tratamientos médicos (Fortuny & Gallego, 1988), exigencias que llevarían a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. El principal problema que vislumbra la tercera edad, en este ámbito, tiene relación con la entrega de información oportuna por parte del sistema, por ende, reclaman nuevas instancias de promoción y participación con la finalidad de informar a la sociedad civil sobre el sistema. Todo esto apunta al interés por una atención más integral, es decir, una salud más preventiva que curativa, donde los sujetos tengan responsabilidad y control sobre su bienestar físico y psicológico.

En lo que respecta a las expectativas sobre las tecnologías, las personas mayores hacen notar la brecha existente en el acceso a los equipamientos básicos en la atención médica, limitando enormemente la acción médica de los profesionales. Este hecho, alza las demandas

por una mayor inversión a nivel nacional y local en la salud pública, con el objetivo de homologar las condiciones y estándares asistenciales. Un ejemplo de esta situación se puede observar en las diferencias entre consultorios dependientes de un mismo organismo local, los que no necesariamente cuentan con una igual cantidad de insumos básicos para responder a las necesidades asistenciales de la población.

Esta brecha también afecta de forma directa a los profesionales de la salud, quienes ven limitado su marco de acción, reduciendo la calidad de atención ofertada, en este sentido, se explica la relación de interdependencia entre tecnología, recursos humanos y calidad asistencial.

Finalmente, las expectativas frente a la organización dan cuenta de los problemas asociados a la administración de los recursos económicos que se ha materializado en la deuda histórica del sistema de salud (Hernández M. , 2000), provocando una carga económica que limita las mejorías en la asistencia sanitaria. Una precaria organización, afecta de igual forma en los tiempos de espera en la atención médica, por ello, los adultos mayores reclaman por nuevas estrategias que mejoren la capacidad logística, fomentadas por la autoridad nacional, que mejoren la gestión de los recursos a nivel local.

En lo que respecta a la dualidad público/privada de la salud chilena, en general se reconoce una mayor gratificación en torno a la sanidad entregada por instituciones particulares en comparación a la sanidad ofrecida por el sistema público.

Por ejemplo, la tercera edad distingue mejores recursos técnicos y humanos en el sistema privado que en el sistema público, esto a raíz de la capacidad de pago de sus clientes en comparación a la escasez de inversión por parte del Estado (Spinaci, Crowell, Currat, Shetty, & Kehler, 2006). En cualquier caso, hay expectativas que reconocen en el sector público mejores equipamientos y profesionales, esto debido al uso de los servicios públicos frente a patologías con mayores índices de complejidad y urgencia. Así, si un sistema se enfoca en el tratamiento de enfermedades catastróficas, el otro se concentra en la “hotelería” y comodidad del cliente.

Continuando con este argumento, para los senescentes la asistencia médica en el sistema privado supera con creces la asistencia del sistema público, esto, debido al empoderamiento de los sujetos quienes en su calidad de clientes demandan por una mejor atención por parte de los servicios particulares. Incluso, es posible vislumbrar casos donde los profesionales de la salud atiendan de una manera más afable y cordial en las consultas privadas que en los recintos de carácter público.

En último término, los tiempos de espera también se hacen eco de la desventaja del sistema público respecto al sistema privado. En los discursos se asocia la atención particular a la inmediatez de las consultas médicas, así, solo basta con pagar por una atención de este tipo para acceder a una asistencia sanitaria ofertada por un prestador privado, por otro lado, en el

sector público las personas están supeditadas a la disposición de los servicios y profesionales, que sumado a la incertidumbre en la entrega de información oportuna por el sistema (Olavarría, 2012), dificulta la trazabilidad de los usuarios.

5.1.2. Discusión teórica

Es innegable que el sistema sanitario chileno, y la salud en general, hoy enfrentan las consecuencias de un proceso de mercantilización originado por los cambios producidos durante la dictadura cívico militar. Este hito inició lo que en este trabajo se ha denominado la “*Fase Privada*” de la salud caracterizada por la privatización de los subsistemas de sanidad y la municipalización de los centros asistenciales (Tetelboin, 2003). El proceso se ha consolidado desde la vuelta a la democracia y se reproduce hasta la actualidad, dotando a la cuestión sanitaria de una desestatificación, es decir, una disminución del rol estatal en la salud colectiva, a pesar de los constantes intentos por recuperar una sanidad más universal y solidaria, específicamente a partir de los cambios impulsados por la reforma AUGE, hecho que dio paso a la “*Fase con vocación pública*” representada por la implementación de iniciativas paliativas frente a los graves problemas que enfrenta el sistema sanitario.

Los cambios producidos en el marco de la dictadura cívico militar, profundizados en las últimas décadas, han significado un retroceso respecto a una sanidad pública, en otras palabras, un giro en la concepción de salud pasando de ser concebida como un derecho social inalienable de las personas con base en ideales de equidad y solidaridad, a ser conceptualizada como un bien de consumo que puede ser comercializado como cualquier otro recurso (Goic, 2015).

Este escenario da cuenta de la relevancia que ha adquirido el interés económico por sobre los servicios sociales, una ficción de que la salud es una mercancía destinada a ser ofrecida al interior del mercado con una rentabilidad justificada de acuerdo con su propia producción (Rieznick, 2013). Asimismo, la estructura constitutiva de la mercantilización concuerda con la centralidad del sistema económico en el sistema mundo, y este con una visión capitalista moderna, en síntesis, se puede llegar a afirmar que la sociedad funcionalmente diferencia es por sobre todo una sociedad capitalista (Schimank, 2013).

A la mercantilización de la salud se suma el proceso de comercialización de la práctica médica (Goic, 2015), lo que ha afectado negativamente la relación médico/paciente que está a la base del sistema asistencial (Berenguer, 2004; Rieznick, 2013). Esto desemboca en la pérdida de la empatía por parte de los médicos, traducido en un trato más impersonal hacia la población, y por consiguiente, un sentimiento de desconfianza en los profesionales de la salud (Donoso, 2014). A esto se debe añadir la cosificación del paciente, donde las personas pierden su valor como seres humanos (Juárez, 2014).

A raíz del menosprecio e indiferencia que reciben por parte de los funcionarios sanitarios, se puede llegar a señalar que la semántica respecto a la calidad de persona en el sistema de salud se ha visto modificada en las últimas décadas. La inclusión del clientelismo en el ámbito sanitario ha significado que los enfermos sean considerados por los proveedores asistenciales como un medio para alcanzar mejores ingresos, en otras palabras, para los profesionales de la salud la sanidad se ha vuelto una transacción comercial que se expresa en la satisfacción o no de los consumidores (Martín, Ponte, & Sánchez, 2006).

De cualquier manera, el clientelismo también se ha instaurado en los discursos de las personas, donde la capacidad de pago se relaciona directamente con la posibilidad latente de demandar por una buena asistencia médica. Desde esta perspectiva, exigir una atención de calidad está supeditado al intercambio económico por la entrega de un servicio ofertado.

El problema de la mercantilización advierte sobre la complejidad asociada al modelo sanitario vigente, que constituido por una pluralidad de elementos da forma a una estructura organizada en instituciones de carácter mixto. Esta mixtura del ejercicio sanitario ha generado una relación de interdependencia entre el sector público y privado donde las estructuras de uno influyen en las decisiones del otro sobre todo en términos de competencia.

Esta situación ha desembocado en una segregación respecto al tipo de atención brindada por los diferentes proveedores, provocando una brecha en el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud de acuerdo con la capacidad de pago de las personas, así, los sectores con un nivel socioeconómico más alto tienen menos dificultades para satisfacer sus expectativas sanitarias que los grupos con menos ingresos.

Con dos sectores actuando casi totalmente en paralelo, con escasas estrategias de integración cruzada, se puede observar las diferencias en la atención ofertada por ambos subsistemas. En este sentido, es un consenso generalizado que la calidad de los servicios brindados por los proveedores privados supera significativamente la asistencia ofrecida por el sector público, esto a raíz de una mayor cantidad de recursos destinados a la infraestructura, el equipamiento médico y la contratación de profesionales, factores que reducen los tiempos de espera en los servicios, si a esto se suma una atención más focalizada producto de una mayor exigencia por parte de los clientes, es comprensible que los discursos refieran a las ventajas del sector privado comparativamente con el sector público.

Esto genera que problemas como la falta de especialistas, y especialmente, geriatras en el caso de la tercera edad o la ausencia de espacios de información y la escasez de recursos médicos, afecten en mayor medida al sector público que al sector privado, no necesariamente de forma material, sino más bien, a raíz del malestar social que existe sobre el rol del Estado en

la salud o de los agentes públicos a cargo de instituciones de salud, que en su función integradora tienen la obligación de dar cuenta de las demandas ciudadanas.

A pesar de esto, no se deja de reconocer los intentos por mejorar las condiciones sanitarias del subsistema público a partir de la inyección de una mayor cantidad de recursos, evidenciado en la construcción de nuevos centros de salud, la restauración de antiguos hospitales y la compra de nuevos equipamientos médicos, lo que ha mejorado la situación por la que atraviesa el sector público de atención.

A modo de reflexión, no se puede afirmar que la existencia de un subsistema privado sea por antonomasia dañina para el sistema sanitario, sin embargo, la captación de posibles “clientes” a través de sofisticaciones de segundo orden, como, mejoras en la comodidades e incentivos por el sobreuso, es particularmente preocupante en la constitución de un sistema sanitario que tiene por objetivo mejorar las condiciones en el acceso, cobertura y calidad de la atención médica. Junto con ello, la situación de usuarios “cautivos” en los planes de salud impide una libertad de tránsito entre las propias aseguradoras privadas, producto de la poca cobertura que ofrecen los nuevos planes frente a enfermedades preexistentes y factores etarios, con altas primas de riesgo, situación que condiciona el acceso a una salud de calidad.

5.1.3. Proyecciones y sugerencias

A modo de reflexión, la consecución de los desafíos abordados en los inicios del siglo XXI en torno al sistema de salud chileno (Drago, 2006) ha deambulado por una nebulosa, por lo que es necesario desarrollar nuevas estrategias que permitan enfrentar de mejor forma el envejecimiento progresivo de la población y el cambio en el perfil epidemiológico de la misma. Si bien, es posible reconocer los avances que se han producido a partir de la reforma AUGE, aun queda el compromiso por satisfacer las expectativas de la población.

En este sentido, es ineludible reducir la brecha en el acceso a los servicios asistenciales, más en el caso de la tercera edad, quienes no cuentan con los mismos recursos para costear una atención de calidad (Becerril, Reyes, & Manuel, 2011). Por ello, recuperar la noción de salud universal es un factor esencial frente al nuevo escenario médico de la población.

En consecuencia, Chile debe asumir que su sistema de salud se aleja paulatinamente de los marcos razonables, por lo que, necesita avanzar hacia un modelo que conciba la salud como un derecho social, promoviendo cambios que mejoren los índices de equidad en el acceso a la asistencia médica. En este sentido, resulta urgente la aplicación de un modelo que retome la idea de universalidad y solidaridad de la “*Fase Pública*”, mancomunando los recursos disponibles tanto de seguros privados como de las redes públicas de atención (Cid & Uthoff, 2017), con la finalidad de promover la conformación de redes centradas en la atención primaria.

Es evidente que una parte importante de la población no cuenta con los recursos necesarios para asumir los costos asociados a una asistencia sanitaria en los estándares de calidad razonables, y acorde a sus expectativas, lo que ha desembocado en el temor de las personas a enfermarse, al no sentirse protegidos por el sistema (Goic, 2015). Por consiguiente, es el Estado en su función integradora, quien debe asegurar la asistencia universal por medio de un sistema que incluya las demandas sociales, ya que, las experiencias expresadas en los discursos son el mejor indicador sobre la calidad del sistema sanitario.

De igual forma, las expectativas de la tercera edad apuntan a retomar la salud como derecho universal, alejándose del proceso neoliberal que la ha llevado hacia la mercantilización y privatización, y acercándola a un sistema más solidario y equitativo preocupado por el bienestar tanto físico y psicológico de la sociedad civil. De esta forma, la visión de los adultos mayores se enfoca en acuñar nuevamente las ideas en torno al SNS respecto a la unificación de los servicios sanitarios, la centralización administrativa de los recintos hospitalarios y un aumento de la responsabilidad del Estado en cuestiones de salud.

Asimismo, demandan por el fortalecimiento de los recursos destinados a la asistencia médica, a partir de la inyección de más capital que permita la contratación y retención de profesionales más cualificados, nuevos equipamientos médicos acordes a las necesidades médicas de la población y una mejor infraestructura que permita un acceso universal. De esta forma, la exclusión de la tercera edad puede ser aminorada por el sistema de salud a partir de nuevas políticas y programas sociales que se enfoquen en mejorar las condiciones sociales por las que atraviesan los senescentes.

Paralelamente, el Estado, pero también los medios de comunicación tienen una responsabilidad social en la constitución de nuevos programas de información para la comunidad que faciliten la comunicación entre el sistema sanitario y las personas. Nuevas instancias de interacción promueven una salud más integral propicia frente a los nuevos escenarios de comunicación global por los que se atraviesa, por ende, se vuelve fundamental la creación de estrategias discursivas que faciliten el diálogo entre los actores involucrados en el nuevo contexto sanitario.

Por último, este trabajo sostiene la importancia de fomentar una medicina más preventiva que curativa, en la que las personas sean profesionales de su propia enfermedad, con mayor decisión y control sobre su salud, para lo cual la educación de la población en temas sanitarios es fundamental para una sanidad más integral. Asimismo, una sociedad informada permite reducir el colapso de los servicios asistenciales, evitando la saturación de los recursos destinados a la atención de la población y, por consiguiente, mejorando los tiempos de respuesta por parte de los servicios asistenciales.

5.2. Del rol estatal en una política de salud universal, solidaria y equitativa

5.2.1. Principales resultados

Según la información producida, el rol del Estado en salud ha deambulado por dos perspectivas: a) subsidiario, donde solo interviene en los escenarios en que los privados no se hacen presentes, reproduciendo las tendencias neoliberales que lo reducen a su más mínima expresión (Tetelboin, 2015), y b) benefactor, como el máximo responsable del cumplimiento de las garantías explícitas: acceso, oportunidad, calidad y cobertura universal. En síntesis, el rol estatal es una simbiosis entre el carácter neoliberal y el carácter social propio de la mixtura que caracteriza la “*Fase de vocación pública*”, a través de la ejecución de decisiones vinculantes por parte del sistema político.

A pesar de esta mezcla, el adulto mayor aboga por un rol social del Estado en la salud colectiva, es decir, un aparato estatal que asuma la responsabilidad en el acceso universal a los servicios sanitarios por medio de un rol garantista que promueva la inclusión de la tercera edad en el sistema sanitario. De igual modo, los senescentes demandan por un Estado aval en las prestaciones asistenciales, principalmente de las personas excluidas de la atención ofertada por los centros sanitarios, a raíz de su capacidad de pago o el riesgo a enfermar.

El principal problema que afecta al Estado, según la tercera edad, radica en la toma de decisiones de los representantes públicos, es decir, en el privilegio de los intereses personales por sobre las necesidades de la ciudadanía. En este sentido, demandan por políticas estatales más que por políticas gubernamentales, que perduren en el tiempo más allá de los gobernantes de turno suponiendo una estabilidad y continuidad.

Según los discursos, en temas sanitarios son tres las principales dificultades que debe enfrentar el Estado respecto a la atención médica: a) la falta de recursos humanos en los centros públicos, b) la debilidad de la gestión local y, c) la creación de un sistema único. Para ello, promueven tres iniciativas sociales que abordan cada uno de los puntos señalados.

Respecto a la falta de recursos, los senescentes apuntan a fomentar la formación de profesionales de la salud, especialmente de geriatras, que esté condicionada a una estadía determinada en los servicios públicos, paralelamente, a una disminución de la brecha remunerativa en comparación con los recintos privados de salud, asegurando una cantidad significativa de médicos especialistas en consultorios y hospitales requeridos para dar cumplimiento a las garantías explícitas en salud, acompañado con el equipamiento técnico necesario para su correcto funcionamiento.

Una segunda propuesta referida a la administración de los centros de salud a nivel local se centra en la dotación de representantes del gobierno central en los servicios municipales de salud, quienes promuevan la comunicación directa entre centro y periferia. De este modo, las

necesidades particulares pueden ser elevadas hacia el Estado como máximo organismo responsable de la cuestión sanitaria, y que desde allí surjan iniciativas que permitan satisfacer las demandas de la población adulta.

Por último, una tercera iniciativa propuesta refiere a problematizar la dualidad público/privada, con la finalidad de promover una salud universal y solidaria, sin muestras de segregación. De este modo, se aboga por una salud entendida como derecho social que incluya a todas las personas que demandan por una atención médica, sin discriminación, lo que se traduciría, en una reducción paulatina de las instituciones y organismos de carácter privado encargadas de prestar asistencia médica, trasladando su administración a manos del Estado.

Ahora bien, en relación a la actitud de la tercera edad frente a las políticas en salud vigentes, la situación da cuenta de las dificultades que han tenido las iniciativas para permear en el colectivo e impactar de manera positiva en sus afecciones.

En primer lugar, se puede afirmar que existe un desconocimiento generalizado en el adulto mayor frente a los programas estatales en torno a la salud, lo que da cuenta de la falta de experiencias directas, incluso de aquellas orientadas principalmente a la tercera edad. Los discursos solo son capaces de apreciar someras menciones respecto a tres políticas sociales: a) el plan de garantías explícitas en salud, b) la eliminación de la cotización en salud para pensionados y, c) la ley de urgencias. En lo que atañe a la primera, esta es descrita como un listado de enfermedades cuyos tratamientos y medicamentos son financiados por el Estado, pero que a la vez actúa como un sistema de seguros parciales determinado por una cantidad limitada de patologías y por estadios de las enfermedades.

La dimensión afectiva frente a las políticas de salud hace eco del desconocimiento generalizado del adulto mayor apuntando a un grado genérico de reconocimiento de las iniciativas estatales encargadas de mejorar el sistema sanitario, consideradas un beneficio para aumentar la cobertura y las prestaciones ofertadas. De igual modo, sostienen que la gran mayoría de las políticas han fracasado en su misión, criticando la mala administración por parte del Estado. Un claro ejemplo es el GES, que, si bien puede ser una ayuda en el acceso a tratamientos y asistencia médica, presenta serias limitaciones que conllevan al abandono de quienes se encuentran excluidos por las garantías, promoviendo un malestar social en la población.

Por último, el aspecto conductual refiere a las iniciativas fomentadas públicamente por los aparatos estatales. En este escenario, el GES se ha convertido en la principal política sanitaria del último tiempo, así, la conducta responde a la posibilidad de hacer uso o no de los beneficios asociados a la iniciativa, a través de diagnósticos y tratamientos médicos, como una estrategia de inclusión de la tercera edad. Por ende, entre los adultos mayores plantean el reconocimiento de los logros alcanzados por la medida, y promueven un rol más activo de las personas frente a

los beneficios asociados a sus enfermedades, que permita una mayor demanda respecto a las necesidades particulares de la tercera edad.

5.2.2. Discusión teórica

Se sabe que el Estado chileno a raíz de la dictadura cívico militar vio reducidas sus atribuciones (Olmos & Silva, 2010) a partir del retiro en la actividad productiva, la privatización de las empresas y servicios nacionales, y la desregulación del mercado. Estos cambios transformaron radicalmente el rol del Estado, lo que se tradujo en una modificación de la relación entre este y la sociedad chilena, la cultura, lo político, el mercado, y también, el sistema sanitario (Olmos & Silva, 2010), provocando una serie de permutaciones en las políticas públicas, como por ejemplo: la reducción de los recursos destinados al gasto social, la transferencia de funciones ejecutivas de los servicios al sector privado y la intromisión de mecanismos de mercado en la asignación de recursos.

En consecuencia, la idea de Estado benefactor como impulsor de la inclusión social, debido a la capacidad para asegurar la igual posición social de los individuos a raíz de la concentración de poder (Chuaqui T. , 2002), dio un giro hacia un Estado subsidiario. Siendo aún más riguroso, el rol del Estado se constituyó en una simbiosis entre el carácter neoliberal y un carácter social, dando cuenta de la complejidad del Estado como institución en la que se mezclan una red de expectativas, intereses y necesidades.

Se puede afirmar que el Estado es concebido como el principal responsable de la inclusión social, y sus representaciones se han constituido como un factor primordial en la consecución de un sistema de salud más equitativo, resaltando su función promotora en el acceso a la atención sanitaria de los individuos a partir de la toma de decisiones vinculantes que limitan la complejidad del entorno (Luhmann, 2007). De tal manera, son los adultos mayores quienes dotan al Estado de una responsabilidad contractual respecto a las posiciones sociales que ocupan dentro de los sistemas parciales de participación, por medio del poder social que le compete.

Este rol del Estado va de la mano con la concepción de la salud como un derecho social, universal, solidario y equitativo, asociado a la calidad de vida de las personas. Por lo que, un Estado moderno tiene la responsabilidad de velar por el bienestar físico, psicológico y emocional de la población, de ahí que se desprenda que el Estado deba asegurar el derecho a la salud.

Ahora bien, la responsabilidad social del Estado se conjuga con el rol desempeñado por la ciudadanía en su acción social. Históricamente, las personas han ejercido un rol más bien pasivo en su relación con el sistema de salud, donde han sido meros receptores de la asistencia sanitaria, obviando su autonomía en la toma de decisiones en lo que respecta a la planificación, la implicación y control de los recursos, tarea desempeñada principalmente por la administración, los médicos y, en último caso, por la industria farmacéutica (Martín, Ponte, &

Sánchez, 2006). Así, en su mayoría, las personas no conocen sus derechos y beneficios (Erazo, 2011), lo que se puede ver reflejado en el desconocimiento generalizado sobre las iniciativas estatales en torno a la salud.

En este escenario, el discurso durante las últimas décadas en torno a las políticas públicas se ha centrado en fomentar la participación comunitaria, como un factor decisivo en la reducción del desigual acceso a la salud, teniendo en consideración el rol de las personas respecto a su propia sanidad, un ejemplo de esto es la reforma AUGE donde la participación social se convirtió en una herramienta de control de los servicios sanitarios (Merino, Torres, & Cristina, 2015). A pesar de ello, en la práctica tal participación no se ha convertido en un mecanismo real de empoderamiento de la población, antes que nada, debido a un problema de definición (Méndez & Vanegas, 2010), es decir, producto de la poca claridad que existe sobre las atribuciones que recaen en la sociedad civil respecto a las políticas sociales.

Acuñaando la concepción de Eugenio Lahera (2004), una política pública incluye la participación del sector público, con la intervención de la sociedad civil y el sector privado, por lo que el proceso de formulación, implementación y evaluación de una política social no es exclusivo de una autoridad pública, sino más bien, se plantea como un juego dinámico de participación entre los diversos individuos involucrados que interactúan en un escenario determinado, dotando a la sociedad civil de un rol más activo.

Así, las políticas sanitarias han intentado imbricar el rol del Estado y los intereses de la sociedad civil en una nueva concepción de la salud como derecho social, con base en un sistema de garantías explícitas (acceso, oportunidad, protección financiera y calidad) como mecanismo gradual para frenar la inequidad del modelo sanitario (Erazo, 2011). Esto ha significado avances modernizadores y de democratización social de la salud chilena (Garretón, 2012).

Sin embargo, las iniciativas estatales han resultado con el tiempo en un conjunto de medidas paliativas que no han frenado y si han reproducido la principal falencia del modelo sanitario, esto a raíz de la continuidad de un modelo neoliberal que condiciona las operaciones comunicativas posibles a los determinantes económicos (Tetelboin, 2003; Tetelboin, 2015). Asimismo, la inequidad en el acceso a la atención médica y, en efecto, la segmentación de los subsistemas (público/privado) perdura sin grandes transformaciones estructurales, donde las mujeres son discriminadas por las aseguradoras privadas, y los adultos mayores son obligados a migrar al sistema público, debido a los costos de los planes de salud (Erazo, 2011).

El problema de las políticas sociales tiene su raíz en la complejidad del sistema mundo, así, los sistemas deben actuar por medio de una selección de códigos, comunicaciones, estructuras y elementos, donde solo se actualizan algunas posibilidades de acción, es decir, una reducción operativa de la complejidad (Luhmann, 1973; Robles, 2002). Así, la contingencia de

la complejidad alerta sobre el fallo incluso de la selección más óptima (Luhmann, 1998), por ello, es posible que medidas como el GES presenten fallos a pesar de un proceso óptimo de formulación, ejecución y evaluación de las políticas sociales.

Por lo mismo, en la sociedad funcionalmente diferenciada la selección de los sistemas puede afectar de manera directa al entorno, puesto que las decisiones refieren a una reducción operativa de la complejidad dejando elementos fuera de su selección, los que potencialmente llegan a ser un riesgo para el entorno (Matus, 2012). En este sentido, las políticas sociales entendidas como selección de posibilidades son una exclusión de comunicaciones, al no ser capaces de incluir todas las estructuras del sistema mundo, determinando la dualidad inclusión/exclusión de las personas en los sistemas.

5.2.3. Proyecciones y sugerencias

A modo de síntesis, el rol del Estado debería enfocarse en garantizar el acceso, la calidad, la cobertura y la oportunidad a la salud para un gran porcentaje de la población, y sobre todo para la tercera edad, aunque esto parezca una tarea imposible en los marcos de la sociedad funcionalmente diferenciada. Para ello, parece indiscutible que el sistema sanitario necesita de una nueva reforma a largo plazo que resuelva los problemas pendientes y mantenga los logros conseguidos, asegurando un grado de continuidad del modelo, incluyendo a cada uno de los actores que participan del sistema de salud chileno.

Si bien, no se puede desconocer los avances que han significado las políticas sociales en torno al sistema sanitario, las que han mejorado las condiciones de la población, a partir de una ampliación de la cobertura asistencial (Goic, 2015), de igual modo, hay que señalar que dichas políticas han reproducido las desigualdades en el acceso a la atención médica, profundizando la segregación que aqueja al modelo (Tetelboin, 2015).

En este sentido, es imprescindible repensar las condiciones de la salud a futuro, considerando la transición sociodemográfica por la que atraviesa el país, que facilita el surgimiento de nuevas patologías de carácter catastrófico, en pro de una nueva reforma sanitaria que incluya las demandas de la tercera edad.

Esta investigación, apunta a retomar la idea de la salud como derecho universal a partir de un sistema solidario y equitativo con un enfoque hacia el bien común, que garantice el acceso a la asistencia médica a través de un sistema único que reduzca la noción de salud como mercancía capaz de ser intercambiada según las reglas del mercado. Para alcanzar dicho objetivo es fundamental que el Estado se preocupe de la administración responsable de los recursos destinados al sistema sanitario, y que la sociedad civil participe activamente en la identificación de problemas, la formulación de soluciones y la evaluación de los programas de salud, de esta

forma, la inclusión ciudadana en el quehacer político supone nuevas estrategias para fortalecer la democracia representativa.

Ahora bien, esta propuesta no quiere decir el fin del ejercicio privado de la medicina, sino el fin de la competencia intersistémica, por medio de una alianza colaborativa entre los sectores involucrados, asegurando estándares de calidad en cada uno de los servicios médicos ofertados para la comunidad.

5.3. Del problema de inclusión/exclusión de los adultos mayores

5.3.1. Principales resultados

Durante este estudio se ha afirmado que la noción de vejez en el adulto mayor está articulada por diversas voces que plantean perspectivas diametralmente opuestas entre sí, y a pesar de ello, trazan elementos que son transversales en sus discursos. Así, para la tercera edad la vejez se ha traducido como una etapa de la vida cargada de estereotipos negativos, que surgen desde sus entornos y que los ancianos hacen propios. En este sentido, la vejez es asociada a una fase caracterizada por limitaciones físicas o mentales, el surgimiento de enfermedades catastróficas y/o el aislamiento social, en conclusión, una etapa dotada por el sufrimiento a raíz de las pérdidas experimentadas que conllevan a reacciones afectivas negativas.

Del mismo modo, la vejez tiende a ser vinculada a la pasividad, reduciendo significativamente el ritmo de vida en los adultos mayores, expresado a través de la inactividad ya sea social, laboral o económica. Por consiguiente, el envejecimiento se asocia a una pérdida de roles sociales que desembocan en la exclusión de los senescentes en su participación al interior de los sistemas, lo que los lleva a perder su identidad como actores de lo social.

Este sentimiento negativo sobre el envejecimiento se traduce en la negación de las condiciones materiales de la vejez por medio del ocultamiento del dolor o el rechazo frente a esta etapa de la vida, es decir, el intento férreo por retrasar o, en algunos casos, ocultar la senectud emparentada a la soledad y la tristeza de las personas mayores.

Ahora bien, a pesar de las afecciones negativas asociadas al envejecimiento, los discursos establecen que en ningún sentido el adulto mayor es sinónimo de vejez, en consecuencia, este es un proceso complejo conformado por una red de circunstancias que manifiestan las cualidades que las personas mayores hacen propias, y no se puede reducir únicamente a la significación de una variable como la edad.

En este escenario, la inclusión de los ancianos en la vida social se configura en nuevos escenarios de participación que cumplen con un grado de realización personal óptimo, este es el caso de juntas de vecinos, grupos de la tercera edad y/o la familia. La familia se convierte en el espacio de participación más activo para el adulto mayor, por lo que es considerada como el principal sistema de inclusión, esto a raíz de la retirada efectiva de otros sistemas sociales, como

el laboral o el económico. De este modo, los ancianos van reemplazando progresivamente el tiempo destinado a otros subsistemas por el destinado a su familia, reduciendo sus redes sociales a aquellas más gratificantes a nivel personal.

Si bien, en Chile la familia constituye el escenario de inclusión social por antonomasia para las personas mayores, aun así, es posible dar cuenta de casos donde los senescentes son considerados una carga social y económica para sus familiares, situación que profundiza el problema de la exclusión de la que son parte en el resto de los sistemas. Un ejemplo de esta situación refiere al traslado hacia asilos o casas de reposo que tienen una fuerte carga negativa vinculada al abandono, esto a raíz de la inserción en un medio que no le es propio y, por consiguiente, una intromisión forzada a un entorno que les es ajeno.

De tal forma, estas circunstancias promueven una desilusión de las expectativas, y un sentimiento de nostalgia por un pasado idealizado, en el que las relaciones familiares tenían a la base el amor como medio simbólicamente generalizado. En este sentido, los discursos de la tercera edad hacen eco de la añoranza por las reuniones familiares o las celebraciones en torno a los adultos mayores, en otras palabras, por relaciones sostenidas por el afecto y la preocupación sobre el mundo del otro.

En contraste con el sistema familiar donde aun perduran muestras de inclusión social del adulto mayor, en el caso del resto de los sistemas sociales los ancianos son excluidos abruptamente a raíz de las limitaciones físicas, mentales o sociales. Por ejemplo, si la participación en el sistema laboral se vincula con una autonomía económica, satisfacción personal o trascendencia en el entorno; por su parte, la jubilación se asocia a sensaciones de precarización, inutilidad o dependencia que limitan el grado de realización personal de las personas mayores.

Esta situación se vuelve aun más significativa considerando que la exclusión social está fuertemente integrada, es decir, la exclusión de un sistema comporta, potencialmente, en la exclusión de otros sistemas sociales, verbigracia, la exclusión del sistema laboral se traduce, casi automáticamente, en la exclusión del sistema económico. Esta relación se debe a la preponderancia que ha adquirido el dinero en la sociedad moderna, donde actúa como el principal medio para potenciar o reducir las posibilidades de acción de las personas y que, por ende, asegura un mayor o menor grado de satisfacción personal.

En definitiva, los discursos del adulto mayor reconocen el dinero como el medio simbólico responsable de reproducir las nuevas condiciones de exclusión social por las que atraviesan, ya que, genera una segregación entre los propios senescentes que cuentan con la capacidad de pago suficiente para satisfacer sus necesidades e intereses y, aquellos que no cuentan con el dinero para dar cumplimiento a sus demandas.

5.3.2. Discusión teórica

De esta forma, la situación del adulto mayor en la sociedad moderna da cuenta de una condición de desventaja respecto a su posición social en el sistema, es decir, se producen consecuencias negativas por participar en un sistema parcial no solo respecto al resto de la sociedad, sino también en su relación con el sistema y de las relaciones del sistema con el ambiente (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016). Este escenario surge de la distinción inclusión/exclusión, la cual está a la base de la sociedad funcionalmente diferenciada y altamente compleja. La inclusión es la cara interna y la exclusión la cara externa de un mismo fenómeno, pues solo es posible hablar de inclusión en el caso de que la exclusión tenga lugar (Luhmann, 1998), en efecto, en la sociedad moderna se produce, incluso se tolera, la exclusión como un operar sistémico solo en el caso que esta sea algo temporal y susceptible de ser modificada (Luhmann, 1998).

Como ya se estableció, en el operar sistémico la exclusión social es parte de la selectividad propia de la reducción operativa de la complejidad, por lo que, la inclusión de un grupo de persona significa irreversiblemente la exclusión de otros sectores de la población (Robles, 2002). La distinción ocurre de manera paradójica, en el sentido que, para cada sistema parcial se presenta de diversas formas y condiciones posibles, en consecuencia, para una misma situación social el resultado de inclusión/exclusión puede ser distinto (Mascareño, 2014). En el caso de la sociedad funcionalmente diferenciada los individuos dejan de pertenecer solo a un sistema, por ello no se concibe solo una forma de participar en el sistema mundo (Dockendorff, 2013), a saber, hay personas como sistemas sociales posibles.

Ahora bien, desde esta concepción se tiene la idea de que todas las personas participan de los sistemas parciales, por lo que, la exclusión no significa un estar dentro/fuera de los individuos en razón del sistema, sino que refiere a las limitaciones o degradaciones del estatus de una categoría o sistema social que se materializa en cuanto precariedad de poder o bien, limitaciones estructurales de las posiciones sociales de una categoría o sistema social que se materializa en restricciones a su poder (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016).

De este modo, no es que los adultos mayores no participen o dejen de participar en las operaciones de los sistemas parciales, más bien, se encuentran en una posición social global de vulnerabilidad frente a estos. Esto a raíz de la valoración funcional de la sociedad moderna que ha impactado negativamente en las personas que afrontan el envejecimiento bajo los antiguos parámetros de desigualdad estructural (Castells, 1999), este proceso se ha desencadenado a raíz de la ausencia de los recursos compensatorios para hacerles frente, lo que limita la inclusión de las personas de edad avanzada en más de un escenario (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010). En síntesis, los estigmas referentes al adulto mayor contribuyen a la distinción inclusión/exclusión,

a saber, reconstruyen un imaginario social sobre el envejecimiento asociado a la precariedad, que es incluido en la autorreferencia de la tercera edad (Thumala, 2011).

En consecuencia, los adultos mayores son proclives a experimentar una etapa de retirada social acompañada de una disminución de los roles (Cumming & Henry, 1961), por lo que comienzan a distanciarse emocionalmente de su entorno, alejándose del mundo, es decir, reducen su nivel de participación en los sistemas funcionales (Thumala, 2011). Así, también en la vejez ocurre un permanente reemplazo, en el sentido que los adultos mayores se retiran de algunos aspectos de la vida, lo que no se traduce necesariamente en exclusión, sino en una acción imperativa para concentrarse activamente en otros, a saber, la vejez tiende a reducir los números de relaciones para enfocarse en aquellas que son más significativas para las personas mayores (Carstensen & Mikels, 2005), pero que limitan su posibilidad de ejercer poder social.

Ahora bien, el debate en torno a la exclusión social se encuentra en un momento de disensos teóricos que han prolongado la discusión respecto a encontrar una antípoda representativa frente a las limitaciones materializadas en la posición social. Considerando la exclusión como condición no deseada, se han propuesto diversas categorías para referir a su dimensión positiva, una de ellas refiere a la integración social como código reflexivo (Rizo, 2006). La integración se define como un indicador de bienestar social que se enfoca en responder cuán integrados están determinados grupos a la sociedad (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016), en este sentido, refiere a colectivos y no a un individuo particular.

Desde esta posición, la noción de exclusión social implicaría una distinción sistémica de la sociedad, en la que existen grupos integrados y otros excluidos, en razón de intereses antagónicos que se contraponen. Son los grupos excluidos socialmente los que quedarían en una posición de desventaja en el acceso a una serie de derechos sociales (sanitarios, laborales, educativos, entre otros), en cuanto a una precariedad de poder, mientras que los grupos integrados en los sistemas parciales estarían más facultados para conseguir sus intereses, de acuerdo con un grado mayor de poder social (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016). De esta forma, la integración se definiría en forma de intersubjetividad, lo que significa dotar de una centralidad a las normas institucionalizadas respecto a la conducta de los miembros de cada grupo, lo que haría de la integración lo opuesto a la exclusión.

El problema de esta perspectiva radica en la tendencia a identificar el concepto de exclusión social con el de desviación en su relación con las normas institucionalizadas, lo que significaría una visión reduccionista del problema, ya que, se ha demostrado que en muchas situaciones la conducta no responde a la institucionalización de las normas.

Según, Chuaqui, Mally y Parraguez (2016) si la exclusión se identificara con la desviación, los esfuerzos centrados en alcanzar un grado óptimo de integración referirían a la

idea de hacer más efectivo el control social, puesto que existe una brecha significativa entre las formas institucionalizadas y las no institucionalizadas. De esta manera, los grupos “desviados” se ubican en una posición inferior en la estructura social y los intentos por integrarlos es lo opuesto a empoderarlos, más bien, le restan de iniciativa personal producto del control social. Estas consideraciones ubican a los grupos “desviados” en una posición de subordinación absoluta, hasta que dejen de serlo y se atañan a las normas.

Visto de este modo, todos los grupos sociales son desviados, en el sentido que, las normas institucionalizadas solo se rigen de manera parcial (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016), siendo el conflicto, las tensiones y las discordancias las predominantes en las relaciones intersistémicas. Por ende, la teoría de la desviación caería en una paradoja producto del desempoderamiento de los individuos, lo que iría en contra de la inclusión de los grupos, reproduciendo las relaciones de exclusión.

En este escenario, Chuaqui, Mally y Parraguez proponen un concepto antagónico al de exclusión que reivindique el bienestar de los grupos o personas dotándolos de un rol más activo, donde participen como sujetos y actores, en definitiva, una inclusión asociada a la noción de realización (2016). Considerando las cualidades particulares de cada individuo donde sus valores, expectativas, intereses y necesidades difieran unos de otros, en efecto, los autores proponen incluir el concepto de persona como sujetos socializados en una cultura, lo que lleva a afirmar que la exclusión se produce en tanto existan barreras que impidan la realización personal de grupos o sujetos (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016).

La realización personal sería a juicio de esta memoria la antípoda más representativa de la exclusión social, pues bien, son los intereses manifiestos (intereses tal y como son percibidos por los sujetos) los que se ven limitados en la ejecución de sus derechos. Teniendo en consideración que la consecución de intereses es sinónimo de tener poder y, por añadidura, la exclusión es sinónimo de carencia o incluso ausencia de poder, en el caso de la tercera edad las relaciones de poder que se dan dentro de la sociedad (sistemas sociales) son las que están subordinadas a la estigmatización social de este grupo, pues se establecen a través de relaciones de dominación, más aun, cuando la carencia de poder depende de relaciones de dominación simbólica (Chuaqui, Mally, & Parraguez, 2016).

Ahora bien, a diferencia de lo que plantean los autores, este trabajo adscribe la idea de que no todas las personas, a la hora de elegir, prefieren relaciones de calidad, entendiendo estas como una buena atención médica, un trabajo digno o una situación familiar funcional, por mencionar algunas. Hay selecciones de posibilidades que tienen a la base contravalores que son incluidos en las operaciones comunicativas de los sistemas, por lo que, son legitimadas por los individuos, este es el caso de las relaciones de dominación laboral o una relación médico/paciente corrompida. Este tipo de situaciones dan cuenta de la realización personal

subjetiva, puesto que la especificidad de cada sujeto permite la inclusión de contravalores en sus operaciones sistémicas como estrategias de comunicación válidas.

En este mismo sentido, la realización subjetiva de los intereses responde a que el adulto mayor logre el cumplimiento de sus expectativas actualizadas, así, la realización se enmarca en la teoría del reemplazo, a propósito de una substitución de los intereses manifiestos por nuevas relaciones sociales más significativas. Un ejemplo de esto se produce a raíz de la jubilación, donde nuevas actividades (clases de gimnasia, taller de costura, reuniones familiares) reemplazan la actividad laboral, por más que ocurra un cambio en los intereses de las personas mayores y sean ellos mismos los que modifiquen sus relaciones sociales, el poder atribuido no tiene el mismo grado de consecución de expectativas, en tanto poder adquisitivo, prestigio social o poder familiar, pero, aun así, entregan nuevas posibilidades de acción a los ancianos.

En definitiva, la realización personal viene a dotar de especificidad al valor positivo de la exclusión social, lo que no significa obviar el poder precario en su condición social y considerar únicamente su cualidad individual, sino, dar soluciones efectivas al problema de la exclusión, de acuerdo con las necesidades particulares de la tercera edad en su relación con los otros, con el sistema y con las interacciones de los subsistemas.

5.3.3. Proyecciones y sugerencias

A modo de conclusión, el problema de la inclusión/exclusión es un problema propio de la sociedad funcionalmente diferenciada, y no tiene una solución absoluta, puesto que es imposible dotar de una inclusión universal a la sociedad, al ser un juego de distribución de poder entre individuos al interior de un sistema siempre habrá sujetos con menos poder social que otros, y nadie está totalmente incluido ni totalmente excluido (Mascareño & Carvajal, 2015). El objetivo en torno al adulto mayor debe consistir en equilibrar la balanza respecto a los grados de realización personal, con la mirada puesta en eliminar las afecciones negativas que se han asociado al envejecimiento, dotándolo de nuevas concepciones alejadas de los condicionantes económicos y/o productivos de la sociedad moderna.

Para dar cumplimiento a este objetivo, tanto las redes de apoyo familiar como el Estado, en su visión integradora, constituyen los soportes más significativos para la inclusión de la tercera edad, puesto que tienen una responsabilidad social en los logros alcanzados por los adultos mayores. En consecuencia, los mecanismos de participación deben ampliar las estrategias de inclusión primaria y secundaria, por medio de la promoción del reconocimiento de la vejez a nivel social (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010), con la finalidad de reducir los efectos de abandono, soledad y retirada social de las personas mayores. Del mismo modo, fomentar la inclusión autorreferida facilitaría el surgimiento de nuevas expectativas relativas al envejecimiento de los senescentes.

Para finalizar, es relevante destacar que la comprensión del problema inclusión/exclusión autorreferida en el caso de la tercera edad resulta significativa para el surgimiento de nuevas políticas y programas sociales (Arnold, Thumala, & Urquiza, 2010), en torno a la transición sociodemográfica por la que atraviesa Chile, en la medida que los discursos refieren al diagnóstico de las principales demandas, como medios para facilitar un envejecimiento más satisfactorio en la tercera edad.

En este sentido, la inclusión de los discursos de las personas mayores promueve el desarrollo de políticas sociales más integrales en su vínculo con el entorno tanto interno como externo de los sistemas, y se configura como mecanismo para potenciar los intereses subjetivos de los individuos en su interacción con el sistema mundo.

5.4. A modo de cierre...

Hablar de inclusión social de la tercera edad en su relación con el sistema de salud ha resultado en un desafío mayúsculo. Sin embargo, ha permitido analizar los mecanismos, las expectativas, las estrategias y la comunicación del proceso de interacción entre los sistemas psíquicos y los sistemas sociales, los cuales se encuentran en una redefinición de los procesos de inclusión/exclusión social. Ahora bien, como ya se ha señalado estos procesos no están para nada finalizados, sino, todo lo contrario, quedan muchos desafíos e interrogantes que esta investigación no supo o no pudo responder. En estos últimos párrafos se pretende ahondar en aquellos elementos pendientes que han quedado sin resolución y las preguntas que han surgido a raíz de este trabajo.

En primer lugar, esta memoria no puede afirmar que el paradigma sistémico autorreferencial propuesto por Luhmann sea la mejor estrategia para ahondar en el problema de la agencia y la estructura, ni mucho menos, la única perspectiva viable para llevar a cabo esta labor, pero, si es evidente que ha permitido enfocar esta relación desde un prisma específico que visibiliza tanto sus atributos como sus limitaciones. Tal vez, sea posible en próximos trabajos dar con una perspectiva teórica que reúna todas las condiciones para el análisis de la realidad social y que forje un consenso generalizado respecto a la relación entre individuo y sociedad. Sin embargo, con esta investigación se ha establecido una propuesta teórica que entiende la relación entre los sistemas sociales y psíquicos, más allá del reduccionismo en el que caen algunos, a través de un paradigma que reconoce la autonomía de ambos elementos y, de igual forma, la interdependencia que permite asegurar su existencia.

En segundo lugar, aún queda por dilucidar cuál es la salud que los chilenos queremos, necesitamos y merecemos. Los adultos mayores han bosquejado una primera imagen sobre la necesidad de retomar la concepción sanitaria como derecho social que asegure la equidad en el acceso, la cobertura, la calidad y la protección de la mayoría de la población, por ende, que se aleje de los principios neoliberales que la han considerado como un bien de consumo capaz de

ser intercambiado. Sin embargo, esta labor requiere de la voluntad de cada uno de los actores involucrados, de alguna forma, en la cuestión sanitaria, con el objetivo de promover un cambio estructural en el actual sistema de salud. Parece ser que este es el principal desafío que queda por lograr, es decir, aunar criterios que mejoren las condiciones y propongan una solución definitiva a los problemas de equidad que afectan a la sanidad.

En último lugar, la inclusión social del adulto mayor en la esfera pública sigue siendo una labor por desarrollar. Con los acelerados cambios sociodemográficos que vive Chile en los últimos años, el envejecimiento de la población se ha vuelto una problemática en la agenda pública, y se ha convertido en un tema a considerar en las políticas sociales. No obstante, los estereotipos negativos vinculados a la vejez no han acompañado este proceso, sino todo lo contrario, han estigmatizado a la tercera edad, provocando un rechazo generalizado sobre el envejecimiento, y con ello han diluido los intentos por incluir socialmente a los adultos mayores. En este sentido, cabe preguntarse si realmente somos conscientes de la exclusión por la que atraviesa este grupo y si estamos dispuestos modificar nuestras relaciones sociales.

Bibliografía

- Aedo, C. (1996). Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas. *Estudios Públicos*(63), 285-305.
- Aedo, C. (2001). Las reformas en la salud en Chile. En F. Larraín, & R. Vergara, *La transformación económica de Chile* (págs. 605-640). Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos.
- Aedo, C., & Sapelli, C. (1999). El sistema de salud en Chile: Readecuar el mandato y reformar el sistema de seguros. *Estudios Públicos*(75), 189-227.
- Allport, G. (1935). Attitudes. En C. Murchison, *A handbook of social psychology* (págs. 798-844). Worcester: Clark University Press.
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Barcelona: Fundamentos.
- Álvarez, G., & Delgado, J. (2015). Diseño de estudios epidemiológicos. 1. El estudio transversal: Tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 32(1), 26-34.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal Eclac.
- Archer, M. (2009). *Teoría social realista. El enfoque morfogenético*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Arnold, M. (2008). Las organizaciones desde la teoría de los sistemas sociopoiéticos. *Cinta de Moebio*(32), 90-108.
- Arnold, M. (2012). El debate sobre las desigualdades contemporáneas: ¿Puede excluirse la exclusión social? *Revista MAD*, 34-43.
- Arnold, M., & Cadenas, H. (2013). Imágenes de la complejidad: La economía moderna como sistema sociopoiético. *Revista MAD*(29), I-XIII.
- Arnold, M., Thumala, D., & Urquiza, A. (2006). La solidaridad en una sociedad individualista. *Revista THEORIA*, 15(1), 9-23.
- Arnold, M., Thumala, D., & Urquiza, A. (2010). Opiniones, expectativas y evaluaciones sobre diferentes modalidades de inclusión/exclusión social de los adultos mayores en Chile. *Revista Argos*, 27(53), 91-122.

- Arnold, M., Thumala, D., Urquiza, A., & Ojeda, A. (2007). Exclusión social de los adultos mayores. *XXVI congreso asociación latinoamericana de sociología* (págs. 2-16). Guadalajara: Proyecto Anillo.
- Arnold, M., Thumala, D., Urquiza, A., & Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: Estudios exploratorios. *Última Década*(27), 75-91.
- Arouca, S. (2008). *El dilema preventista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Asociación de Municipalidades de Chile. (2016). *El adulto mayor en las comunas de Chile*. Santiago de Chile: AMUCH.
- Barrios, X., Bastías, G., Cheix, C., Condeza, A., Fernández, F., Gálvez, M., . . . Valdivia, G. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. *Cuadernos de Información*(38), 85-104.
- Bazo, M. T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Bazo, M. T. (2001). *La institución social de la jubilación: De la sociedad industrial a la posmodernidad*. Valencia: Nau Libres.
- Becerra, G., & Arreyes, V. (2013). Los medios de comunicación de masas y las noticias como objeto de estudio de la sociología en la perspectiva del constructivismo operativo de Niklas Luhmann. *Revista MAD*(28), 47-60.
- Becerril, V., Reyes, J. d., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(2), 132-143.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Becker, H. (2009). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Beckert, J. (2002). *Beyond the market: The social foundations of economic efficiency*. New Jersey: Princeton University Press.
- Bedregal, P., Ferrer, J., Figueroa, B., Téllez, Á., Tello, C., Vera, J., & Zurob, C. (2017). La espera en el sistema de salud chileno: Una oportunidad para poner a las personas al centro. *Centro de Políticas Públicas*, 12(102), 1-15.
- Belmonte, A. (2009). *Construyendo confianza: Hacia un nuevo vínculo entre Estado y sociedad civil*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.

- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: International Thomson Editores Spain Paraninfo.
- Bengoa, J. (1996). *La comunidad perdida. Ensayos sobre identidad y cultura: los desafíos de la modernización en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones SUR.
- Berenguer, Á. (2004). *La medicina desalmada. Aportes a una polémica actual*. Montevideo: Ediciones TRILCE.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
- Cabello, E. (2001). Calidad de la atención médica: ¿Paciente o cliente? *Revista Médica Herdiana*, 12(3), 96-99.
- Cabo, J., & Belmont, M. A. (2014). Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad. En J. Cabo, *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias* (págs. 1-48). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Cadenas, H. (2015). La familia como sistema social: Conyugalidad y parentalidad. *Revista MAD*, 29-41.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482.
- Camou, A. (2001). *Los desafíos de la gobernabilidad*. México D.F.: Flacso/IISUNAM/Plaza y Valdés.
- Carstensen, L., & Mikels, J. (2005). At the intersection of emotion and cognition. Aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 117-121.
- Castells, M. (1999). *Globalización, identidad y Estado*. Santiago de Chile: PNUD.
- Castro, M., Klassen, G., Quiroga, P., Vidal, D., & Zavala, M. (2006). Funcionamiento social del individuo. *Ciencia y Enfermería*, 53-62.
- Chernilo, D. (2002). The theory of generalised symbolic media in Parsons, Luhmann and Habermas. *British Journal of Sociology*, 53(3), 431-449.
- Chian, M., Salazar, C., & Antonio, N. (2007). Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal. *Revista Theoria*, 16(2), 61-76.

- Chuaqui, J., Mally, D., & Parraguez, R. (2016). El concepto de inclusión social. *Revista de Ciencias Sociales*(69), 157-188.
- Chuaqui, T. (2002). Estado, integración y fundamentos teóricos de la igualdad democrática. *Revista de Ciencia Política, XXII*(2), 73-84.
- Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública, 12*(2), 103-109.
- Cid, C., & Uthoff, A. (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*(41), 1-9.
- Coleman, H. (1999). What enables self-organizing behavior in businesses. *Emergence, 1*(1), 33-48.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Edición Revisada.
- Corsi, G., Esposito, E., & Baraldi, C. (1996). *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. México D.F.: Universidad Iberoamericana.
- Crane, T. (2001). The Significance of Emergence. En B. Loewer, & G. Gillet (Edits.), *Physicalism and its Discontents* (págs. 207-224). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cuba, M., Rosas, A., & Zárate, V. (2013). Atributos de la atención primaria de salud (A.P.S.): Una visión desde la medicina familiar. *Acta Médica Peruana, 30*(1), 42-47.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- Dahnke, G. (1986). Investigación y comunicación. En C. Fernández, Dahnke, & Gordon, *La comunicación humana: Ciencia social* (págs. 385-454). México D.F.: McGraw-Hill.
- Dávila, M., & Díaz, J. (2009). Voluntariado y tercera edad. *Anales de Psicología, 25*(2), 375-389.
- de Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Hermes Editorial.
- De la Fuente, G. (1995). *Las ISAPRES*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile.
- Delgado, J. M., & Gutiérrez, J. (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.

- Delgado, Y. (2006). Luhmann y Maturana a propósito de la teoría social, el trabajo y las relaciones industriales. *Mañongo*, 1(26), 193-213.
- Dockendorff, C. (2013). Antihumanismo o autonomía del individuo ante las estructuras sociales: La relación individuo-sociedad en la teoría de Niklas Luhmann. *Cinta de Moebio*(48), 158-173.
- Donoso, C. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. *Persona y Bioética*, 18(2), 184-193.
- Drago, M. (2006). *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Santiago de Chile: Serie Políticas Sociales, Documento N°121, CEPAL.
- Dueñas, J. (1999). Educación para la salud: Bases psicopedagógicas. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 13(1), 92-98.
- Durkheim, E. (2001). *La división social del trabajo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Durkheim, E. (2006). *Sociología y filosofía*. Granada: Editorial Comares.
- Dye, T. (2016). *Understanding public policy*. Boston: Pearson.
- Easton, D. (1999). *Esquema para el análisis político*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Erazo, Á. (2015). Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(3), 248-253.
- Fajardo, G., Fernández, M., & Ortiz, A. (2013). La dimensión del paradigma de la complejidad en los sistemas de salud. *Cirugía y Cirujanos*, 83(1), 81-86.
- Fernández, J., & Kehl, S. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*(14), 125-161.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, decision and dissonance*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Field, M. (1976). The health system and the social system. En M. Sokolowska, J. Holówka, & A. Ostrowska, *Health, Medicine, Society* (págs. 315-329). Boston: D. Reidel.
- Fleischmann, A. (2008). *A simple Luhmann economy*. Saarbrücken: VDM.
- Fortuny, M., & Gallego, J. (1988). Educación para la salud. *Revista de Educación*(287), 287-306.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 2, 152-170.

- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. México D.F.: Editorial Siglo XXI.
- Freile, B. (2014). Participación ciudadana en el contexto de la evaluación de tecnologías sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 27-32.
- Fuster, N., & Moscoso, P. (2016). Poder en la época de la población. Foucault y la medicalización de la ciudad moderna. *Athenea Digital*, 16(3), 207-227.
- Garay, S., & Avalos, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista Kairós*, 12(1), 39-58.
- Garretón, M. A. (2012). *Neoliberalismo corregido y progresismo limitado. Los gobiernos de la Concertación en Chile, 1990-2010*. Santiago de Chile: Editorial ARCIS.
- Giaconi, J., & Concha, M. (2005). *El sistema de salud chileno reformado*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Mayor.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giró, J. (2004). *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- Goffman, E. (2006). *Estigmas*. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu Editores.
- Goic, A. (2015). El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 774-786.
- Goic, A., & Armas, R. (2003). Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena. *Revista Médica de Chile*, 788-798.
- Gómez, T., & Leon del Barco, B. (2010). Estereotipos de los ancianos: percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 5-18.
- Gonnet, J. P. (2010). La política desde la teoría de sistemas sociales de Niklas Luhmann. *Nueva Época*, 23(64), 303-310.
- Guardamagna, M., & Cueto, W. (2013). Políticas de Estado en democracia: La relación Estado/sociedad como ámbito de construcción política. *Revista de Estudios Transfronterizos*, XIII(2), 59-80.
- Guillemard, A.-M. (1972). *La retraite: Une mort sociale*. Paris: Mouton.

- Guillemard, A.-M. (1992). Edad, empleo y jubilación: Nuevos datos internacionales. *Papers: Revista de Sociología*, 35-56.
- Gutiérrez, L. M. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*, 125-147.
- Habermas, J. (1990). *Teoría de la acción comunicativa II. Crítica de la razón funcionalista*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1993). *El discurso filosófico de la modernidad*. Madrid: Taurus.
- Hegel, G. W. (1968). *Filosofía del derecho*. Buenos Aires: Editorial Claridad.
- Hernández, J. (2012). Sociología económica y teoría de sistemas. En H. Cadenas, A. Mascareño, & A. Urquiza, *Niklas Luhmann y el legado universalista de su teoría* (págs. 359-377). Santiago de Chile: RIL Editores.
- Hernández, M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121-144.
- Herrera, C., Montero, J., & Téllez, A. (2010). Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. *Temas de la agenda pública*, 5(38), 1-12.
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2009). *Studying public policy*. Ontario: Oxford University Press Canadá.
- INE. (2015). *Casen, 2015: ampliando la mirada sobre la pobreza y la desigualdad*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.
- Izuzquiza, I. (1990). *La sociedad sin hombres. Niklas Luhmann o la teoría como escándalo*. Barcelona: Anthropos.
- Jenkins, W. (1978). *Policy analysis: A political and organizational perspective*. Londres: Martin Roberston.
- Jiménez, J. (2009). *Angelitos salvados: Un recuento de las políticas de salud infantil en Chile en el siglo XX*. Santiago de Chile: Uqbar.
- Juárez, M. P. (2014). De pacientes a consultantes. Designaciones para la autogestión en la atención primaria y la salud comunitaria. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(1), 11-26.
- Kjaer, P. (2012). La metamorfosis de la síntesis funcional. En H. Cadenas, A. Mascareño, & A. Urquiza, *Niklas Luhmann y el legado universalista de su teoría* (págs. 153-204). Santiago de Chile: RIL Editores.

- Knudsen, M., & Vogd, W. (2015). *Systems theory and the sociology of health and illness*. Nueva York: Routledge.
- Kraft, M., & Furlong, S. (2013). *Public policy: Politics, analysis and alternatives*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Larrañaga, O., & Contreras, D. (Edits.). (2015). *Las nuevas políticas de protección social en Chile*. Santiago de Chile: Uqbar Editores.
- Laspiur, S. (2016). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Editorial Herder.
- Lemus, S., Hamui, A., Ixtla, M., & Paulo, A. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista Conamed*, 22(2), 98-103.
- Lenz, R. (2007). *Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política*. Santiago de Chile: Serie Estudios Socio/Económicos N°38, CIEPLAN.
- López, J. M. (2014). Especialistas médicos: Brechas, realidad, futuro y necesidad de un esfuerzo nacional mancomunado. *Revista Chilena de Cirugía*, 66(3), 269-273.
- Luhmann, N. (1973). *Ilustración sociológica y otros ensayos*. Buenos Aires: SUR.
- Luhmann, N. (1981). Erleben und handeln. En N. Luhmann, *Soziologische aufklärung 3* (págs. 67-80). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, N. (1985). *El amor como pasión: Hacia una codificación de la intimidad*. Barcelona: Ediciones Penínsulas.
- Luhmann, N. (1993). *Teoría política en el Estado de Bienestar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Luhmann, N. (1995). Individuo, individualidad, individualismo. *Zona Abierta*(70-71), 53-157.
- Luhmann, N. (1995). *Poder*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Luhmann, N. (1998). *Complejidad y modernidad: De la unidad a la diferencia*. Madrid: Editorial Trotta.
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. Barcelona: Anthropos Editorial.

- Luhmann, N. (2002). *Introducción a la teoría de sistemas*. México D.F.: Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (2005). Glück und unglück der kommunikation in familien. En N. Luhmann, *Soziologische aufklärung 5. Konstruktivistische perspektiven* (págs. 210-219). Wiesbaden: Springer.
- Luhmann, N. (2005). Komplexitat. En N. Luhmann, *Soziologische aufklärung 2* (págs. 255-274). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. México D.F.: Editorial Herder.
- Luhmann, N. (2009). Der medizinische code. En N. Luhmann, *Soziologische aufklärung 5. Konstruktivistische perspektiven* (págs. 176-188). Wiesbaden: Verlag.
- Luhmann, N. (2013). La economía de la sociedad como sistema autopoietico. *Revista MAD*(29), 1-25.
- Luhmann, N., & De Giorgi, R. (2008). *Teoria della società*. Milan: Franco Angeli.
- Marín, P. (2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. *Revista Médica de Chile*(135), 392-398.
- Martín, M., Ponte, C., & Sánchez, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 192-202.
- Martini, S. (2014). O sistema social da saúde: Conceito, limites e possibilidades. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 3(1), 68-83.
- Mascareño, A. (2008). Acción, estructura y emergencia en la teoría sociológica. *Revista de Sociología*(22), 217-256.
- Mascareño, A. (2009). Acción y estructura en América Latina. De la matriz sociopolítica a la diferenciación funcional. *Revista Persona y Sociedad*, XXIII(2), 65-89.
- Mascareño, A. (2011). Sociología de la intervención: Orientación sistémica contextual. *Revista MAD*(33), 1-33.
- Mascareño, A. (2013). La incompletitud de la autopoiesis. En P. Razeto, & R. Ramos (Edits.), *Autopoiesis. Un concepto vivo* (págs. 186-207). Santiago de Chile: Editorial Universitatis Nueva Civilización.
- Mascareño, A. (2014). Diferenciación, inclusión/exclusión y cohesión en la sociedad moderna. *Revista CIS*(17), 8-25.

- Mascareño, A. (2017). Esse sequitur operari, o el nuevo giro de la teoría sociológica contemporánea: Bourdieu, Archer, Luhmann. *Revista MAD*, 37, 54-74.
- Matus, T. (2012). *Desarrollo de un modelo de gestión de calidad para programas sociales (Volúmen 1)*. Santiago de Chile: Editorial Librosdementira.
- Matus, T. (2012). Observar la complejidad: Un desafío a las políticas públicas. En H. Cadenas, A. Mascareño, & A. Urquiza (Edits.), *Niklas Luhmann y el legado universalista de su teoría* (págs. 205-216). Santiago de Chile: RIL Editores.
- Meira, L., Fernández, M., & Cavalcante, P. (2017). Ganancias y pérdidas de la jubilación: Revisión integradora. *Gerokomos*, 28(4), 189-193.
- Meléndez, J. C. (1999). Percepción de relaciones sociales en la tercera edad. *Revista de Psicogeriatría*, 28-32.
- Méndez, C., & Vanegas, J. (2010). La participación social en salud: El desafío de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2), 144-148.
- Meny, Y., & Thoenig, J.-C. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Merino, C., Torres, & Cristina, M. (2015). Participación en salud y desarrollo territorial: Experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. *Revista de Ciencia y Enfermería*, XXI(1), 115-125.
- MINSAL. (8 de Octubre de 2011). *e-Salud*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2018, de Sitio web del Ministerio de Salud: https://www.google.cl/search?q=objetivos+sanitarios&rlz=1C1EJFA_enCL707CL708&oq=OBJETIVOS+&aqs=chrome.1.69i57j69i59j69i60l3.2403j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Morales, L. (2016). El sistema de salud naval. *Revista Marina*, 6-15.
- Morales, M. E. (2001). Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI: Un enfoque politológico. *Acta Bioethica*, VII(1), 71-95.
- Morin, E. (2001). *El cine o el hombre imaginario*. Barcelona: Paidós.
- Olavarría, M. (2007). *Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas*. Santiago de Chile: INAP.
- Olavarría, M. (2012). *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? Tomo 2. El plan AUGE y la reforma de la salud*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Olmos, C., & Silva, R. (2010). El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar. *Revista Némesis*(8), 89-102.
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (9 de Noviembre de 2005). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de Febrero de 2018, de Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- OMS. (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2007). *Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y fortalecimiento*. Washington DC: OPS.
- Padua, J. (2004). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Parada, M., & Labra, M. E. (2003). *Universidad de Valparaíso*. Recuperado el 25 de Abril de 2015, de Sitio Web Universidad de Valparaíso: http://recursosabini.uv.cl/docs/Medicina/Mario_Parada/apunte%20sistemas%20comparados.pdf
- Parsons, T. (1974). *El sistema de las sociedades modernas*. México D.F.: Editorial Trillas.
- Parsons, T. (1988). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Parsons, T. (2002). The american family: Its relations to personality and to the social structure. En T. Parsons, & R. Bales, *Family, socialization and interaction process* (págs. 3-33). Londres: Routledge.
- Peláez, M., & Ferrer, M. (2001). Salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores. *Acta Bioethica*, 7(1), 143-155.
- Perdomo, A. (2007). Hegemonía neoliberal y matriz socio política: El caso de la reforma a la salud en Chile. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 83-110.
- Pérez, J. (2003). Femenización de la vejez y Estado de Bienestar en España. *Reis*(104), 91-121.

- PNUD. (2017). *Desigualdades. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Postigo, M. (2007). Mujer, feminismo y modernidad: Atrapadas entre lo público y lo privado. *Thémata. Revista de Filosofía*, 281-286.
- PUC. (2017). *Chile y sus mayores. 10 años de la encuesta calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: PUC.
- Quiero, K. (2005). Los imaginarios sociales de la reforma de la salud en Chile (1990-2003). *Revista MAD*(12), 85-103.
- Raczynski, D. (1983). Reformas al sector salud: Diálogos y debates. *Colección Estudios CIEPLAN*, 5-44.
- Rieznick, R. (2013). La mercantilización de la salud pública en España. *Hic Rhodus. Crisis Capitalista, Polémica y Controversias*(4), 51-56.
- Rizo, A. (2006). ¿A qué llamamos exclusión social? *Polis Revista Latinoamericana*(15), 1-18.
- Robles, F. (2002). Opciones de reinclusión para domiciliaridades dañadas. *Espacio Abierto*, 11(1), 9-24.
- Robles, F. (2003). Contramodernidad y desigualdad social: Individualización e individuación, inclusión/exclusión y construcción de identidad. La necesidad de una sociología de la exclusión. *Revista MAD*(12), 27-57.
- Rodríguez, D., & Arnold, M. (1999). *Sociedad y teoría de sistemas*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Rohlf, I., Borrell, C., & Fonseca, M. d. (2000). Género, desigualdades y salud pública: Conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 60-71.
- Rosen, G. (2015). *A History of public health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ruiz, A., & Perestelo, L. (2012). Participación ciudadana en salud: Formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 158-161.
- Ruiz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2).
- Ruiz, M., Gorgojo, L., & Martín, J. M. (2013). Sistema sanitario español. En M. Martínez, *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. Un manual para ciencias de la salud* (págs. 349-354). Barcelona: Elsevier.

- Saavedra, J. (2015). Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social. *Cinta de Moebio*, 135-146.
- Sánchez, G. (2011). Resumen sintético del sistema social de la ciencia según Niklas Luhmann. *Revista MAD*, 30-60.
- Sandoval, H. (2004). Mejor salud para los chilenos: Fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuadernos Médicos Sociales*, 43(1), 5-20.
- Schimank, U. (1985). Der mangelnde akteurbezug systemtheoretischer erklärungen gesellschaftlicher differenzierung - Ein diskussionsvorschlag. *Zeitschrift für Soziologie*, 14(6), 421-434.
- Schimank, U. (2013). La sociedad moderna: una sociedad capitalista funcionalmente diferenciada. *Revista MAD*(28), 1-22.
- Seguí, M., Toledo, E., & Jimenez, J. (2013). Sistemas de salud. Modelos. En M. Martínez, *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. Un manual para ciencias de la salud* (págs. 419-424). Barcelona: Elsevier.
- Serrano, V., Larrea, L., Rodríguez, R., Spencer, G., Málaga, G., Hargraves, I., & Montori, V. (2017). Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para Latinoamérica. *Revista Médica de Chile*, 145, 641-649.
- Simmel, G. (2013). *Filosofía del dinero*. Madrid: Capitan Swing.
- Solares, B. (1996). La teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas: Tres complejos temáticos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 41(163), 9-33.
- Spinaci, S., Crowell, V., Currat, L., Shetty, P., & Kehler, J. (2006). *Decisiones difíciles: Invertir en salud para el desarrollo. Las experiencias de algunos países en el seguimiento de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Stein, E., & Tommasi, M. (2006). La política de las políticas públicas. *Política y Gobierno*, XIII(2), 393-416.
- Stichweh, R. (2012). El concepto de sociedad mundial. En H. Cadenas, A. Mascareño, & A. Urquiza (Edits.), *Niklas Luhmann y el legado universalista de su teoría* (págs. 23-48). Santiago de Chile: RIL Editores.
- Stuart, K. (1995). *At home in the universe: The search for the laws of self-organization and complexity*. Nueva York: Oxford University Press.

- Tamayo, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En R. Bañón, & r. Carrillo, *La nueva administración pública* (págs. 281-312). Madrid: Alianza Editorial.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2008). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.
- Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990: Reformas de primera generación*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Tetelboin, C. (2015). Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. En A. C. Laurell, & C. Tetelboin (Edits.), *Por el derecho universal a la salud. Una agenda latinoamericana de análisis y lucha* (págs. 75-98). Buenos Aires: CLACSO.
- Thumala, D. (2011). *Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Titelman, D. (2000). *Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes*. Santiago de Chile: Serie Financiamiento del Desarrollo, Documento N°104, CEPAL.
- Torres Nafarrete, J. (2006). La sociología de Luhmann como "sociología primera". *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 1(1), 1-5.
- Torres Nafarrete, J. (2009). *Niklas Luhmann: La política como sistema*. Jalisco: Universidad Iberoamericana.
- Turnock, B. (2016). *Public health. What it is a how it works*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Valdivieso, V., & Montero, J. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista Médica de Chile*, 1040-1046.
- Valles, J. (2007). *Ciencia política: Una introducción*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Velasco, C. (2014). *Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos.
- Vogd, W. (2005). Medizinsystem und gesundheitswissenschaften - Rekonstruktion einer schwierigen beziehung. *Soziale System*, 11(2), 236-270.
- Von Bertalanffy, L. (1992). *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza.

Weber, M. (1974). *El político y el científico*. Madrid: Alianza Editorial.

Weber, M. (2002). *Economía y sociedad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Zapata, H. (2001). Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, X(1), 189-197.

Anexos

1.- MATRIZ DE ANÁLISIS

Meta Categorías	Categorías	Sub Categoría	Códigos
Expectativas sobre el sistema de salud	Expectativas en el tiempo	Concepción Médica	Medicina Natural Atención en el hogar Salud Social
		Evolución del Sistema	Conservación Mejoras Precariedad Involución Hitos
	Expectativas del sistema sanitario	Expectativas organización	Administración Logística Deudas Interconsultas
		Expectativas recursos humanos	Falta de especialistas Geriatras Mala calidad Empatía
		Expectativas equipamiento técnico e infraestructura	Segregación Carencia Precariedad Nuevos hospitales
		Expectativas información	Educación Nuevos medios Información
	Expectativas de los subsistemas de salud	Expectativas sobre el subsistema de atención	Recursos Atención Tiempos de espera
		Expectativas sobre el subsistema de cotización	ISAPRE FONASA AFSA
	Expectativas proyectadas	Posibilidad de cambio	Resignación Esperanza Voluntad gubernamental Recursos Compromiso social Evolución
		Negación	No hay interés político Desilusión Segregación Discriminación Involución

Meta Categorías	Categorías	Sub Categorías	Códigos
Calidad de Persona en salud	Pacientes		Activo Pasividad Objeto Paciente/médico Enfermo Enfermedad Carencia Informado
	Usuarios		Utilitarismo Elección Decisión Usar
	Clientes		Negocio Dinero Intercambio Consumo Exigir Demandar Capacidad de pago Deudores

Meta Categorías	Categorías	Sub Categorías	Códigos
Sistema político y su relación con la salud chilena	Acción Estatal	Rol del Estado	Integración Subsidiario Solidario Benefactor
		Deber ser del Estado	Garantista Aval Universalidad
		Estado vs Gobierno	Políticas gubernamentales Políticas estatales Intereses Partidos políticos Conflicto
		Iniciativas estatales implementadas	Inclusión social Mesas de trabajo Recursos Información Fiscalización
		Iniciativas estatales por implementar	Recursos Educación Inclusión social Nacionalización Atención pública Aunar criterios Administración Centralización
	Políticas públicas	Aspectos cognitivos	Desconocimiento GES Beneficios Seguro social Ley de urgencia
		Aspectos afectivos	Ayuda Descontento Malestar Felicidad Alegría Satisfacción
		Aspectos conductuales	Atención Motivación Recomendación Utilización

Meta Categorías	Categorías	Sub Categorías	Códigos
Inclusión Social del Adulto Mayor	Inclusión Autorreferida	Vejez	Enfermedad Deterioro Físico Limitación Etapa Naturalidad Inevitable Reflexividad Ocio Pasividad Inactividad Autolimitación
		Adulto Mayor	Abandono Soledad Menos acceso Denigración Indefensos Discriminación Cariño Respeto Integración Inclusión
	Inclusión Secundaria	Sistema Familiar	Reunión Nostalgia Recuerdos Preocupación Cuidado Atención Carga Obstáculo Molestia Respaldo Solidaridad
	Inclusión Primaria	Sistema Laboral	Bienestar Adquisición Necesidad Esfuerzo Actividad Movimiento Rol social Trascendencia Aporte Jubilación
		Sistema Económico	Plata Valor Pago Elección Deuda Gratuidad Pensiones

2.- PAUTA DE ENTREVISTA

1.- Identificación		Nombre
		Edad
		Sexo
		Estado Civil
		Comuna
		Nivel Educativo
		Ocupación
		Estatus Socioeconómico
		Afiliación de Salud
		Seguro Médico
		Beneficiario GES
2.- Vivir la vejez en Chile	2.1.- Determinantes sociales de la vejez	Para usted ¿Qué significa la vejez?
		¿Cuál es la situación del adulto mayor en Chile?
		¿Cuáles son los elementos sociales que condicionan la vejez en Chile? Describir los factores
		¿Cómo es la relación con el resto de la sociedad?
	2.2.- El adulto mayor en el sistema de salud chileno	¿Cómo definiría la salud en Chile?
		¿Con qué frecuencia asiste usted a los centros de salud más cercanos?
		¿Cómo cree que ve el sistema de salud chileno al adulto mayor?
		¿Cómo es la relación del adulto mayor en el sistema de salud chileno?

2.- Vivir la vejez en Chile	2.3.- Subsistemas de participación del adulto mayor	¿Qué significa la familia para usted? (familia)
		¿Cómo es su relación con sus familiares? (familia)
		¿Cuál es papel que desempeña la familia en su vida cotidiana? (familia)
		¿Realiza algún tipo de trabajo? ¿Cómo describiría el tipo de trabajo realizado? (Trabajo)
		En perspectiva ¿Qué significó el trabajo para usted? (Trabajo)
		¿Cuál es su opinión respecto al trabajo en la tercera edad? (Trabajo)
		¿Participa de algún grupo social en su comunidad? ¿Qué tipo de grupo? (Grupos sociales)
		¿Qué tipo de participación tiene en aquel grupo? (Grupos sociales)
3.- El adulto mayor en el sistema de salud chileno	3.1.- Reconstrucción de los cambios del sistema de salud chileno	¿Observa cambios en el sistema de salud chileno, desde la primera vez que acudió a un centro de salud?
		¿Cuáles son los cambios que usted observa del sistema de salud chileno en los últimos 60 años?
	3.2.- Valoración del sistema de salud chileno	¿Qué sensaciones (impresión) le provoca asistir a un centro de salud?

3.- El adulto mayor en el sistema de salud chileno	3.2.- Valoración del sistema de salud chileno	¿Cuáles son las expectativas al asistir a un centro de salud?
		¿Cuáles son las falencias del sistema de salud chileno?
		¿Cuáles son las virtudes del sistema de salud chileno?
		¿Cuáles son los principales aspectos que debe tener un sistema de salud?
	3.3.- Comparación de los subsistemas de salud chileno	¿Cómo describiría la situación del sistema de salud público en Chile?
		¿Cómo describiría la situación del sistema de salud privado en Chile?
		¿Cuál es su opinión sobre FONASA/ISAPRES/AFSA en Chile?
		¿Cuáles son las características del sistema de salud afiliado?
	Al comparar con otros sistemas de salud ¿Cuáles son las diferencias y similitudes?	
4.- Las nuevas políticas en salud	4.1.- Conocimiento sobre las políticas en salud	¿Qué es lo que conoce sobre las políticas o programas vigentes de salud en Chile?
		¿A través de qué medios se informa sobre esta temática?
		¿Cuál es su opinión sobre las políticas en salud chilena?
	4.2.- Caracterizar el Plan de Garantías Explícitas	¿Conoce el Plan AUGE o GES?
		¿Cómo describiría el plan de garantías explícitas?

4.- Las nuevas políticas en salud	4.2.- Caracterizar el Plan de Garantías Explícitas	¿Tiene alguna experiencia directa o indirecta con el plan de garantías explícitas? Describir
	4.2.- Proyecciones de las políticas sociales en salud	¿Cómo sería el sistema de salud perfecto aplicado en Chile?
		¿Cómo será el sistema de salud chileno en 10 años más?
		¿Qué tipo de programas aplicaría enfocado en la salud del adulto mayor?

3.- CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE TESIS

“La situación del adulto mayor en el sistema de salud chileno. Problemas relativos a la relación individuo/sociedad en la teoría de sistemas autorreferenciales.”

1.- Información sobre la investigación de tesis.

Usted ha sido invitado/a a participar de una investigación que busca describir los discursos del adulto mayor sobre el sistema de salud chileno, a partir de la reforma GES.

La información que usted proporcione en la entrevista en profundidad quedará registrada en una grabación de audio y será sometida a análisis, en total confidencialidad. No será conocida por nadie fuera del investigador responsable y su profesor guía. La entrevista en profundidad consiste en una narración conversacional flexible que se produce entre un investigador y un sujeto de análisis, donde se establecen algunas directrices iniciales para dialogar en torno a un tema.

La información producida en esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Una vez firmado el consentimiento de participación, a cada persona se le asignará un seudónimo. Solo si el propio entrevistado/a lo solicita, se mantendrá los datos sin modificar. Al analizar la información se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente el anonimato de los/as entrevistados/as.

Le estoy invitando a participar de esta investigación de forma voluntaria, teniendo derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma. Lo único que le puedo ofrecer es conocer los avances y resultados de la misma y una copia del documento final. También si usted lo desea y solicita podrá contar con una copia de la entrevista escrita o en audio. Usted no tiene que aceptar participar de esta investigación y tiene pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja, y a ponerse en contacto con el investigador tesista de la Escuela de Sociología de la Universidad de Valparaíso, en caso de que lo considere necesario.

Este documento es una garantía de que Usted no corre ningún riesgo, y que su participación en esta investigación no le significará ningún gasto de dinero, pues los costos de movilización y traslado serán cubiertos por el estudio. Por lo tanto, no se anticipan riesgos ni beneficios directamente relacionados con esta investigación.

Muchas gracias por su aporte.

Contacto: Investigador Tesista

Nombre: Rodrigo Daniel Ortega Cano

Institución: Universidad de Valparaíso

Dirección: Concepción #454, Ampliación Villa Dulce, Miraflores

Teléfono: +56 9 8883 3943

Correo Electrónico: rortegacano@gmail.com

2.- Documento del Consentimiento

Participante:

Declaro haber leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación: “Problemas relativos a la relación individuo y sociedad en la teoría de sistemas sociales autorreferenciales. Los discursos del adulto mayor sobre el sistema de salud chileno y la reforma AUGE.” y que consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en una entrevista. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ellos me afecten de ninguna forma.

Nombre del participante:

Firma:

Ciudad y Fecha:

Persona que coordina la aprobación del consentimiento informado:

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de la investigación de tesis a la persona participante, y que ha dado su consentimiento libremente. Le he proporcionado una copia de este documento completo de Consentimiento Informado.

Nombre Coordinador:

Firma:

Ciudad y Fecha: