

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Creencias sobre el sistema de salud público y privado en Chile: similitudes y diferencias

Beliefs about the public and private health care systems in Chile: Similarities and differences

MARÍA JOSÉ BAEZA RIVERA

Universidad Católica de Temuco, Chile

NATALIA SALINAS OÑATE

Universidad de La Frontera, Chile

CAMILA SALAZAR FERNÁNDEZ

Universidad de La Frontera, Chile

DIEGO MANRÍQUEZ ROBLES

Universidad Católica de Temuco, Chile

MANUEL S. ORTIZ

Universidad de La Frontera, Chile

RESUMEN Evaluar las creencias de usuarios respecto del sistema de salud público versus privado en Chile, considerando etnia, nivel socioeconómico y afiliación sanitaria. Usando un diseño no experimental y transversal, una muestra no probabilística de 337 usuarios respondió un cuestionario sobre creencias asociadas a ambos sistemas. Se evaluaron diferencias de medias según etnia, nivel socioeconómico y afiliación. Se encontró que la muestra en general posee creencias más negativas sobre el sistema público y creencias más positivas sobre el sistema privado. Asimismo, sobre el sistema público de salud las personas



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

indígenas tienen creencias más positivas y las personas no indígenas creencias más negativas. Finalmente, se encontró que las personas de nivel socioeconómico alto poseen creencias más positivas sobre el sistema privado de salud en comparación con personas de nivel socioeconómico bajo; mientras que, las personas de nivel socioeconómico alto tienen creencias más negativas y creencias menos positivas que los de nivel socioeconómico bajo sobre el sistema público de salud. Estos hallazgos se comprenden desde ciertos estereotipos asociados a los sistemas de salud. Esto es relevante, pues analizar las creencias considerando las características sociodemográficas de los usuarios permite generar estrategias que fortalezcan los sistemas sanitarios para disminuir las inequidades sociales.

PALABRAS CLAVE Creencias; profesionales de la salud; salud pública; sistemas de salud; usuarios.

ABSTRACT To evaluate users' beliefs regarding the public versus private health-care system in Chile, considering ethnicity, socioeconomic level, and health-care affiliation. Using a non-experimental and cross-sectional design, a non-probabilistic sample of 337 users responded to a questionnaire about beliefs associated with both systems. Mean differences were evaluated according to ethnicity, socioeconomic level, and affiliation. It was found that the overall sample holds more negative beliefs about the public system and more positive beliefs about the private system. Additionally, regarding the public healthcare system, indigenous people have more positive beliefs, while non-indigenous people have more negative beliefs. Finally, it was found that individuals with a high socioeconomic level have more positive beliefs about the private health-care system compared to those with a low socioeconomic level. On the other hand, individuals with a high socioeconomic level have more negative beliefs and less positive beliefs than those with a low socioeconomic level regarding the public healthcare system. These findings can be understood in light of certain stereotypes associated with healthcare systems. This is relevant because analyzing beliefs considering users' sociodemographic characteristics allows for the development of strategies that strengthen healthcare systems and reduce social inequities.

KEY WORDS Beliefs; health professionals; health systems; public health; users.

Los sistemas de salud se conceptualizan como estructuras de recursos que promueven, restablecen y mantienen la salud (de Savigny & Adam, 2009). La Estrategia Nacional de Salud de Chile considera que la gestión y calidad de estos sistemas configura un importante eje estratégico para obtener resultados positivos en salud (Subsecretaría de Salud Pública, 2022). Si bien, el logro de estos objetivos incluye una multiplicidad de variables, no solo es relevante considerar aspectos estructurales, tales como el aseguramiento de la cobertura, acceso y calidad, sino que, además, variables psicológicas como las creencias positivas y negativas que poseen los usuarios sobre los sistemas de salud, ya que se ha demostrado que las creencias pueden facilitar o inhibir las conductas de cuidado de la salud. Por consiguiente, los sistemas de salud se transforman en estructuras complejas compuestas por relaciones multivariadas entre factores socio-estructurales, culturales y psicológicos (Salinas-Oñate et al., 2022; Subsecretaría de Salud Pública, 2022).

El sistema de salud en Chile está conformado por una red de prestadores públicos y privados bajo la rectoría del Ministerio de Salud¹ que se caracteriza por presentar un acceso diferenciado según jerarquías socioeconómicas. Específicamente, el sector público mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA) asegura a cerca del 80 % de la población y el sector privado por medio de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) al 17 % (Aguilera et al., 2019). El sistema público atiende a la mayoría de la población residente en Chile, acogiendo usualmente a individuos de menor nivel socioeconómico, mientras que aquellos que poseen un mayor nivel socioeconómico acceden al sistema privado. Este último sistema funciona como un seguro de salud en el que se contratan primas acordes con coberturas y riesgos según cada usuario y que se financia por medio de cotizaciones, aranceles y copagos, mientras que el sistema público es financiado con recursos del Estado y cotizaciones (Becerril-Montepío et al., 2011).

Este sistema estratificado estimula la reproducción de inequidades sociales que caracterizan a Latinoamérica (Cardona et al., 2013; Goic, 2015; Latino barómetro, 2020). Se observa una disparidad social significativa en las diferencias de recursos disponibles entre el sistema público y privado de salud, por ejemplo, en infraestructura, tecnología y profesionales, los que frecuentemente poseen mayor disponibilidad y eficiencia en el sistema privado (Artaza-Barrios & Méndez, 2020; Goic, 2015). Además, el sistema público en comparación con el sistema privado suele recibir evaluaciones más negativas por parte de los usuarios (Aravena & Inostroza, 2015; Pezoa, 2011). Estas evaluaciones se basan en creencias negativas, como la percepción de negligencia, discriminación e ineficacia, lo que se asocia con largos tiempos de espe-

1. Un sector especial para las Fuerzas Armadas, Orden y Seguridad asegura a la población que no está afiliada en FONASA o ISAPRES.

ra, burocracia, atenciones breves, falta de gestión y déficit constante de recursos. Por otro lado, los usuarios del sistema público tienden a valorar excesivamente el sistema privado, creyendo que el pago garantiza una atención de calidad y la posibilidad de exigir un mejor servicio (Baeza-Rivera et al., 2020).

Las evaluaciones basadas en creencias sobre los sistemas de salud son especialmente relevantes para usuarios con características étnicas y socioeconómicas diversas, ya que expresan distintas creencias en función de la variabilidad sociodemográfica. Existen limitadas investigaciones respecto de cómo el nivel socioeconómico, así como también la pertenencia a un grupo indígena se relacionan con las creencias que se tienen sobre los sistemas de salud. Específicamente, las personas de niveles socioeconómicos bajos y con pertenencia a grupos indígenas poseen creencias más negativas (Baeza-Rivera et al., 2016, 2020; Bernheim et al., 2008; Fiscala et al., 1998), asociándose con experiencias negativas en salud (erg., discriminación) y discontinuación de los tratamientos (erg., postergación de las consultas) (Ortiz et al., 2016).

Las creencias se conceptualizan como representaciones socialmente compartidas de las expectativas sobre un sujeto u objeto (Baeza-Rivera et al., 2018). Las creencias son consideradas variables relevantes, ya que pueden facilitar o inhibir conductas en salud (Baeza-Rivera et al., 2021; Fasear et al., 2009; Salinas-Oñate et al., 2019). Asimismo, además de relacionarse con las evaluaciones del sistema de salud basadas en la experiencia individual o colectiva, las creencias están vinculadas a las expectativas de comportamiento hacia los profesionales de la salud (Baeza-Rivera et al., 2019). Por esta razón, las creencias son especialmente relevantes, ya que pueden afectar las estrategias de promoción, prevención y adherencia terapéutica, e influir indirectamente en el estado de salud de la población (Baeza-Rivera, Salinas-Oñate, et al., 2022; Betancourt et al., 2011; Juárez-García et al., 2022). En este sentido, se ha informado que las creencias positivas se asocian con un mayor cuidado de la salud, percepción de beneficios y adherencia a las indicaciones médicas, así como una menor percepción de barreras. Por el contrario, las creencias negativas se han asociado con la disminución de las conductas en salud (Fava et al., 2013; Ortiz et al., 2016; Pascoe & Smart Richman, 2009).

Actualmente, existe escasa evidencia científica sobre las creencias de las personas que reciben atención en el sector público y privado de la salud tanto en Chile como en Latinoamérica. Esta falta de información dificulta el fortalecimiento de la gestión y calidad de ambos sistemas. Dado este contexto, el objetivo de este estudio es evaluar las creencias de los usuarios en relación al sistema de salud público versus privado en Chile, considerando factores como la etnia, el nivel socioeconómico y la afiliación sanitaria.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 337 usuarios que se atienden en el sistema público o privado de salud de Chile. La edad promedio fue de 31 años (DE = 7,46 años). El 85 % declaró pertenecer al sexo femenino, un 57 % estuvo afiliado en el sistema público de salud, mientras que el 68 % se identificó como no indígena. Una descripción detallada de la muestra se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	Porcentaje
Sexo	
Mujer	85%
Hombre	15%
Sistema de salud	
Público	57%
Privado	43%
Etnia	
No indígena	68%
Indígena (Mapuche)	32%
Estado civil	
Casada/o	44%
Soltera/o	34%
Conviviendo	22%
Nivel educacional	
Básica completa o incompleta	10%
Media completa o incompleta	34%
Universitaria	47%
Posgrado	9%
Ingreso mensual	
Inferior a \$500.000	64%
\$501.000 - \$1.000.000	21%
\$1.000.001 - \$1.500.000	10%
Sobre \$1.500.000	5%

Nivel Socioeconómico	
Bajo	39%
Medio	50%
Alto	11%

Instrumentos

Los instrumentos empleados se crearon siguiendo un enfoque bottom-up. Esto implicó la realización de entrevistas a usuarios de servicios de salud mediante un muestreo estratificado, con el objetivo de garantizar la representatividad de personas con diversas características sociodemográficas. De esta manera, se identificaron las creencias que estas personas tenían sobre los respectivos sistemas. Posteriormente, se seleccionaron las respuestas más frecuentes para la creación de ítems. Para obtener más detalles, se puede consultar el trabajo de Baeza-Rivera et al. (2016).

Escala de creencias sobre el sistema público de salud. Es una escala *ad-hoc* de 13 ítems, que evalúa creencias de las personas respecto del sistema de salud público. El formato de respuesta (e.g., “*en el sistema de salud público el trato es distante*”) es de tipo Likert de cinco opciones (1 = *muy en desacuerdo* hasta 5 = *muy de acuerdo*). En este estudio se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para establecer la estructura de la escala. Los resultados revelaron una estructura bifactorial: subescala de creencias positivas (ocho ítems, $\alpha = 0,81$) y subescala de creencias negativas (cinco ítems, $\alpha = 0,71$) sobre el sistema de salud público. Una descripción detalla se encuentra en la Tabla 2.

Escala de creencias sobre el sistema privado de salud. Es una escala *ad-hoc* de 13 ítems, que examina creencias de las personas respecto del sistema de salud privado. El formato de respuesta (e.g., “*en el sistema de salud privado el personal atiende enojado*”) es de tipo Likert de cinco opciones (1 = *muy en desacuerdo* hasta 5 = *muy de acuerdo*). Al igual que en la escala previa, se evaluó exploratoriamente su estructura. Los resultados revelaron una estructura bifactorial: subescala de creencias positivas (ocho ítems, $\alpha = 0,82$) y subescala de creencias negativas privado (cinco ítems, $\alpha = 0,68$) sobre el sistema de salud. Una descripción detalla se encuentra en la Tabla 3.

Además, los participantes respondieron un cuestionario con las variables sociodemográficas de la Tabla 1.

Procedimiento de recolección de datos

Los participantes fueron contactados a través de Centros de Salud de la ciudad de Temuco de la Región de La Araucanía en Chile, previa autorización del Departamento de Salud Municipal de Temuco. Este estudio cumple los lineamientos éticos de la Declaración de Singapur sobre la integridad de la investigación y fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Araucanía Sur (Res. N.º 1179). Los participantes firmaron un consentimiento informado que explicitaba el objetivo del estudio y en qué consistía su participación. Se aseguró el anonimato y cumplimiento de los resguardos éticos. Finalmente, los participantes recibieron una retribución económica (USD 8), por la cual firmaron un recibo simple. La duración aproximada en completar el cuestionario fue de 20 minutos.

Análisis de datos

Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS 25. Se realizaron análisis descriptivos con el fin de caracterizar la muestra. Luego, se realizaron AFEs para evaluar la estructura de cada una de las escalas utilizadas, y así evaluar la posibilidad de promediar los ítems. A continuación, fue evaluada la consistencia interna de las escalas por medio del Alpha de Cronbach. Por último, se correlacionaron los factores resultantes de ambas escalas con el coeficiente de correlación de Spearman.

Finalmente, se ejecutó una prueba *t* de *Student* de muestras relacionadas para comparar las medias de las creencias positivas y negativas entre ambos sistemas. Además, se realizaron pruebas *t* de *Student* para muestras independientes para comparar las medias en las escalas de acuerdo al sistema de afiliación (público y privado) y su pertenencia étnica (no indígena e indígena mapuche). En el caso de las medias según el nivel socioeconómico (alto, medio y bajo), se aplicó una prueba de Análisis de Varianza. Adicionalmente, se ejecutó una prueba post hoc de Tukey para identificar las diferencias significativas en el subconjunto de grupos por nivel socioeconómico.

Resultados

Las estructuras factoriales de las escalas de creencias sobre el sistema público y privado de salud, así como confiabilidades, medias y desviaciones estándar de los ítems se pueden encontrar en la Tabla 2 y 3, respectivamente.

Tabla 2.*Estructura Factorial de la Creencias sobre Sistema Público de Salud.*

Ítem	Factor 1	Factor 2	M(DE)
En el sistema de salud público dedican poco tiempo a los usuarios	0,80		3,54(1,19)
En el sistema de salud público el trato es distante	0,78		3,18(1,16)
En el sistema de salud público el personal atiende estresado	0,78		3,35(1,08)
En el sistema de salud público el personal atiende enojado	0,75		3,16(1,09)
En el sistema de salud público se pierde mucho tiempo haciendo trámites	0,65		3,89(1,13)
En el sistema de salud público hay que esperar mucho para obtener una hora	0,54		3,90(1,34)
En el sistema de salud público no cuenta con los elementos necesarios para atender a sus usuarios	0,51		3,47(1,18)
En el sistema de salud público no tiene el personal para la cantidad de personas que atiende	0,48		
El sistema de salud público genera confianza		0,67	2,98(1,01)
En el sistema de salud público se respeta la privacidad del usuario		0,67	3,35(1,03)
El sistema de salud público posee buenas condiciones de aseo y limpieza		0,63	2,96(1,03)
En el sistema de salud público el personal entrega un buen trato a sus usuarios		0,60	3,17(0,98)
En el sistema de salud público la infraestructura es buena		0,57	3,12(1,06)
Varianza explicada	29,5%	19,3%	
α de Cronbach	0,817	0,718	

Tabla 3.

Estructura Factorial de la Creencias sobre Sistema Privado de Salud.

Ítem	Factor 1	Factor 2	M(DE)
En el sistema privado el personal atiende estresado.	0,85		2,49(0,99)
En el sistema privado el trato es distante.	0,85		2,72(1,11)
En el sistema privado dedican poco tiempo a sus usuarios.	0,79		2,70(1,15)
En el sistema privado el personal atiende enojado.	0,75		2,31(0,95)
En el sistema privado no cuenta con los elementos necesarios para atender a sus usuarios.	0,63		2,42(1,00)
En el sistema privado la información sobre los costos es poco transparente.	0,59		3,09(1,12)
El sistema privado paga bajos sueldos a sus funcionarios.	0,54		2,82(0,98)
En el sistema privado hay que esperar mucho para obtener una hora.	0,40		2,96(1,15)
En el sistema privado funciona de manera ordenada.		0,85	3,70(0,88)
El sistema privado genera confianza.		0,78	3,86(0,84)
En el sistema privado el personal entrega buen trato a sus usuarios.		0,68	3,84(0,84)
En el sistema privado existe disponibilidad de horas de atención.		0,63	3,11(1,12)
En el sistema privado la infraestructura (edificio, salas, equipos, etc.) es buena.		0,62	4,09(0,77)
Varianza Explicada	31,9%	21,8%	
α de Cronbach	0,820	0,680	

Los resultados descriptivos de las dimensiones de ambas escalas señalaron que, la media de las creencias negativas sobre el sistema público de salud fue de 3,55 ($DE = 0,75$), mientras que la de las creencias positivas fue de 3,11 ($DE = 0,70$). La media de las creencias negativas sobre el sistema privado fue de 2,68 ($DE = 0,66$) y la media de las creencias positivas un 3,71 ($DE = 0,61$). Un análisis de comparación de medias demostró que las personas tienden a tener creencias más negativas sobre el sistema público de salud en comparación con el sistema privado ($t = 14,88$, $gl = 304$, $p < 0,001$), así como creencias más positivas sobre el sistema privado de salud que del sistema público ($t = -12,78$, $gl = 304$, $p < 0,001$). Adicionalmente, se encontraron correlaciones inversas entre las creencias positivas y negativas del sistema público de salud ($r = -0,354$, $p < 001$), así como entre las creencias positivas y negativas del sistema privado de salud ($r = -0,469$, $p < 001$). Esto quiere decir que, para ambos sistemas, a medida que se poseen más creencias positivas, se observaron menores creencias negativas.

No obstante, no se encontraron correlaciones significativas entre las creencias positivas y negativas del sistema público, con las creencias positivas y negativas del sistema privado de salud. Los coeficientes de correlación se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4.

Matriz de correlaciones entre factores de ambas escalas.

	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) Creencias negativas sobre el sistema público				
(2) Creencias positivas sobre el sistema público	-0,354**			
(3) Creencias negativas sobre el sistema privado	-0,023	0,014		
(4) Creencias positivas sobre el sistema privado	0,064	0,098	-0,469**	

Nota. ** $p < 001$.

A partir de lo anterior, se realizaron análisis de comparación de medias. La primera comparación fue según la afiliación sanitaria. Al respecto, se encontraron diferencias significativas entre los usuarios que se atienden en el sector público y privado en cuanto a las creencias positivas del sistema público ($t = 5,805$, $gl = 315$, $p < 0,001$), de manera que quienes se atienden en el sistema público ($M = 3,29$, $DE = 0,68$) poseen creencias más positivas que aquellos que se atienden en el sistema privado ($M = 2,84$, $DE = 0,67$). Asimismo, se observaron diferencias en cuanto a las creencias negativas del mismo sistema ($t = -4,714$, $gl = 315$, $p < 0,001$), los resultados evidencian que las personas que se encuentran afiliadas al sistema privado ($M = 3,79$, $DE = 0,59$), poseen más creencias negativas que las afiliadas en el sistema público ($M = 3,39$, $DE = 0,81$).

Del mismo modo, se encontraron diferencias significativas entre los distintos sistemas de salud para las creencias positivas del sistema privado de salud ($t = -2,455$, $gl = 315$, $p < 0,001$). De esta manera, los usuarios del sistema privado tienen más creencias positivas ($M = 3,81$, $DE = 0,57$) que aquellos del sistema público ($M = 3,65$, $DE = 0,63$). Respecto de las creencias negativas, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = 3,133$, $gl = 315$, $p < 0,001$), de manera que las personas del sistema público ($M = 2,78$, $DE = 0,66$) tienen más creencias negativas que las del sistema privado ($M = 2,55$, $DE = 0,64$). Una descripción más detallada referente a estas diferencias se puede encontrar en la Tabla 5.

Tabla 5.

Estadísticos descriptivos de las escalas, análisis de comparación de medias y prueba de Tukey.

Variables	Sistema de salud público		Sistema de salud privado	
	Creencias negativas <i>M (DE)</i>	Creencias positivas <i>M (DE)</i>	Creencias negativas <i>M (DE)</i>	Creencias positivas <i>M (DE)</i>
Tipo de usuario	$t(315) = -4,714^{**}$, $d = 0,540$	$t(315) = 5,805^{**}$, $d = 0,665$	$t(315) = 3,133^{**}$, $d = 0,356$	$t(315) = -2,455^{**}$, $d = 0,279$
Público ($n = 190$)	3,394 (0,819)	3,293 (0,681)	2,784 (0,669)	3,654 (0,636)
Privado ($n = 127$)	3,791 (0,590)	2,842 (0,671)	2,550 (0,641)	3,815 (0,576)
Etnia	$t(318) = -3,316^{**}$, $d = 0,392$	$t(318) = 3,047^{**}$, $d = 0,360$	$t(314) = 0,427$	$t(314) = -0,810$
Mapuche ($n = 108$)	3,362 (0,786)	3,288 (0,726)	2,707 (0,706)	3,676 (0,620)
No Mapuche ($n = 212$)	3,653 (0,718)	3,035 (0,688)	2,673 (0,637)	3,736 (0,606)
Nivel socioeconómico	$F(2,179) = 6,243^*$, $d = 0,500$	$F(2,179) = 5,003^*$, $d = 0,449$	$F(2,179) = 1,674$	$F(2,179) = 3,403^*$, $d = 0,392$
Bajo ($n = 21$)	3,136 (0,946) ^a	3,441 (0,822) ^a	2,672 (0,881)	3,423 (0,990) ^a
Medio ($n = 90$)	3,504 (0,783)	3,110 (0,696)	2,743 (0,644)	3,770 (0,495)
Alto ($n = 71$)	3,761 (0,615) ^b	2,909 (0,661) ^b	2,544 (0,676)	3,823 (0,635) ^b

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$. Superíndices distintos indican diferencias estadísticamente significativas en prueba post hoc.

La segunda comparación fue según la pertenencia étnica. Los resultados de la Tabla 5 demostraron que sólo existieron diferencias significativas entre usuarios indígenas (i.e., mapuche) y no indígenas para las creencias positivas del sistema público ($t = 3,047$, $gl = 318$, $p < 0,001$) y negativas del sistema público ($t = -3,316$, $gl = 318$, $p < 0,001$). Los usuarios indígenas mapuches poseen creencias más positivas ($M = 3,28$, $DE = 0,72$) que los usuarios no mapuches ($M = 3,03$, $DE = 0,68$). Respecto de las creencias negativas, las diferencias indican que los usuarios no mapuches ($M = 3,65$, $DE = 0,71$) tienen más creencias negativas que los usuarios indígenas ($M = 3,36$, $DE = 0,78$).

Finalmente, se comparó según el nivel socioeconómico, observándose diferencias significativas para las creencias negativas del sistema de salud público ($F = 6,243$; $gl = 2, 179$; $p < 0,05$), las creencias positivas del sistema de salud público ($F = 5,003$; $gl = 2, 179$; $p < 0,05$) y las creencias positivas del sistema de salud privado ($F = 3,403$; $gl = 2, 179$; $p < 0,05$). Específicamente, las diferencias fueron encontradas entre el nivel socioeconómico bajo y alto para los tres tipos de creencias. Las personas de nivel so-

cioeconómico alto poseen más creencias negativas sobre el sistema de salud público y creencias positivas del privado, y menos creencias positivas del sistema de salud público que aquellos de nivel socioeconómico bajo. Una descripción más detallada de estos resultados se encuentra en la Tabla 5.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo evaluar las creencias que tienen los usuarios respecto del sistema de salud público versus privado en Chile, considerando la etnia, nivel socioeconómico y afiliación sanitaria.

Al igual que estudios descriptivos previos, se encontró que la población general posee creencias más negativas sobre el sistema público de salud y creencias más positivas sobre el sistema privado. Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores que señalan que en el sistema público de salud se perciben atenciones breves, trato distante y profesionales con síntomas de estrés; mientras que en el sistema privado se reporta un funcionamiento ordenado, buen trato y profesionales de confianza (Aravena & Inostroza, 2015; Baeza-Rivera et al., 2020; Pezoa, 2011). Además, se observó una correlación inversa entre las creencias positivas y negativas de los usuarios respecto a cada uno de los sistemas. Estas creencias son independientes de las creencias relacionadas con el otro sistema de salud.

Respecto a las creencias de los usuarios del sector público y privado de la salud, se observó que las personas poseen creencias más positivas sobre el sistema al cual están afiliadas, y creencias más negativas del sistema del cual no son usuarios. Estos resultados pueden estar influenciados por evaluaciones basadas en la experiencia individual o colectiva de los usuarios, quienes ponderan de manera diferenciada elementos específicos al evaluar cada sistema de salud. Por ejemplo, los usuarios del sistema público valoran el copago cero, mientras que los del sistema privado consideran la amplitud de cobertura para consultas médicas (Valenzuela & Pezoa, 2015). Además, estos resultados pueden estar relacionados con estereotipos sobre ambos sistemas, como la creencia de que el sistema público de salud es negligente y la percepción de que el sistema privado ofrece atención de calidad por el hecho de pagar, sin tener en cuenta las experiencias que fundamentan estas creencias (Baeza-Rivera et al., 2020).

Respecto a la pertenencia a un grupo étnico, se encontró que, aunque las creencias sobre los sistemas de salud tienden a ser más negativas en estos grupos (Baeza-Rivera et al., 2016, 2020), las personas no indígenas tienen creencias más negativas sobre el sistema público de salud, mientras que las personas indígenas tienen creencias más positivas sobre ese mismo sistema. Una posible explicación radica en que las personas indígenas (e.g., Mapuches), están sobrerrepresentadas en los niveles socioeconómicos más bajos, los cuales generalmente están afiliados al sistema público, mientras que las personas no indígenas presentan una mayor variabilidad de afiliación en am-

bos sistemas (Baeza-Rivera et al., 2020). Se encontró una correlación inversa significativa entre el origen étnico y el nivel socioeconómico ($r = -0.475, p < 0.01$). Por lo tanto, es probable que la explicación tenga fundamentos similares a los mencionados en la comparación anterior, ya que las personas tienden a reportar creencias más positivas sobre el sistema del cual son usuarios y viceversa. En cuanto a las creencias positivas y negativas sobre el sistema privado, no se encontraron diferencias significativas, posiblemente debido al bajo porcentaje de participantes provenientes de la población indígena que están afiliados al sector privado de salud.

Respecto al nivel socioeconómico ocurre algo similar, ya que las personas que tienen más años de educación, mejores trabajos y un mayor ingreso económico, poseen creencias más negativas y menos positivas sobre el sistema público de salud, así como creencias más positivas sobre el sistema privado. Esto podría deberse a que las personas de nivel socioeconómico alto están usualmente afiliadas en el sistema privado de salud (Valenzuela & Pezoa, 2015), por lo que es más probable que presenten creencias positivas sobre el sector privado, y creencias más negativas sobre el sector público. Por otra parte, en relación a las creencias negativas sobre el sistema privado de salud, no se encontraron diferencias significativas, así como tampoco en los niveles socioeconómicos medios, lo que posiblemente se deba a la baja variabilidad socioeconómica de los participantes.

Estos resultados destacan la importancia de considerar las variables sociodemográficas al analizar las creencias sobre los sistemas de salud, a pesar de las creencias generalmente negativas asociadas con el sistema público de salud y las creencias positivas asociadas con el sistema privado (Aravena & Inostroza, 2015; Pezoa, 2011). Esto es relevante debido a que las creencias de cada usuario, en función de sus características sociodemográficas, pueden influir en las conductas relacionadas con la salud (Bernheim et al., 2008; Fassart et al., 2009; Ortiz & Ortega, 2011; Salinas-Oñate et al., 2019). Dado que existen pocas investigaciones sobre este tema en Latinoamérica, estos resultados pueden servir como base para futuros estudios más amplios y para enfocar las políticas públicas en materia de innovación según las necesidades de cada grupo poblacional, ya sea desde la perspectiva de los trabajadores de la salud (Manríquez-Robles, 2022b), usuarios con alta vulnerabilidad social (e.g., migrantes internacionales, adultos emergentes) (Baeza-Rivera, Salazar-Fernández, et al., 2022; Barrera-Herrera et al., 2023), o en atenciones de salud específicas, como en salud mental (Manríquez-Robles, 2021, 2022a). Se sugiere desarrollar enfoques comunicativos que demuestren mejoras en áreas relacionadas con las creencias negativas del sistema público, como reducir el tiempo de espera para obtener citas médicas, y promover creencias positivas sobre el mismo, como el respeto a la privacidad de los usuarios. Esta comprensión resalta la complejidad de las creencias en salud y permite interpretar de manera más pertinente las demandas sociales, considerando los orígenes étnicos y los niveles socioeconómicos (Valenzuela & Pezoa, 2015).

La presente investigación constituye una valiosa contribución a la comprensión de las creencias sobre el sistema público y privado de salud. Considerando que estas creencias, son socialmente compartidas, es de gran relevancia identificar los prejuicios y estereotipos que existen sobre uno u otro sistema, incluso sin hacer uso de él, más aún considerando la normativa respecto del acceso a las atenciones y derechos y deberes de los pacientes. Por lo tanto, identificar estos elementos es de gran relevancia para la mejora de los sistemas. A pesar de lo anterior, la lectura de los resultados debe considerar las diferencias estructurales de ambos sistemas, en cuanto a forma de financiamiento y cantidad de población a la que albergan.

A pesar, de los aportes de este estudio, existen ciertas limitaciones, una de ellas tiene relación con la naturaleza transversal del estudio, así futuras investigaciones deberán considerar abordajes longitudinales para evaluar la estabilidad temporal de las creencias estudiadas. Otra limitación importante se refiere a las características de la muestra, la cual está mayormente compuesta por participantes de género femenino, con niveles socioeconómicos bajos y que no pertenecen a grupos indígenas; por lo tanto, futuras investigaciones deberán buscar muestras más heterogéneas que representen de manera más completa la diversidad de la población usuaria de los sistemas de salud.

La mejora de la calidad de los sistemas de salud es un objetivo central en la reducción de las desigualdades sociales en Latinoamérica. Por tanto, comprender las creencias positivas y negativas que la población tiene sobre los sistemas de salud es fundamental para las estrategias dirigidas hacia la salud de las personas.

Conclusiones

Este estudio logró evaluar las creencias de los usuarios respecto al sistema de salud público versus privado en Chile, considerando variables sociodemográficas como etnia, nivel socioeconómico y afiliación sanitaria. Los resultados revelaron que la población general tiene creencias más negativas sobre el sistema público y creencias más positivas sobre el sistema privado, lo cual coincide con investigaciones previas. Se observó una correlación inversa entre las creencias positivas y negativas hacia cada sistema de salud, y las creencias fueron influenciadas por la experiencia individual, estereotipos y afiliación sanitaria.

Estos hallazgos contribuyen al campo de las ciencias sociales y de la salud al proporcionar una comprensión más profunda de las percepciones y actitudes de los usuarios hacia los sistemas de salud en Chile. Además, destacan la importancia de considerar variables sociodemográficas al analizar las creencias y subrayan la necesidad de abordar las creencias negativas y promover las positivas en relación con el sistema público de salud.

El estudio cumple con su objetivo de evaluar las creencias de los usuarios respecto a los sistemas de salud público y privado en Chile, y proporciona resultados que respaldan investigaciones previas. Estos resultados constituyen una base para futuros estudios más amplios y orientar el diseño de políticas públicas centradas en las necesidades de cada grupo poblacional, con el objetivo de mejorar la calidad de los sistemas de salud y reducir las desigualdades sociales.

Nota

Este estudio es parte de la tesis doctoral de la autora principal, llevada a cabo en la Universidad de La Frontera y financiada parcialmente por de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica N.º 21140104.

Referencias


- Aguilera, X., Castillo, C., Covarrubias, T., Delgado, I., Fuentes, R., Gómez, M., González, C., Hirmas, M., Matute, I., Olea, A., Quiroga, A., Urrejola, O., & Soto, M. (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional (Vol. 2). *Centro de Epidemiología y Políticas de Salud*. Universidad del Desarrollo. <http://hdl.handle.net/11447/2895>.
- Aravena, P., & Inostroza, M. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(2), 244–251. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000200012>.
- Artaza-Barrios, O., & Méndez, C. (2020). Crisis social y política en Chile: La demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>.
- Baeza-Rivera, M. J., Betancourt, H., Salinas-Oñate, N., & Ortiz, M. (2019). Creencias culturales sobre los médicos y percepción de discriminación: El impacto en la continuidad de la atención. *Revista Médica de Chile*, 147(2), 161–167. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000200161>.
- Baeza-Rivera, M. J., Betancourt, H., Salinas-Oñate, N., Ortiz, M., Marín, O., & Valle, G. (2018). Identificación y medición de creencias culturales sobre los médicos: construcción y validación de un instrumento. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 308–314. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300308>.
- Baeza-Rivera, M. J., Salazar-Fernández, C., Araneda-Leal, L., & Manríquez-Robles, D. (2021). To get vaccinated or not? Social psychological factors associated with vaccination intent for COVID-19. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 15, 183449092110517. <https://doi.org/10.1177/18344909211051799>.


- Baeza-Rivera, M. J., Salazar-Fernández, C., Manríquez-Robles, D., Salinas-Oñate, N., & Smith-Castro, V. (2022). Acculturative Stress, Perceived Social Support, and Mental Health: The Mediating Effect of Negative Emotions Associated with Discrimination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16522. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416522>.
- Baeza-Rivera, M. J., Salinas-Oñate, N., Escandón-Nagel, N., & Caamaño Mardones, E. (2020). Validación de la Escala de Reacciones ante Experiencias de Trato Desigual en Salud. *Revista Ciencias de La Salud*, 18(3). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9798>.
- Baeza-Rivera, M. J., Salinas-Oñate, N., Gómez-Pérez, D., Díaz-Loving, R., & Ortiz, M. (2022). Model to Predict Healthcare Behaviors: Comparison of a Chilean and Mexican Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10067. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610067>.
- Baeza-Rivera, M. J., Valle, G., Espinosa, D., Guarderas, M. J., Moreno, A., Salinas-Oñate, N., & Betancourt, H. (2016). Creencias culturales sobre el sistema de salud y proveedores de la salud. Una aproximación cualitativa. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 32(2), 1–17.
- Barrera-Herrera, A., Baeza-Rivera, M. J., Salazar-Fernández, C., & Manríquez-Robles, D. (2023). Analysis of the Mental and Physical Health Symptomatology Scale in a Sample of Emerging and Migrant Adults in Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4684. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064684>.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s32–s42.
- Bernheim, S. M., Ross, J. S., Krumholz, H. M., & Bradley, E. H. (2008). Influence of Patients' Socioeconomic Status on Clinical Management Decisions: A Qualitative Study. *The Annals of Family Medicine*, 6(1), 53–59. <https://doi.org/10.1370/afm.749>.
- Betancourt, H., Flynn, P. M., & Ormseth, S. R. (2011). Healthcare Mistreatment and Continuity of Cancer Screening Among Latino and Anglo American Women in Southern California. *Women & Health*, 51(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.541853>.
- Cardona, D., Acosta, L. D., & Bertone, C. L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 292–297. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>.

- de Savigny, D., & Adam, T. (2009). Systems thinking for health systems strengthening: An introduction. In D. de Savigny & T. Adam (Eds.), *Systems thinking for health systems strengthening* (pp. 27–35). Alliance for Health Policy & World Health Organization. <https://www.who.int/publications>.
- Fassaert, T., Hesselink, A., & Verhoeff, A. (2009). Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*, 9(1), 332. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-332>.
- Fava, S., Zago, M., Nogueira, M., & Dazio, E. (2013). The experience of the illness and of the treatment for the person with systemic arterial hypertension: an ethnographic study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1022–1029. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500003>.
- Fiscella, K., Franks, P., & Clancy, C. M. (1998). Skepticism Toward Medical Care and Health Care Utilization. *Medical Care*, 36(2), 180–189. <https://doi.org/10.1097/00005650-199802000-00007>.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 774–786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>.
- Juárez-García, D. M., Téllez-Ramos, M. A., & Téllez, A. (2022). Escala del modelo de creencias de salud en español para el cáncer y la autoexploración testicular. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.38>.
- Latinobarómetro. (2020). *Informe Latinobarómetro Chile 1995–2020*. <https://www.latinobarometro.org>.
- Manríquez-Robles, D. (2021). El derecho a la salud mental en la nueva constitución: una discusión inmediata. In C. Quiroz & C. Carrasco (Eds.), *Nueva Constitución: Una propuesta desde La Araucanía* (1st ed., pp. 237–245). Ediciones UC Temuco.
- Manríquez-Robles, D. (2022a). Los desafíos en la cobertura, acceso y calidad de la atención en salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(2), 257–258.
- Manríquez-Robles, D. (2022b). Los desafíos en la salud mental de los trabajadores de la salud durante y post pandemia SARS-CoV-2. *Revista Chilena de Salud Pública*, 26(1), 112–113.
- Ortiz, G., & Ortega, É. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21(1). <https://doi.org/10.25009/pys.v21i1.590>.
- Ortiz, M. S., Baeza-Rivera, M. J., Salinas-Oñate, N., Flynn, P., & Betancourt, H. (2016). Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Revista Médica de Chile*, 144(10), 1270–1276. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001000006>.

- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>.
- Pezoa, M. (2011). *Estudio Opinión Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma 2011*. <https://www.supersalud.gob.cl/>.
- Salinas-Oñate, N., Baeza-Rivera, M. J., Mellor, D., & Ossa, X. (2019). Beliefs about psychotherapy among adults in La Araucanía, Chile. *Revista de Psicología*, 28(1). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.53827>.
- Salinas-Oñate, N., Betancourt, H., Flynn, P., Baeza-Rivera, M. J., & Ortiz, M. (2022). *Investigating psychological service utilization employing an integrative sociostructural, cultural, and behavioral framework*. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/pro0000465>.
- Subsecretaría de Salud Pública. (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. <https://www.minsal.cl/>.
- Valenzuela, P., & Pezoa, M. (2015). *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud*. <https://www.supersalud.gob.cl/>.

Sobre los autores

MARÍA JOSÉ BAEZA-RIVERA es Psicóloga egresada en el año 2009 por la Universidad de La Frontera, Chile. Doctora en Psicología de la Universidad de La Frontera (2015). Realizó una estancia postdoctoral en la Universidad Nacional Autónoma de México con el Dr. Rolando Díaz Loving. Actualmente, se desempeña como Académica del Departamento de Psicología en la Universidad Católica de Temuco. Tiene diversas publicaciones en revistas indexadas en Scopus y Web of Science. Ha participado en proyectos FONDECYT y FONIS. Dirige el laboratorio Interacciones, Cultura y Salud (INCUS-Lab). Correo Electrónico: Maria.baeza@uct.cl.  <https://orcid.org/0000-0001-7763-0148>


NATALIA SALINAS-OÑATE es Psicóloga, Magíster y Doctora en Psicología. Es profesora Asistente en el Departamento de Psicología de la Universidad de La Frontera (UFRO), Profesora de Claustro del Programa de Doctorado en Psicología y Directora del Laboratorio de Cultura y Comportamiento, que investiga el vínculo entre la cultura y distintas conductas en salud. Es miembro de la Sociedad Científica de Psicología de Chile, del Instituto Milenio para la Investigación de la Depresión y la Personalidad-MIDAP y de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada. Su investigación se enfoca en la comprensión de los factores relacionados con la utilización de servicios de salud mental en poblaciones culturalmente diversas, la relación entre cultura y salud mental, el estigma de salud mental y la alfabetización en salud mental. Correo Electrónico: natalia.salinas@ufrontera.cl.  <https://orcid.org/0000-0001-6451-4965>

CAMILA SALAZAR-FERNÁNDEZ es Psicóloga y Magister en Psicología Social con mención en Metodología de la Investigación Social, egresada en el año 2010 de la Universidad de Talca, Chile. Doctora en Psicología por la Universidad de La Frontera, Chile (2020). Actualmente, se desempeña como Académica del Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera. Se ha desempeñado realizando cursos asociados a metodología de la investigación, análisis estadístico y psicología social en pregrado y posgrado. Tiene diversas publicaciones en revistas indexadas en Scopus y Web of Science. Ha participado en proyectos FONDECYT y ANID-COVID. Dirige el laboratorio Interacciones, Cultura y Salud (INCUS-Lab). Correo Electrónico: camila.salazar@ufrontera.cl.

 <https://orcid.org/0000-0002-5797-8291>

DIEGO MANRÍQUEZ-ROBLES es Psicólogo de la Universidad Católica de Temuco. Actualmente, cursa el Magíster en Psicología en la Universidad de La Frontera. Es Becario de Magíster Nacional de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) y Becario Fulbright Chile para estudios de PhD. Se desempeña como Asistente de Investigación en líneas asociadas a la psicología social, psicología de la salud y salud pública. Tiene diversas publicaciones en revistas indexadas en Scopus y Web of Science, así como experiencia en proyectos FONDECYT. Correo Electrónico: dmanriquezrobles@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-6394-7854>

MANUEL S. ORTIZ es Psicólogo por la Universidad de Concepción. Magister en Psicología Social-Comunitaria por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctor (Ph.D.) en Psicología de la Salud por la Universidad de California Los Angeles (UCLA). FULBRIGHT Fellow. Vice-Decano Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Profesor Asociado. Actualmente se desempeña como Director del Programa de Doctorado en Psicología y del Laboratorio de Estrés y Salud de la Universidad de La Frontera. Past-President de la Sociedad Científica de Psicología de Chile. Ex-Director Grupo de Estudio de Psicología FONDECYT de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID). Integrante Grupo Psicología de la Comisión Nacional de Acreditación de Chile (CNA-Chile). Integrante Comité de Expertos Clínicos Ley Ricarte Soto 20850, Ministerio de Salud de Chile. Especialista en enfermedades crónicas, estrés psicológico y obesidad. Experto en Investigación cuantitativa y métodos multivariados de análisis de datos. Investigador FONDECYT & FONIS. Correo Electrónico: manuel.ortiz@ufrontera.cl. 

<https://orcid.org/0000-0002-7749-0699>

CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

EDITOR

Matthias Gloël

COORDINADOR EDITORIAL

Víctor Navarrete Acuña

CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Mabel Zapata

SITIO WEB

cuhso.uct.cl

E-MAIL

cuhso@uct.cl

LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Trabajo sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0)