

ACCESIBILIDAD URBANA A LA ATENCION MEDICA PRIMARIA: Estudio comparativo de Canadá, EE.UU. y Chile*

**Urban accessibility to primary medical care:
Comparative study on Canada, U.S.A. and Chile**

JOSEPH L. SCARPACI

Departamento de Geografía Universidad de Florida Gainesville, Florida, E.U.A.

ABSTRACT

The question of accessibility to primary medical care is examined for three medical systems; the large private market in the United States and the predominantly state-financed systems in Canada and Chile. Major health policies in these countries are reviewed and the spatial patterns of primary care physicians and centers are described. Comparative findings reveal that private physicians' preference for locating in pleasant residential settings in both Canada and Santiago, Chile is an indication that the more state-financed medical systems tend to be weaker agents of dispersion than the free-market structure of the U.S. Unlike Canada and Chile, the locational attributes of primary care practitioners in the U.S. are their proximity to suburban retail districts and major thoroughfares of automobile travel.

INTRODUCCION

1. PROBLEMA, OBJETIVOS Y PUNTO DE VISTA

El propósito de esta investigación es analizar el patrón espacial de la atención primaria en salud otorgada por los sectores público y privado en Santiago de Chile, y compararlo con las experiencias canadiense y estadounidense. Para efectos de este trabajo, la atención primaria se define como la prestación diagnóstica-terapéutica administrada por enfermeras o médicos que tiende a ser curativa.

Como es de suponer, los cambios estructurales experimentados por Chile en los últimos años han permitido que las fuerzas del mercado médico desempeñen un papel más activo en la atención ambulatoria en Santiago. Así, el estudio de la localización de los médicos del sector privado podría contribuir tanto a la comprensión de la forma física de la ciudad como de las fuerzas libremercadistas que operan. La libertad de los médicos para escoger sus localizaciones sugiere un proceso lógico orientado por la demanda de sus pacientes y por las necesidades de sus funciones profesionales. Los casos de Canadá y Estados Unidos constituyen una referencia que permite mantener vivo el debate sobre la validez de establecer comparaciones entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. En este sentido, una de las conclusiones de este trabajo es que el patrón de localización de los médicos particulares se debe tanto a las característi-

*Trabajo realizado mediante una beca Fulbright 1983-84. Las opiniones contenidas en el trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

cas de la política chilena de salud como a las fuerzas económicas las mismas que han dirigido dicha actividad en América del Norte.

En primer lugar, a título de antecedentes que permitan incorporar este trabajo en la creciente literatura sobre el tema, se presenta un esquema de la evolución de los estudios urbanos en América Latina. El cuerpo principal de este artículo se inicia con una breve visión de la distribución de la atención primaria en Canadá y Estados Unidos: se describe el patrón espacial de médicos en Canadá y de hospitales públicos y centros médicos para la atención primaria en EE.UU.; a la vez que se identifican las políticas jurídicas y las fuerzas del mercado que influyen en las distribuciones espaciales observadas en ambos países. La segunda parte del trabajo dice relación con las principales reestructuraciones y modernizaciones que han sido introducidas en la política de salud en Chile, para luego continuar con la descripción de la distribución de los centros de atención primaria en el Gran Santiago. Además, se presentan los resultados de una encuesta realizada por el autor en un consultorio periférico de Santiago con objeto de inferir algunos caracteres de la gran red de atención primaria del sector público, que beneficia a la gran mayoría de los santiaguinos.

Este trabajo se ha realizado bajo la premisa fundamental de que la política de salud de un país constituye un subsistema de la política económica nacional y de que el plano geográfico nos permite observar los procesos en acción. Nuestra perspectiva para enfrentar el problema de la salud se aclara si diferenciamos los dos temas principales de la geografía médica. La "epidemiología geográfica", la "patología geográfica" y la "ecología de las enfermedades", caracterizan los estudios vinculados con la epidemiología tradicional realizados desde la época de Hipócrates y continuados en los siglos XVIII y XIX (MAYER, 1982; BARRET, 1980). Este punto de vista ha sido muy bien representado por los clásicos trabajos de MAY (1950, 1958) y recientemente por MEADE (1980), HAGGETT (1976), SCHIEL & WEPFER (1976) y HUNTER (1974). Por otra parte, existe una geografía médica que se preocupa de las perspectivas espaciales en la planificación y operación de los servicios de salud, del comportamiento del usuario (help-seeking behavior), y del estudio de los *sistemas de salud* (DEVER, 1981; PYLE, 1971; SHANNON & DEVER, 1974). Nuestro trabajo se inscribe en esta última temática.

2. ANTECEDENTES: EVOLUCION DE LOS ESTUDIOS URBANOS EN AMERICA LATINA

En los últimos veinte años es posible apreciar un claro cambio de enfoque en los estudios urbanos en América Latina. El enfoque "desarrollista", con su preocupación por la ciudad como centro potencial del desarrollo económico o el paradigma de los polos de crecimiento, fue la característica de los años sesenta (FRIEDMANN, 1973; TAAFE, MORRILL & GOULD, 1963). El rechazo hacia el análisis de las ciudades tercermundistas bajo el marco conceptual de modelos rígidos y mecanicistas generó un cuerpo de estudios que intentaron describir los cambios internos de las grandes áreas metropolitanas de Latinoamérica, en búsqueda de una mejor comprensión de los procesos intrametropolitanos (PORTES & CANAK, 1981).

Los trabajos de QUIJANO (1967), HARDOY (1969), VEKEMANS y otros (1970), Mc GEE (1971), HARVEY (1973), Collier (1976), Perlman (1976), Portes & Walton (1976), Lomnitz (1977), Walton (1977), ROBERTS (1978), y BROMLEY & GERRY (1979), representaron un nuevo enfoque que pretendió identificar los procesos de urbanización del Tercer Mundo y descartó la idea de que el crecimiento urbano (concepto diferente a urbanización y desarrollo urbano) fuera tan ecléctico como muchos creían. En estos trabajos se establecía que en las ciudades de los países en vías de desarrollo existía un proceso de adaptación que no cabía en ninguno de los rígidos modelos mecanicísticos y que, por sobre todo, se trataba de procesos lógicos, razonables y aptos para el ambiente de estas ciudades. En parte, el hecho urbano del Tercer Mundo se explicó por medio de un buen entendimiento de las fuerzas del capitalismo. En breve, estos estudios de los años setenta se caracterizan no por ofrecer soluciones a los problemas del desarrollo, sino por reconocer tanto los aspectos urbanos indígenas como aquellos que eran parte del desarrollo del Primer Mundo.

Los geógrafos también han realizado contribuciones al intentar comprender hasta qué punto la expansión urbana latinoamericana comparte algunos de los rasgos de la urbanización de los países desarrollados y hasta qué punto estos procesos guardan similitud entre las ciudades de América Latina. El modelo morfológico de GRIFFIN y FORD (1980) constituye un claro aporte en este sentido. Considerando que dada la crónica dificultad para extender ampliamente los servicios, la suburbanización latinoamericana se realiza en áreas limitadas, conectadas con los sectores bien servidos (CBD); y observando que la característica zona industrial que se concentra cerca del CBD latinoamericano aprovecha la mano de obra de este sector; ambos autores han propuesto un

modelo que incluye una columna vertebral de locomoción colectiva como elemento esencial de la estructura urbana latinoamericana. ELBOW (1983) aplicó este modelo a las ciudades secundarias de Guatemala y concluyó que era muy adecuado.

El rápido crecimiento que ha experimentado la ciudad latinoamericana a partir de los años cincuenta ha recibido especial atención. Ello ha significado intentos por: 1) comprender las motivaciones de la migración campo-ciudad y las etapas que sigue esta corriente migratoria (TURNER, 1968; MANGIN 1967); y 2) establecer los cambios en la estructura social urbana provocados por tal crecimiento demográfico, a la vez que la política legislativa pertinente (BÄHR & MERTINS, 1982; LÓPEZ, 1981; TRIVELLI, 1981; BÄHR & RIESCO, 1981; BÄHR, 1978). Nos parece que una lógica continuación de esta serie de estudios es reflexionar sobre la relación que estos dos antecedentes tienen respecto a la red de servicios básicos. En tal sentido se orienta este trabajo.

I. LA ATENCION MEDICA PRIMARIA EN AMERICA DEL NORTE

1.1. LAS EVIDENCIAS CANADIENSES

1.1.1. Las políticas de salud en Canadá

Tanto en Canadá como en Estados Unidos, los procesos para facilitar la accesibilidad geográfica y económica a la atención médica primaria se basan en las políticas de salud. En ambos países la ideología dominante sostiene que la práctica de la medicina debe ser netamente privada o con muy poca intervención gubernamental. Apoyando esta filosofía, los grupos médicos han desarrollado una serie de organismos profesionales que operan a nivel local, regional y nacional que pretenden controlar el ambiente jurídico que afecta el sistema médico. Este control se manifiesta en una amplia gama de situaciones que va desde los estándares que se exigen en las Escuelas de Medicina y las licenciaturas de paramédicos hasta los procesos de "lobbying" (influencia ejercida por grupos del sector privado para lograr la elección de representantes) que son muy poderosos e igualmente conocidos en otros países.

El sistema médico canadiense constituye un caso de transición (ROEMER, 1977) entre el sistema de bienestar social (welfare), donde el Estado sólo interviene para asegurar la completa cobertura de la población indigente; y el sistema socialista, donde la medicina privada casi no existe.

Canadá experimentó un cambio fundamental en los años cincuenta; cuando el sistema médico pasó, en gran medida, a manos del Estado. El sistema de financiamiento consistía, en ese momento, en que los gobiernos provinciales pagaban el 50% del costo de la atención médica y el saldo era cancelado por el gobierno nacional. Los propósitos del sistema instaurado fueron frenar el incremento de los costos médicos y, al mismo tiempo, dirigir la atención hacia donde era más necesario: hacia los grupos sociales de menores recursos. Actualmente el sistema de financiamiento canadiense ha cambiado: el total de los fondos de atención se reparten provincialmente en forma descentralizada ("block-grants") y cada provincia maneja su propio programa de salud. A título de ejemplo, en Ontario el gobierno provincial paga el 90% de los costos de atención médica, mientras el usuario sólo cancela el 10% (ROSENBERG, 1983).

1.1.2. El patrón urbano-espacial de los médicos en Canadá

Con la instauración de las nuevas políticas de salud, el Estado canadiense ha removido, en gran medida, las barreras económicas que supone la atención médica. Por tanto, es lógico suponer que el patrón espacial de los médicos canadienses es, en cierta medida, diferente al de otras actividades económicas sujetas a las fuerzas de oferta y demanda. Con la intervención estatal en el financiamiento de la atención médica prácticamente se ha eliminado el afán lucrativo y, por ende, es probable que los médicos no requieran ubicarse siguiendo los patrones de otros profesionales que trabajan en mercados más libres y competitivos. Vale decir, en la elección de los usuarios han pasado a pesar con mayor fuerza criterios no monetarios: el trato del médico, la localización geográfica y la accesibilidad a las consultas.

La mayoría de los estudios sobre la distribución de médicos en Canadá han sido realizados a nivel regional (THRALL y TSITANDIDIS, 1983; ROOS et al., 1976; SPAULDING, 1972). El otro enfoque que domina en la literatura es el estudio de las relaciones entre origen de los pacientes, distancia y costo de los viajes, y distribución de médicos y hospitales (JOSEPH & BANTOCK, 1982; JOSEPH, 1981).

En un trabajo pionero sobre la distribución de los médicos en Canadá, BOTTOMLEY (1971) solicitó a 20 médicos generales y 20 médicos especialistas que hicieran un ranking de siete

critérios que podrían influir en el hipotético grado de atracción de sus consultas. Los médicos generales, que dependen muy poco de la alta tecnología hospitalaria, señalaron que "el estar más cerca de los medios de transporte público" constituirá el criterio más importante. Al mismo tiempo, expresaron que "el estar a cinco minutos del hospital" era el menos importante de los siete criterios. Las respuestas de los médicos especialistas invirtieron el ranking ofrecido por los médicos generales: la proximidad a los núcleos de transporte público constituirá un factor de importancia menor; en cambio, la proximidad al hospital era el factor más relevante. Esta investigación sobre el comportamiento médico utiliza la metodología adecuada para el caso canadiense, puesto que el costo de atención "per se" no presenta grandes fluctuaciones debido al alto rol subsidiario que ejerce el Estado. Se toma en consideración que los médicos son profesionales cuyo ejercicio tiene en este caso, la especial condición de no preocuparse por la diferencia entre el costo y la calidad de la atención médica.

Otros estudios, sin utilizar el enfoque conductual y siguiendo criterios comunes sobre la mera distribución geográfica, han llegado a conclusiones similares. SPOEREL (1974) determinó que los especialistas de Ontario se localizaban principalmente en el centro urbano, entre dos hospitales; de forma que los médicos tenían igual acceso y derechos en los hospitales donde practicaban. En cambio, los médicos generales de Ontario se distribuían en un patrón de mayor dispersión, sobre el resto del área metropolitana.

ROSENBERG (1979) observó que los médicos de Toronto se agrupaban en los barrios más ricos, caracterizados por la baja densidad residencial, avenidas anchas y poco congestionadas; y con bajos niveles de criminalidad. En general, también en Toronto los médicos se localizaban alrededor de los hospitales. Entre 1951 y 1971, los médicos de Toronto siguieron en su localización el mismo patrón de la suburbanización de los habitantes. En todo caso, el hecho de que subsistiera algún grado de concentración de los médicos sugeriría que los mecanismos del mercado libre no operaban como agentes de la dispersión geográfica. Utilizando el método del "vecino más cercano", Rosenberg concluyó que entre 1951 y 1971 el número de localizaciones había disminuido al tiempo que el número de médicos había aumentado. Ello significa que, en las condiciones actuales los médicos de Toronto prefieren cada vez más atender sus consultas en centros médicos en vez de hacerlo en forma individual.

1.2. LAS EVIDENCIAS ESTADOUNIDENSES

1.2.1. Las políticas de salud en Estados Unidos

Los médicos estadounidenses se autocalifican como profesionales y empresarios que trabajan en un mercado libre y competitivo. Sin embargo, esta presunción económica no se manifiesta en un patrón espacial diferente. Así, si el precio y el "output" de los servicios médicos se colocaran en la intersección de las curvas de oferta y demanda, el precio de la atención médica debiera equilibrar los costos marginales. Esta premisa es la base de la teoría de la localización y, en consecuencia, las áreas de mercado médico debieran conformar un patrón hexagonal. Aun cuando las presunciones del caso hipotético se relajaran, la geometría del patrón hexagonal debiera ser reconocible. Sin embargo, la realidad de la vida urbana americana y el comportamiento de los médicos están lejos de este ideal geométrico.

Los médicos operan como un oligopolio en el sistema americano: a) Utilizan su asociación profesional (American Medical Society) para influir en el sistema jurídico; b) Controlan los ingresos a las escuelas de medicina, y c) Determinan los criterios que rigen las licenciaturas de sus colegas y del personal auxiliar. La competencia pura prácticamente no existe en el mercado médico, puesto que los aranceles son fijados por los topes impuestos en algunos casos por el gobierno federal por las compañías de seguros de salud. Sin embargo, y a pesar de que más del 40% del gasto médico en los Estados Unidos es pagado con fondos federales (GIBSON, 1980), el sistema norteamericano es considerado "mixto" o más bien "privado", según la clasificación de ROEMER (1977). De hecho, es el mercado médico privado más grande del mundo.

La intervención estatal, en relación con la distribución de los recursos de salud, aumentó notablemente después de la Segunda Guerra Mundial. Fueron dictadas una serie de leyes, tales como el Acta Hill-Burton (1945) y el Acta de Medicaid y Medicare (1965), que pretendían aumentar la cobertura hospitalaria en las zonas rurales e incrementar la atención de las personas de escasos recursos y los ancianos. El interés estatal en el financiamiento de la atención médica hizo que se dispusiera de grandes fondos para investigar el impacto de los programas federales en la accesibilidad económica y geográfica de la atención médica. Así surgió el conocido Chicago Regional Health Study, una investigación multidisciplinaria auspiciada por el Consejo de Planifi-

ción Hospitalaria de Chicago, el Departamento de Salud Pública del Estado de Illinois, la Universidad de Chicago y los Institutos Nacionales de Salud (PYLE, 1971). Este programa se desarrolló durante la presidencia de Lyndon B. Johnson, en el marco de su programa de bienestar social "la Guerra contra la Pobreza".

1.2.2. El patrón urbano-espacial de los médicos en EE.UU.

El Chicago Regional Health Study analizó los aspectos psicológicos, económicos, epidemiológicos y geográficos de la atención ambulatoria y hospitalaria de dicha ciudad, llegando a conclusiones, quizás demasiado simples, tales como detectar que había muy pocos médicos en los barrios de escasos recursos, especialmente en los barrios afroamericanos (EARICKSON, 1970; MORRILL et al., 1970). Otros estudios llegaron a la conclusión de que los centros urbanos estaban perdiendo sus médicos; los que abandonaban el CBD (Central Business District) para localizarse en los suburbios de altos ingresos. Uno de los efectos de la huida de los médicos a los suburbios y de la escasez de centros de atención ambulatoria en las ciudades norteamericanas durante los años 50 fue la utilización de las salas de emergencia de los hospitales públicos por los indigentes urbanos. La atención en muchas ciudades era y sigue siendo deficiente, y las salas de emergencia se han convertido más bien en centros de atención primaria, en vez de cumplir su rol de centros de urgencia. Como se recordará, el propósito del Programa Medicaid era precisamente remediar la escasez de médicos en las grandes regiones metropolitanas (inner cities) (CUGLIANI, 1978); pero, este decreto no alteró el patrón geográfico de los médicos estadounidenses. Los médicos no se apresuraron en establecer sus consultas en las áreas deficitarias, sino que la atención prestada en las salas de emergencia y en las grandes policlínicas de los hospitales públicos constituyó "los médicos familiares" de los indigentes urbanos.

Según ROSENBERG (1983), existen dos clases de argumentos para explicar la mala distribución de los médicos en las ciudades norteamericanas. Por una parte, encontramos los trabajos de LUBEN et al. (1966) y de SCHNEIDER (1967) cuyos enfoques se relacionan con el paradigma de fricción de la distancia. Estos investigadores sostienen que los médicos especialistas se localizan minimizando la distancia entre la consulta y el hospital (LUBEN et al., 1966), mientras que los médicos generales tratan de minimizar la distancia entre la consulta y el domicilio de los usuarios (SCHNEIDER, 1967). En contraposición a este modelo funcional, DE VISE (1971, 1973) propone una explicación ideológica. Este autor considera que debido a su predominante ideología conservadora son muy pocos los médicos que prefieren ubicarse en los sectores urbanos constituidos por población de escasos recursos, grupos minoritarios o gente de edad avanzada. De hecho, es evidente que los médicos norteamericanos, provenientes del estrato medio-alto, han resistido los intentos gubernamentales por alterar sus actividades gremiales (DERBYSHIRE, 1969; RAYACK, 1964).

Algunos estudios, posteriores al Chicago Regional Health Program, han confirmado o extendido las conclusiones de las primeras investigaciones. SHANNON y DEVER (1974) sostienen que los médicos son atraídos por las áreas de altos ingresos que experimentan un alto crecimiento demográfico. No obstante, los mismos autores señalan que la proximidad a los centros de investigación, los que generalmente sostienen grandes hospitales docentes, es otro factor significativo en la distribución espacial de los médicos. DEWEY (1973) ha sido uno de los primeros investigadores en constatar que los médicos se establecen en la misma forma que cualquier otra actividad de comerciantes minoristas. Observó que muchos médicos han escogido centros comerciales de tamaño medio para localizar sus consultas privadas; de manera tal que el consumidor pueda tener la misma accesibilidad a la atención primaria que a cualquier otro bien o servicio. En el mismo análisis, Dewey confirmó el patrón observado por MORRILL et al. (1970), en el que los médicos abandonan los barrios del centro, sujetos a un proceso de cambio étnico y cultural, y se dirigen a los barrios residenciales de altos ingresos. En forma similar a Dewey, ROSENTHAL (1978) realizó un trabajo sobre la localización de los médicos en dos condados del sur de Florida. Rosenthal constató que, no cabe duda, que en el periodo 1950-1970 los médicos se ubicaron fuera de los centros urbanos, trasladándose a las áreas periféricas... y constató, adicionalmente, que este movimiento había seguido los cambios generales de densidad poblacional ocasionados por las corrientes migratorias. Rosenthal extendió sus conclusiones hasta establecer que los médicos no se ubican solamente donde existen aumentos de densidad de población, sino también donde se concentran los altos ingresos familiares.

En vista de la escasez de médicos en las grandes áreas metropolitanas de Estados Unidos donde viven fuertes concentraciones de afroamericanos, SHANNON et al. (1978) decidieron estudiar una ciudad grande con alta concentración de afroamericanos, con el objetivo de analizar si la teoría de DE VISE (1971, 1973) afectaba el patrón espacial de los médicos, en la condición de que la

gente de color no constituía un grupo minoritario sino que predominante. En Washington D.C., la ciudad escogida para este estudio, Shannon et al. determinaron que los negros de bajos ingresos acudían mayoritariamente a los grandes hospitales para su atención primaria. En cambio, los negros de nivel económico medio requerían la atención primaria de médicos particulares; aunque una cuarta parte del muestreo demostró que la atención de emergencia la requerían en hospitales. Más exactamente, un 24% de los afroamericanos de renta media y un 36% de los de renta baja requerían la atención primaria en hospitales. Sobre esta base, Shannon et al. concluyeron que posiblemente operaba un factor de actitud común de los negros frente a los médicos, independiente de su condición de ingreso. Vale decir que, aunque la clase media disponía de recursos para obtener una atención de mayor calidad y rapidez, prefería los hospitales. Es de interés señalar que desde el punto de vista de la oferta, el 25% de los médicos generales del sector privado en Washington D.C. se localizaban a una milla de distancia de tres hospitales, patrón poco común en el contexto norteamericano.

En resumen, a la luz de los estudios expuestos, el patrón espacial de los médicos norteamericanos se caracteriza por cuatro marcadas tendencias: 1) Los médicos han abandonado paulatinamente los centros urbanos; 2) Han ubicado progresivamente sus consultas privadas en los barrios residenciales de altos ingresos; 3) Al enfrentar la decisión de localizar sus consultas, prefieren los sectores cercanos a los centros médicos de docencia; y 4) Las consultas del sector privado en los barrios residenciales estadounidenses se localizan de preferencia en los centros de compra, centros dotados de una buena accesibilidad automovilística.

2. ACCESIBILIDAD A LA ATENCION MEDICA PRIMARIA EN SANTIAGO DE CHILE

2.1. LAS POLITICAS DE SALUD EN CHILE

Muy pocos son los países en que el Estado asume una participación más activa en el financiamiento y provisión de la atención médica de sus ciudadanos que en el caso de Chile. El rol del Estado chileno en la atención médica se ubica entre el prototipo "privado" de los Estados Unidos y el "socializado" de Canadá; aunque, en verdad, se aproxima más a este último.

El análisis histórico demuestra una antigua preocupación estatal por los problemas de salud. Tempranamente se establecieron programas estatales de atención médica para trabajadores (1918) y párvulos (1925) (MEDINA, 1979; GOIC, 1979; JIMÉNEZ et al., 1977). A principios de este siglo, a la luz de la experiencia de Bismark en Alemania, se produjeron cambios esenciales en el pensamiento y políticas del Estado chileno respecto a la atención médica y la salubridad del pueblo: la antigua concepción de trabajo netamente filantrópica, privado y basado en la responsabilidad del individuo, cedió paso al rol subsidiario del Estado (SALINAS, 1983). Esta política progresista dio a luz en Chile a las conocidas leyes de Medicina Preventiva y del Seguro Obrero en 1938. En 1952, luego de casi dos décadas de debate parlamentario, se aprobó la formación del Servicio Nacional de Salud, dando mayor coordinación y cobertura a los servicios (ROMERO, 1977). En 1968 se implantó la Ley de Medicina Curativa, principalmente, a través de la creación del SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados). En 1979, estos servicios pasaron a realizarse a través de FONASA (Fondo Nacional de Salud). Aproximadamente un 80% de la población chilena recibió atención médica de algún servicio estatal a fines de la década pasada (MEDINA & KAEMPFER, 1979; MINISTERIO DE SALUD, 1983). El resto de la población se atendió a través de cajas de previsión o del sector privado. Sin duda alguna, muy pocos países del hemisferio occidental pueden exhibir una cobertura de atención médica tan amplia como la chilena.

Al analizar los cambios experimentados por el sector salud en Chile durante los últimos años, se observan dos rasgos esenciales en la trayectoria del sistema. En primer lugar, da la impresión de que el Estado ha intentado mantener constante el número de personal y algunos programas básicos como los de atención materno-infantil, mientras la población aumenta. Esta afirmación se basa en el hecho de que el personal auxiliar del Servicio Nacional de Salud (hoy día Sistema del Servicio Nacional de Salud) ha aumentado, al tiempo que el número de médicos ha disminuido. Históricamente, por lo menos el 80% de las promociones de las Escuelas de Medicina eran contratadas por los servicios estatales; hoy día, las contrataciones se han reducido al 71% en 1977 y al 24% en 1982 (COLEGIO MÉDICO DE CHILE, 1983). Podemos concluir, en consecuencia, que una gran cantidad de personal auxiliar desempeña actualmente trabajos que eran realizados por los médicos en el pasado.

Respecto a la mantención de algunos programas básicos basta mencionar que la entrega de suplementos alimenticios a niños e infantes ha aumentado. Este es uno de los argumentos

esgrimidos por el Gobierno para demostrar que el Estado ha continuado desempeñando su obligación fundamental en el sector salud. Se ha señalado que la reducción de la mortalidad infantil de 79,6‰ en 1970 a 23,6‰ en 1982 es el resultado de la eficiencia de la política de salud vigente. Sin embargo, existe una voluminosa literatura que demuestra con claridad que la reducción de la mortalidad infantil debe atribuirse a una amplia gama de factores, tanto de orden médico como económico, lo que hace difícil deducir una relación tan estrictamente causal (SOLÍS et al., 1982; DEVER, 1981; RACZYNSKI y OYARZO, 1982; TAUCHER, 1979; PUFFER y SERRANO, 1973).

La segunda característica de los cambios en la política de salud en Chile es, indudablemente, el aumento de la atención privada. Según las Cuentas Nacionales de Chile (Banco Central de Chile), el valor agregado del sector salud aportado por el sector privado aumentó de un 51% en 1974 a un 66% en 1980 (RACZYNSKI, 1982; LONG-VIVEROS, 1982). En términos estrictamente geográficos ha habido un marcado incremento de los centros médicos privados en las comunas santiaguinas de mayor renta: entre 1975 y 1982, el número de centros médicos que aparecían en la Guía Telefónica de Santiago aumentó en un 45% (JIMÉNEZ DE LA JARA, 1982). El aumento de los fondos para atención médica costeados por el paciente parece constituir un factor que se relaciona con el nuevo y amplio papel que desempeña el sector privado. Un análisis del INE (Instituto Nacional de Estadística) demostró que entre enero y septiembre de 1983 el costo de un bono FONASA experimentó un alza del 134%, la segunda más alta de los 347 productos que componen el Índice de Precios al Consumidor (EL MERCURIO, 9 de octubre de 1983). Desde 1981 a julio de 1983, las cotizaciones mensuales que pagan todos los trabajadores en Chile han aumentado en un 50%; aumento que se experimentó en momentos que las rentas reales habían disminuido (CORTÁZAR, 1983).

La creación de los Institutos de Salud Previsional (ISAPRES) es una de las expresiones resultantes del incremento de la privatización experimentada por la medicina chilena. Estas instituciones se dirigen a la captación de los estratos de rentas altas, con grupos familiares reducidos y que, en consecuencia, representan menores riesgos de enfermedad y, por lo tanto, costos menores (VIDA MÉDICA, 1981). La mayoría de las clínicas, oficinas administrativas y hospitales asociados se concentran en los "barrios altos" de la capital. Desde su formación en 1981, los 15 ISAPRES han reclutado 416.000 beneficiarios y en 1983 tenían 104.071 contratos vigentes (FONASA, 1982). En sus inicios se había estimado que antes de 1984 se alcanzaría un total de 300.000 contratos vigentes y un millón de beneficiarios. Se espera que, superada la actual crisis económica por la que pasa el país, los ISAPRES alcanzarán un mejor funcionamiento.

2.2. EL PATRON ESPACIAL DE LA ATENCION PUBLICA

2.2.1. El patrón urbano-espacial de los Consultorios Públicos del Gran Santiago

El sector público entrega atención primaria a aproximadamente el 70% de la población metropolitana. Los lugares de servicio están constituidos por 66 consultorios periféricos (MINISTERIO DE SALUD, 1984), los que comparados con la cifra de 3.080.000 (70% de los 4,4 millones de habitantes del Gran Santiago en 1983) nos dan una razón aritmética de 47.000 pacientes por consultorio. De hecho, algunos consultorios atienden a más de 100.000 habitantes (MONTEROS, 1984).

Según las expresiones del Secretario Regional Ministerial del Área Metropolitana, la toma de decisión para la localización de los consultorios periféricos se realiza a través de un proceso "no arbitrario" y "democrático". Específicamente, tres clases de demanda determinan la ubicación de nuevos consultorios: 1) demanda espontánea; 2) demanda pública, y 3) demanda por parte de los alcaldes. Estos requerimientos se canalizan a través de las Juntas de Vecinos y Consejos de la Comunidad. Lo dicho significa que no se utiliza ninguno de los métodos descritos en la literatura de la teoría de la localización para facilitar la toma de decisiones (MONTEROS, 1984).

La distribución de los consultorios periféricos operados por el sistema del Servicio Nacional de Salud (SNS) es bastante completa y cubre amplia y uniformemente casi todas las áreas de la metrópoli; salvo la comuna de Providencia que tiene una mínima cobertura de consultorios. En general, el patrón geográfico de los consultorios públicos presenta una mayor concentración en las comunas periféricas de menores ingresos (Fig. 1).

2.2.2. Percepción de los usuarios de la atención primaria en los Consultorios Públicos

Aun cuando la distribución descrita parece ideal, es de interés considerar otros factores que inciden en la accesibilidad geográfica a los consultorios públicos. Como se sabe, la cantidad de horas trabajadas por los médicos en estos centros es lo que determina, fundamentalmente, el

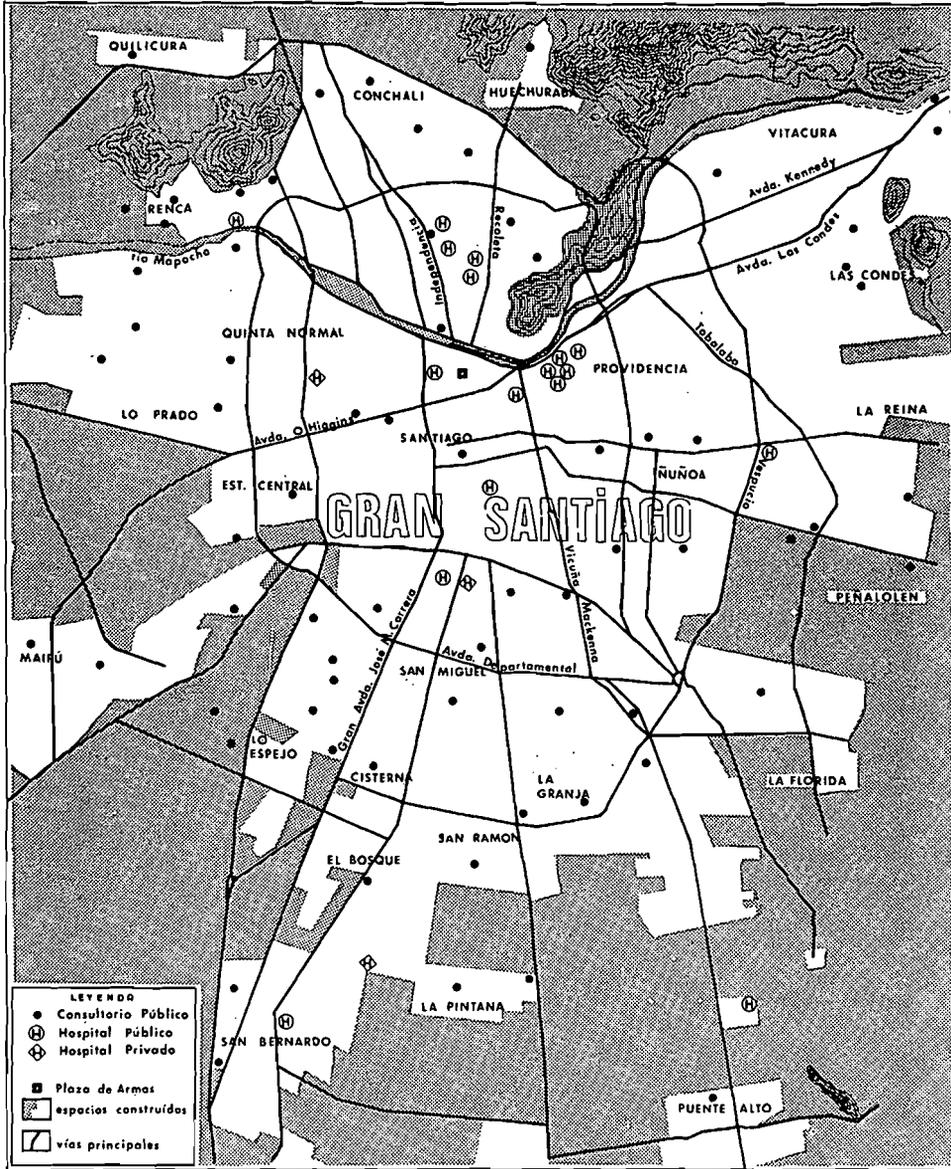


Fig. 1: Localización de consultorios periféricos y hospitales en el Gran Santiago (Sistema Servicio Nacional de Salud).

tiempo de espera de los pacientes. Sin entrar en mayores consideraciones sobre la distancia entre el domicilio de los usuarios, los consultorios y los médicos, el costo del viaje y el costo de espera, es evidente que la atención allí ofrecida es —por decir lo menos— menor que la ofrecida por el sector privado.

Con el fin de alcanzar una visión más exacta acerca de la percepción de los usuarios y la accesibilidad a la atención médica en los consultorios, se realizó una encuesta en un consultorio típico, destinada a captar el grado de accesibilidad y la calidad de la atención primaria desde la perspectiva de los pacientes. Para estos efectos se seleccionó un consultorio del Servicio de Salud Suroriente, ubicado en la comuna de La Florida que atiende 45.000 personas. Se entrevistaron 143 pacientes, muestra representativa en consideración del número total de pacientes asignados a este consultorio. Para poder generalizar acerca de los usuarios que corresponden al distrito de servicio del consultorio, y luego, para poder inferir sobre otros consultorios, se supone que el 90% de la población asignada recibe la atención médica a nivel primario. En consecuencia, se determinó la muestra en la forma que se señala en el Anexo 1.

Presentándose a los pacientes como investigador independiente del SNS, el autor entrevistó 143 pacientes atendidos por tres médicos en el curso del mes de diciembre de 1983. La encuesta abarcó 32 preguntas, de las cuales siete de las más pertinentes son presentadas en el Anexo 2. Como se puede apreciar, la mayoría de los pacientes (85%) manifestaron estar muy satisfechos con la calidad de la atención médica recibida. Dicha actitud es similar a la percepción que los usuarios tienen sobre la accesibilidad a la atención médica, pues casi dos tercios contestaron que es fácil conseguirla. De hecho, manifestaron que aun cuando tuvieran el dinero necesario para atenderse en centros médicos privados o con médicos particulares, la mitad de ellos no lo haría. Conformes con la atención recibida en el consultorio, respondieron que “no hay mayor diferencia entre el consultorio y el médico particular”; “da igual el médico particular y el del consultorio”; y “no quisiera ir allí porque es aquí donde corresponde”, o “me queda más cerca aquí”.

El perfil económico-geográfico de los pacientes y su costo de viaje, en términos de tiempo y espera, no resulta sorprendente. La mayoría de ellos forma parte del estrato de bajos ingresos; la renta media mensual es \$ 8.213. Aunque la amplitud de la distribución es notable (hasta \$ 27.000), la marcada asimetría hacia la izquierda indica que la mayoría de los entrevistados gana menos que la renta promedio. Asimismo, la distribución indica que hay pacientes que debieran recibir atención médica en otros lugares, pues tienen rentas superiores al umbral determinado para la atención gratuita (EL MERCURIO, 16 de noviembre, 1983). El tiempo de viaje es aproximadamente de 14 minutos, con una desviación standard amplia y un grado de asimetría que indica que existen algunos casos extremos que demoran mucho en llegar al consultorio. Pero, la mayoría de los pacientes pueden llegar en menos de 14 minutos. Por ser un servicio económico de rango medio, el tiempo de viaje se compara muy favorablemente con los valores señalados en otros estudios realizados en América del Norte (HUNTLEY, 1977; ACTON, 1973; SHANNON et al., 1969). El tiempo promedio de espera fue de cuatro horas, con reducida desviación standard. Pese a que muchos pacientes deben hacer cola desde las 04:30 hrs. para alcanzar fichas de atención, el tiempo de espera parece ser intermedio; según algunas investigaciones periodísticas algunos consultorios han reportado pacientes citados para tres meses y en otros casos han sido atendidos de inmediato (LA SEGUNDA, 10 de diciembre, 1983). Finalmente, los pacientes frecuentan a menudo el consultorio, con un promedio de seis visitas al año. La amplitud, alta varianza y asimetría hacia la derecha, señalan que algunos usuarios, casi todos madres que llevan sus hijos a control, asisten mucho más que el promedio.

2.3. LOS PATRONES ESPACIALES DEL SISTEMA FONASA

2.3.1. El patrón de los médicos generales de FONASA

La otra fuente de atención primaria pública está constituida por los médicos que participan en el programa FONASA, continuación del antiguo Servicio Médico Nacional. La provisión a través de FONASA alcanza al 30% de toda la atención primaria del Gran Santiago.

Existen dos fuentes de información sobre los médicos que participan en el programa FONASA. Por un lado, existe un listado de los médicos que pertenecían al SERMENA en 1978; por otro, hay una lista de los médicos que cambiaron de uno de los dos niveles en que los clasificaba SERMENA a uno de los tres niveles de atención que estipuló FONASA desde abril de 1983. Por lo tanto, es necesario agregar al patrón de 1978 lo correspondiente a 1983. Considerando que los médicos generales constituyen el mejor indicador de la atención primaria, se han confeccionado los mapas de localización de médicos generales de SERMENA en 1978 y los de FONASA en 1983 (Figs. 2 y 3).

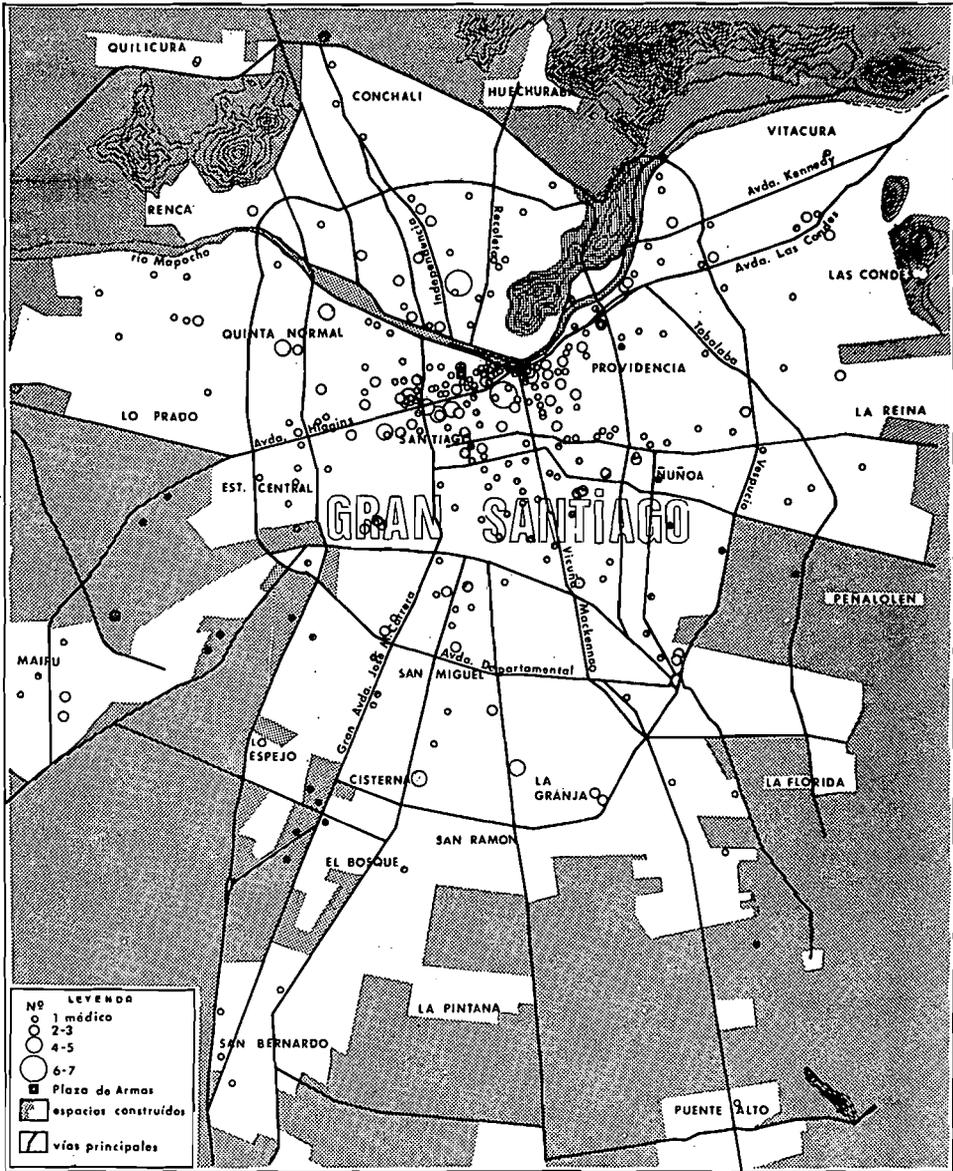


Fig. 2: Localización de médicos afiliados a SERMENA en el Gran Santiago (1978).

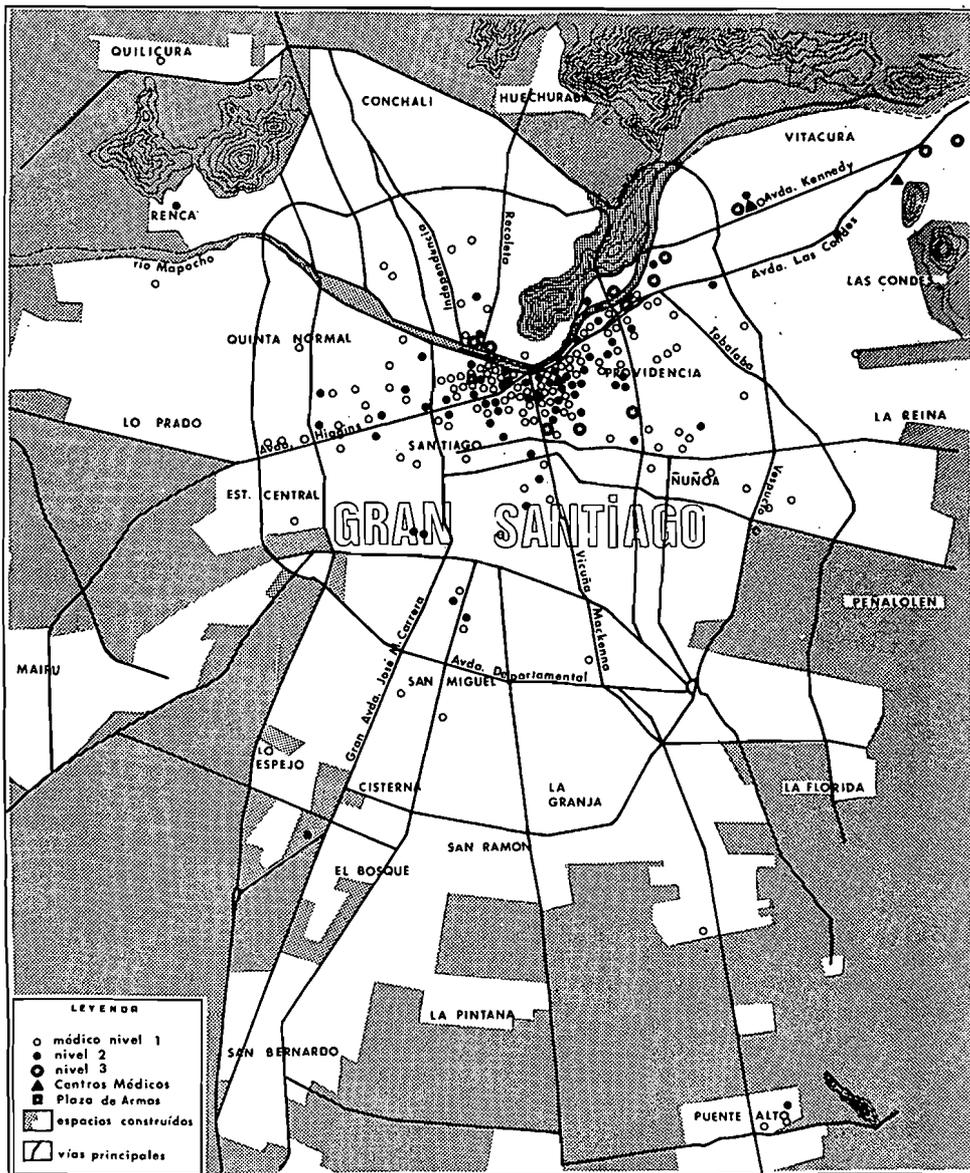


Fig. 3: Localización de médicos generales y centros médicos afiliados a FONASA (1983) que cambiaron de nivel original SERMENA.

La distribución de los médicos suscritos a FONASA revela una marcada concentración en el centro del Gran Santiago que se estructura en tres concentraciones menores. La primera se localiza entre los hospitales de la Universidad Católica y el Hospital del Salvador y sus afiliados. Otra concentración se ubica cerca de la Alameda, en la intersección de los ejes occidente-oriental y norte-sur del Ferrocarril Subterráneo Metropolitano (Metro). La tercera concentración de médicos generales de FONASA se localiza, con mayor dispersión, al norte del río Mapocho, entre las avenidas longitudinales de Recoleta e Independencia; área que está asimismo dotada de cuatro hospitales. Como se anticipara, el centro presenta una concentración de más de un médico por dirección; en cambio, la cantidad de médicos por dirección se reduce hacia la periferia. En términos generales, el patrón de los médicos de FONASA, sistema semipúblico, ofrece una cobertura y distribución similar al sistema de consultorios periféricos.

2.3.2. El patrón de los médicos especialistas de FONASA

Con el propósito de establecer si existen diferencias entre el patrón de distribución de los médicos generales de FONASA y el de los médicos especialistas, se seleccionó dos especialidades médicas vinculadas a FONASA y se procedió a cartografiar su distribución. Las especialidades, seleccionadas arbitrariamente, fueron "cirugía plástica" y "tratamiento intensivo" (Figs. 4 y 5). En vista del alto nivel de especialización de ambas, es lícito suponer que el costo de los servicios deberían estar sólo al alcance de los pacientes de mayores rentas. Los patrones resultantes no son sorprendentes: en ambos casos existe una concentración en el centro, cerca de los grandes hospitales, y a lo largo de las vías principales que comunican con las comunas de Providencia y Las Condes. Considerado en su totalidad, el patrón de especialistas en el Gran Santiago indica acceso relativamente fácil a los hospitales y preferencia por los sectores residenciales agradables; patrón similar al observado por ROSENBERG (1979) en su estudio de Toronto.

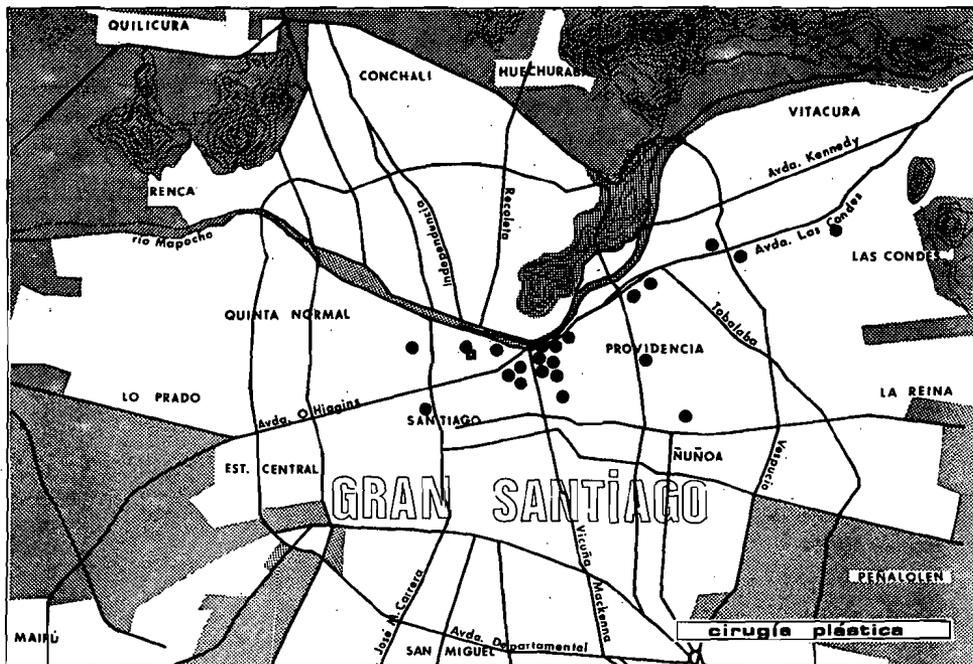


Fig. 4: Patrón de distribución de médicos especialistas: cirugía plástica y reparadora

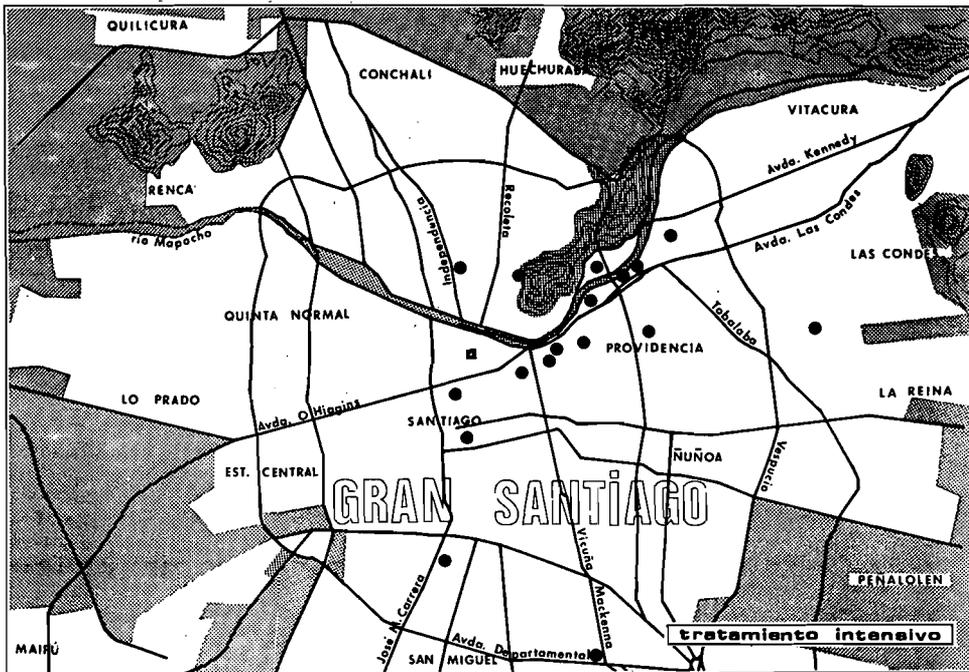


Fig. 5: Patrón de distribución de médicos especialistas: tratamiento intensivo

2.4. LA LOCALIZACION DE LOS MEDICOS DEL SECTOR PRIVADO

Como se señalara anteriormente, gran parte de los médicos ha debido buscar empleo en el sector privado y, por otra parte, el Estado ha aumentado sus vínculos con este sector a través de los convenios FONASA y los ISAPRES. En consecuencia, los médicos han incrementado el uso de los medios publicitarios para difundir sus servicios.

Dado que los médicos privados son absolutamente libres para elegir su localización, el estudio de su patrón espacial ayuda a comprender la dinámica de la ciudad y permite, al mismo tiempo, apreciar en qué medida las fuerzas de la competencia del libre mercado son racionales y se orientan hacia la demanda de los usuarios.

2.4.1. La localización de los Centros Médicos Privados

Una de las características de la medicina occidental es la tendencia a establecer Centros Médicos que incluyen diferentes especialidades tales como medicina general, servicios de laboratorio y médicos especialistas (dermatólogos, ginecólogos, broncopulmonares, etc.). Con la ventaja evidente de concentrar distintas especialidades en una sola localización geográfica, estos centros se encuentran tanto en Norteamérica como en Chile. En Estados Unidos existen evidencias que demuestran que tales centros prestan servicios a menores costos que los médicos individuales (ROEMER & SCHONICK, 1973; FALK, 1963). No obstante, algunos investigadores argumentan que la mayor parte de los centros resultan onerosos para el paciente, pues existe la fácil y tentadora oportunidad de que el médico solicite servicios excesivos duplicativos (KIRKHAM, 1977; BAEHR, 1966). De esta forma, ganancias excesivas benefician a los médicos que conforman estos centros que son empresas con fines de lucro.

Los estudios conocidos sobre los Centros Médicos del Gran Santiago son de nivel descriptivo; pues no existen trabajos que ilustren acerca de la rentabilidad y aranceles de los centros médicos versus las prácticas médicas individuales. Sin embargo, una reciente investigación ha revelado que el crecimiento del sector privado de salud se ha concentrado esencialmente en los elementos de atención ambulatoria (con predominio de la atención primaria). Entre 1975 y 1981 los centros médicos aumentaron en un 145%. El mismo trabajo concluyó que "el hospital

estrictamente privado tiene costos que superan los ingresos, por lo cual caen fácilmente en falencia económica... en cambio, la empresa de salud que trabaja con diagnósticos y tratamiento ambulatorio tiene un rápido retorno de la inversión inicial y genera fáciles utilidades para sus propietarios, habitualmente médicos" (JIMÉNEZ DE LA JARA, 1982).

CUADRO 1: Centros Médicos del Gran Santiago según comuna e Ingreso familiar mensual (1983)

Comunas	Número de centros	%	Razón aritmética a la mayor	Renta mensual promedio (\$)
Santiago	150	41,67	1,0	10.411
Providencia	87	24,17	4,1	25.006
Ñuñoa	25	6,9	14,5	8.681
Las Condes	21	5,8	17,2	18.766
Sn. Miguel	13	3,6	27,7	4.352
La Florida	9	2,5	40,0	6.000
Pte. Alto	9	2,5	40,0	7.287
La Cisterna	9	2,5	40,0	3.811
Sn. Bernardo	9	2,5	40,0	5.170

FUENTES: Data no publicada del SNS, 1983.

Encuesta del Departamento de Economía de la Universidad de Chile, 1983.

Sin lugar a dudas, los Centros Médicos son crecientes y atractivos, lo que hace presumir que su patrón será relativamente definitivo en el espacio urbano.

El Cuadro N° 1 señala la cantidad de Centros Médicos privados (sin camas para atención hospitalaria) correspondientes a nueve comunas del Gran Santiago, según la renta familiar correspondiente. En vista del rápido y exitoso crecimiento que han experimentado los centros médicos, nos propusimos analizar la asociación existente entre el número de centros por comuna y la renta mensual promedio. Se aplicó el test de Spearman, el que generó un $r_s = 0,72$ a un nivel de significancia del 95%. Ello permite concluir que existe una fuerte correlación positiva entre el ingreso familiar y el número de centros médicos en el Gran Santiago.

2.4.2. La localización de los médicos particulares que trabajan individualmente

Tomando como base de datos una muestra del 50% de los médicos listados en la Guía Telefónica, un estudio reciente ha analizado los cambios de localización de los médicos privados que trabajan individualmente en Santiago entre 1950 y 1980 (ARZE, 1983). Como puede apreciarse en las Figs. 6 y 7, en este período se evidencia una clara tendencia de los médicos a desplazarse desde el centro hacia el oriente de la ciudad. En 1950 el 83% de los médicos se localizaban en la comuna de Santiago y sólo el 10% lo hacía en Providencia. En 1980, los médicos en la comuna de Santiago se habían reducido al 40% y en Providencia habían aumentado al 28%. Este cambio no significa necesariamente que actualmente los médicos estén menos concentrados (pues esta conclusión sólo puede verificarse con un estudio paralelo de los cambios de la población metropolitana), sino que ellos abandonan el centro.

Al preguntársele a una muestra representativa de médicos cuáles de 13 factores son los que más influyen en sus localizaciones, respondieron que: "la cercanía al Metro", "cercanía a servicios de apoyo (laboratorios)", "un buen servicio de locomoción colectiva", "ausencia de ruidos", y "cercanía a las vías principales de acceso" eran los cinco factores más importantes, en el mismo orden. Es decir, las condiciones preferidas por los médicos incluyen tanto factores de gran interés para los usuarios como para ellos mismos (ARZE, 1983).

2.5. LA LOCALIZACION DE LA ATENCION PRIMARIA EN EL GRAN SANTIAGO: TRES PLANTEAMIENTOS EXPLICATIVOS

A continuación se expone brevemente el significado de los patrones de la atención primaria en el Gran Santiago de acuerdo a las tres principales líneas de pensamiento o paradigmas de la Geografía Humana (JOHNSTON, 1977).

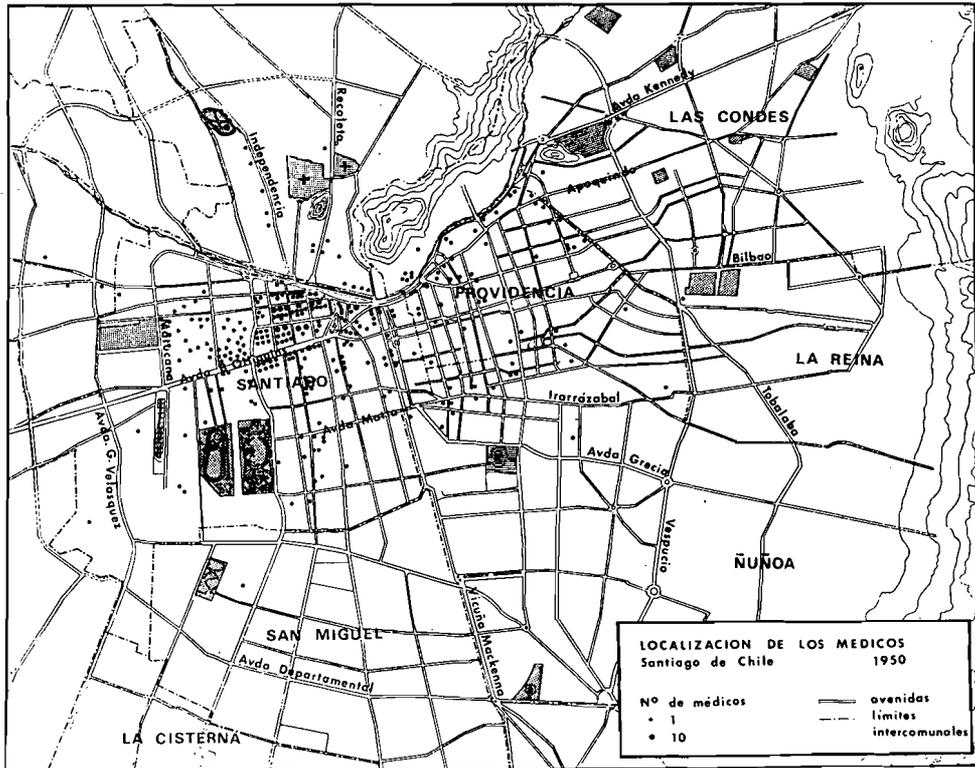


Fig. 6: Localización de médicos particulares en el Gran Santiago (1950)

2.5.1. El enfoque neoclásico-funcional

Esta línea se basa en los modelos que relacionan la localización y la accesibilidad a través del mecanismo de los precios. Se supone que los precios más bajos de la atención médica prestada representan un "trade-off" del sacrificio que implica viajar más lejos y, por ende, con mayores costos de viaje. Tal axioma, un postulado esencial de la Geografía Económica, sugeriría que la mayoría de los médicos ubican sus consultas en los barrios de altos ingresos para lograr el mejor acceso a sus pacientes que viven en las cercanías del Barrio Alto (Providencia, Las Condes).

2.5.2. El enfoque conductual

Aquellos investigadores que sustentan esta línea de pensamiento critican a los primeros señalando que el enfoque neoclásico-funcional se basa en presunciones que muy poco tienen que ver con la forma real en que se toman las decisiones de localización. Es más, argumentan que la forma en que los individuos (médicos y pacientes) perciben el mundo que los rodea debe ser enfatizada en términos cualitativos y no cuantitativos (TUAN, 1964; DOWS & STEA, 1977).

Aplicando el enfoque conductual, el estudio de ARZE señala los factores que explican la localización de los médicos en el Gran Santiago: la cercanía al Metro y a los laboratorios. Es necesario señalar que estos factores, aunque han sido determinados por un enfoque conductual, respaldan el enfoque funcional en su análisis del costo y minimización de la distancia y el resultado, en cuanto al costo del servicio prestado. Vale la pena mencionar que dos de los tres estudios de tipo conductual realizados hasta la fecha, fueron hechos por estudiantes (ARZE, 1983; BOTTOMLEY, 1971), y uno de ellos por un docente (ROSENBERG, 1983), lo que sugiere un posible cambio de metodología, según el modelo del progreso científico identificado por KUHN (1962).

2.5.3. El enfoque institucional

Fundamentada en los trabajos de HARVEY (1973), esta tendencia reclama que los dos enfoques anteriores desconocen los mecanismos reales de la toma de decisiones: el enfoque conductual

de las debilidades de los modelos rígidos que pretenden explicar los cambios urbanos y regionales de los países en vías de desarrollo sin considerar la realidad en que viven. En decir, algunas investigaciones partían de la presunción de que con el correr del tiempo se establecen algunos fenómenos con rasgos universales en todas partes del mundo. Dicha presunción era considerada una verdad "a priori", lo que, en muchas ocasiones, hacía que los planificadores crearan y llevaran a efecto proyectos de desarrollo (i.e., la industria automotriz ariqueña) sin bases reales. A la luz de estas consideraciones, hemos presentado el caso norteamericano de localización de consultas médicas como una referencia que permita aclarar hasta qué punto las políticas de salud, que son una actividad afectada por las acciones gubernamentales, se comparan con el caso chileno. Al respecto, es posible concluir que las semejanzas que existen entre las dos regiones se deben tanto a la intervención estatal dirigida hacia la atención primaria como al juego de las fuerzas del libre mercado.

Hemos podido constatar, por una parte, que existe una fuerte vinculación entre la política de salud, el comportamiento de los médicos y los caracteres socioeconómicos de los tres países estudiados y, por otro lado, la localización de los centros de atención primaria. A pesar de los distintos sistemas de salud que operan en Canadá, Estados Unidos y Chile, existen algunos rasgos comunes en las políticas y los patrones de distribución.

En primer lugar, hay una marcada tendencia a localizar las consultas médicas particulares en los barrios residenciales de alto nivel socioeconómico. Tanto en el trabajo de ROSENBERG (1983) en Toronto como en los Estados Unidos (CUGLIANI, 1973; DE VISE, 1973; MORRIL et al., 1970; EARICKSON, 1970) se evidencia un movimiento desde el centro hacia los suburbios. No se debe confundir el abandono del centro urbano por parte de los médicos con un movimiento paralelo a la suburbanización de las áreas metropolitanas; se trata, más bien, de una clara tendencia a localizarse en ambientes residenciales agradables, con buenas vías de acceso y locomoción. Recordemos que los médicos generales norteamericanos escogen la localización de sus consultas como cualquier otra actividad económica con fines de lucro. Este rasgo común sugiere que en el caso canadiense el patrón obedece a la preferencia de los médicos, puesto que el costo de la atención es un factor relativamente irrelevante. En cambio, en Chile y Estados Unidos los médicos particulares se ubican cerca de los clientes que patrocinan sus servicios y que viven en o cerca de los barrios residenciales de altos ingresos.

En segundo lugar, en los tres países existe una política destinada a garantizar la mínima cobertura de la atención primaria, aunque con resultados diferentes. Canadá constituye el caso de accesibilidad económica más homogénea. En este país no existen mayores diferencias entre tipo de proveedor y usuario según sistemas, como sucede en Chile y Estados Unidos. Los bajos estratos socioeconómicos de Estados Unidos dependen de programas federales (Medicaid) que han convertido los grandes hospitales públicos en centros de atención primaria, un uso poco adecuado y no previsto por las reformas políticas de los años 60. El caso chileno es aún más diferente; de los tres países es el que posee la más amplia red de consultorios periféricos, dedicada exclusivamente a la población de menores ingresos (obreros e indigentes). El sistema público chileno se destaca por presentar una clara jerarquización de la atención médica; es un sistema de interconsulta desde la atención primaria (consultorios) hacia los niveles especializados (hospitales). En cambio, el sistema americano, aun cuando posee mayor número de puntos de entrada al sistema médico, presenta una red débilmente conectada, constituida por un laberinto de programas a nivel local, regional, estatal, federal y con variados programas de previsión del sector privado.

Si bien es cierto que el patrón espacial del sector privado en Chile se debe tanto a las políticas de gobierno como a las fuerzas del capitalismo, es posible pronosticar el patrón futuro de las consultas privadas en el Gran Santiago. En el supuesto de que la actual política de salud continúe, es posible anticipar una creciente participación del sector privado en la atención primaria. Bajo el supuesto agregado de que el poder adquisitivo del santiaguino podrá financiar cada vez más la atención privada, debiera darse una asociación entre los factores de localización que favorezcan tanto a los médicos como a los pacientes. En el primer caso es de esperar una fuerte concentración de especialistas cerca de los hospitales donde practican y, por parte de los médicos generales, una mayor preocupación por las características residenciales y vías de acceso a la consulta. Por parte de los pacientes, es lógico suponer que también buscarán una accesibilidad rápida y eficiente; suposición que concuerda con los resultados de la encuesta realizada y con los trabajos de MEDINA y KAEMPFER (1979). De acuerdo a las evidencias presentadas en este trabajo, las comunas de Providencia y Las Condes probablemente serán las de mayor crecimiento del sector privado.

Sin embargo, es prudente tomar en consideración que este sector de salud chileno no podrá crecer por sobre su actual nivel si no existe una plena recuperación económica y un significativo crecimiento de las rentas de las clases medias santiaguinas. El comportamiento de los ISAPRES,

empresas similares a los Health Maintenance Organizations (HMO) de Estados Unidos, constituye un claro respaldo de esta advertencia: en enero de 1984, los nuevos ISAPRES sólo habían alcanzado un tercio del millón de suscritos que se habían propuesto como meta.

Un cambio radical en las políticas de salud o en la economía chilena podría hacer variar el patrón descrito anteriormente. Ello debería provocar una reducción de la concentración de médicos particulares en los barrios residenciales de altos ingresos. Si en el futuro una mayor parte de la población chilena es capaz de financiar una parte creciente de su atención médica, es de esperar que no aumente el 18,6% de enfermos agudos que en 1977 no tenían acceso a la atención médica porque el costo sobrepasaba sus posibilidades económicas, y el 12,9% que no la lograron por rechazo o demora en la atención (MEDINA y KAEMPFER, 1979). Quizás si la comparación con estas cifras de 1977 sea el indicador más adecuado para determinar si la accesibilidad a la atención primaria ha mejorado o empeorado; en vez de utilizar el frecuentemente citado descenso de la mortalidad infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACTON, J.P. 1973. Demand for Health Care When Time Prices Vary More than Prices. Santa Mónica.
- ARZE, A.M. 1983. La localización de cinco profesiones en el Gran Santiago (mimeo). Universidad Católica de Chile.
- BAEHR, G. 1966. Prepaid group practice strengths and weaknesses, and its future. *Amer. of Public Health* 56: 1898-1904.
- BÄHR, J. 1978. Mannheimer Geographische Arbeiter 4. Mannheim, Deutschland.
- BÄHR, J. & G. MERTINS. 1982. A model of the social and spatial differentiation of Latin American Metropolitan cities. *Applied Geogr. and Development*. 19:22-45.
- BÄHR, J. & R. RIESCO, 1981. Estructura urbana de las metrópolis Latinoamericanas: El caso de la ciudad de Santiago. *R. geogr. Norte Grande*. 8:27-56.
- BARRET, B.A. (Editor). 1980. Canadian studies in Medical Geography. Departamento de Geografía Monograph N° 8, Toronto, Canadá. York University.
- BROMLEY, R. & C. GERRY, 1979. *Casual Work and Poverty in Third World Cities*. New York: John Wiley.
- BOTTOMLEY, J. 1971. Physician office site characteristics: A cognitive-behavioral approach (Tesis de Magister no publicada). University of British Columbia.
- COLEGIO MÉDICO DE CHILE. 1983. Algunas Consideraciones sobre la Situación de Salud en Chile, Hoy. Colegio Médico de Chile. Santiago.
- COLLIER, D. 1976. Squatters and Oligarchs; Authoritarian Rule and Policy Change in Peru. Johns Hopkins University Press. New York.
- CORTÁZAR, R. 1983. Chile: resultados distributivos: 1973-82. Notas Técnicas: 57. CIEPLAN, Santiago.
- CUGLIANI, A. 1978. Patterns of hospital based ambulatory care. *Social Sci. and Medicine*. 12: 55-58.
- DEVER, G.A. 1981. Community Health Analysis. Aspen. Germantown, Maryland (USA).
- DE VISE, P. 1971. Cook County Hospital: bulwark of Chicago's apartheid health DE Vise system and prototype of the nation's public hospitals. *Antipode*. 3: 9-20.
- _____. 1973. Misused and Misplaced Hospitals and Doctors: A Locational Analysis of the Urban Health Care Crisis. Washington D.C.: Association of American Geographers, Resource Paper 22.
- DOWNES, R. y STEA, D. 1977. *Maps in minds*. New York: Harper and Row.
- EARICKSON, R. 1970. *The Spatial Behavior of Hospital Patients*, Department of Geography, Chicago: University of Chicago, Research Paper 124.
- EL MERCURIO. 9 de octubre 1983. Alzas superiores al 40% en 30 productos del IPC, p. B-1.
- _____. 16 de noviembre 1983. Sistemas de Salud, p. A-2.
- ELBOW, G. 1983. Determinants of land use change in Guatemalan secondary urban centers. *The Professional Geogr.* 35: 55-65.
- DERBYSHIRE, R.C. 1969. *Medical Licensure in the United States*. Johns Hopkins University Press. Baltimore Maryland (USA).
- DEWEY, D. 1973. Where Have the Doctors Gone? Illinois Regional Medical Program. Chicago.
- FALK, I.S. 1963. Group practice is the pattern of the future. *Modern Hospital*. September.
- FONASA (Fondo Nacional de Salud). 1982. Antecedentes Financieros: ISAPRES, mayo, 1982 (mimeo.). Santiago: FONASA.
- _____. 1983. Contratos suscritos. Septiembre 1983 datos no publicados, Santiago: FONASA.
- FRIEDMANN, J. 1973. *Urbanization Planning and National Development*. Sage. Beverly Hills. California.
- GIBSON, R.M. 1980. Health Care Financing Review. Department of Health and Human Services. Washington D.C. 1-21.
- GRIFFIN, E.C. & L.A. FORD, 1980. A model of Latin American city structure. *Geogr. R.* 37: 397-422.
- GOIC, A. 1979. En torno a la medicina social chilena. *R. Médica de Chile*. 107: 1043-45.
- HAGGETT, P. 1976. Hybridizing alternative models of an epidemic diffusion process. *Economic Geogr.* 52: 136-146.
- HARDOY, J. 1969. Dos mil años de urbanización en América Latina. En Hardoy J. & C. Tobar (Ed.). *La Urbanización en América Latina*. Editorial del Instituto. Buenos Aires: 23-64.

- HARRIS C.D. & E.L. ULLMAN. 1945. The nature of cities. *Ann. of the Amer. Academy of Political Science and Social Science*. 242: 7-17.
- HARVEY, D. 1973. *Social Justice and the City*. Londres: Edward Arnold.
- _____. 1975. Class structure in capitalist society and the theory of residential differentiation. En Peet, R. Chisholm, M.Y., y Haggett, P. (eds.), *Progress in Physical and Human Geography*. Heinemann. Londres. 354-72.
- HUNTER, H.M. (Editor). 1974. *The Geography of Health and Disease*. Department of Geography Studies in Geography N° 6. University of North Carolina. Chapel Hill, North Carolina.
- HUNTLEY, R.R. 1977. Primary medical care in the United States. *International J. of Health Service* 2.
- JIMÉNEZ DE LA JARA, J. (Editor). 1977. *Medicina Social en Chile*. Editorial Aconcagua. Santiago.
- _____. 1982. Desarrollo y perspectivas del sector privado en salud. En: Lavados H. (Ed.). *Desarrollo Social y Salud en Chile*. Tomo 3. CPU. Santiago. 165-89.
- JOHNSTON, R.J. 1977. Urban geography. *Progress in Human Geography*.
- JOSEPH, A.E. 1981. Measuring potential physical accessibility to general practitioners in urban areas: a methodological note. *New Zealand Geogr.* 37: 32-34.
- JOSEPH, A.E. & P.R. BANTOCK, 1982. Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: a method and case study. *Social Science and Medicine*. 16: 85-90.
- KIRBY, A. 1982. *The Politics of Location*. Methuen. Londres.
- KIRBY, A. 1983. Neglected factors in public services research: a comment on "Urban structure and geographic access to public services". *Ann. of the Association of Amer. Geogr.* 73 (2): 289-95.
- KIRKHAM, F.T. 1977. Issues in primary care; The 1976 Annual Conference. *Bull. of the New York Academy of Medicine*. 53 (2): Series 5.
- KUHN, T.S. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press. Chicago.
- LA SEGUNDA. 10 de diciembre 1983. *Consultorios de Salud*. pp. 18-19.
- LONG-VIVEROS, A.M. 1982. Changes in health financing: The Chilean experience. Trabajo presentado en la International Health Conference. Washington D.C. (mimeo.).
- LOMNITZ, L. 1977. Mechanisms of articulation between shantytown settlers and the urban center (mimeo.).
- LÓPEZ, M.A. 1981. Expansión de las ciudades. *EURE* 8: 31-42.
- LUBEN, J.W., I.M. REDD, G. WORSTELL & D. DROSENS, 1966. How does distance affect physician activity? *The Modern Hospital* 107: 8-82.
- MAY, J.M. 1950. Medical Geography; its methods and objectives. *Geogr. R.* 51: 9-41.
- _____. 1968. *The Ecology of Human Disease*. M.D. Publications. New York.
- MAYER, J. 1982. Medical Geography: Some unresolved problems. *The Professional Geogr.* 34: 261-269.
- MANGIN, W. 1961. Latin American squatter settlements: A problem and a solution. *Latin American Research R.* 2: 65-98.
- MC GEE, T. 1971. *The Urbanization Process in the Third World*. G. Bell and Sons, Ltd. London.
- MEADE M. 1980. Conceptual and Methodological Issues in Medical Geography. Meade M. (Ed.). Department of Geography, University of North Carolina Studies in Geography. 15: 194-221.
- MEDINA, E. y A. KAEMPFER. 1979. Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago. Lavados, H. (Ed.). En: *Desarrollo Social y Salud en Chile*. Tomo 1. CPU. Santiago. 135-160.
- MEDINA, E. 1979. Evolución de los indicadores de salud en el período 1960-70. Lavados, H. (Ed.). En: *Desarrollo Social y Salud en Chile*. Tomo 1, CPU Santiago. 75-94.
- MINISTERIO DE SALUD, República de Chile. 1983. *Estrategias de Salud a Mediano Plazo*, Santiago (mimeo.).
- _____. 1984. Mapa de consultorios periféricos y hospitales del S.N.S. Departamento de Planificación. Santiago.
- MONTERO, M. 1984. Entrevista personal el 22 de marzo de 1984. Ministro Secretarial Regional, Servicio de Salud, Area Metropolitana, Santiago (con. verbal).
- MORRILL, R.L., R.J. EARICKSON, & P. REES. 1970. Factors influencing distances travelled to hospitals. *Economic Geogr.* 4: 11-71.
- PERLMAN, J.E. 1976. *The Myth of Marginality, Urban Poverty and Politics in Rio de Janeiro*. University of California Press. Berkeley. California.
- PORTES, A. & J. WALTON. 1976. *Urban Latin American*. University of Texas Press. Austin, Texas.
- PORTES, A. & W. CANAK. 1981. Latin America Social structures and sociology. *Annual R.* 7: 225-48.
- PUFFER, R. & C. SERRANO. 1973. Características de la Mortalidad en la Niñez. *Publicaciones Científicas N° 262*. Organización Panamericana de Salud. Washington D.C.
- PYLE, C.F. 1971. Heart Disease, Cancer and Stroke in Chicago: A Geographical Analysis with Facilities Plans for 1980. Department of Geography Monograph N° 134. University of Chicago. Chicago.
- QUIJANO, A. 1967. La urbanización de la sociedad en América Latina. *R. Mexicana de Sociol.* 29: 669-703.
- RACZYNSKI, D. 1982. Controversia sobre reformas al sector salud: Chile, 1973-82. *Notas Técnicas N° 52*. CIEPLAN, Santiago.
- RACZYNSKI, D. & P. OYARZO. 1982. ¿Por qué cae la tasa de mortalidad infantil en Chile? *Colección Estudios CIEPLAN* 6: 45-84.
- RAYACK, E. 1964. The American Medical Association and the supply of physicians: A study of the internal contradictions in the concept of professionalism. *Medical Care*. 2: 244.
- RIVEROS, L. 1983. Distribución del ingreso en el Gran Santiago. *R. de Economía*. 9: 3-17.
- ROBERTS, B. 1978. *Cities of Peasants: The Political Economy of Urbanization in the Third World*. Edwards Arnold. London.
- ROEMER, M. 1977. *Systems of Health Care*. Springer. New York.

- ROEMER, M. & W. SCHONICK. 1973. HMO performance: the recent evidence. *Health and Society*. 51: 271.
- ROOS, N., M. GAUMONT & J. HORNE. 1976. The impact of the physician surplus across Canada. *Candia Public Policy*. 2: 169-91.
- ROMERO, H. 1977. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. En ((Editor). J. Jiménez). *Medicina Social en Chile*. Santiago: Editorial Aconcagua.
- ROSENBERG, M. 1979. On the location of physicians in metropolitan Toronto. 1951-1971. *Horizon*. 37: 8-90.
- ROSENTHAL, S. 1978. Target populations and physician populations. *Social Science and Medicine (Medical Geography)*. 12: 111-115.
- ROSENBERG, M.W. 1983. Accesibility to health care: a North American perspective. *Progress in Human Geography*. 7: 78-87.
- SALINAS, R. 1983. Salud, ideología y desarrollo social en Chile: 1830-1950. *Cuadernos de Historia*. 3: 99-128.
- SCHIEL, J. & A. WEPFER. 1976. Distributional aspects of endemic goiter in the United States. *Economic Geogr.* 52: 116-126.
- SCHNEIDER, H. 1967. Measuring evaluating and redesigning hospital-physician-patient spatial relationships in metropolitan areas. *Inquiry*. 6: 24-43.
- SHANNON, G., R. BASHSHUR, y C. METZNER. 1969. The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. *Medical Care R.* 26: 143-161.
- SHANNON, C. & F. DEVER. 1974. *Health Care Delivery: Spatial Perspectives*. McGraw-Hill. New York.
- SHANNON, G., R. BASHSHUR & C. SPURLOCK. 1978. The search for medical care: an exploration of urban black behavior. *International J. of Health Services*. 8: 519-530.
- SMITH, P. 1974. *The Geography of Wellbeing*. McGraw-Hill, NY.
- SOLÍS, F., M. CASTILLO & G. MARDONES. 1982. Influencias del sector salud en los niveles de la mortalidad infantil chilena. En *Infant Mortality in the Third World*. WHO Paris.
- SPAULDING, W y W. SPITZER, 1972. Implications of medical manpower rends in London Ontario: 1961-71. *Ontario Medical R.* 39: 527-533.
- SPOEREL, C. 1974. An Analysis of non-Hospital Based Medical Practitioners' Office Locations in London, Ontario (Tesis de Grado). University of Western Ontario (inédito).
- TAAFE, E., R. MORRILL & P. GOULD. 1963. Transport expansion in underdeveloped countries: A comparative analysis. *Geogr. R.* 503-29.
- TAUCHER, E. 1979. *Mortalidad Infantil en Chile: Tendencias Diferenciales y Causas*. Santiago: CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía).
- THRALL, G. & J. TSITANDIDIS, 1973. A model of the change attributable to government health insurance plans in location patterns of physicians with supporting evidence from Ontario, Canada. *Environment and Planning C*, 1: 45-55.
- TRIVELLI, P. 1981. Reflexiones en torno a la política nacional de desarrollo urbano. *EURE* 8: 43-64.
- TUAN, J. 1964. Humanistic geography. *Am. Assoc. Amer. Geogr.* 66 (19) 266-276.
- TURNER, J.C. 1968. Housing priorities, settlements patterns and urban development in modernizing countries. *J. of Amer. Institute of Planners*. 34: 354-33.
- VEKEMANS, S., J. GIUSTI & I. SILVA. 1970. *Marginalidad, Promoción Popular e Integración Latinoamericana*. DESAL, Santiago.
- VIDA MÉDICA. Junio - julio 1981: 12-29.
- WALTON, H. 1977. *Elites and Economic Development: Comparative Studies on the Political Economy of Latin American Cities*. University of Texas Press. Austin, Texas.

ANEXO 1: Determinación de la muestra para encuesta sobre la accesibilidad a la atención primaria en un consultorio periférico del Sureste del Gran Santiago.

$$n_o = t_2 pq/d^2$$

● **donde:**

- n_o = Tamaño estimado de la muestra.
- t = Número de errores standard dentro de los que cae el nivel de confianza deseado.
- p = Proporción de la población que posee una característica.
- q = Proporción de la población que posee otra característica.
- d² = Máximo límite de error aceptable.

● **Dado que:**

1. El límite de error será el 5%.
2. El nivel de confianza será el 95%.
3. La proporción de la población asignada al consultorio que se atiende en el consultorio (p), equivale al 90% y la proporción que no se atiende allí (q) equivale al 10%. Ello supone que parte de la población va a otros centros de atención primaria.

- *Se calcula la muestra de la siguiente forma:*

$$n_o = t_2 pq/d^2$$

$$n_o = (1,96)^2 (.90) (.10)/.05^2$$

$$n_o = (3,84) (.09)/.0025$$

$$n_o = .34560/.0025$$

$$n_o = 138,24 = 138$$

ANEXO 2: Algunos resultados sobre la accesibilidad de la Atención Primaria en un consultorio periférico en el Sureste del Gran Santiago.

n = 143

1. *Diría Ud. que la atención médica fue:*

Muy buena	11%	Regular	13%
Buena	74%	Mala	2%
		Muy mala	0
2. *¿Es fácil para Ud. conseguir atención médica aquí?*

Sí	64%
No	36%
3. *Si tuviera más dinero ¿preferiría ir a un médico particular?*

Sí	49%
No	51%
4. *Renta familiar mensual (pesos)*

Promedio	8.218
Desviación standard	5.226
Varianza	27.311
Mediana	8.000
Moda	4.000
Simetría	Hacia la izquierda
5. *¿Cuánto demoró en llegar al consultorio? (minutos)*

Promedio	14,13
Desviación standard	12,98
Varianza	167,44
Mediana	10,00
Moda	5,00
Amplitud	2-60
Simetría	Hacia la izquierda
6. *Tiempo de espera (horas)*

Promedio	4,19
Desviación standard	6,41
Varianza	41,02
Mediana	4
Moda	4
Amplitud	5-30
Simetría	Hacia la derecha
7. *¿Cuántas veces en el año ha venido Ud. a este consultorio?*

Promedio	6,27
Desviación standard	6,41
Varianza	41,02
Mediana	4
Moda	1
Amplitud	1-30
Simetría	Hacia la derecha