



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Ciencias Sociales-Programa de Magister en Investigación Social y Desarrollo

**Inequidad en el Acceso a Salud en los Servicios de Salud:  
Estudio Multifactorial basado en la Encuesta CASEN del año  
2013**

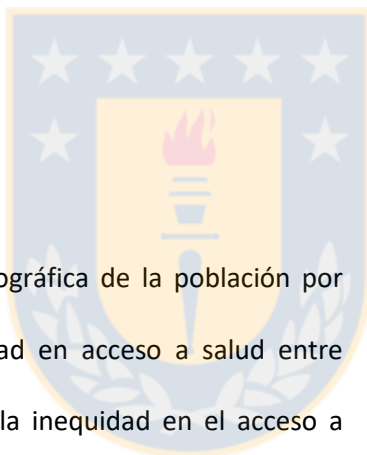
Tesis para optar al grado de Magister en Investigación Social y  
Desarrollo

SIMI DEL CARMEN JIMENEZ CARRASCO  
CONCEPCIÓN-CHILE  
2016

Profesor Guía: Omar Alexandre Barriga  
Dpto. de Sociología y Antropología, Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Concepción

## Tabla de Contenidos

	Nº PAG
Lista de tablas .....	iii
Lista de gráficos .....	iv
Resumen .....	v
Abstract .....	vi
1. Introducción .....	01
2. Problema de investigación .....	02
3. Marco de referencia .....	07
3.1 Desigualdad social en la teoría sociológica .....	07
3.2 Equidad en el acceso a salud .....	09
4. Objetivos .....	11
5. Hipótesis .....	11
6. Método .....	12
6.1 Diseño muestral .....	12
6.2 Procedimiento de análisis .....	12
7. Resultados .....	15
7.1 Caracterización sociodemográfica de la población por Servicio de Salud .....	15
7.2 Caracterización desigualdad en acceso a salud entre Servicio de Salud .....	28
7.3 Análisis multifactorial de la inequidad en el acceso a salud en los Servicio de Salud .....	35
8. Discusión .....	49
8.1 Necesidad de considerar condiciones demográficas y culturales de la población en la gestión de salud .....	49
8.2 Desigualdad social y salud .....	51
8.3. Inequidad en el acceso a salud .....	51
9. Conclusiones .....	53
Referencias .....	56
Anexos .....	58



## Lista de Tablas

	N° PAG
Tabla N° 1 Población comunal por Servicio de Salud (SS) .....	15
Tabla N° 2 Proporción población según SS y sexo .....	16
Tabla N° 3 Estimación promedio de edad de la población comunal asociada a SS .....	17
Tabla N° 4 Proporción población por tramos de edad según SS .....	18
Tabla N° 5 Distribución porcentual población según pertenencia étnica por SS .....	20
Tabla N° 6 Distribución porcentual población según quintil de ingreso Autónomo por SS .....	21
Tabla N° 7 Población según condición pobreza Nueva Metodología Ingresos (Mn) por SS .....	22
Tabla N° 8 Población según condición Pobreza Multidimensional (Mlt) por SS .....	25
Tabla N° 9 Porcentaje población pobre Nueva Metodología Ingresos (Mn) y Multidimensional (Mlt) por SS .....	27
Tabla N° 10 Porcentaje población según sistema de previsión en salud por SS .....	28
Tabla N° 11 Proporción población según condición carencia en previsión de salud por SS .....	30
Tabla N° 12 Distribución población posee seguros complementarios de salud por SS .....	31
Tabla N° 13 Distribución población según Carencia en Acceso Atención de Salud por SS .....	32
Tabla N° 14 Proporción población según Necesidades Atendidas por SS .....	34
Tabla N° 15 Resultados Análisis de Correspondencias Múltiples .....	36
Tabla N° 16 Agrupación de Servicios de Salud en Cluster .....	40
Tabla N° 17 Variables desigualdad social por Cluster Servicios de Salud .....	40
Tabla N° 18 Variables demográficas según Cluster Servicios de Salud .....	43
Tabla N° 19 Cluster Servicios de Salud según variables de acceso a Salud .....	45
Tabla N° 20 Estadísticos Análisis de Correspondencias Múltiples .....	58

## Lista de Gráficos

	N° PAG
Gráfico N° 1 Proporción población por tramos de edad según SS	..... 19
Gráfico N° 2 Población según condición de pobreza Mn por Servicio de Salud	..... 24
Gráfico N° 3 Población según condición de Pobreza Multidimensional por SS	..... 26
Gráfico N° 4 Porcentaje población según sistema de previsión en salud por SS	..... 29
Gráfico N° 5 Distribución población según Carencia en Acceso Atención de Salud por SS	..... 33
Gráfico N° 6 Análisis correspondencias múltiples inequidad en acceso a salud en SS	..... 37
Gráfico N° 7 Dendrograma Servicios de Salud según variables acceso a salud y pobreza según ingresos	..... 39
Gráfico N° 8 Promedio de población en cluster salud	..... 41
Gráfico N° 9 Porcentaje población Fonasa en cluster salud	..... 41
Gráfico N° 10 Porcentaje población I quintil ingreso a.n	..... 42
Gráfico N° 11 Porcentaje población V quintil ingreso a.n	..... 42
Gráfico N° 12 Porcentaje población pobreza ingresos m_n	..... 42
Gráfico N° 13 Porcentaje población pobreza multidimensional	..... 42
Gráfico N° 14 Promedio edad población	..... 44
Gráfico N° 15 Porcentaje población menor a 18 años	..... 44
Gráfico N° 16 Porcentaje población mayor a 65 años	..... 44
Gráfico N° 17 Porcentaje población indígena	..... 44
Gráfico N° 18 Porcentaje población carente acceso atención	..... 46
Gráfico N° 19 Porcentaje población carente en previsión	..... 46
Gráfico N° 20 Porcentaje población con necesidades no atendidas	..... 46
Gráfico N° 21 Porcentaje sin seguros complementarios de salud	..... 46
Gráfico N° 22 Análisis de Correspondencias Múltiples Inequidad en Acceso a Salud en Cluster de salud	..... 47

## Resumen

El estudio busca describir la inequidad en el acceso a salud entre los servicios de salud del país, visibilizando posibles estructuras de inequidad a nivel territorial mediante análisis multifactoriales.

Corresponde a un estudio descriptivo de corte cuantitativo, se emplea una estrategia estadística exploratoria en base a Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) y de Cluster con los datos de la Encuesta CASEN del año 2013. La unidad de información del estudio es el servicio de salud. El análisis de la inequidad se hizo empleando los indicadores de acceso a previsión y a prestaciones de salud incluidos en la medida multidimensional de pobreza, incorporada en esta versión de la encuesta Casen; y como indicadores de desigualdad social, se utilizó el quintil de ingreso de la población y la medida de pobreza por ingresos que tiene también una nueva metodología desde el año 2013.

Entre los principales resultados del estudio se destacan diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas y socioculturales de la población que habita las áreas de cobertura de los servicios de salud a lo largo del país, además de importantes niveles de carencia en acceso a atención de salud de acuerdo con los datos estudiados, sin embargo existe poca claridad en la conformación de estructuras de inequidad entre los servicios de salud, lo que se aleja de lo buscado inicialmente. Lo anterior se confirma en los Análisis de Correspondencias Múltiples y de Cluster.

Se concluye que los datos sectoriales de salud, provenientes de la CASEN 2013, no permiten establecer la existencia de inequidad en acceso a salud a nivel de los servicios de salud del país.

**Palabras claves:** Inequidad en salud, acceso a salud, Análisis de Correspondencias Múltiples

## Abstract

**Objective:** the study looks for the description of inequality in the access to health among the health services of the country, visualising possible inequality structures at a territorial level by means of multifactorial analyses.

**Method:** it corresponds to a descriptive study of a quantitative research, an exploratory statistic strategy is applied based on Multiple Correspondence Analyses (MCA) with the 2013 CASEN survey data. The study information unit is the health service. The analysis of the inequality was made using the access indicators to the health system and to the health welfares included in the multidimensional extent of poverty, which was incorporated in this version of the CASEN survey; and as indicators of social inequality, the population entry quintile and the poverty degree by income, which also has a new methodology since 2013, were used.

**Results:** although there are statistically significant differences among the demographic and sociocultural characteristics of the population that live in the coverage areas of the health services along the country, there is lack of clarity in the composition of inequality structures, which escapes from what was searched at the beginning, this is confirmed in the Multiple Correspondence Analyses.

**Conclusions:** the health sectorial data, coming from the 2013 CASEN, do not allow to establish the existence of inequality in the access to health in the level of health services of the country.

**Key Words:** Inequality in health, access to health, Multiple Correspondence Analyses.

## 1. Introducción

La inequidad en el acceso a la salud es un problema de difícil abordaje en Chile, en especial por la importancia que adquiere la variabilidad de las condiciones geográficas y socioculturales a lo largo del país junto con una gestión estatal de tradición centralista. En este caso, interesa explorar la inequidad en el acceso a la salud entre los servicios de salud del país a fin de lograr una visión territorial en el análisis y contribuir con elementos empíricos a la discusión respecto de la efectividad de las políticas de salud pública en el territorio nacional, con toda la diversidad que este presenta. Este es el sentido que tiene la apuesta metodológica del estudio al presentar un análisis multifactorial recogiendo aspectos propios de los procesos de acceso a la salud por un lado y también de las condiciones sociales y culturales de la población que reside en el área de cobertura de los distintos servicios de salud del país.

Para una mejor comprensión del problema de la inequidad en salud resulta útil referirse a dos ejes de análisis, primero se indaga en las principales conceptualizaciones teóricas respecto a la desigualdad como fenómeno social, y luego se aborda el concepto de inequidad en salud a partir del eje de la política pública en salud, mostrando cómo en éste ámbito, en Chile se ha ido consolidando un sistema dual de salud que profundiza la desigualdad social existente, pero por otro lado, se ha desarrollado una creciente preocupación por la equidad en salud, especialmente a partir de la implementación del enfoque de la protección social de la salud, que al menos en el discurso se hace cargo de este problema específicamente.

Desde el punto de vista metodológico el estudio responde a un enfoque cuantitativo empleando una estrategia estadística exploratoria, que permite incorporar múltiples variables de manera simultánea en el análisis; esta estrategia se caracteriza por su flexibilidad, fortaleza fundamental para un diseño de investigación que se orienta a indagar en un área poco conocida como es la inequidad en salud a nivel territorial. Específicamente se emplea un Análisis de Correspondencias Múltiples y análisis de Cluster, los que contribuyen a la identificación de posibles estructuras de desigualdad en el acceso a salud en el territorio; donde se puede reconocer varios conglomerados o grupos de servicios de salud que reuniendo ciertas condiciones de acceso a salud también comparten ciertas variables socioculturales y de desigualdad social; lo que nos lleva a preguntarnos, si las medidas tendientes a resolver el problema de la inequidad en salud llegan a todos los territorios por igual, y por otro lado si afectan a unos grupos sociales más que a otros.

## 2. Problema de Investigación

*Chile es un país con alto grado de segregación (en lo espacial, económico, cultural, étnico, educacional y de acceso a servicios) lo que genera diferencias importantes en las oportunidades que tiene cada persona de un desarrollo saludable y de alcanzar una mejor salud y calidad de vida (MINSAL, 2010, pág. 11).*

Esta afirmación del Ministerio de Salud alude directamente al problema de inequidad en salud, recordemos que el concepto de inequidad en salud ha sido definido como una diferencia injusta en indicadores biomédicos o en los indicadores de acceso a sistemas y/o servicios de salud entre grupos sociales, cuando éstas se consideran evitables y afectan a los sectores sociales más vulnerables. Siguiendo a Arcaya y otros (2015) la distinción clave entre los términos desigualdad e inequidad es que el primero es sencillamente una descripción dimensional que se emplea cada vez que las cantidades son desiguales, mientras que el segundo requiere emitir un juicio moral de que la desigualdad está mal (p. 262).

Volviendo al epígrafe podríamos afirmar que los factores enumerados como fuentes de segregación producen situaciones injustas de salud para distintos grupos sociales a lo largo del país, generando inequidad, pero pese al reconocimiento explícito del problema, encontramos una desalentadora falta de información y se desconoce a cabalidad la forma y profundidad que adquiere territorialmente éste fenómeno, existiendo dificultades para acceder a información relevante que permita caracterizar aspectos de la inequidad referidos tanto a resultados de salud como a los procesos de atención, ya que el problema puede abordarse en relación a los indicadores propiamente biomédicos o bien a los fenómenos de acceso a los sistemas y a la atención salud, que es el aspecto a tratar en el presente estudio.

Una de las dificultades para hacer investigación respecto a equidad en salud a nivel nacional, es que para poder interpretar un resultado de salud como injusto, es decir, para poder establecer si las desigualdades observadas realmente corresponden a una inequidad en salud, no basta con disponer de datos de salud aislados, sino que se debe relacionar las variables de salud con aspectos socioculturales y económicos que permitan diferenciar a los grupos sociales más vulnerables, y como se señaló, tanto los indicadores socio demográficos de la población como los resultados de salud que pueden resultar más interesantes de analizar, no están disponibles a nivel de pequeñas unidades territoriales como las comunas, por ejemplo.

Indicadores como el “gasto de bolsillo en salud” simplemente no se encuentran disponibles para el nivel comunal. Son pocos los estudios académicos que permiten tener una visión comparativa del problema a nivel territorial, lo cual se relaciona con la falta de datos desagregados localmente, la mayoría de los estudios sobre desigualdad e inequidad en salud a nivel nacional se basan en información censal o en el módulo de salud de la encuesta CASEN y la mayoría de éstos trabajos se refieren a las condiciones de inequidad en salud solo en la región Metropolitana.

En cuanto a la forma de determinar el nivel socioeconómico, los estudios sobre inequidad en salud en Chile emplean como variables proxy el tipo de previsión de salud (Fonasa y sus niveles/Isapre) o la red de salud utilizada (pública/privada), que como se sabe resulta ser el reflejo de la profunda desigualdad social existente en el país; otros estudios emplean medidas de pobreza



basadas en el ingreso, como la línea de pobreza e indigencia, e incluso, como en el estudio de Fuenzalida, Cobs & Miranda (2016), se ha tomado la comuna de residencia como dato de identificación del nivel socioeconómico, asumiendo un fenómeno de segregación residencial que es fácil de constatar, en particular para la región metropolitana.

A fin de visualizar la heterogeneidad de las temáticas y los métodos empleados para el estudio del problema en Chile, se mencionan algunos trabajos relevantes, los primeros relacionados más directamente al problema del acceso a la salud y otros que apuntan a resultados en salud.

En el análisis realizado con datos provenientes de la encuesta CASEN para el período 1987-2000 por Mauricio Olavarria (2005) los hallazgos indican que *los pobres siendo más probablemente sanos tienen serias dificultades para acceder a la atención de salud médica o dental cuando la necesitan y, cuando la obtienen, acceden con alguna demora o de manera tardía* (pág. 47).

Trabajos más recientes, posteriores a la reforma sanitaria, permiten ver que la inequidad en el acceso a salud persiste; el estudio de Torche (2009), con un análisis a nivel comunal, aplica lo que se denomina enfoque de riesgo en salud, mediante métodos econométricos para estudiar el efecto de los factores de riesgo en el costo de las prestaciones de salud, en este caso las fuentes de datos para la determinación de los costos fueron la encuesta CASEN del año 2009 y la base de datos del SINIM (sistema nacional de información municipal), que contiene información sobre los costos incurridos por las municipalidades para llevar a cabo dichas prestaciones de salud. *La pregunta crucial en relación con el resultado del estudio es ¿Por qué un mayor porcentaje de pobres en la comuna se podría asociar con una menor utilización de los servicios de atención primaria? Posiblemente porque tienen menos capacidad de acceso que personas de mayor ingreso, más dificultad para movilizarse, más dificultad para obtener hora de atención, menos información sobre las ventajas de la prevención, entre otras* (Torche, 2009, pág. 23).

El estudio longitudinal de Frenz y otros, (2013) se pregunta ¿en qué medida se ha logrado el objetivo de Cobertura Universal con equidad en salud? específicamente estudiando los cambios y diferencias socioeconómicas en el tiempo para la población adulta en tres dimensiones: 1) no adscripción al sistema previsional de salud; 2) necesidad no atendida y 3) pago por la última consulta de especialista y general. Este trabajo basado en datos de la encuesta CASEN entre los años 2000 y 2011 señala que los resultados sugieren cambios favorables en dos dimensiones de Cobertura Universal en Salud estudiadas, adscripción al sistema de salud y necesidad atendida. Respecto al pago directo por consultas recibidas, la situación ha empeorado para personas indigentes de FONASA y es estable para los otros grupos. El hecho que los individuos relativamente pobres de grupos A y B de FONASA con derecho a gratuidad estén pagando, apuntaría a problemas de atención en la red pública que los obliga a hacer desembolsos para consultar prestadores privados (2013, pág. 105).

Delgado y otros (2013) exploran la equidad de acceso en la salud dental en Chile a partir de los resultados de la encuesta Casen 2003, concluyendo que *en la población chilena, se observaron desigualdades sociales en la percepción de necesitar atención, en la solicitud de atención dental y en recibir la atención dental solicitada*. De acuerdo con los autores del estudio *existe una mayor probabilidad de no recibir la atención solicitada en las personas de menor nivel socioeconómico, que pertenecen a alguna etnia indígena, que viven en zona rural y que tienen seguro público de salud*.

En cuanto a la inequidad en resultados de salud, Hugo Sánchez y Cecilia Albala estudiaron la relación entre la segregación socioeconómica territorial y la mortalidad de los adultos en el Gran Santiago, individualizando las comunas y ordenándolas de menor a mayor conforme a los ingresos por hogar con sus respectivas tasas ajustadas de mortalidad general y por sexos. Con la investigación se logró ver que existen diferencias muy notorias de los indicadores de salud dentro de una región del mismo país, observándose bajas tasas de mortalidad de personas de 20 o más años en Vitacura, con 4,4, o Las Condes, con 5,5 y otras tasas mucho más altas, como la de Quilicura con 10,7, Independencia con 9,9 o Huechuraba con 9,1 (Arrau, 2004).

El estudio de Bedregal y otros (2016) respecto a desigualdades en el desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile, permite también hacer un juicio sobre lo injusto de las diferencias que se constatan en los indicadores de los niños atendidos en la red privada y pública de salud, con resultados significativamente más negativos para los últimos, así por ejemplo; el 14,4% del sector privado y el 30,4% de la red pública tenían desarrollo alterado, en las áreas cognitiva (8,8% vs 12,1%), personal-social (13,2% vs 32,5%), motriz (19,2% vs 35,3%) y comunicación (19,0% vs 36,8%).

Fuenzalida, Cobs & Miranda (2016) en su estudio sobre inequidad socioespacial para hospitalizaciones asociadas al material particulado contaminante en niños menores de 5 años residentes en Santiago de Chile, identifican los grupos socioeconómicos (GSE) a partir de las categorías de beneficiarios del sistema de salud, establecieron la existencia de inequidad en los efectos de la contaminación en la salud de los residentes en diferentes municipios de la ciudad de Santiago. De acuerdo con los autores el riesgo de enfermar y requerir cuidados hospitalarios, aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico de los niños.

De este modo, atendiendo a que el problema de inequidad en salud es evidente en el país y habiendo constatado que si bien son pocos los antecedentes disponibles sobre la variabilidad territorial del problema, existen claros indicios de que estas variaciones son importantes; las principales preguntas que se plantea la presente investigación se enfocaron a la forma en que se expresa la inequidad en el acceso a salud a nivel de servicios de salud a lo largo del país.

A partir de dos indicadores de acceso a salud que se desprenden de la Encuesta CASEN 2013 por una parte, y empleando las nuevas medidas de pobreza, que ofrece esta versión de la encuesta, como indicador de la condición social, para establecer el análisis que requiere la determinación de la inequidad propiamente tal; se trató de avanzar en la caracterización del problema a nivel de los servicios de salud del país, mediante procedimientos de análisis multivariados que incluyen ambos tipos de variables. Entre las ventajas que tiene esta propuesta metodológica está el hecho de que, por una parte, a diferencia de trabajos anteriores donde la determinación de la condición social de las personas o familias se hizo sólo en base a una o dos variables económicas, administrativas o geográficas, en este caso se utiliza una mejor medida de la condición social, a partir de la nueva medición de pobreza basada en ingresos y de la medida multidimensional de pobreza que incorpora más de 30 variables, abordando las dimensiones de salud, vivienda, educación, trabajo y seguridad social. Por otro lado, los indicadores de acceso a salud que se emplean, corresponden a subíndices de la dimensión salud de la medida de pobreza multidimensional e incluyen tres o más variables, reflejando de manera más integral este fenómeno.

Por último, se cree que es un aporte graficar las condiciones de inequidad en salud de los servicios de salud en tanto unidades administrativas mínimas del sistema de salud en el territorio.

Estas unidades tienen cierto nivel de homogeneidad en la composición económica, social y cultural de su población y creemos que también reflejan las características de una gestión propia, lo que permite hacer una reflexión respecto a los resultados de la política pública en salud en el territorio, de tal modo que los resultados obtenidos en cuanto a inequidad en el acceso a salud pueden tomarse también como medida de eficacia de la política de protección social en salud que impulsa el Estado de Chile a partir del año 2000 a nivel local.

Recordemos que la Protección Social en Salud fue definida por la OPS como: garantía que la sociedad otorga, por conducto del Sistema de Seguridad Social en Salud y por medio de sus instituciones públicas, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus demandas de salud, al obtener acceso a los servicios de manera adecuada al sistema de salud existente en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo (OPS-OMS, 2009).

Por otra parte, la CEPAL señala que esta política en lo fundamental apunta a fortalecer los mecanismos de solidaridad que permitan dar acceso equitativo a los servicios de salud a toda la población, independientemente del ingreso o de los riesgos individuales. Esto implica mejorar los mecanismos para el acceso y, simultáneamente, ampliar las coberturas a condiciones de salud más complejas, sin perjuicio de efectuar esfuerzos de gestión para reducir los costos de los servicios otorgados. Asimismo, la protección social de la salud (PSS) en su dimensión financiera exige reducir los “gastos de bolsillo” (OPS-OMS, 2009).

Se debe subrayar el hecho de que la política de protección social en salud se ha posicionado en el discurso como la solución al problema de exclusión en salud, concepto incluye tanto aspectos internos o propios de las estructuras institucionales como factores externos a los sistemas de salud, asociados a pobreza, exclusión social y variables socioculturales del territorio que se conjugan con los anteriores.

Siguiendo la operacionalización para ésta política de salud desarrollada por Urriola (2009) por encargo de OPS – OMS, la protección social en salud incluye la protección horizontal, que mide a quienes disponen de acceso formal a la seguridad social en salud; la protección vertical, que define las coberturas a las cuales tienen efectivamente acceso oportuno y confiable las personas afiliadas; y la protección financiera, referida a la cobertura monetaria a la cual tienen derecho estas personas. En estos términos el presente estudio estaría referido principalmente a la protección horizontal, y algunos elementos de protección vertical en salud.

Para responder a las interrogantes del estudio se recurrió a información proveniente de la segunda secuencia de preguntas del módulo de salud de la Encuesta CASEN del año 2013; estas preguntas están dirigidas en su mayoría a todas las personas e indagan por acceso a sistemas y servicios de salud. En particular permiten establecer si las personas se encuentran protegidas en términos financieros ante el riesgo de accidentes o enfermedades, mediante seguros de salud, de vida o con su sistema previsional. También apuntan a conocer si las personas que sufrieron episodios recientes de enfermedad o accidente pudieron acceder a atenciones de salud y medicamentos y, en caso de no haber tenido acceso, cuáles fueron los motivos (Universidad de Chile, Centro de Microdatos, 2013, pág. 111).

El estudio más que sólo comparar indicadores de acceso a la salud entre los servicios de salud, trata de graficar una posible estructura de inequidad en salud en el territorio, identificando patrones comunes en los aspectos sociales y en las variables de acceso a salud propiamente tal, entre grupos

de servicios de salud, los cuales son identificados a partir de análisis multifactoriales, con lo que se espera contribuir a la reflexión en torno a los logros de la política pública en esta materia.

Por último no se puede dejar de mencionar la importancia que reviste el ámbito de la salud dentro del desarrollo de un país, hablando de desarrollo en un sentido integral y asociado más a la calidad de vida de la población que solo a indicadores macroeconómicos, como tradicionalmente se venía abordando el tema. En esta perspectiva se quiere relevar la investigación en materia de equidad en salud, considerando el valor que tiene para la evaluación de las políticas sociales y el desarrollo en general, en la medida que el concepto de inequidad articula de una manera comprensiva los factores estructurales que provocan desigualdades con consecuencias epidemiológicas concretas, imprimiendo un carácter ético y político al discurso de la salud pública.

Es un enfoque integrador desde varios puntos de vista, por una parte se releva el diálogo académico, en un discurso fructífero entre las ciencias sociales (blandas) y las ciencias biológicas, por otro lado por la naturaleza compleja de los factores estructurales a los que alude, representa un llamado a la acción intersectorial del Estado y al fortalecimiento de su rol social.



### **3. Marco de referencia**

Tal como se indicó más arriba, la determinación de la inequidad en salud requiere establecer una diferenciación en cuanto al lugar que ocupan las personas dentro de la estructura social, por lo tanto el problema de la desigualdad social se encuentra a la base de nuestro objeto de estudio.

Como referencia a nuestro problema se muestra el desarrollo que ha tenido la teorización de la desigualdad social en las ciencias sociales y luego se alude al concepto de inequidad en el acceso a salud propiamente tal.

#### **3.1 Desigualdad social en la teoría sociológica**

Rescatando las principales conceptualizaciones respecto a la diferenciación o estratificación social, se debe mencionar a Marx y Weber como referentes centrales de posiciones claramente opuestas en lo que concierne a la interpretación de este fenómeno. Cohen (1999) explica de manera muy sencilla la diferencia entre el enfoque funcionalista asociado a Weber, que considera en última instancia que la estratificación social existe para satisfacer las necesidades de la sociedad, garantizando que las posiciones de mayor poder sean ocupadas por las personas más calificadas (pag. 123), mientras que en la perspectiva marxista se cree que la desigualdad obedece a causas históricas y que no se justifica en atención a un fin social.

También es necesario comentar los análisis posteriores sobre estratificación y clases sociales, destacando la referencia que se hace a las clases medias en los denominados enfoques teóricos-relacionales de Anthony Giddens y Erik O. Wright, sin que en ningún caso se sostenga que la selección de autores es taxativa.

De acuerdo a Sémbler (2006) en la perspectiva marxista, la delimitación y diferenciación social (clases sociales) se vincula directamente a la forma en que se organiza el proceso de trabajo en un determinado momento histórico (división social del trabajo), en esta corriente los grupos sociales son posibles de identificar y definir a partir de los modos en que se insertan en la estructura productiva, en particular por las relaciones de propiedad sobre los medios de producción que posibilitan el control del proceso de trabajo y la apropiación de sus productos. La relación entre las clases sociales se caracteriza por un conflicto inherente de intereses entre los trabajadores explotados y la explotación de los capitalistas o burgueses. En términos generales se establece una visión polarizada de las clases sociales, incluso, si interpretamos correctamente al autor, se llega a considerar que las clases intermedias de la sociedad correspondían a un segmento social transicional en términos históricos y que básicamente tenderían a dividirse en burguesía o proletariado a medida que avanzara el proceso de modernización capitalista.

Por su parte, Max Weber (Giddens, 1991), desarrolló una visión distinta de la clase social; la posición diferencial en la sociedad se basa para éste autor en tres elementos de identificación: clase, status y poder. Para el autor las diferencias de clase se derivan no solo del control o ausencia de control sobre los medios de producción, sino de otras diferencias económicas que no guardan relación con la propiedad, entre estas las credenciales y conocimientos técnicos y la pertenencia a grupos o partidos.

De acuerdo a Crompton (1994), los análisis contemporáneos sobre estratificación y clases pueden clasificarse en tres tipos o categorías generales: (1) los índices de "sentido común", vale

decir, aquellos que sin mayores pretensiones teóricas ordenan las clases de acuerdo a una estructura jerárquica aproximada siguiendo una diversidad de criterios; (2) los análisis de prestigio o status ocupacional que ordenan las clases a partir del rango o valor que presentan sus ocupaciones; y (3) los esquemas teóricos-relacionales que, contruidos en referencia explícita a los enfoques clásicos –particularmente intentando articular las dimensiones del análisis marxiano y weberiano–, se caracterizan principalmente por pretender dar cuenta de la dinámica y las realidades de las relaciones de clase, más que describir estructuras gradacionales de desigualdad o prestigio (págs. 31-32).

Por su parte Giddens (1991) señala que las capacidades de mercado que componen el ámbito de los factores mediatos de estructuración de clases, en el marco de la sociedad capitalista, serían principalmente: (a) la posesión de la propiedad de los medios de producción; (b) la posesión de cualificaciones educativas o técnicas; y (c) la posesión de la fuerza de trabajo manual, lo cual lo lleva a plantear que en la medida que en las sociedades capitalistas cada una de esas capacidades de mercado se vincula a la existencia de un grupo social particular, la estructura de clases en éstas tiende hacia la consolidación de un sistema genérico compuesto de tres clases: alta, media y baja u obrera. Por otro lado, los factores inmediatos que participan en la estructuración de las relaciones de clases corresponden a aquellos que pueden considerarse como particulares o localizados en la formación de un grupo social: (a) la división del trabajo dentro de la empresa o unidad productiva; (b) las relaciones de autoridad dentro de la empresa o unidad productiva; y (c) la influencia de los denominados grupos distributivos, entendidos como aquellos que se producen a partir de relaciones que entrañan formas comunes de consumo de determinados bienes o servicios.

Por último, siguiendo a Crompton (1994), sin duda otro de los enfoques relevantes sobre las clases sociales es el de Erik Olin Wright. Los trabajos de Wright, desarrollados a partir de los años setenta, si bien se enmarcan en el modelo original marxista operan en un nivel de análisis más concreto y micro, para Wright las clases no deben considerarse como meras posiciones o roles anclados en la estructura ocupacional, sino que se definen y conforman como tales a partir de las relaciones que establecen entre sí, esto es, desde la vinculación que desarrollan en el marco de las relaciones sociales de producción. Es por ello, entonces, que la estructura de clases no remite a una jerarquía ocupacional o un esquema gradacional, sino que debe entenderse como un conjunto de posiciones que se definen relacionamente, representando cada una de ellas un empleo, tratándose, en suma, de “un mapa relacional de la estructura de empleos”.

A partir de estas consideraciones generales, Wright desarrolla un intento de aproximación a las posiciones intermedias de la estructura de clases. En esta lógica, va a considerar que las posiciones de clase se definen a partir de dos dimensiones principales o prácticas relacionales constitutivas, a saber: (a) las relaciones de propiedad que se estructuran en torno a la explotación; y (b) las relaciones de posesión y control que se constituyen a partir de la dominación. En el marco del modo de producción capitalista, estas dimensiones darían origen a tres posiciones de clase claramente definidas o simples, y además, a tres posiciones de clase contradictorias, donde precisamente se ubicarían los grupos caracterizados comúnmente como “clases medias”.

En cuanto a la operacionalización de los enfoques neomarxistas y neoweberianos en la investigación empírica en relación a clases sociales y salud, resulta interesante comentar el trabajo de sistematización desarrollado por Rocha y otros (2012) en el cual se constata una cierta falta de rigurosidad teórica en el uso del concepto de clase social, ya que según los autores la mayor parte de las investigaciones sobre desigualdades socioeconómicas en la salud han utilizado el llamado

sentido común de diversas mediciones de estratificación, con indicadores basados en clasificaciones administrativas o en argumentos empíricos ad hoc, lo que a su juicio es importante tener en cuenta ya que *las variables empleadas resultan poco explicativas del proceso de salud-enfermedad de la población, pues son el resultado de otras variables, tales como condiciones de empleo, relaciones de control y autoridad en el trabajo, y diferencias de poder entre clases sociales, que pueden ser más informativas o explicativas acerca de cómo las desigualdades se generan y qué efecto tienen en la salud de la población* (Rocha y otros, pag. 168). En este caso, se debe señalar que el alcance del estudio está lejos de profundizar en la comprensión de las dinámicas de las clases sociales y su relación con la inequidad en salud, lo cual sin duda requiere de otras aproximaciones.

### **3.2 Equidad en el acceso a salud**

Además de entender la diferencia entre desigualdad e inequidad en salud es importante revisar el concepto equidad en el acceso a salud específicamente. Acercándonos al tema recordamos que Frenz y otros (2013) asocian la equidad en el acceso a salud con los principios de justicia social y el enfoque de protección de derechos en salud, dada la importancia que la provisión de servicios de salud y la atención tienen para el bienestar de las personas. Estos autores señalan que para definir el acceso a salud se debe abordar las nociones de equidad, necesidad y acceso. Primero, en relación a equidad se vuelve a citar la influyente definición de Whitehead (1992, citado en Frenz y otros 2013) quien señala que “no solo la ausencia de diferencias en salud que son innecesarias y evitables, sino que además son consideradas injustas entre grupos que ocupan distintas jerarquías en la escala social”. En este sentido Frenz y otros (2013) afirman que el fin último en relación a la justicia en la atención de salud debiera ser el desarrollo de un estándar igual de salud, en cantidades y calidades acordes a necesidades sanitarias diferenciales, reconociendo, por ejemplo, que éstas varían a lo largo de la vida de las personas. Lo anterior, entonces remite, para los autores, a la importancia de la idea de necesidad, ya que sería ésta la que permitiría determinar la injusticia en la distribución de la salud, esto aludiendo especialmente a los grupos sociales más vulnerables y remitiendo en general tanto a los riesgos biológicos como sociales que pueden afectar la salud. Por último, el acceso es visto como un proceso multidimensional, de interacción entre la población y el sistema de salud.

El modelo de Tanahasi (1978, citado en Frenz y otros, 2013) identifica los factores que influyen en la posibilidad de responder a las necesidades de salud de la población, aportando a la idea de cobertura efectiva que se refiere justamente a dar respuesta a estas necesidades diferenciales de salud. Entre los factores que analiza el autor se menciona la disponibilidad de servicios, la accesibilidad geográfica y financiera a estos, la aceptabilidad por parte de la población, el contacto con los equipos de salud, la adherencia al tratamiento y el logro de los beneficios deseados (pag. 8).

De este modo, también resulta importante la consideración que se ha hecho del concepto de exclusión en salud, donde se ha logrado visualizar a los propios sistemas de salud como causantes de inequidad. Esta nueva lectura del problema de la salud da pie a la política de protección social en salud, que nos interesa abordar, y que se orienta desde una perspectiva de derechos, atribuyendo al Estado la responsabilidad de garantizar la equidad en el acceso, cobertura y financiamiento de la salud.

De acuerdo con Agost y Martín (2012) desde hace algunas décadas, la OMS y la OPS han trabajado la exclusión en salud en el terreno teórico, metodológico y estratégico, definiendo el fenómeno como "la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan".

A partir de la definición, se señalaron las siguientes proposiciones: la exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar, es posible identificar indicadores para medirla, puede ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud, y los sistemas de protección de salud no son neutrales respecto de la exclusión sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de esta al interior de un sistema de salud.

Para Agost y Martín (2012) existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central en la idea de exclusión social y que parece depender de variables más propias del sector, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. En este sentido se valora el componente analítico y crítico del enfoque y el aporte que representa en la reflexión más amplia acerca del rol del estado y su institucionalidad en materia social.

En este último sentido se destaca el aporte desde la línea de los determinantes sociales y la equidad en salud por su impacto en las políticas sectoriales en América Latina, según Frenz y Titelman (2013) las diversas reformas desarrolladas en las últimas décadas han tenido distintos alcances dependiendo del entendimiento de la salud y la equidad, debiendo transitar desde las garantías mínimas de ciertas prestaciones a la noción de cobertura efectiva y universal como solución al problema de los determinantes estructurales de desigualdad social.

Siguiendo a los autores algunos de los ejemplos en Chile de los intentos de incorporar este enfoque en salud es el programa Chile Crece Contigo, visto como un conjunto de derechos sociales garantizados con estándares mínimos, también se menciona la agenda de equidad y determinantes sociales impulsada por la Subsecretaria de Salud Pública de Chile entre 2008 y 2010. Esta iniciativa intentó poner en marcha acciones concretas para adoptar las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, estableciendo trece pasos para la equidad en salud, que se traducirían en políticas de salud y de otros sectores orientadas a reducir inequidades en salud (pag 668).

Finalmente, recogiendo tanto los aportes de la teoría sociológica sobre la estratificación social como las conceptualizaciones en torno a la equidad en salud, nos quedamos con la idea de que para abordar empíricamente el tema de la inequidad en el acceso a salud se requiere explorar en conjunto las variables o factores externos al sistema de salud, relacionadas a la pobreza y la desigualdad social, como determinantes sociales de la salud, con los indicadores de acceso a salud propiamente tal. De este modo y considerando que la inequidad en el acceso a la salud es resultante de factores recurrentes y no de situaciones puntuales o aisladas se esperaba poder identificar una cierta estructura de inequidad en el territorio dada por la heterogeneidad sociocultural y sin duda también por la respuesta institucional que cada servicio de salud entrega a nivel local.



#### 4. Objetivos

##### **Objetivo General:**

Describir la inequidad en el acceso a salud entre los servicios de salud del país.

##### **Objetivos Específicos:**

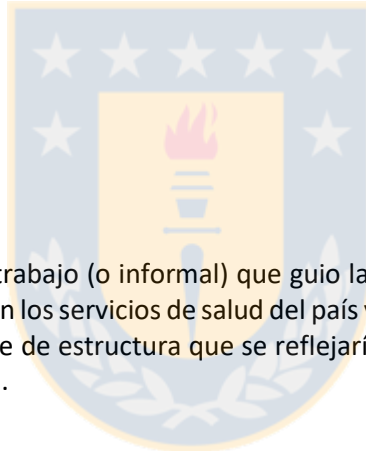
Describir las principales diferencias sociales de la población inscrita en los servicios de salud del país.

Comparar la desigualdad social en el acceso a seguridad y acceso a atenciones de salud entre los distintos servicios de salud del país.

Visibilizar posibles estructuras de inequidad en el acceso a salud en los servicios de salud del país mediante análisis multifactorial.

#### 5. Hipótesis

La principal hipótesis de trabajo (o informal) que guio la investigación fue la existencia de inequidad en el acceso a la salud en los servicios de salud del país y que estas desigualdades deberían poder identificarse en una especie de estructura que se reflejaría mediante el estudio en conjunto o multifactorial de éstas variables.



## **6. Método**

Acorde con el tipo de información disponible y la escala a la que se aborda el problema de investigación, el enfoque metodológico del estudio es cuantitativo. Desde el punto de vista de la finalidad general que persigue se puede definir como una investigación básica, ya que si bien contribuye al desarrollo de un mayor conocimiento del problema, dada su complejidad, no aporta directamente a la resolución. El alcance del estudio es descriptivo, apuntando a caracterizar mediante diversas técnicas estadísticas el problema de la inequidad en salud a nivel de servicios de salud. Siguiendo a Vieytes (2004), el diseño es no experimental y transversal, en tanto no existe ningún tipo de manipulación de las variables a estudiar y por otro lado la información no permite establecer análisis diacrónicos o longitudinales del problema.

### **6.1. Diseño muestral:**

La unidad de información para el estudio es el servicio de salud, instancia administrativa del sistema de salud que agrupa a un número variable de comunas, el total de servicios de salud a la fecha es de 29 unidades, los cuales fueron estudiados de modo comparativo. En una segunda etapa del análisis se emplea los cluster de servicios de salud como unidades de análisis.

La única fuente de información utilizada en el estudio es la encuesta CASEN del año 2013, los datos corresponden a variables sociales, económicas y demográficas relacionadas al problema de la desigualdad social y se incluyen algunas preguntas referidas a acceso a salud, correspondientes a la segunda secuencia del módulo de salud de la encuesta; a continuación se explica cómo a partir de los datos a nivel individual de la encuesta CASEN, se generaron datos a nivel de servicio de salud.

### **6.2 Procedimiento de análisis:**

Como interesaba estudiar el acceso a salud a nivel de los servicios de salud y esta unidad no se encuentra disponible en la base de datos de la encuesta CASEN, el primer paso antes de iniciar el análisis propiamente tal fue generar una nueva variable, agrupando las comunas por su pertenencia a los servicios de salud, la nueva variable se denominó `serv_salud`, y se construyó mediante la recodificación de las 346 comunas del país en el programa STATA 12.

La preparación de la base de datos también incluyó la desagregación de la variable pobreza multidimensional incorporada por primera vez en la encuesta CASEN del año 2013, esto permitió la reconstrucción de los 12 indicadores o dimensiones que considera la medición multidimensional de pobreza y que resultan de gran importancia en la caracterización de la equidad en el acceso a salud, en especial se logró contar con dos variables centrales para el análisis, estas son las subdimensiones de acceso a atención de salud y adscripción al sistema de salud, al igual que los demás indicadores que incorpora la medida multidimensional de pobreza elaborada por el ministerio de desarrollo social, son variables dicotómicas que discriminan la carencia en estos ámbitos y corresponden a subíndices basados en las preguntas del módulo de salud la encuesta. Para desagregar la variable pobreza multidimensional se siguió el procedimiento indicado en el Anexo metodológico N° 39 que contiene la programación de indicadores y medición para el programa STATA, publicado por el Ministerio de Desarrollo Social en marzo de 2015.

En el análisis del problema del acceso a salud se consideró dos de las tres subdimensiones o indicadores que componen la dimensión salud en la medida multidimensional de pobreza, la adscripción al sistema nacional de salud: que considera a un hogar como carente si al menos una persona en el hogar no está afiliada a un sistema previsional de salud y no tiene otro seguro de salud; y el acceso a atención de salud: que define a un hogar como carente si: al menos un miembro del hogar tuvo un problema de salud en los últimos 3 meses y no tuvo consulta ni atención por alguna de las siguientes razones: pensó en consultar pero no tuvo tiempo, pensó en consultar pero no tuvo dinero, pensó en consultar pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención, pidió hora pero no la obtuvo; o al menos un miembro del hogar, durante los últimos 12 meses, ha estado en tratamiento médico por enfermedad AUGE, pero no ha sido cubierto por el Sistema de Garantías Explícitas de Salud, por alguna de las siguientes razones: Decidió no esperar para acceder a la consulta a través de AUGE o GES, para solucionar su problema con mayor rapidez; ii) Pensó que la atención AUGE podría ser de baja calidad; iii) El trámite para acceder al AUGE o GES es muy difícil; iv) El AUGE o GES no cubría las necesidades de la enfermedad; v) No sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE; vi) No pertenece al tramo de edad que está cubierto por el AUGE; vii) Otra razón.

Otras variables que fue necesario generar previo al análisis fueron: una nueva versión de la variable previsión de salud, que se construyó agrupando los niveles de Fonasa que aparecen como alternativas de respuesta diferentes en la pregunta original de la encuesta; también se creó una variable dicotómica a partir de la pregunta de pertenencia a pueblos originarios y se generó la variable necesidad no atendida en base a las preguntas N° 17 y N° 19 de la encuesta CASEN, que se refieren a la existencia de enfermedades o accidentes en los últimos tres meses y a la atención recibida. En cuanto a esta variable, cabe señalar que se diferencia del indicador denominado “acceso a salud” o variable d\_acc, dimensión de salud de la medida de pobreza multidimensional, en que la variable creada, necesidad no atendida, no distingue los motivos por los cuales no se accedió a la atención y tampoco se refiere en particular a las patologías incluidas en el Plan AUGE, lo que sí se recoge en la otra medida.

Identificación variables generadas	Variables originales	Procedimiento
Servicio de salud	Comunas	Recodificación
Carencia en acceso a salud	Pobreza multidimensional	Desagregación, selección de subíndices de Dimensión Salud
Carencia en previsión de salud	Pobreza multidimensional	Desagregación, selección de subíndices de Dimensión Salud
Previsión salud 2	Previsión de salud	Agrupamiento de categorías alternativa Fonasa
Pertenencia a pueblos originarios 2	Pertenencia a pueblos originarios	Se agrupa las alternativas de respuesta en tres categorías
Necesidad no atendida	N° 17 existencia enfermedad y N° 19 atención recibida	Se genera variable dicotómica.

En la primera aproximación analítica, se efectuó una revisión bivariada de variables demográficas y sociales, de los indicadores de adscripción en salud y acceso a atención de salud,

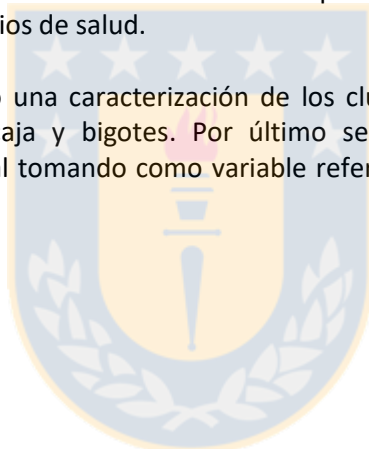
además de la medición de pobreza con las nuevas metodologías por ingreso y multidimensionales, todo esto por servicio de salud.

A fin de establecer si las diferencias observadas entre los servicios de salud en el análisis bivariado eran estadísticamente significativas se realizó pruebas chi 2 para todos los cálculos.

Posteriormente se seleccionó algunas de las variables donde las diferencias entre servicio de salud eran significativas, para efectuar un análisis de correspondencias múltiples (ACM), técnica multifactorial aplicable a datos cualitativos y dicotómicos como los que se disponían, esto permitió hacer un primer acercamiento a la estructura de inequidad en cuanto al acceso a salud.

Luego, a partir de la distribución porcentual de variables sociales, demográficas y de acceso a salud por servicio de salud, se aplicó la técnica de análisis de conglomerados o cluster, con el propósito de agrupar a los servicios de salud en base a sus semejanzas. El procedimiento fue efectuado en el programa SPSS a partir de las variables: porcentaje total de personas en situación de pobreza por ingreso de acuerdo con la nueva medida de pobreza basada en ingresos, el porcentaje de personas clasificadas como carenciadas en la subdimensión acceso a salud y el porcentaje de personas carenciadas en la subdimensión de previsión de salud; y empleando como variable de clasificación los servicios de salud.

Posteriormente se realizó una caracterización de los cluster de salud identificados en el análisis mediante gráficos de caja y bigotes. Por último se volvió a generar el análisis de correspondencias múltiples inicial tomando como variable referencial los cluster generados en el procedimiento anterior.



## 7.- Resultados

### 7.1 Caracterización sociodemográfica de la población por Servicio de Salud

Acorde a los objetivos del estudio interesa conocer las principales características demográficas y sociales de la población perteneciente a los servicios de salud, apuntando a constatar la variabilidad de las condiciones en que cada servicio de salud debe operar a lo largo del país.

Lo primero que llama la atención es la variabilidad en el tamaño de la población de las comunas que corresponden administrativamente a cada servicio de salud. El servicio de salud más pequeño es el de Aconcagua y el de mayor tamaño es el Metropolitano Sur Oriente, con una población ocho veces más grande que la del primero.

**Tabla Nº 1 Población comunal por Servicio de Salud (SS)**

Servicio de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Arica	171.569	0,99
Iquique	315.445	1,83
Antofagasta	562.488	3,26
Atacama	27.754	0,16
Coquimbo	738.492	4,28
Valparaíso-San Antonio	462.552	2,68
Viña del Mar	1.124.748	6,52
Aconcagua	20.316	0,12
M, Norte	883.551	5,12
M, Occidente	1.239.382	7,18
M, Central	1.191.898	6,91
M, Oriente	1.264.871	7,33
M, Sur	1.040.133	6,03
M, Sur Oriente	1.389.257	8,05
L, B, O'Higgins	899.261	5,21
Del Maule	1.017.965	5,90
Ñuble	471.934	2,73
Concepción	665.981	3,86
Talcahuano	356.753	2,07
Bio Bio	414.008	2,40
Araucanía Sur	738.487	4,28
Valdivia	367.984	2,13
Osorno	293.482	1,70
Del Reloncaví	368.157	2,13
Aysén	101.368	0,59
Magallanes	149.894	0,87
Arauco	133.368	0,77
Araucanía Norte	229.943	1,33
Chiloé	182.548	1,06
<b>Total</b>	<b>17.256.219</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

En cuanto a la diferencia de la población por sexo, se constata una mayor presencia femenina en todos los servicios de salud, sin embargo se observa que la proporción de mujeres se acentúa de manera diferencial entre los servicios de salud, lo que se puede apreciar en la tabla N°2.

**Tabla N° 2 Proporción población según SS y sexo**

Servicio de Salud	Hombre	Mujer
Arica	47,28	52,72
Iquique	48,41	51,59
Antofagasta	48,72	51,28
Atacama	48,14	51,86
Coquimbo	47,45	52,55
Valparaíso-San Antonio	46,98	53,02
Viña del Mar	47,08	52,92
Aconcagua	48,75	51,25
M. Norte	47,26	52,74
M. Occidente	47,63	52,37
M. Central	48,95	51,05
M. Oriente	45,35	54,65
M. Sur	46,02	53,98
M. Sur Oriente	46,94	53,06
L. B. O'Higgins	47,66	52,34
Del Maule	47,70	52,30
Ñuble	47,49	52,51
Concepción	48,06	51,94
Talcahuano	46,94	53,06
Bio Bio	48,54	51,46
Araucanía Sur	47,39	52,61
Valdivia	47,41	52,59
Osorno	46,86	53,14
Del Reloncaví	48,29	51,71
Aysén	49,24	50,76
Magallanes	47,48	52,52
Arauco	47,74	52,26
Araucanía Norte	46,45	53,55
Chiloé	47,83	52,17
<b>Total país</b>	<b>47,40</b>	<b>52,60</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

Cabe señalar que la variación porcentual entre la población masculina y femenina en los servicios de salud es significativa de acuerdo con la prueba Chi<sup>2</sup> aplicada a los datos, la cual arroja un valor  $P = 0.0118$  para un nivel de confianza de 95%. Esto implica, que la variación observada en la muestra debiera estar presente también con cierto grado de certeza en la población. Respecto al

tema de estudio, se puede señalar que la variable sexo sin duda se asocia a la demanda y uso que la población hace de los servicios médicos.

Otra variable demográfica significativa respecto del acceso a salud y al uso de los sistemas médicos es la edad, de hecho varios de los programas de salud aluden directamente al criterio edad, por las necesidades propias y las patologías clínicas asociadas a ciertas etapas del ciclo vital individual. La demanda de salud y el acceso a la misma están asociados a la edad de la población, por lo tanto es un factor relevante en la planificación de las estrategias de promoción, prevención y atención de ésta.

**Tabla Nº 3 Estimación promedio de edad de la población comunal asociada a SS**

Servicio Salud	Promedio	Error. Std.	[Inter. Conf. 95%]	
Arica	33,33	0,44	32,46	34,20
Iquique	32,09	0,38	31,34	32,84
Antofagasta	31,50	0,37	30,77	32,23
Atacama	33,09	0,42	32,26	33,92
Coquimbo	34,89	0,55	33,80	35,97
Valparaíso-San Antonio	36,26	0,69	34,91	37,61
Viña del Mar	35,90	0,35	35,21	36,60
Aconcagua	36,85	0,66	35,56	38,15
M. Norte	34,63	0,75	33,16	36,11
M. Occidente	35,13	0,40	34,35	35,91
M. Central	34,75	0,52	33,73	35,78
M. Oriente	38,04	0,57	36,92	39,16
M. Sur	36,34	0,68	35,00	37,68
M. Sur Oriente	33,65	0,50	32,66	34,64
L. B. O'Higgins	34,97	0,66	33,68	36,26
Del Maule	36,93	0,40	36,14	37,72
Ñuble	36,13	0,48	35,18	37,07
Concepción	35,38	0,55	34,30	36,45
Talcahuano	37,35	0,58	36,20	38,49
Bio Bio	35,89	0,54	34,82	36,95
Araucanía Sur	36,02	0,39	35,25	36,78
Valdivia	37,44	0,45	36,56	38,31
Osorno	35,45	0,54	34,39	36,51
Del Reloncaví	36,47	0,53	35,43	37,50
Aysén	34,24	0,56	33,14	35,34
Magallanes	36,00	0,48	35,06	36,94
Arauco	36,40	0,67	35,08	37,72
Araucanía Norte	35,10	0,62	33,89	36,30
Chiloé	36,61	1,11	34,43	38,79

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

El promedio de edad de la población correspondiente al territorio de los servicios de salud va de 31,5 en el Servicio de Salud de Antofagasta a 38, 04 en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Continuando con el factor edad, se quiso mostrar la distribución de la población según grupos etarios, también llamados edades programáticas, por su relación con los programas de salud orientados a las necesidades de la población en ciertas etapas vitales. Interesa destacar la variabilidad de la población en este aspecto, por ejemplo en el grupo de 0-18 años el servicio de salud que presenta la mayor proporción de población es Iquique con un 32%, mientras que el Servicio de Salud Metropolitano Oriente sólo tiene un 21% de población en ese grupo de edad. Por otra parte éste último servicio de salud alcanza un 15% de población por sobre los 65 años de edad, siendo el más envejecido.

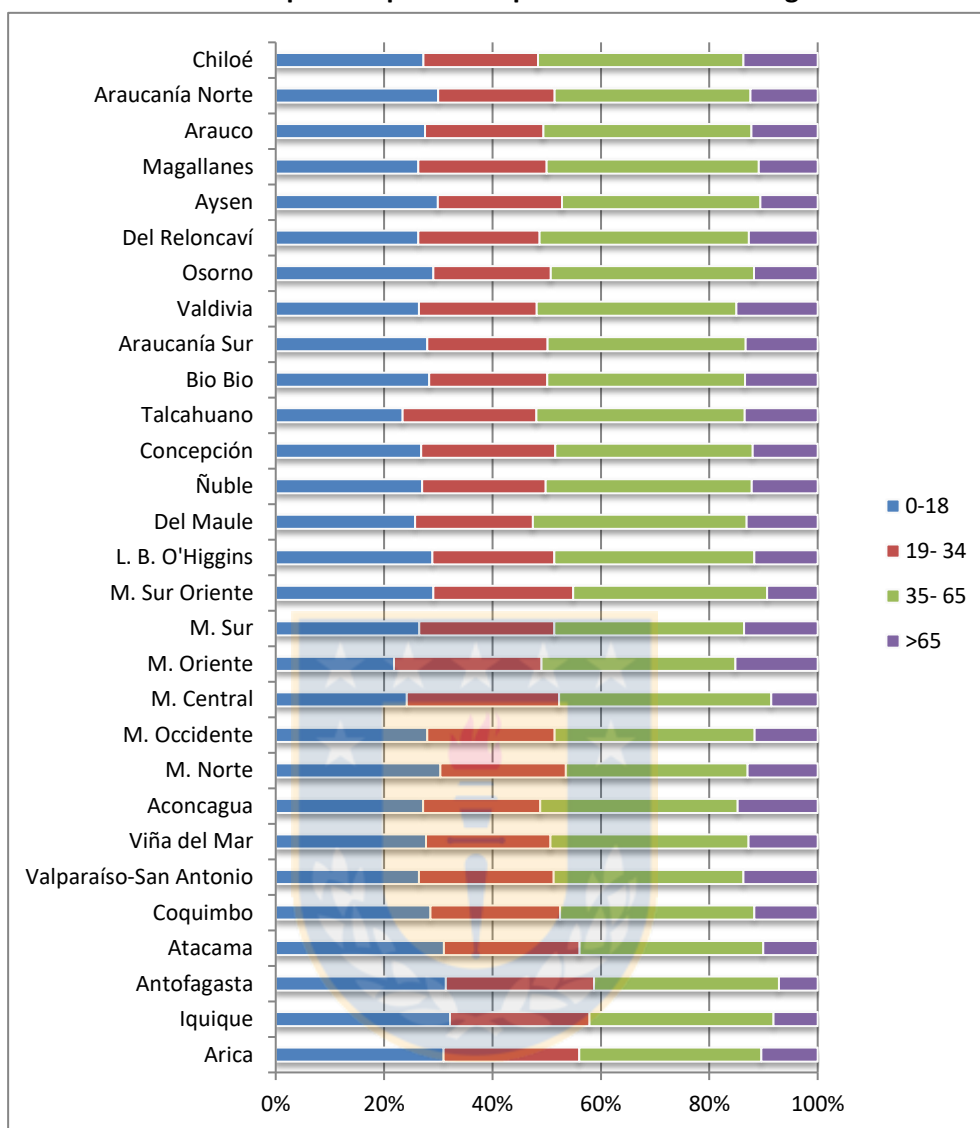
**Tabla Nº 4 Proporción población por tramos de edad según SS**

<b>Servicio Salud</b>	<b>0 - 18</b>	<b>19 - 34</b>	<b>35 - 65</b>	<b>&gt; 65</b>
Arica	30,96	25,06	33,60	10,37
Iquique	32,14	25,74	33,96	8,16
Antofagasta	31,38	27,35	34,11	7,16
Atacama	31,03	25,06	33,89	10,01
Coquimbo	28,57	23,90	35,82	11,71
Valparaíso-San Antonio	26,43	24,87	34,98	13,72
Viña del Mar	27,75	22,96	36,52	12,78
Aconcagua	27,20	21,63	36,40	14,77
M. Norte	30,39	23,12	33,54	12,95
M. Occidente	27,99	23,48	36,90	11,63
M. Central	24,20	28,10	39,17	8,53
M. Oriente	21,82	27,23	35,78	15,17
M. Sur	26,47	24,95	35,00	13,58
M. Sur Oriente	29,08	25,80	35,80	9,31
L. B. O'Higgins	28,92	22,50	36,91	11,66
Del Maule	25,74	21,68	39,50	13,08
Ñuble	27,01	22,80	38,02	12,17
Concepción	26,85	24,75	36,41	11,99
Talcahuano	23,41	24,66	38,48	13,45
Bio Bio	28,29	21,80	36,47	13,43
Araucanía Sur	27,96	22,23	36,51	13,31
Valdivia	26,44	21,70	36,88	14,98
Osorno	29,11	21,65	37,51	11,73
Del Reloncaví	26,32	22,34	38,65	12,69
Aysén	29,88	22,93	36,61	10,57
Magallanes	26,29	23,69	39,13	10,89
Arauco	27,54	21,84	38,43	12,20
Araucanía Norte	29,99	21,48	36,13	12,41
Chiloé	27,24	21,13	37,95	13,68
<b>Total país</b>	<b>27,34</b>	<b>24,18</b>	<b>36,49</b>	<b>11,99</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013



**Gráfico Nº 1 Proporción población por tramos de edad según SS**



Fuente: elaboración propia en base a datos Casen 2013

La pertenencia indígena de la población es una variable que muestra una estrecha relación con el fenómeno de la estratificación y exclusión social, por una parte, y por otro lado también incide en la aceptación de la oferta de salud. La población asociada a los servicios de salud muestra una variación estadísticamente significativa en cuanto a la presencia indígena. Como se señaló anteriormente, para construir este dato se creó una nueva variable con tres categorías de respuesta: pertenece, no pertenece y no sabe; la opción “pertenece” incluye todas las alternativas de pueblos indígenas que reconoce la ley Nº 19.253 sobre pueblos indígenas en Chile, que es lo que recoge la encuesta CASEN sobre éste tema.

**Tabla Nº 5 Distribución porcentual población según pertenencia étnica por SS**

Servicio de Salud	No pertenece	Pertenece	No sabe
Arica	68,30	31,50	0,30
Iquique	82,00	17,90	0,10
Antofagasta	90,80	9,00	0,20
Atacama	85,20	14,70	0,10
Coquimbo	95,40	3,80	0,80
Valparaíso-San Antonio	96,40	3,50	0,10
Viña del Mar	96,90	3,00	0,10
Aconcagua	97,50	2,30	0,20
M, Norte	94,80	4,70	0,50
M, Occidente	92,40	7,50	0,10
M, Central	92,30	7,60	0,10
M, Oriente	93,70	4,70	1,60
M, Sur	92,80	6,60	0,60
M, Sur Oriente	91,10	8,20	0,70
L, B, O'Higgins	96,60	3,20	0,20
Del Maule	97,80	2,00	0,20
Ñuble	97,60	2,20	0,20
Concepción	93,80	6,10	0,10
Talcahuano	96,50	3,00	0,50
Bio Bio	95,70	4,00	0,20
Araucanía Sur	65,50	34,40	0,20
Valdivia	77,80	22,00	0,20
Osorno	71,60	28,40	0,10
Del Reloncaví	78,60	21,20	0,10
Aysén	73,40	26,50	0,10
Magallanes	79,80	20,10	0,10
Arauco	78,90	21,00	0,20
Araucanía Norte	75,00	24,40	0,60
Chiloé	73,80	26,20	0,00
<b>Total</b>	<b>90,6</b>	<b>9,1</b>	<b>0,4</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

En la tabla se observa una coherente distribución de la población que reconoce su pertenencia a pueblos indígenas a lo largo del territorio, apreciándose la importancia de la población mapuche en el sur del país y de los pueblos atacameño y aymara en el norte, una baja identidad indígena en los servicios de salud del centro, con una leve alza en la zona metropolitana en general, lo que estaría asociado a los intensos procesos migratorios rural urbano hacia ese sector.

Por otro lado, y tal como se indicó en el marco de referencia de la investigación, un elemento central para la comprensión de la inequidad en salud es el estudio de la desigualdad social en la población asociada a los servicios de salud. Uno de los indicadores tradicionalmente empleados en la medición de la desigualdad social es el ingreso. A continuación se presenta una tabla respecto a la distribución poblacional por quintil de ingreso autónomo nacional, donde nuevamente se puede constatar una profunda disparidad entre los servicios de salud.

**Tabla Nº 6 Distribución porcentual población según quintil de ingreso autónomo por SS**

Servicio de Salud	I	II	III	IV	V
Arica	25,90	23,20	21,40	18,70	11,00
Iquique	16,20	20,40	21,00	23,30	19,10
Antofagasta	10,10	20,30	20,20	24,90	24,60
Atacama	17,00	20,80	21,40	24,80	16,00
Coquimbo	24,50	21,70	24,00	18,50	11,40
Valparaíso-San Antonio	24,00	24,70	21,30	18,70	11,70
Viña del Mar	20,40	19,60	23,80	20,10	16,20
Aconcagua	22,90	29,40	21,80	19,80	6,20
M. Norte	19,50	24,60	26,20	19,80	9,90
M. Occidente	20,00	27,00	22,70	21,30	9,10
M. Central	9,30	17,60	18,00	25,60	29,50
M. Oriente	7,10	9,30	13,80	15,20	54,60
M. Sur	17,60	25,10	20,80	21,00	14,60
M. Sur Oriente	21,10	21,80	24,60	20,80	11,70
L. B. O'Higgins	22,10	25,40	23,90	19,00	9,70
Del Maule	29,10	26,80	20,00	15,20	9,00
Ñuble	38,20	26,30	17,00	11,60	7,00
Concepción	25,80	23,60	21,00	17,40	12,40
Talcahuano	25,40	22,30	21,40	19,10	11,00
Bio Bio	35,40	30,60	16,10	13,10	4,90
Araucanía Sur	37,00	23,30	17,60	12,30	9,90
Valdivia	33,10	25,50	18,50	13,70	9,30
Osorno	31,20	25,00	21,80	11,10	11,00
Del Reloncaví	28,60	22,30	19,20	15,50	14,40
Aysén	19,00	19,40	22,00	21,70	17,90
Magallanes	13,60	17,20	21,70	25,50	22,10
Arauco	39,60	27,30	15,40	9,80	7,90
Araucanía Norte	36,80	26,80	15,90	14,10	6,40
Chiloé	29,10	28,50	20,30	14,60	7,50
<b>Total país</b>	<b>21,80</b>	<b>22,50</b>	<b>20,80</b>	<b>18,80</b>	<b>16,20</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

La profunda diferencia de ingresos observada entre la población de los servicios de salud del país es significativa también en términos estadísticos, en la prueba Chi<sup>2</sup> con un 95% de confianza el valor P= 0.00. Nótese la diferencia en la distribución de los quintiles de ingreso más extremos entre los servicios de salud de la Araucanía, (sobre el 35% de población en el primer quintil y menos del 8% en el quinto) y el servicio de salud Metropolitano Oriente en particular, que tiene más del 50% de población en el quinto quintil de ingresos.

Más abajo se incluye otras medidas que permiten graficar la desigualdad social en la población a partir de los nuevos métodos de medición de pobreza que incorpora la encuesta CASEN desde del año 2013.

**Tabla Nº 7 Población según condición de pobreza Nueva Metodología Ingresos (Mn) por SS**

Servicio Salud	P. extrema	Pobreza no. ext.	No pobre
Arica	4,65	9,93	85,42
Iquique	2,19	6,04	91,77
Antofagasta	1,14	2,83	96,03
Atacama	1,97	5,30	92,74
Coquimbo	5,32	10,91	83,77
Valparaíso -San Antonio	4,45	12,65	82,91
Viña del Mar	4,62	10,22	85,16
Aconcagua	4,10	12,20	83,69
M. Norte	2,73	8,26	89,01
M. Occidente	2,70	8,20	89,10
M. Central	1,23	4,45	94,32
M. Oriente	1,24	2,14	96,62
M. Sur	2,66	8,74	88,60
M. Sur Oriente	4,64	8,43	86,93
L. B. O'Higgins	4,70	11,31	83,99
Del Maule	5,93	16,38	77,69
Ñuble	11,16	18,36	70,48
Concepción	5,96	10,84	83,20
Talcahuano	5,42	11,45	83,13
Bio Bio	8,82	17,09	74,09
Arauco	10,86	17,06	72,08
Araucanía Norte	9,37	18,02	72,61
Araucanía Sur	10,96	17,11	71,93
Osorno	7,10	12,97	79,93
Valdivia	8,00	15,14	76,86
Del Reloncaví	5,02	12,01	82,97
Chiloé	4,75	10,12	85,13
Aysén	1,60	5,17	93,23
Magallanes	3,21	2,37	94,42
<b>Total país</b>	<b>4,512</b>	<b>9,869</b>	<b>85,62</b>

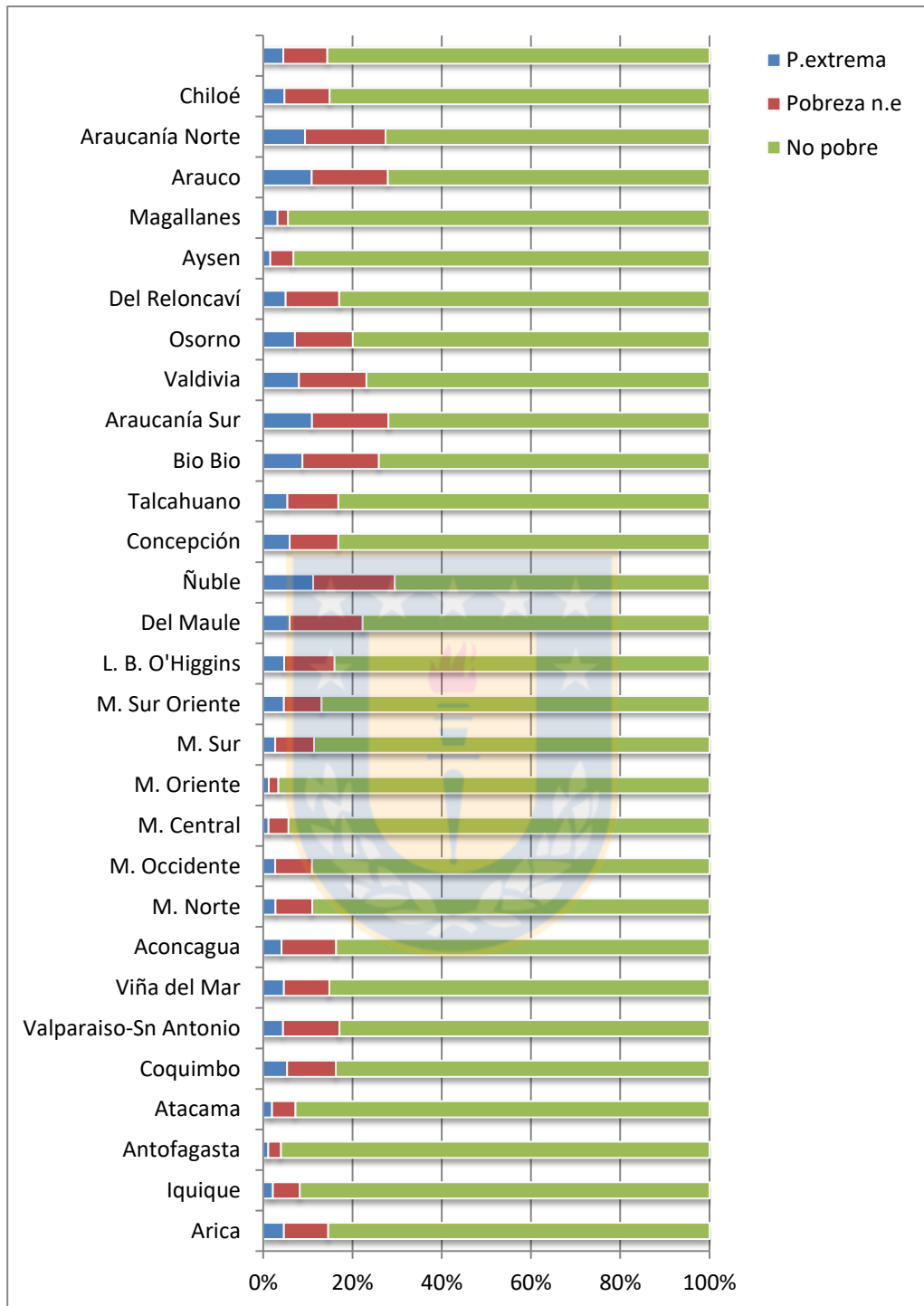
Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

La tabla N°7 se refiere a los resultados de un nuevo método de medición de pobreza basada en los ingresos del hogar (en adelante Mn). Según el Ministerio de Desarrollo Social (2015) entre los cambios de ésta medida de pobreza se destaca que considera una actualización de la línea de pobreza, de la Canasta Básica de Alimentos, y de la Canasta Básica de Bienes y Servicios No Alimentarios, además de la utilización de escalas de equivalencia, ya que en vez de tener una única línea de pobreza y de pobreza extrema (expresada en valores per cápita), se definen líneas de pobreza y de pobreza extrema que dependen del tamaño de cada hogar, también se destaca el no ajuste a sistema de cuentas nacionales y la ampliación del alquiler imputado.

Los resultados en este indicador confirman nuevamente la heterogeneidad de las condiciones sociales de las personas que habitan los territorios de los diferentes servicios de salud, mostrando los peores indicadores tanto en pobreza extrema como en pobreza no extrema para los servicios de salud de Arauco, Araucanía Norte y Sur, seguidos por Ñuble y Bio Bio. Por otro lado, la prueba Chi2 con un nivel de confianza de 95% arroja un valor  $P=0.00$ , lo que nos permite hablar de una diferencia estadísticamente significativa entre los servicios de salud, más abajo se puede ver el gráfico que ilustra esta diferencias.



**Gráfico Nº 2 Población según condición de pobreza Mn por Servicio de Salud**



Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

Un elemento que llama la atención en la distribución porcentual de los niveles de pobreza en el territorio, es que se puede constatar que tanto los servicios de salud del extremo norte como los

del extremo sur del país presentan más bajos niveles de pobreza que los de los servicios de salud del centro sur.

El otro método de medición de pobreza que incorpora la encuesta CASEN a partir de 2013 es multidimensional, corresponde a un índice con cuatro dimensiones, cada una de las cuales incluye tres subdimensiones formadas por tres o más variables, considerando alrededor de treinta variables que llevan a determinar si una persona o familia se encuentra o no en condición de pobreza, lo cual imprime sin duda un carácter mucho más integral a la medición. Las dimensiones de la medida de pobreza multidimensional son: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, y Vivienda.

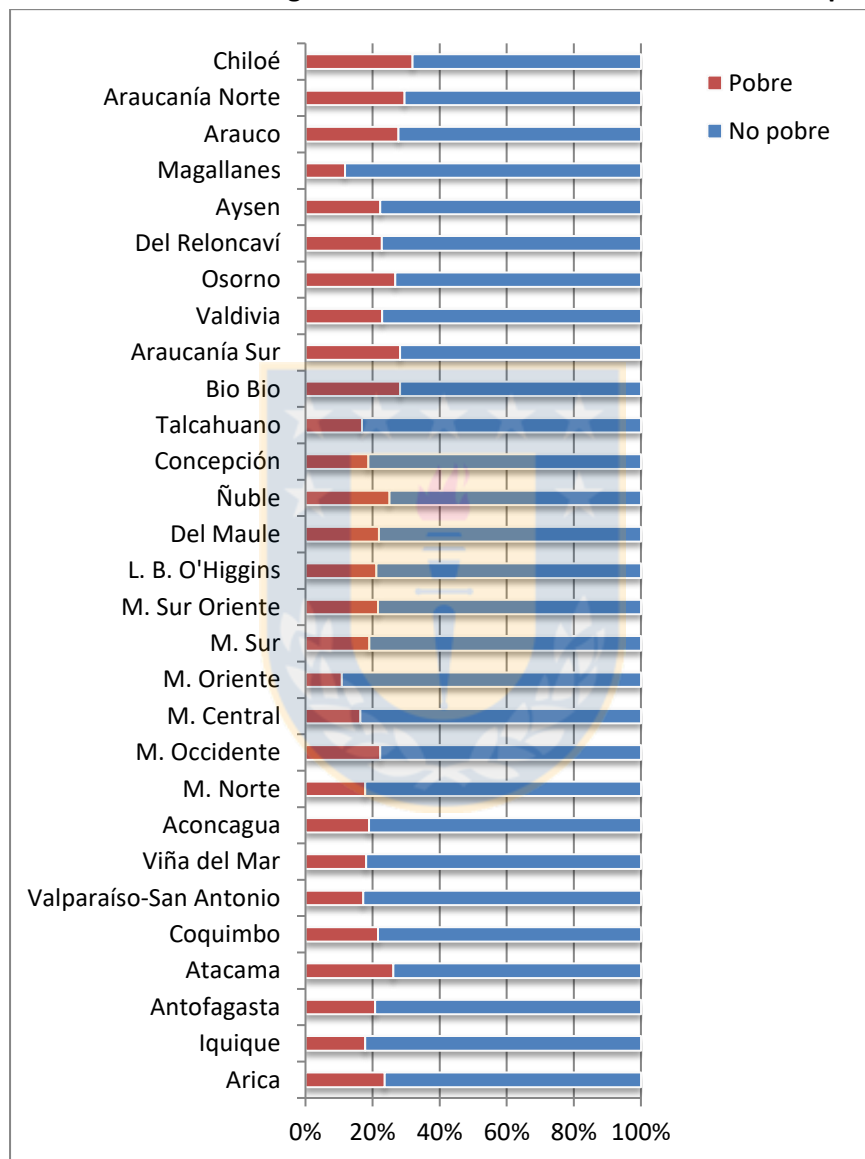
**Tabla Nº 8 Población según condición de Pobreza Multidimensional (Mlt) por SS**

Servicio de Salud	Pobreza multidimensional	
	No pobre	Pobre
Arica	76,37	23,63
Iquique	82,18	17,82
Antofagasta	79,28	20,72
Atacama	73,82	26,18
Coquimbo	78,37	21,63
Valparaíso-San Antonio	82,75	17,25
Viña del Mar	81,91	18,09
Aconcagua	81,04	18,96
M. Norte	82,18	17,82
M. Occidente	77,76	22,24
M. Central	83,61	16,39
M. Oriente	89,18	10,82
M. Sur	80,91	19,09
M. Sur Oriente	78,39	21,61
L. B. O'Higgins	78,88	21,12
Del Maule	78,09	21,91
Ñuble	74,90	25,10
Concepción	81,23	18,77
Talcahuano	83,14	16,86
Bio Bio	71,80	28,20
Araucanía Sur	71,79	28,21
Valdivia	77,13	22,87
Osorno	73,19	26,81
Del Reloncaví	77,21	22,79
Aysén	77,73	22,27
Magallanes	88,20	11,80
Arauco	72,29	27,71
Araucanía Norte	70,48	29,52
Chiloé	68,08	31,92
<b>Total país</b>	<b>79,61</b>	<b>20,39</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

Al graficar los resultados de la medida de pobreza multidimensional aparece un panorama más homogéneo entre los servicios de salud que con la nueva medida de pobreza basada sólo en ingresos, el cambio está dado por un importante aumento de la proporción de pobres definidos de acuerdo a la lógica multidimensional. Nótese que si bien las diferencias entre servicios de salud disminuyen éstas siguen siendo significativas en términos estadísticos.

**Gráfico Nº 3 Población según condición de Pobreza Multidimensional por SS**



Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

Resulta interesante hacer el contraste entre los resultados de las dos mediciones de pobreza, nótese la diferencia que se presenta, por ejemplo, en los servicios de salud de Atacama, Iquique y Antofagasta, donde los valores de la medida multidimensional de pobreza duplican y hasta triplican la medida de pobreza sólo basada en los ingresos, se sabe que la zona minera del norte



presenta muchos contratos en lo social lo que se refleja mucho mejor en la medida multidimensional de pobreza.

Además de los servicios de salud de la Araucanía aparece un alto porcentaje de población pobre según el enfoque multidimensional en el servicio de salud de Chiloé, de hecho tiene el más alto porcentaje de pobres a nivel nacional y se ubica 11 puntos porcentuales sobre la media nacional.

**Tabla Nº9 Porcentaje población pobre Nueva Metodología Ingresos (Mn) y Multidimensional (Mlt) por SS**

Servicio de salud	Pobre Mn	Pobre Mlt
Arica	14,58	23,63
Iquique	8,23	17,82
Antofagasta	3,97	20,72
Atacama	7,26	26,18
Coquimbo	16,23	21,63
Valparaiso-Sn Antonio	17,09	17,25
Viña del Mar	14,84	18,09
Aconcagua	16,31	18,96
M. Norte	10,99	17,82
M. Occidente	10,90	22,24
M. Central	5,68	16,39
M. Oriente	3,38	10,82
M. Sur	11,40	19,09
M. Sur Oriente	13,07	21,61
L. B. O'Higgins	16,01	21,12
Del Maule	22,31	21,91
Ñuble	29,52	25,10
Concepción	16,80	18,77
Talcahuano	16,87	16,86
Bio Bio	25,91	28,20
Araucanía Sur	28,07	28,21
Valdivia	23,14	22,87
Osorno	20,07	26,81
Del Reloncaví	17,03	22,79
Aysén	6,77	22,27
Magallanes	5,58	11,80
Arauco	27,92	27,71
Araucanía Norte	27,39	29,52
Chiloé	14,87	31,92
<b>Total país</b>	<b>14,38</b>	<b>20,39</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

## 7.2 Caracterización desigualdad en acceso a salud entre Servicio de Salud

Tal como se explicó en el ítem referido al método del estudio, las variables más relevantes para describir el acceso a salud en la investigación corresponden a los indicadores de carencia en adscripción al sistema previsional de salud y en acceso a atención de salud, medidas que son obtenidas al desagregar la medición multidimensional de pobreza de la encuesta Casen. Además se describen variables como adscripción al sistema de salud, uso de seguros complementarios de salud y necesidad no atendida.

En la siguiente tabla y en el gráfico N° 10 se muestra la variación porcentual de la población adscrita a las distintas alternativas previsionales que ofrece el sistema público y privado de salud. La variación que se observa entre los Servicios de Salud es estadísticamente significativa con un valor  $P=0.00$  en la Prueba Chi2 con un 95% de confianza.

**Tabla N° 10 Porcentaje población según sistema de previsión en salud por SS**

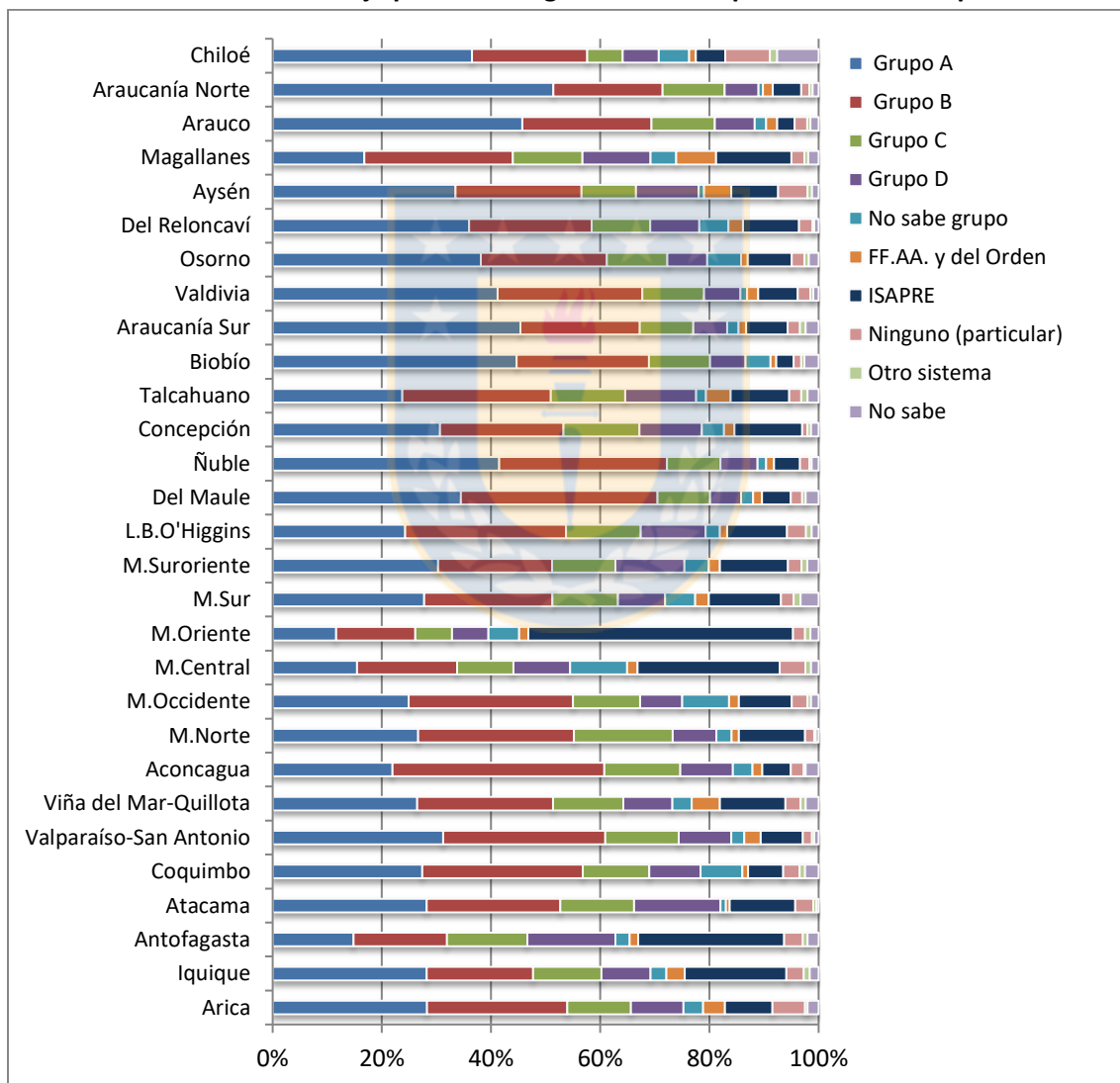
Servicio de Salud	Fonasa	Isapre	Otro	Ninguno	No Sabe
Arica	78,90	8,70	4,60	5,90	2,00
Iquique	72,10	18,70	4,50	3,20	1,60
Antofagasta	65,40	26,70	2,50	3,40	2,00
Atacama	83,00	12,00	1,30	3,30	0,40
Coquimbo	86,00	6,40	2,10	3,00	2,50
Valparaíso-San Antonio	86,40	7,70	3,40	1,70	0,80
Viña del Mar	76,80	12,00	6,10	2,80	2,40
Aconcagua	87,80	5,20	2,20	2,40	2,40
M. Norte	84,10	12,20	1,60	1,70	0,50
M. Occidente	83,70	9,70	2,40	2,90	1,40
M. Central	64,90	26,00	3,00	4,70	1,40
M. Oriente	44,80	48,70	2,80	2,20	1,50
M. Sur	77,40	13,20	3,80	2,30	3,30
M. Sur Oriente	80,00	12,50	2,90	2,50	2,10
L. B. O'Higgins	81,90	11,00	2,30	3,50	1,30
Del Maule	88,00	5,30	2,20	2,10	2,40
Ñuble	90,40	4,80	1,80	1,70	1,30
Concepción	82,60	12,40	2,50	1,00	1,40
Talcahuano	79,30	10,70	5,70	2,20	2,00
Bio Bio	91,20	3,20	1,60	1,40	2,60
Araucanía Sur	85,30	7,60	2,40	2,30	2,40
Valdivia	87,00	7,30	2,50	2,30	1,00
Osorno	85,90	8,10	2,00	2,30	1,80
Del Reloncaví	83,40	10,20	3,10	2,50	0,80
Aysén	79,10	8,60	5,70	5,40	1,20
Magallanes	74,00	13,80	7,90	2,40	1,90
Arauco	90,40	3,20	2,60	2,30	1,50
Araucanía Norte	89,80	5,20	2,50	1,50	1,10
Chiloé	76,30	5,40	2,50	8,20	7,60
<b>Total</b>	<b>78,30</b>	<b>14,30</b>	<b>3,00</b>	<b>2,70</b>	<b>1,80</b>

Fuente: Elaboración propia estimaciones realizadas a partir de datos CASEN 2013

Destaca la baja proporción de población perteneciente a Fonasa en el servicio de salud metropolitano Oriente (44%) en contraste con el resto del país que en promedio alcanza a un 81,7% de población en este sistema. Lógicamente con la adscripción al sistema privado de salud ocurre lo mismo, la proporción de población en Isapre en el servicio de salud metropolitano Oriente es de 48,7% mientras en el resto del país es en promedio un 10,4%.

El siguiente gráfico desagrega por niveles la población inscrita en Fonasa, también permite ver la población que corresponde al sistema de Fuerzas Armadas y de Orden y dimensionar a una importante proporción de población que señala desconocer el sistema previsional al que pertenece.

**Gráfico N° 4 Porcentaje población según sistema de previsión en salud por SS**



Fuente: Elaboración propia, estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN de 2013

Continuando con la adscripción al sistema previsional de salud se presenta la tabla referida al indicador de carencia en previsión, el dato es elaborado a partir de las preguntas s14 y s15 del cuestionario de la encuesta CASEN, las que consultan acerca del acceso a seguridad en salud. Estas preguntas se orientan a conocer si las personas se encuentran protegidas en términos financieros ante el riesgo de accidentes o enfermedades, mediante seguros de salud, de vida o con su sistema previsional (Centro Microdatos Universidad de Chile, 2013).

**Tabla N° 11**  
**Proporción población según condición de carencia en previsión de salud por SS**

Servicio de Salud	No carente	Carente
Arica	93,95	6,05
Iquique	96,82	3,18
Antofagasta	96,53	3,47
Atacama	96,75	3,25
Coquimbo	97,02	2,99
Valparaíso-San Antonio	98,36	1,64
Viña del Mar	97,19	2,81
Aconcagua	97,60	2,40
M. Norte	98,32	1,68
M. Occidente	97,12	2,88
M. Central	95,32	4,68
M. Oriente	97,90	2,10
M. Sur	97,61	2,39
M. Sur Oriente	97,44	2,56
L. B. O'Higgins	96,50	3,50
Del Maule	97,90	2,11
Ñuble	98,25	1,75
Concepción	99,03	0,97
Talcahuano	97,74	2,26
Bio Bio	98,55	1,46
Araucanía Sur	97,68	2,32
Valdivia	97,76	2,24
Osorno	97,71	2,29
Del Reloncaví	97,58	2,42
Aysén	94,66	5,34
Magallanes	97,62	2,39
Arauco	97,67	2,33
Araucanía Norte	98,58	1,42
Chiloé	91,14	8,90
<b>Total</b>	<b>97,32</b>	<b>2,68</b>

Fuentes: Elaboración propia, estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN de 2013

La más alta proporción de población definida como carente en cuanto a previsión se encontraría en el servicio de salud de Chiloé, seguido por Arica y Aysén, todas zonas geográficas aisladas dentro del territorio nacional. La variabilidad observada en la tabla es estadísticamente significativa de acuerdo con la prueba Chi2 a un nivel de confianza de 95%.

Por otra parte, al analizar la variable seguro de salud en forma aislada a primera vista se destaca la gran proporción de población que no cuenta con ningún tipo de seguro complementario de salud, los servicios de salud más afectados son, Bio Bio seguido por Ñuble y las Araucanías. Por otro lado, llama la atención el alto porcentaje de población que cuenta con algún tipo de seguro complementario de salud en el servicio de salud metropolitano oriente; un 32, 9%, mientras el promedio nacional no supera el 11%. En el otro extremo en el servicio de salud del Bio Bio sólo el 3,7% de la población tiene otros seguros de salud.

**Tabla Nº 12**

**Distribución porcentual población posee seguros complementarios de salud por SS**

Servicio de Salud	Sí	No	No sabe
Arica	7,20	89,56	3,24
Iquique	14,43	82,50	3,07
Antofagasta	18,10	78,01	3,89
Atacama	10,26	88,28	1,46
Coquimbo	9,22	86,64	4,13
Valparaíso-San Antonio	8,38	88,54	3,08
Viña del Mar	10,72	86,61	2,67
Aconcagua	7,97	90,29	1,74
M, Norte	7,20	92,09	0,72
M, Occidente	5,82	92,69	1,49
M, Central	13,80	83,10	3,19
M, Oriente	32,95	64,58	2,47
M, Sur	8,35	87,69	3,97
M, Sur Oriente	7,34	87,57	5,10
L, B, O'Higgins	7,69	90,42	1,88
Del Maule	6,52	91,61	1,87
Ñuble	5,81	92,31	1,88
Concepción	10,98	86,04	2,98
Talcahuano	10,28	86,04	3,68
Bio Bio	3,72	94,59	1,69
Araucanía Sur	5,84	91,37	2,79
Valdivia	7,72	90,59	1,69
Osorno	6,93	90,13	2,94
Del Reloncaví	11,33	85,79	2,88
Aysén	12,12	85,68	2,20
Magallanes	12,73	83,47	3,81
Arauco	5,17	92,49	2,34
Araucanía Norte	5,68	90,07	4,25
Chiloé	4,20	91,81	3,98
<b>Total</b>	<b>10,64</b>	<b>86,56</b>	<b>2,80</b>

Fuente: Elaboración propia, estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN de 2013

El siguiente indicador corresponde a la subdimensión de carencia en acceso a salud, tomada también de la medida multidimensional de pobreza. Tal como se indica en el apartado de método del estudio, el indicador agrupa las preguntas s17 a la s21 de la encuesta CASEN que indagan acerca del acceso a servicios de salud y también se incluye las preguntas s31, s32 y s33, que indagan acerca de atenciones en el sistema Auge-Ges, con el fin de conocer si las personas que las padecen optan por atenderse bajo éste régimen y las razones que tienen las personas para preferir no atenderse por AUGÉ-GES en caso de que así lo decidan.

**Tabla Nº 13 Distribución población según Carencia en Acceso Atención de Salud por SS**

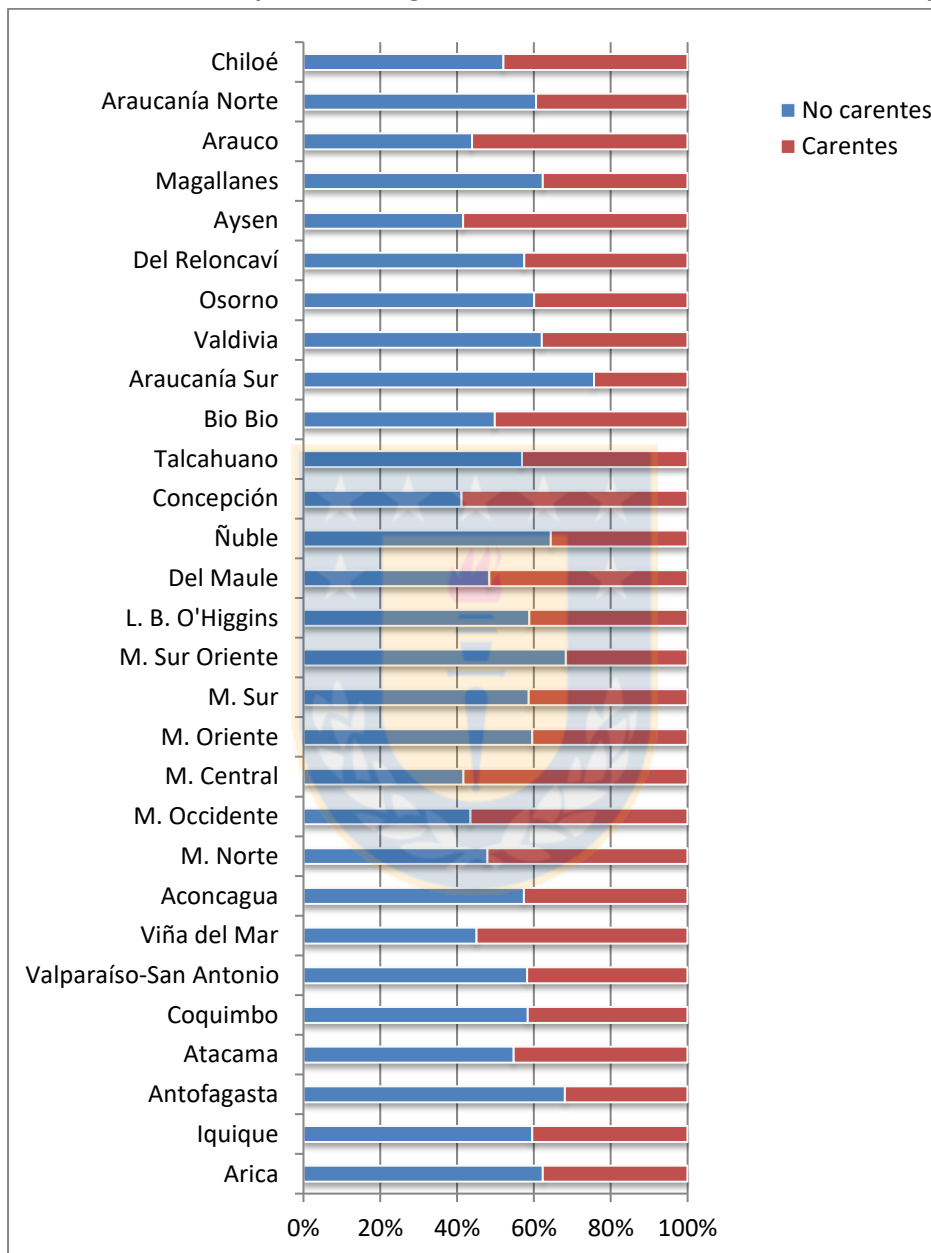
Servicio de Salud	No carentes	Carentes
Arica	62,34	37,66
Iquique	59,53	40,47
Antofagasta	68,08	31,92
Atacama	54,74	45,26
Coquimbo	58,40	41,60
Valparaíso-San Antonio	58,20	41,80
Viña del Mar	45,05	54,95
Aconcagua	57,36	42,64
M. Norte	47,90	52,10
M. Occidente	43,44	56,56
M. Central	41,64	58,36
M. Oriente	59,57	40,43
M. Sur	58,65	41,35
M. Sur Oriente	68,32	31,68
L. B. O'Higgins	58,77	41,23
Del Maule	48,41	51,59
Ñuble	64,40	35,60
Concepción	41,14	58,86
Talcahuano	56,88	43,12
Bio Bio	49,84	50,16
Araucanía Sur	75,67	24,33
Valdivia	62,04	37,96
Osorno	60,06	39,94
Del Reloncaví	57,47	42,53
Aysén	41,53	58,47
Magallanes	62,29	37,71
Arauco	43,88	56,12
Araucanía Norte	60,54	39,46
Chiloé	52,07	47,93
<b>Total país</b>	<b>55,85</b>	<b>44,15</b>

Fuente: Elaboración propia, estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN de 2013

De acuerdo con esta medida los servicios de salud que tienen menores niveles de carencia en el acceso a la atención de salud son el de Araucanía Sur, Antofagasta y Sur Oriente, mientras que las mayores proporciones de población con carencia en este ámbito están en Concepción, Aysén y

Metropolitano Central. La variabilidad en este indicador es estadísticamente significativa con un valor  $P=0.00$  a un nivel de confianza de 95%.

**Gráfico N° 5 Distribución población según Carencia en Acceso Atención de Salud por SS**



Fuente: Elaboración propia, estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN de 2013

Por último continuando con el acceso a la atención, se presenta el resultado de la variable necesidad no atendida, creada para fines de análisis a partir de las preguntas S17 y S19 de la encuesta CASEN, de tal forma que se identifica, sin distinción, a las personas que habiendo sufrido episodios recientes de enfermedad o accidente no pudieron acceder a atenciones de salud.

**Tabla N° 14 Proporción población según Necesidades Atendidas por SS**

Servicio de salud	Necesidad atendida	Necesidad no atendida
Arica	89,93	10,07
Iquique	95,00	5,00
Antofagasta	89,31	10,69
Atacama	87,37	12,63
Coquimbo	91,20	8,80
Valparaíso-San Antonio	96,64	3,36
Viña del Mar	95,49	4,51
Aconcagua	91,41	8,59
M. Norte	97,68	2,32
M. Occidente	93,88	6,12
M. Central	89,77	10,23
M. Oriente	93,73	6,27
M. Sur	94,32	5,68
M. Sur Oriente	94,36	5,64
L. B. O'Higgins	93,04	6,96
Del Maule	91,55	8,45
Ñuble	89,68	10,32
Concepción	95,86	4,14
Talcahuano	96,23	3,77
Bio Bio	95,73	4,27
Araucanía Sur	78,14	21,86
Valdivia	92,10	7,90
Osorno	93,94	6,06
Del Reloncaví	91,36	8,64
Aysén	94,57	5,43
Magallanes	95,68	4,32
Arauco	95,14	4,86
Araucanía Norte	78,41	21,59
Chiloé	92,61	7,39
<b>Total</b>	<b>92,86</b>	<b>7,14</b>

Fuente: Elaboración propia, estimaciones realizadas en base a datos CASEN 2013

Los servicios de salud que muestran más alta proporción de población con necesidades no atendidas son Araucanía Norte y Sur en el sur del país en primer lugar y doblando el promedio nacional en éste ítem. Los servicios de salud de Arica, Atacama y Antofagasta en el norte del país; y en el centro y centro sur el servicio de salud Metropolitano central y Ñuble.



### 7.3 Análisis multifactorial de la inequidad en el acceso a salud en los Servicio de Salud

Si bien a partir del análisis bivariado nos podemos hacer una idea respecto a las diferencias que existen en la estratificación social de la población perteneciente a los territorios de los servicios de salud, de sus condiciones de acceso a salud y a la atención de salud propiamente tal, no logramos una visión integral y conjunta de la información, además del hecho de que los resultados en los indicadores empleados no siempre son coincidentes en una tendencia que permita comprender una posible estructura. Además recordamos que para poder hacer un análisis de la inequidad en salud se debe asociar las condiciones de acceso a salud de la población con sus características sociales. Por lo tanto y para lograr una mirada de conjunto de los datos se incorporó dos procedimientos de análisis multifactorial, análisis de correspondencias múltiples o ACM y análisis de Clúster.

El ACM tiene la particularidad de emplear datos categóricos en el análisis, para éste caso se incluyó, por una parte, las variables quintil de ingreso autónomo nacional y la nueva medida de pobreza basada en los ingresos del grupo familiar para reflejar el problema de desigualdad social que pudiese darse en los servicios de salud; y por otro lado, se consideró las variables de carencia en acceso y carencia en previsión, desprendidas de la medición multidimensional de pobreza, con lo cual se lograría establecer la existencia de inequidad en salud. Para el análisis también se incluyó otras tres variables de manera ilustrativa, es decir que no se consideran para la definición de dimensiones, pero se pueden ver graficadas en relación con las variables anteriores que definen las dimensiones analizadas. Las variables que se incluyen de modo pasivo son, la medida de pobreza multidimensional, la variable necesidad no atendida y sistema de salud.

La intención de no incluir la variable pobreza multidimensional en el análisis responde a un esfuerzo por evitar el efecto de colinealidad con las variables referidas a acceso a previsión y a atención que se desprenden de ésta misma medida. En el caso de necesidad no atendida ocurre algo similar, ya que la dimensión acceso a salud se construye a partir de las mismas variables originales y el caso de sistema previsional de salud es netamente ilustrativo.

A continuación se muestran los resultados del ACM y un gráfico coordinado de las variables implicadas en el análisis y las variables ilustrativas, de igual modo se incluyó una versión del mismo gráfico ocultando los servicios de salud a fin de que se logre una mejor observación de las demás variables del análisis.

En términos generales se debe señalar que si bien la inercia total de la representación gráfica es baja, de un 0,077 lo que indicaría que no es necesariamente una buena imagen de las relaciones que se establecen entre las variables seleccionadas, de igual modo se consideró interesante el resultado que presenta como un primer paso para tratar de visualizar las estructuras que suponíamos en torno a la inequidad en salud en los servicios de salud. Las tres primeras dimensiones del modelo captan en conjunto alrededor del 67% de la inercia de la información presentada, y eso ya nos habla de una estructura definida, de hecho la primera dimensión es clara. Cabe destacar que se observa también otras dos dimensiones que aportan en menor medida a la inercia total del modelo.

**Tabla Nº 15 Resultados Análisis de Correspondencias Múltiples**

```
Multiple/Joint correspondence analysis      Number of obs      =      4550
                                           Total inertia      =      .0774772
Method: Burt/adjusted inertias           Number of axes     =      2
```

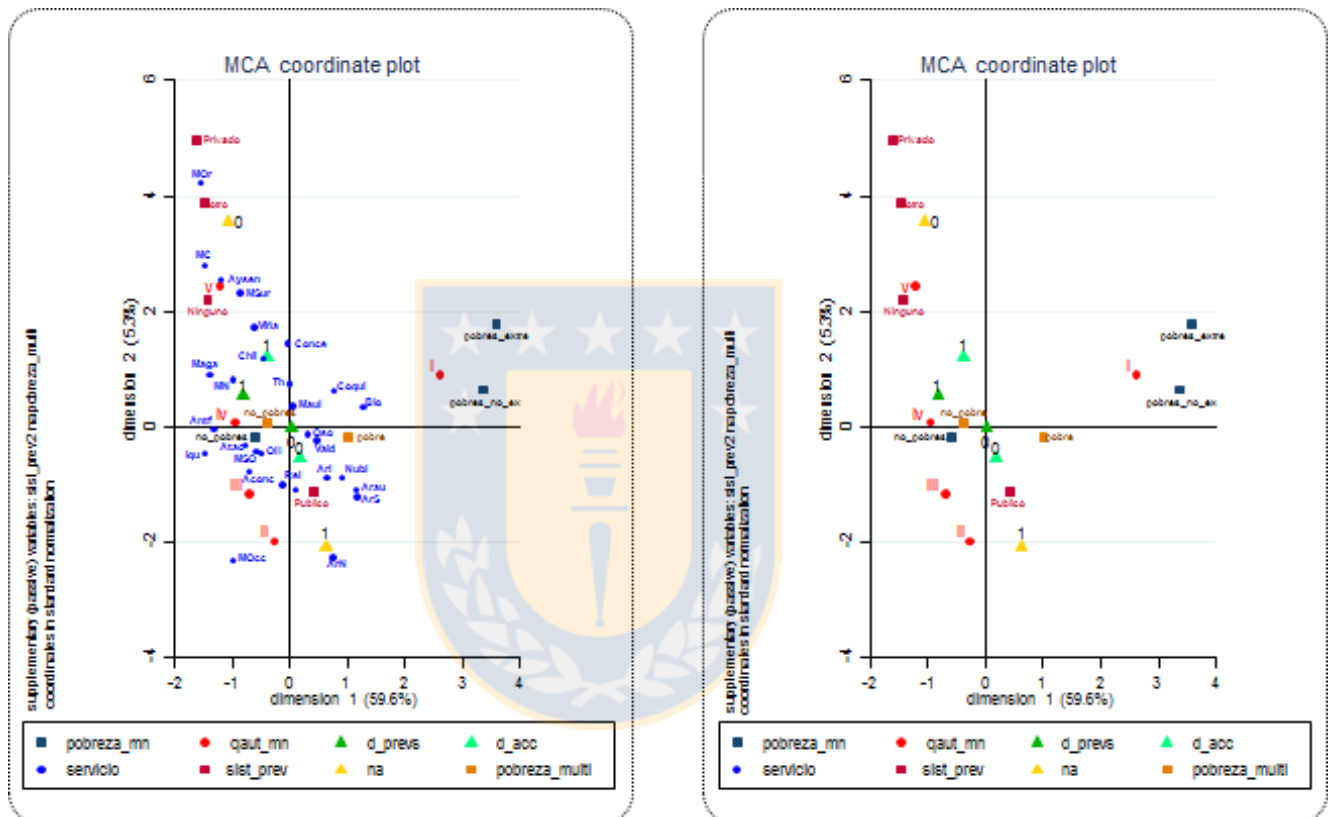
Dimension	principal inertia	percent	cumul percent
dim 1	.0461672	59.59	59.59
dim 2	.0041308	5.33	64.92
dim 3	.0018007	2.32	67.24
dim 4	.0007633	0.99	68.23
dim 5	.0006353	0.82	69.05
dim 6	.0004935	0.64	69.69
dim 7	.000212	0.27	69.96
dim 8	3.49e-07	0.00	69.96
dim 9	1.73e-31	0.00	69.96
dim 10	9.75e-32	0.00	69.96
dim 11	9.75e-32	0.00	69.96
dim 12	5.90e-32	0.00	69.96
dim 13	3.01e-32	0.00	69.96
dim 14	1.08e-32	0.00	69.96
dim 15	1.08e-32	0.00	69.96
dim 16	4.81e-33	0.00	69.96
dim 17	1.20e-33	0.00	69.96
dim 18	1.20e-33	0.00	69.96
dim 19	1.20e-33	0.00	69.96
Total	.0774772	100.00	

Fuente: elaboración propia

Respecto a las dimensiones graficadas, como se aprecia en el cuadro de resultados, la contribución más relevante a la primera dimensión está dada por la categoría I, primer quintil, de la variable quintil de ingresos (qaut\_mn) con un 0,311, seguida de la categoría pobres no extremos de la variable pobreza por ingresos (pobreza\_mn) con 0,221 y la categoría pobres extremos con 0,126

de la misma variable. Esta dimensión por si sola concentra un 59,9% de la inercia total y el eje graficado básicamente está afectado por las variables socioeconómicas, dividiendo el espacio entre los pobres al lado derecho del eje y los no pobres al lado izquierdo.

**Gráfico N° 6 Análisis correspondencias múltiples inequidad en acceso a salud en SS**



Fuente: Elaboración propia en base a datos Encuesta CASEN 2013

Observando el gráfico resulta posible establecer una primera distinción entre los servicios de salud de acuerdo al lado en que se ubican respecto de este eje, lo que también se puede corroborar observando las contribuciones de cada servicio de salud a la dimensión n°1. Los servicios de salud que caen en el lado de “pobres” son Araucanía sur, Ñuble, Araucanía norte, Arauco, Valdivia, Osorno, Del Reloncaví, Arica, Bio Bio y Coquimbo, mientras que el resto de los servicios de salud quedaría ubicado en el sector de los “no pobres”, espacio que agrupa a quintiles de ingreso desde el II al IV.

Por otro lado, al observar la distribución de las variables ilustrativas en el espacio de esta primera dimensión se puede ver que la categoría “pobre” de la medida de pobreza multidimensional cae al

lado derecho del eje nº1, también en ese lado figura la modalidad “público” de la variable sistema previsional y la modalidad “con necesidades no atendidas” de la variable necesidades no atendidas.

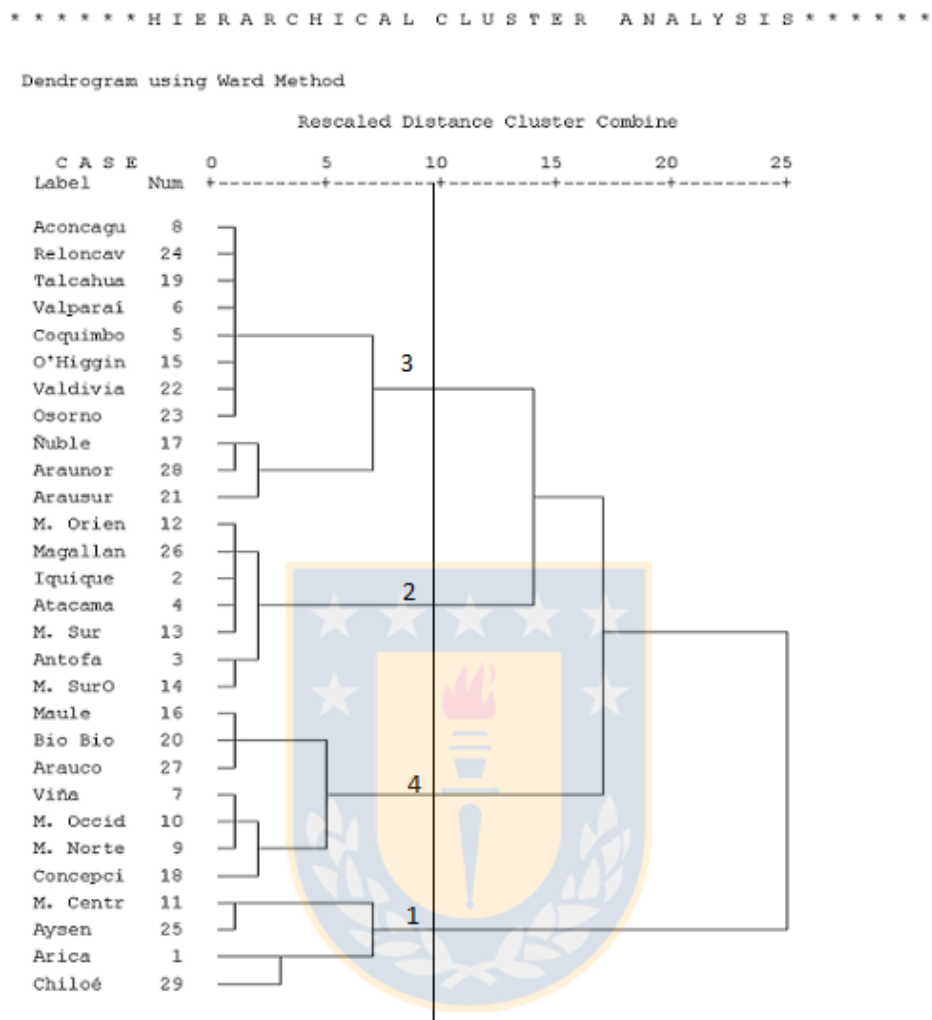
En cuanto a la segunda dimensión graficada, se establece que la inercia que logra captar es sólo del 5,33%, lo que no es un buen indicador, de hecho las contribuciones a la inercia de las variables estudiadas son bajas en general, las categorías que más aportan a esta dimensión son los quintiles II (0,156) y V (0,195) de la variable quintil de ingresos y las categorías de carente (0,091) y no carente (0,041) de la variable acceso a salud. De este modo se puede distinguir el espacio de arriba del eje nº2 como el de los altos y medianos ingresos con problemas de acceso a salud y el espacio de abajo como el de bajos ingresos y aparentemente sin problemas de acceso a atención y previsión en salud. Cabe destacar que los 1 (es decir, los que presentan carencias) en las variables de carencia en acceso y carencia en previsión, recaen en el lado superior del eje, más bien cercanos a éste y cercanos a la modalidad de “ninguno” en la variable sistema previsional, lo que sugiere que los posibles problemas de acceso a atención y previsión de salud están focalizados en los servicios de salud que presentan población con menor adscripción a los sistemas de previsión y que más bien corresponderían al IV y V quintil de ingresos, servicios de salud que están próximos a las categorías de “no pobres” en las medidas de pobreza por ingresos más que en la multidimensional.

La variable ilustrativa necesidad no atendida, aparece con un comportamiento distinto a las otras variables de salud, con la categoría de “presentan necesidades no atendidas” muy por debajo del eje nº2 cercana a la categoría “público” de sistema previsional y al quintil II de ingresos, mientras que el 0 (cero) que indica “no presencia de necesidades no atendidas” se aproxima a la modalidad “privado” y al extremo de los servicios de salud cercanos al V quintil de ingresos. Se debe comentar que ésta última variable sólo establece una medida general respecto de las personas que habiendo padecido alguna enfermedad o accidente dentro de los últimos tres meses recibieron o no atención médica, indistintamente de las razones aludidas y de si el motivo de consulta se encontraba dentro de las patologías cubiertas por el AUGÉ, aspectos que sí se dimensionan en la variable acceso a salud que se comentó más arriba.

Por último sólo destacar la contribución del servicio de salud metropolitano oriente a éste último eje y su ubicación extrema respecto de los servicios de salud de Araucanía norte y Metropolitano Occidente, distancia que se asocia a las variables socioeconómicas, al tipo de sistema previsional en salud y a la presencia de necesidades no atendidas.

Continuando con la idea de explorar y describir la estructura de inequidad en el acceso a salud, y tal como se explica en el método del estudio, se aplicó un nuevo procedimiento de análisis multivariado, un análisis de Cluster basado en el porcentaje total de población en condición de pobreza según la nueva metodología de medición por ingresos (pobreza\_mn) y el porcentaje de población que presenta carencia en acceso a atención de salud (d\_acc) y carencia en previsión de salud (d\_prev). Para el procedimiento se empleó el método de Ward en el programa SPSS obteniendo la siguiente gráfica.

**Gráfico Nº 7 Dendrograma Servicios de Salud según variables acceso a salud y pobreza según ingresos**



Fuente: Elaboración propia en base a datos Encuesta Casen 2013

El resultado gráfico en general es simple y ordenado a la vista, permitiendo una rápida interpretación que se condice con el resultado del análisis de correspondencias múltiples, de hecho al efectuar una revisión visual de los gráficos nº 14 y Nº 15 se puede establecer similitudes en el agrupamiento de los servicios de salud en particular en torno al eje de la primera dimensión en el ACM y los cluster, en especial si optamos por quedarnos con el nivel de agrupamiento que distingue cuatro cluster entre los servicios de salud a partir de sus particularidades en relación a la variable pobreza y las variables de acceso a salud, que es justamente la opción que se cree nos permite hacer una mejor caracterización de ésta estructura.

Más abajo se identifica a los cuatro cluster y se caracterizan a partir de variables relevantes al análisis del problema de inequidad en acceso a salud.

**Tabla Nº 16 Agrupación de Servicios de Salud en Cluster**

1	2	3	4
Arica	Iquique	Coquimbo	Viña del Mar
M. Central	Antofagasta	Valparaíso-San Antonio	M. Norte
Chiloé	Atacama	Aconcagua	M. Occidente
Aysén	M. Oriente	L. B. O'Higgins	Del Maule
	M. Sur Oriente	Ñuble	Concepción
	M. Sur	Talcahuano	Bio Bio
	Magallanes	Araucanía Norte	Arauco
		Araucanía Sur	
		Valdivia	
		Osorno	
		Del Reloncaví	
<b>Total 4</b>	<b>Total 7</b>	<b>Total 11</b>	<b>Total 7</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos Encuesta CASEN 2013

**Tabla Nº 17 Variables desigualdad social por Cluster Servicios de Salud**

Nº Cluster	Estadístico	Población	FONASA	ISAPRE	% Pobre MN	% Pobreza multidimensional	% Quintil V	% Quintil I
1	Media	411.845,8	74,8	12,2	10,5	23,6	16,5	20,8
	Mediana	177.058,5	77,6	8,7	10,7	23,0	14,5	22,5
	Desv. típ.	521.276,7	6,7	9,3	4,9	6,4	9,7	8,8
2	Media	678.548,9	71,0	20,8	7,6	18,3	23,3	14,7
	Mediana	562.488,0	74,0	13,8	7,3	19,1	19,1	16,2
	Desv. típ.	551.958,2	12,9	13,4	3,6	5,4	14,5	4,8
3	Media	449.760,1	85,8	7,7	20,7	22,8	9,8	29,4
	Mediana	368.157,0	86,0	7,6	17,1	22,8	9,9	28,6
	Desv. típ.	254.675,7	3,3	2,2	5,3	4,3	2,5	6,1
4	Media	782.714,7	85,3	8,3	18,5	22,1	9,9	27,1
	Mediana	883.551,0	84,1	9,7	16,8	21,9	9,1	25,8
	Desv. típ.	400.471,6	5,0	4,3	6,9	4,4	3,6	8,0
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>580.123,8</b>	<b>80,6</b>	<b>11,6</b>	<b>15,6</b>	<b>21,7</b>	<b>14,0</b>	<b>24,1</b>
	<b>Mediana</b>	<b>462.552,0</b>	<b>83,0</b>	<b>9,7</b>	<b>16,0</b>	<b>21,6</b>	<b>11,0</b>	<b>24,0</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>418.727,8</b>	<b>9,7</b>	<b>9,1</b>	<b>7,6</b>	<b>5,0</b>	<b>9,7</b>	<b>8,8</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos Encuesta CASEN 2013

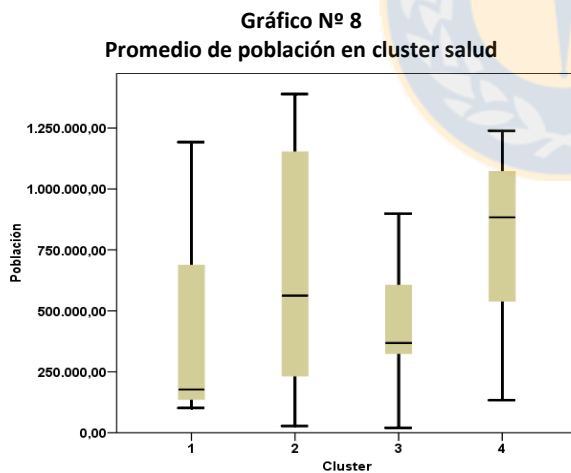
Cluster Nº1: se puede caracterizar desde el punto de vista general como el cluster que agrupa la menor proporción de población, alrededor de un 10,54%, posee un alto porcentaje de población

adscrita al sistema público de salud y baja proporción en ISAPRE, tiene la tercera proporción de pobreza medida por ingresos partiendo de la más alta y la más alta proporción de pobreza en su medida multidimensional, también posee altos porcentajes de población en el quintil I y V de ingreso autónomo nacional.

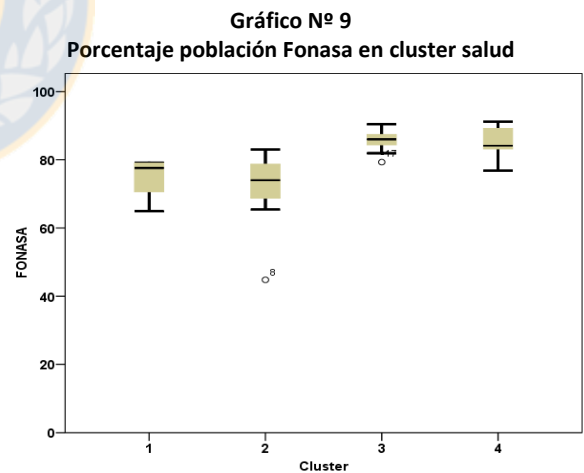
Cluster N°2: concentra un 23,54% de la población a nivel nacional, cuenta con el más alto nivel de adscripción al sistema privado de salud entre los cuatro conglomerados, tiene las más bajas proporciones de población pobre según las medidas de ingreso y multidimensional así como la más baja proporción de población en el primer quintil de ingresos en contraste con la más alta proporción de población en el quinto quintil de ingresos.

Cluster N°3: contiene al 40,06% de la población nacional, exhibe el mayor porcentaje de población adscrita al sistema público de salud, muestra el porcentaje de pobreza por ingreso más alto entre los cluster de salud y el segundo en pobreza multidimensional, así como el menor porcentaje de población perteneciente al V quintil de ingresos autónomos nacional y el mayor en el I quintil.

Cluster N°4: concentra al 25,86% de la población nacional, sigue muy de cerca al cluster N°3 en todos los indicadores presenta un alto nivel de adscripción al sistema público, presentando condiciones muy similares en cuanto a un alto nivel de pobreza multidimensional y por ingresos, así como un alto porcentaje de población perteneciente al I quintil de ingresos.



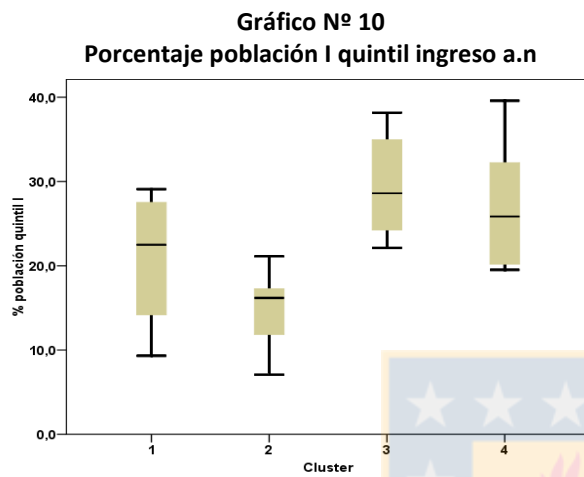
Fuente: Elaboración propia



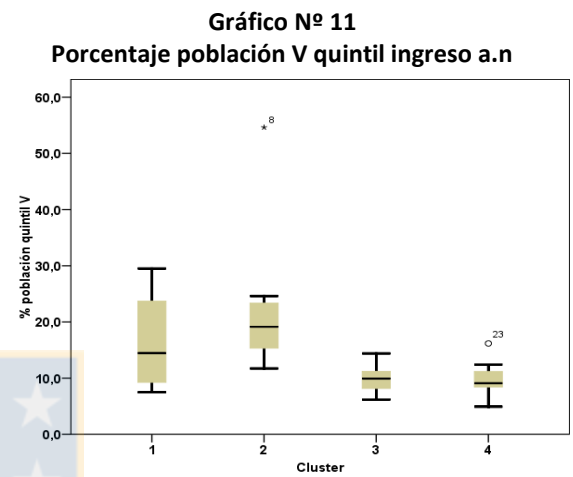
Fuente: Elaboración propia

El gráfico N°8 permite apreciar una mayor dispersión intercuartílica de la variable promedio de edad en el Cluster N°2 y una menor variabilidad en el Cluster N°3, lo que indica que este grupo de servicios de salud tienen tamaños más homogéneos de población, recordemos que éste último cluster es el que agrupa a la mayor proporción de población a nivel nacional.

El gráfico N° 9 permite ver una mayor concentración de población perteneciente a Fonasa en el cluster N°3, seguido del cluster N° 4. Esta variable es homogénea en cuanto a su distribución en particular en el cluster N°3. Se destaca la menor proporción de población perteneciente al sistema público en el cluster N°2 donde el servicio de salud metropolitano oriente muestra un porcentaje muy por debajo de su cluster de pertenencia.

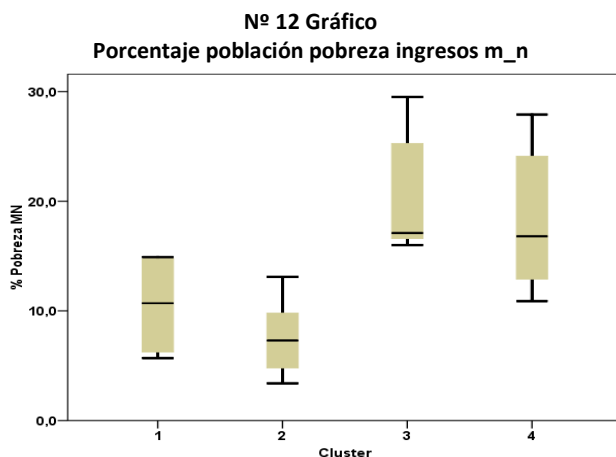


Fuente: Elaboración propia

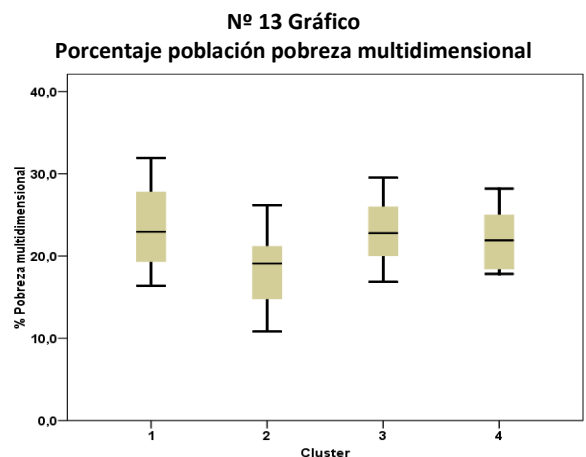


Fuente: Elaboración propia

La distribución de la población en los quintiles de ingreso extremos es una de las variables que permiten discriminar la existencia de una cierta estructura entre los servicios de salud, que está marcada por la condición social de la población. Es evidente que el cluster N°2 tiene una mayor concentración de población en el quinto quintil de ingresos mientras que los cluster N° 3 y 4 son homogéneos en cuanto a la baja proporción de esta población y a la inversa en el caso de la población del primer quintil. El cluster N°1 por su parte aparece con una mayor dispersión del dato, es decir que incluye servicios de salud que poseen proporciones distintas de población en los quintiles I y V.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



En los gráficos N° 12 y 13 se puede observar que si bien los cluster n° 3 y 4 tienen mayores proporciones de población pobre en la medida de ingreso y multidimensional frente a al cluster N°2 particularmente, existe una mayor variabilidad en los porcentajes de población pobre en la medida de pobreza por ingresos en los cluster N° 3 y 4, lo que se refleja en el alargamiento de las cajas y bigotes de los gráficos.

**Tabla N° 18 Variables demográficas según Cluster Servicios de Salud**

Nº Cluster	Estadístico	Edad	% edad <18	% edad >65	% Indígena
1	Media	34,7	28,1	10,8	22,9
	Mediana	34,5	28,6	10,5	26,3
	Desv. típ.	1,4	3,0	2,1	10,5
2	Media	34,4	28,3	10,6	11,6
	Mediana	33,6	29,1	10,0	9,0
	Desv. típ.	2,4	3,7	2,9	6,0
3	Media	36,1	27,4	13,0	13,5
	Mediana	36,1	27,2	12,7	3,8
	Desv. típ.	0,9	1,8	1,2	12,5
4	Media	35,8	27,8	12,6	6,9
	Mediana	35,9	27,8	12,8	4,7
	Desv. típ.	0,8	1,4	0,7	6,5
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>35,4</b>	<b>27,8</b>	<b>12,0</b>	<b>12,7</b>
	<b>Mediana</b>	<b>35,9</b>	<b>27,8</b>	<b>12,2</b>	<b>7,6</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>1,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,0</b>	<b>10,4</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos Encuesta CASEN 2013

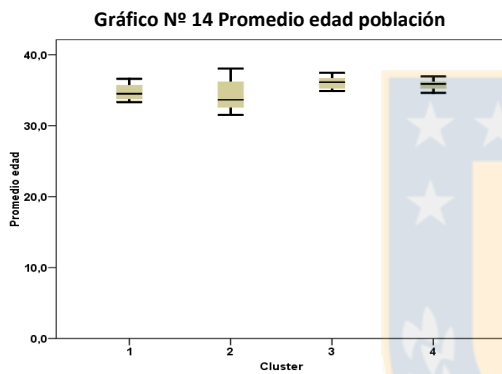
Cluster N°1: en el conjunto de los cuatro conglomerados este grupo de servicios de salud se caracteriza por tener uno de los promedios de edad más bajos junto con el cluster N°2, con el que tiene similitudes en todas las variables, tiene así mismo, junto con el cluster N° 2, la mayor proporción de población menor de 18 años de edad y la más baja proporción de personas mayores de 65 años. Por último este cluster figura con el más alto porcentaje de adscripción étnica, lo que se atribuye al pequeño tamaño del cluster y la importancia estadística del servicio de salud de Arica, que a nivel nacional tiene la mayor adscripción étnica.

Cluster N°2: este grupo tiene un promedio de edad de los más bajos, junto con una alta proporción de menores de 18 años, baja proporción de adultos mayores y una de las más bajas proporciones de población indígena.

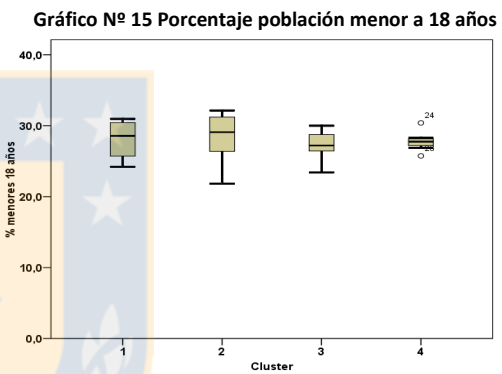
Cluster N°3: el cluster se caracteriza por tener el mayor promedio de edad en su población, con la más baja proporción de menores de 18 años en contraste con la mayor proporción de personas por sobre los 65 años. En cuanto a la variable población indígena, este cluster tiene una media

relativamente alta pero su mediana es muy baja, esto denota la variabilidad del porcentaje de población indígena entre los 11 servicios de salud que forman el conglomerado, como se puede apreciar en el gráfico n° 26 más abajo, existen valores extremos elevados y una amplia variabilidad intercuartílica, recordemos que en este grupo se encuentran los servicios de salud de Araucanía Norte y Sur, con alto porcentaje de población indígena, y varios de los servicios de salud del centro del país con una baja proporción.

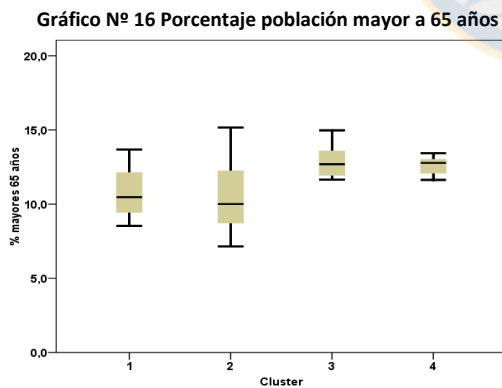
Cluster N°4: este conglomerado se parece mucho al cluster N° 3, tiene un promedio de edad alto respecto de los cluster 1 y 2, mayor proporción de población sobre 65 años y menor proporción de población jóvenes bajo los 18 años. La población indígena no representa un gran porcentaje, ya que el valor está influenciado por el tamaño de cluster, pero existe un caso aberrante que corresponde al servicio de salud de la Arauco, que tiene un valor muy alto respecto al cluster, lo que se puede apreciar en el gráfico N° 16.



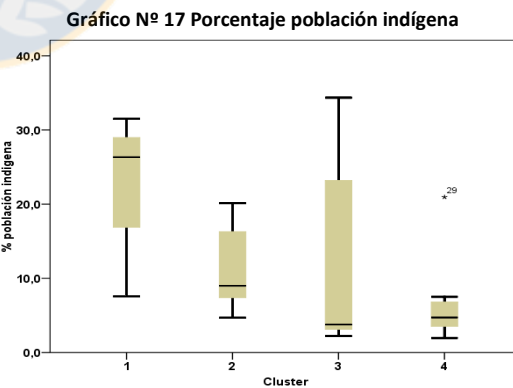
Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

**Tabla Nº 19 Cluster Servicios de Salud según variables de acceso a salud**

Nº Cluster	Estadístico	Carente acceso	Carente previsión	Sin seguros	Necesidad no atendida
1	Media	50,6	6,2	87,5	8,3
	Mediana	53,1	5,7	87,6	8,7
	Desv. típ.	9,9	1,8	3,9	2,3
2	Media	38,4	2,8	81,7	7,2
	Mediana	40,4	2,6	83,5	5,7
	Desv. típ.	5,0	0,5	8,4	3,2
3	Media	39,1	2,3	89,3	9,8
	Mediana	41,2	2,3	90,1	8,6
	Desv. típ.	5,4	0,6	2,2	6,3
4	Media	54,3	2,0	90,9	5,0
	Mediana	55,0	2,1	92,1	4,5
	Desv. típ.	3,1	0,7	3,2	1,9
<b>Total</b>	<b>Media</b>	<b>44,2</b>	<b>2,9</b>	<b>87,6</b>	<b>7,8</b>
	<b>Mediana</b>	<b>41,8</b>	<b>2,4</b>	<b>88,5</b>	<b>6,3</b>
	<b>Desv. típ.</b>	<b>8,9</b>	<b>1,6</b>	<b>5,8</b>	<b>4,6</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Casen de 2013

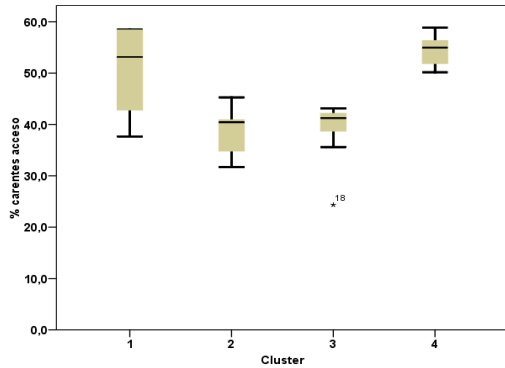
Cluster Nº 1: El cluster tiene un porcentaje promedio de 50,6% de población que figura como carente en la variable acceso a salud, situándose en el segundo lugar dentro de los conglomerados, en cuanto a la variable carencia en previsión, es el cluster que presenta el porcentaje promedio más alto entre los cuatro conglomerados, también tiene un alto porcentaje de población sin seguros complementarios de salud y que presentan necesidades no atendidas.

Cluster Nº 2: Al igual que en las variables socioeconómicas este cluster presenta buenos indicadores respecto de los otros tres grupos, tiene el menor porcentaje de población carente en acceso, un bajo porcentaje de población sin seguros complementarios de salud y bajo porcentaje de población con necesidades no atendidas, sin embargo presenta el mayor porcentaje de población con carencia en previsión de salud, este último aspecto, sin embargo puede asociarse a la capacidad de pago de los sectores de población que no requieren de éstos sistemas.

Cluster Nº 3: Si bien en los indicadores de carencia en acceso a atención de salud y en previsión de salud no tiene malos indicadores, los servicios de salud que componen este cluster tienen un alto porcentaje de población sin seguros complementarios de salud y el mayor porcentaje de población con necesidades no atendidas entre los cuatro cluster.

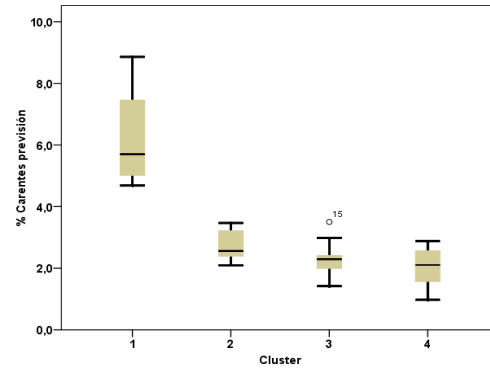
Cluster Nº 4: tiene el peor indicador en acceso a salud y en cuanto a la población sin seguros complementarios en salud, al mismo tiempo tiene la más baja proporción de población con carencias en previsión de salud y en necesidades no atendidas.

**Gráfico N° 18**  
**Porcentaje población carente acceso atención**



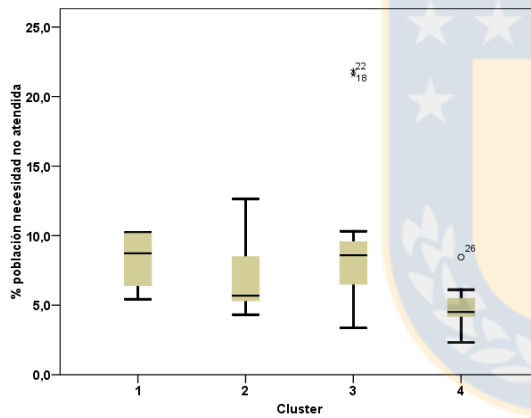
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 19**  
**Porcentaje población carente en previsión**



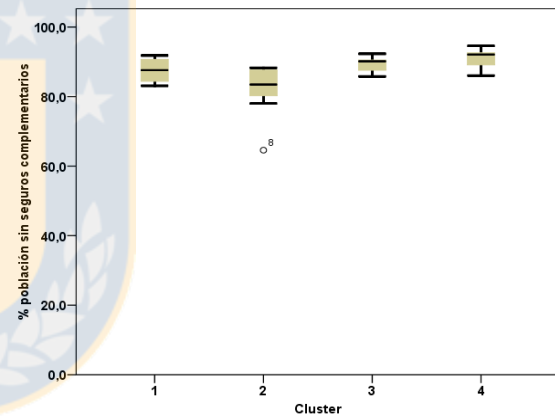
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico N° 20**  
**Porcentaje población con necesidades no atendidas**



Fuente: Elaboración propia

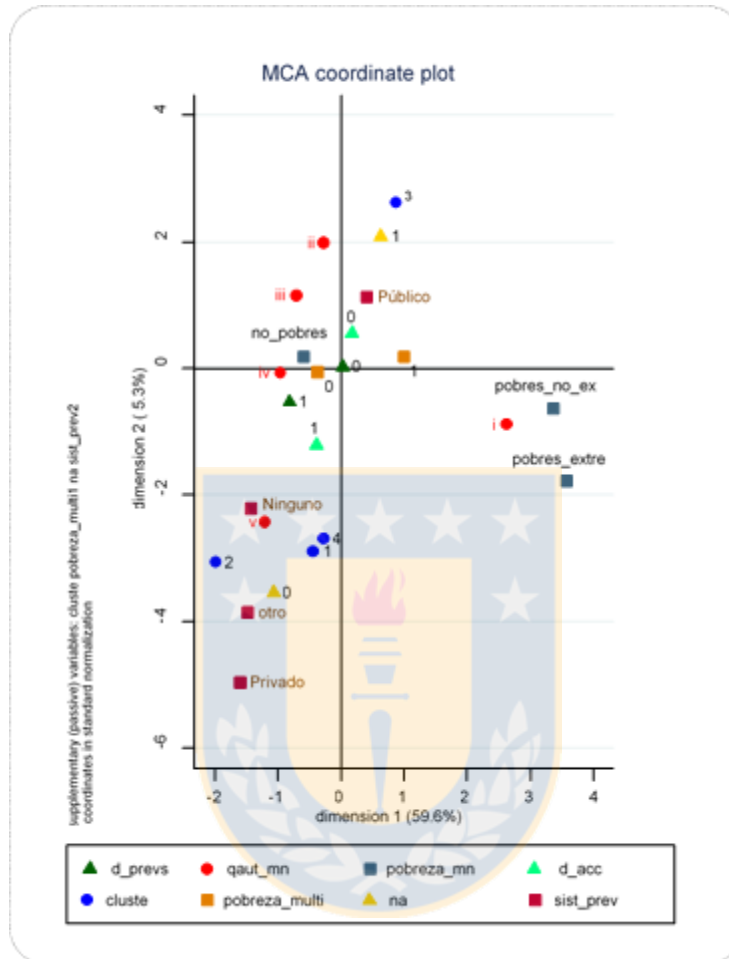
**Gráfico N° 21**  
**Porcentaje sin seguros complementarios de salud**



Fuente: Elaboración propia

Gráfico Nº 22

Análisis de Correspondencias Múltiples Inequidad en Acceso a Salud en Cluster de salud



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Casen 2013

Por último se quiso incorporar una imagen gráfica donde en el mismo procedimiento inicial de ACM se cambia los servicios de salud por los Cluster de servicios de salud identificados. A juicio nuestro en esta representación se destaca principalmente una primera dimensión “socio económica”, que está afectada fuertemente por las variables quintil de ingresos y pobreza y también se puede establecer una relación con las variables de acceso a salud que es consistente con los estadísticos estudiados. La primera dimensión “socio económica” separa al lado izquierdo a los cluster no pobres 1 y 4 muy cerca del eje N°1 y el cluster 2 más cercano a las categorías quintil V y IV de ingresos, donde prevalecen los más altos ingresos, mientras que el cluster 3 queda situado a la derecha del eje medio de la dimensión, denotando los altos índices de pobreza de los servicios de salud que lo componen.

Por otra parte, en la segunda dimensión, si bien no se perfila con tanta nitidez, se puede ver el problema de acceso a atención de salud afectando de manera importante a los cluster 4 y 1, mientras el cluster 2 aparece más cercano a la categoría problemas de acceso a previsión, lo que ya se comentó anteriormente.

Por último el cluster 3 pareciera no afectarse de manera importante por los problemas de acceso a atención de salud y previsión, sin embargo se asocia a la variable necesidades no atendidas, que como se explica en la metodología del estudio, no incluye en el cálculo los problemas de cobertura de las patologías AUGE que sí se incorporan en la dimensión acceso a previsión y que pareciera distribuirse de manera opuesta en relación con la variable necesidad no atendida (na), elemento que puede ser relevante en la interpretación.



## 8.- Discusión

El objetivo central y la hipótesis de trabajo de la investigación apuntaron a la identificación y caracterización de una posible estructura de inequidad en el acceso a salud en el territorio nacional, observada a partir del análisis multifactorial de variables socioeconómicas y de acceso a salud propiamente tal entre los servicios de salud. El método seleccionado guarda relación con el propio concepto de inequidad en salud que, tal como se indicó al inicio del informe, supone establecer un juicio valorativo en torno a la justicia de las desigualdades en el acceso a salud que se pueden evidenciar entre los servicios de salud en una lectura bivariada de los datos, y éste juicio se hace a partir del análisis de las variables que grafican la desigualdad social de la población correspondiente a los territorios que abarcan los servicios de salud.

Antes de comentar los resultados de la investigación se debe señalar que cuando se desea dar relevancia al territorio, en este caso asociado a cada servicio de salud como unidad mínima del sistema administrativo de salud pública, es lógico que se espere que las interpretaciones y discusiones más relevantes en torno a los resultados se den justamente a éste nivel, es sólo en cada contexto y con la participación de los actores locales pertinentes (equipos de salud, comunidad, profesionales y directivos de servicio y seremi de salud, entre otros), que los datos pueden cobrar sentido. No obstante lo anterior se puede mencionar algunos elementos para la discusión:

### 8.1 Necesidad de considerar las condiciones demográficas y culturales de la población en la gestión de salud

Los resultados obtenidos en la caracterización inicial de los servicios de salud permitieron constatar significativas diferencias tanto en las variables demográficas de la población de las comunas asociadas a cada servicio como una profunda desigualdad social en el territorio.

La primera diferencia entre los servicios de salud está dada por el tamaño de la población que habita las áreas de cobertura de cada servicio de salud, el servicio de salud más pequeño es el de Aconcagua y el de mayor tamaño es el Metropolitano Sur Oriente, ocho veces más grande que el primero. La diferencia en este aspecto sin duda impacta en la gestión del sector en el territorio.

Otra variable que permite observar diferencias entre servicios de salud es la distribución por sexo de la población. Es importante tener presente que la diferencia sexual de la población es un dato fundamental para la planificación y atención de la salud ya que impacta en variables epidemiológicas como las causales de enfermedad, pero también en los aspectos de género asociados a la forma en que culturalmente hombres y mujeres se hacen cargo del tema de la salud y la enfermedad, así como de la relación que desde las particularidades del género se establece con las instituciones de salud. Está documentando el papel que se asigna culturalmente a las mujeres en el cuidado de la salud de la familia, en particular de los niños y adultos mayores, también se habla de las diferentes conductas y condiciones de riesgo para la salud a los que se exponen hombres y mujeres dadas las

actividades que desempeñan, entre otras. Entre los servicios de salud se pudo observar diferencias significativas en cuanto a la distribución porcentual de hombres y mujeres.

Otro factor que se analizó fue la edad de la población, observándose variaciones estadísticamente significativas en el promedio general de edad y en la distribución de grupos de edades programáticas. Respecto a estudios anteriores sobre el tema se debe aludir al trabajo de Frenz y otros (2013) que calcula el promedio de edad de la población que reside en los territorios asociados a cada servicio de salud a partir de la base de datos de la Encuesta CASEN del año 2000, llegando a similares conclusiones en cuanto a la significativa diferencia en este indicador para los servicios de salud y observándose un aumento del promedio general de edad de alrededor de dos años respecto del resultado obtenido en esta ocasión, lo que pone de relieve el progresivo envejecimiento de la población y la necesidad de responder a las demandas de salud que éste proceso provoca a nivel de cada territorio. En cuanto a éste punto, resulta particularmente interesante el grupo de población sobre los 65 años, dado el impacto que tiene en la demanda de atención de salud.

Por otro lado se analizó también la distribución porcentual de población según su pertenencia étnica denotando la clara presencia indígena en los territorios de origen de éstos pueblos tanto en el norte como en el centro sur del país. Respecto al impacto de este factor en la salud de la población no se puede dejar de mencionar los estudios de la Serie de Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile desarrollada por el Ministerio de Salud a través del Programa de Salud y Pueblos Indígenas a partir del año 2006, en particular los perfiles epidemiológicos diferenciados que han permitido constatar *las profundas brechas de equidad en salud que afectan a los pueblos indígenas, expresadas en: una sistemática sobremortalidad general, en las grandes desigualdades en mortalidad infantil y en la niñez, así como en la persistencia de enfermedades históricamente vinculadas a la pobreza, como la Tuberculosis, ocultas en las grandes tendencias nacionales* (Pedrero, M. 2013.pag.4). De allí la importancia de considerar la variabilidad territorial de la presencia indígena a nivel nacional y en relación con los resultados del estudio tener presente que los servicios de salud con mayor proporción de población indígena tienen también en general los peores indicadores de pobreza en particular en la medición de pobreza basada en ingresos, por otro lado pareciera, de acuerdo con los indicadores analizados, que en estos mismos territorios se recurre a la atención de salud mediante el sistema público mayoritariamente, lo que supone un esfuerzo de adecuación del modelo de atención a las particularidades culturales de éstas poblaciones.

Por último se desea volver al concepto de equidad en salud, en particular a la noción de necesidad que como se indicó más arriba esta implícita en la idea, ya que son las particularidades sociales, culturales, demográficas etc. las que condicionan la necesidad de atención, y, como afirman Frenz y otros (2013) el fin último en relación a la justicia en la atención de salud debiera ser el desarrollo de un estándar igual de salud, en cantidades y calidades acordes a necesidades sanitarias diferenciales, reconociendo, la importancia de conocer en mayor profundidad estas necesidades particulares a cada servicio de salud dadas las particularidades de su población.



## 8.2 Desigualdad social y salud

Continuando con los resultados obtenidos en relación a los indicadores de desigualdad social de la población residente en el área de cobertura de los servicios de salud, se debe señalar que la población con altos niveles de ingresos lo mismo que los pobres no se encuentran distribuidos a lo largo del país de manera homogénea o aleatoria, de hecho se puede identificar con claridad los lugares, servicios de salud, donde se localizan de acuerdo a las variables quintil de ingresos y pobreza, medida por ingresos según la nueva metodología incorporada en la encuesta CASEN. Así por ejemplo, mientras los servicios de salud de la Araucanía tienen sobre el 35% de población en el primer quintil de ingresos y menos del 8% en el quinto quintil, el servicio de salud metropolitano oriente en particular, tiene más del 50% de población en el quinto quintil de ingresos, lo que permite ilustrar la profunda desigualdad social presente en el territorio.

Este factor incide tanto en la demanda de atención hacia los sistemas de salud público y privado por parte de la población como en su calidad de vida por lo tanto también de manera directa en los resultados en salud. Así, por ejemplo, queda demostrado en los trabajos de Hugo Sánchez y Cecilia Albala sobre segregación socioeconómica territorial y la mortalidad de los adultos en el Gran Santiago (Arrau, 2004), o en el estudio de Bedregal y otros (2016) respecto a desigualdades en el desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile, entre otros trabajos que se comentaron inicialmente.

Dicho lo anterior y teniendo presente que los efectos de la desigualdad social en la salud han sido demostrados, se cree que el Estado no puede tener una respuesta pasiva frente al problema y tampoco debe delegar el tema solo al sector salud, que más bien atiende a las consecuencias del fenómeno. Recordemos que *la Comisión de determinantes sociales de la salud (CDSS) ha planteado tres recomendaciones principales para superar las inequidades en salud: mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; medir y analizar el problema*, (Cepal (2007) citada en Pedrero M.2013, pag 26).

## 8.3. Inequidad en el acceso a salud

En las variables relacionadas directamente al acceso a salud, también se observa una gran variabilidad entre servicios de salud, así por ejemplo, se puede constatar en la adscripción al sistema público de salud, que va desde un 44,8% en el servicio de salud Metropolitano Oriente a un 89,8% en Araucanía Norte, con un promedio de 78,3% a nivel nacional. Al comparar el dato con los resultados obtenidos por Frenz y otros (2013) en base a la encuesta CASEN del año 2000, para el mismo indicador, vemos una distribución porcentual que va de un 34,8% de adscripción al sistema público de salud en el servicio de salud Metropolitano Oriente a un 83,1% en el servicio de salud de Araucanía Norte, observándose un importante aumento, del 12,8%, a nivel nacional al año 2013.

Por otra parte los indicadores de acceso a atención de salud y a previsión, parecen tener comportamientos muy distintos, por una parte el promedio general de población catalogada como carente en atención de salud a nivel nacional es de un 44,15%, el mayor porcentaje corresponde al servicio de salud de Aysén con un 58,47%, mientras el menor es el de Araucanía Sur con un 24,33%. En la variable acceso a previsión de salud, el porcentaje de carencia a nivel nacional es mucho menor, con un 2,67%, mientras los valores más altos se sitúan en servicios de salud que se ubican en zonas geográficas aisladas del país como Chiloé (8,9%), Arica (6,06%), Aysén (5,34%), los valores más bajos recaen en servicios de salud que tienen altos niveles de pobreza, como son Concepción (0,97%), Araucanía Norte (1,41%) y Bio Bio (1,45%).

Luego al hacer un análisis del problema de la inequidad en salud asociando las variables socioeconómicas estudiadas con las condiciones de acceso a salud mediante ACM primero y luego Cluster, no ocurre lo que se esperaba, es decir que no se configura una estructura de inequidad en salud que sea nítida y fácil de interpretar en los resultados obtenidos, o al menos no en el sentido que se esperaba, de que los servicios de salud que tienen mayores niveles de pobreza fuesen también los que mostraban los peores indicadores de acceso a previsión y a atención en salud, de hecho en el caso de la variable acceso a atención de salud pareciera que el comportamiento respecto del ingreso es inverso. Entonces ocurre que la relación no es tan evidente, por ejemplo volviendo a los resultados, si bien por un lado el cluster 2, grupo compuesto por los servicios de salud con los mejores indicadores en materia socioeconómica, tiene también buenos indicadores en acceso a salud, ocurre lo mismo, con el cluster 3, que teniendo un alto nivel de pobreza, muestra buenos indicadores de acceso a salud.

Pareciera entonces que los problemas de acceso a previsión y a atención de salud que se pueden detectar a partir de los indicadores que considera la medida multidimensional de pobreza desarrollada por el Ministerio de Desarrollo Social, no permiten establecer la existencia de inequidad en acceso a salud a nivel de los servicios de salud del país, ya que no afectarían especialmente a la población socialmente más vulnerable.

Se quiere hacer énfasis en lo dicho anteriormente, la forma en que se construyen los indicadores para la medición del concepto de inequidad es muy importante en el resultado obtenido, así por ejemplo queda demostrado en el comportamiento de la variable ilustrativa necesidad no atendida, que muestra el total de personas que habiendo sufrido un episodio de enfermedad o accidente en los últimos meses no recibieron atención médica, indistintamente de la razón aludida. Esta variable, como puede observarse en los gráficos resultantes del ACM, tiene un comportamiento distinto a la variable acceso a atención de salud y se asocia mucho más a los servicios de salud que presentan malos indicadores socioeconómicos, mayores índices de población indígena y que a su vez emplean mayoritariamente el sistema público de salud. Además debemos citar nuevamente el trabajo de Frenz y otros (2013) que emplea la misma variable para analizar la situación de los servicios de salud a partir de la base de datos de la Encuesta CASEN del año 2000, coincidiendo en general en la distribución de la variable por servicio de salud (ver Frenz y otros 2013, pag.75).

Por último sin intención de sacar conclusiones en torno a la última variable mencionada, sólo se quiere poner de relieve la necesidad de profundizar en la investigación de problema de inequidad en el acceso a salud, ya que si bien no se logró determinar la existencia de una estructura de inequidad en el acceso a salud en el territorio, sí se logró establecer la profunda desigualdad social existente y los altos indicadores de población carente en el acceso a atención de salud de acuerdo con la definición que plantea el Ministerio de desarrollo social a través del método de medición de pobreza multidimensional.



## 9.- Conclusiones

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de la población que habita las áreas de cobertura de los servicios de salud, se debe poner énfasis en la variabilidad en cuanto al tamaño de la población de cada servicio, en la composición demográfica y cultural; y en particular a la disparidad de condiciones sociales de la población, lo que constituye un resultado interesante para los objetivos del estudio y confirma la necesidad para el sector salud de estudiar el territorio y sus variantes a fin de entregar una oferta pertinente y hacer un mejor uso de los recursos disponibles.

Por otro lado, resulta interesante contrastar el resultado de la nueva medición de pobreza basada en los ingresos del hogar con la medida de pobreza multidimensional a lo largo del territorio, apreciándose un panorama más homogéneo en las condiciones de pobreza de la población que habita las áreas de cobertura de los diferentes servicios de salud con la última medida, atenuándose el contraste que se provoca en la comparación de la sola distribución del ingreso en la población, que es donde se presenta la mayor desigualdad. La medida de pobreza multidimensional contribuye a entender de manera más integral el fenómeno de la pobreza y en esta visión la salud y en particular el acceso a la salud tienen una consideración central.

A partir del análisis multifactorial desarrollado no fue posible establecer la existencia de una estructura de inequidad en el acceso a salud entre en los servicios de salud país, en tanto las variables estudiadas; por una parte acceso a atención y previsión de salud, y por otro lado las variables que permiten hacer una clasificación socioeconómica de la población, como quintil de ingreso autónomo y pobreza medida por ingresos no se relacionan directamente.

Lo que sí queda establecido es la desigualdad en las condiciones de acceso a previsión y en atención de salud entre los servicios de salud, además de la heterogeneidad en cuanto a las características sociales, culturales y demográficas de la población asociada a los servicios de salud, también se vislumbra la importancia del factor geográfico en la variabilidad de condiciones sociales y de acceso a salud y por lo tanto la necesidad de profundizar en la investigación local para desarrollar una gestión en salud más pertinente y eficiente.

En cuanto a las limitaciones del estudio se desea comentar que el punto de partida de la investigación fue la idea de abordar algunos indicadores de cobertura efectiva a nivel de las comunas del país, sin embargo fue muy difícil acceder a este tipo de información para lograr un análisis territorial, constatándose una falta de estudios en esa línea en particular, considerando que finalmente la tendencia en las políticas sectoriales debiera apuntar en ese sentido y desde la comprensión del enfoque de equidad en salud, el estudio de éste aspecto realmente constituiría un avance en la evaluación de la gestión sectorial. Si se considera que la equidad en salud es tener la capacidad de atender las necesidades diferenciadas de la población, se debe partir por investigar y comprender las reales diferencias y demandas específicas de salud de las personas atendiendo a sus características demográficas, sociales y culturales.

Lo anterior nos remite a la necesidad de abrir espacios de investigación en salud a nivel local, articulando la academia con las instituciones de salud que generan la información del territorio a fin de desarrollar conocimiento pertinente y útil para la evaluación de las políticas de salud. Lo que se desea plantear como un desafío en particular para los programas de post grado de las universidades regionales.

También se releva el uso de nuevas metodologías de estudio que puedan aportar a la comprensión del complejo fenómeno de la salud, en este caso se valora positivamente el uso de las técnicas estadísticas exploratorias que permiten incorporar distintos tipos y múltiples variables mostrando de una manera sencilla la relación entre éstas, de modo que los resultados de la investigación académica realmente sean comprensibles y contribuyan al diálogo necesario entre distintos actores involucrados en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas sociales, en este caso del sector salud.



## Referencias

- Agost Felip, M. R., & Martín Alfonso, L. (2012). Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 126-140.
- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015,8:27106 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
- Arrau, F. (2004). *Indicadores De La Salud En Chile Y Su Capacidad Para Evaluar La Calidad De La Gestión Pública En Salud*. Santiago: Departamento De Estudios, Extensión Y Publicaciones, Biblioteca Nacional.
- Bedregal P, et al. Desigualdades en desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.02.008>
- Cohen, Bruce.1999. *Introducción a la sociología*. McGraw-Hill.México.
- Crompton, R. (1994, Págs. 31-32). *Clase Y Estratificación. Una Introducción A Los Debates Actuales*. Madrid: Tecnos.
- Dominguez, E. (2013). Desigualdades Sociales Y Diabetes Mellitus. *Revista Cubana De Endocrinología* , 200-213.
- Frenz, P., & Titelman, D. (2013). Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(4), 665-670.
- Frenz, P., Delgado, I., Villanueva, L., Kaufman, J., Muñoz, F., & Navarrete, M. S. (2013). Seguimiento De Cobertura Sanitaria Universal Con Equidad En Chile Entre 2000 Y 2011 Usando Las Encuestas Casen. *Revista Medica De Chile* , 1095-1106.
- Fuenzalida, M., Cobs, V., & Miranda, M. (2016). Inequidad Socioespacial para hospitalizaciones asociadas al contaminante material particulado en niños residentes en Santiago de Chile. *Revista Geográfica Venezolana*, 57(1), 96-113.
- Giddens, A.1991. *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Minsal. (2004). *Indice de Actividad de La Atención Primaria Orientación Técnica Y Metodológica De Evaluación*. Santiago: Minsal.
- Minsal. (2010). *Programa de Comunas Vulnerables, Experiencia de Implementación en 2009*. Santiago de Chile: Puerto Madero.

Minsal. (2012). Revisión De Literatura Y Sistematización De Información Disponible Sobre La Asignación De Recursos A Nivel Comunal. Santiago: Minsal.

Olavarria, M. (2005). Acceso A La Salud En Chile. Santiago.

Ops/Oms/Fonasa. (2009). Indicadores Para Evaluar La Protección Social En Chile. Santiago De Chile: Ops.

Pedrero S. M. 2013. Perfil epidemiológico básico de la población Mapuche-Huilliche residente en el área de cobertura de los servicios de salud de Chiloé y del Reloncaví. Serie análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. N°10. Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de salud pública. Impreso en Alvimpress Impresores, Santiago.

Rocha, K. B., Muntaner, C., Solar, O., Borrell, C., Bernales, P., González, M. J., ... & Vallebuona, C. (2014). Clase social, factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su asociación con la salud autopercebida y mental en Chile Social class, psychosocial occupational risk factors, and the association with self-rated health and. *Cad. Saúde Pública*, 30(10), 2219-2234.

Sémbler, C. (2006). Estratificación social y clases sociales: una revisión analítica de los sectores medios (Vol. 125). United Nations Publications.

Titelman, D. (2002). Reformas Al Sistema De Salud, Desafíos Pendientes. Cepal .

Torche, A. (2009). Introducción De Factores De Riesgo En El Financiamiento De La Salud Primaria En Chile. Santiago: I. E. Economía Universidad Católica.

Vieytes, R. (2004). Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas. Editorial de las Ciencias.

Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones.

Anexos

**Tabla Nº 20 Estadísticos Análisis de Correspondencias Múltiples**

Statistics for column categories in standard normalization

Categories	overall			dimension_1		
	mass	quality	%inert	coord	sqcorr	contrib
pobreza_mn						
pobres ext~s	0.010	0.645	0.119	3.582	0.631	0.126
pobres no ~s	0.019	0.682	0.194	3.368	0.680	0.221
no pobres	0.171	0.684	0.052	-0.591	0.679	0.060
qaut_mn						
i	0.046	0.679	0.276	2.615	0.672	0.311
ii	0.040	0.444	0.023	-0.272	0.077	0.003
iii	0.040	0.561	0.026	-0.705	0.453	0.020
iv	0.042	0.606	0.038	-0.961	0.606	0.039
v	0.033	0.636	0.061	-1.205	0.467	0.048
d_prevs						
0	0.193	0.302	0.000	0.028	0.291	0.000
1	0.007	0.302	0.009	-0.814	0.291	0.004
d_acc						
0	0.138	0.522	0.009	0.175	0.279	0.004
1	0.062	0.522	0.020	-0.388	0.279	0.009
servicio						
Ari	0.010	0.542	0.006	0.669	0.464	0.005
Iqu	0.003	0.768	0.004	-1.452	0.760	0.006
Antf	0.011	0.884	0.012	-1.287	0.884	0.018
Atac	0.006	0.606	0.003	-0.738	0.594	0.003
Coqui	0.009	0.795	0.005	0.797	0.757	0.006
Valp	0.004	0.503	0.001	-0.565	0.476	0.001
Via	0.013	0.573	0.009	-0.599	0.333	0.005
Aconc	0.002	0.098	0.001	-0.100	0.009	0.000
MN	0.001	0.292	0.002	-0.969	0.276	0.001
MOcc	0.004	0.816	0.004	-0.960	0.531	0.004
MC	0.004	0.713	0.010	-1.461	0.541	0.009
MOR	0.006	0.551	0.025	-1.511	0.326	0.013
MSur	0.003	0.545	0.004	-0.845	0.328	0.002
MSO	0.004	0.573	0.002	-0.672	0.509	0.002
OH	0.017	0.915	0.003	-0.466	0.833	0.004
Maul	0.008	0.039	0.002	0.077	0.015	0.000
ubl	0.017	0.818	0.012	0.942	0.757	0.015
Conce	0.007	0.364	0.002	-0.012	0.000	0.000
Th	0.004	0.170	0.001	0.033	0.004	0.000
Bio	0.003	0.595	0.005	1.305	0.592	0.005
ArS	0.023	0.794	0.025	1.173	0.734	0.031
Vald	0.011	0.714	0.002	0.497	0.696	0.003
Oso	0.005	0.128	0.003	0.339	0.125	0.001
Rel	0.005	0.148	0.003	0.123	0.018	0.000
Aysen	0.005	0.647	0.008	-1.177	0.458	0.006
Maga	0.004	0.729	0.007	-1.364	0.703	0.008
Arau	0.002	0.558	0.003	1.203	0.509	0.003
ArN	0.008	0.711	0.007	0.771	0.398	0.005
Chil	0.001	0.149	0.001	-0.439	0.092	0.000
sist_prev2						
Publico	0.790	0.101	1.318	0.411	0.060	
Privado	0.125	0.234	1.513	-1.602	0.126	
otro	0.052	0.076	1.443	-1.484	0.047	
Ninguno	0.033	0.037	1.331	-1.424	0.030	
na						
0	0.370	0.368	1.356	-1.067	0.185	
1	0.630	0.215	1.364	0.626	0.108	
pobreza_mu~i						
no pobre	0.726	0.045	1.367	-0.376	0.045	
pobre	0.274	0.139	1.171	0.996	0.138	



Categories	dimension_2		
	coord	sqcorr	contrib
pobreza_mn			
pobres ext~s	1.782	0.014	0.031
pobres no ~s	0.641	0.002	0.008
no pobres	-0.176	0.005	0.005
gaut_mn			
i	0.893	0.007	0.036
ii	-1.983	0.367	0.156
iii	-1.153	0.108	0.053
iv	0.074	0.000	0.000
v	2.425	0.169	0.195
d_prevs			
0	-0.018	0.011	0.000
1	0.536	0.011	0.002
d_acc			
0	-0.546	0.243	0.041
1	1.209	0.243	0.091
servicio			
Ari	-0.918	0.078	0.009
Iqu	-0.496	0.008	0.001
Antf	-0.072	0.000	0.000
Atac	-0.352	0.012	0.001
Coqui	0.592	0.037	0.003
Valp	-0.451	0.027	0.001
Via	1.698	0.240	0.038
Aconc	-1.033	0.089	0.002
MN	0.787	0.016	0.001
MOcc	-2.351	0.285	0.021
MC	2.751	0.172	0.033
MOr	4.200	0.225	0.104
MSur	2.299	0.217	0.018
MSO	-0.796	0.064	0.003
OH	-0.489	0.082	0.004
Maul	0.333	0.025	0.001
ubl	-0.895	0.061	0.013
Conce	1.425	0.364	0.015
Th	0.710	0.166	0.002
Bio	0.323	0.003	0.000
ArS	-1.121	0.060	0.028
Vald	-0.267	0.018	0.001
Oso	-0.162	0.003	0.000
Rel	-1.121	0.131	0.006
Aysen	2.527	0.189	0.029
Maga	0.875	0.026	0.003
Arau	-1.246	0.049	0.003
ArN	-2.286	0.313	0.040
Chil	1.154	0.057	0.001
sist_prev2			
Publico	-1.131	0.041	
Privado	4.963	0.108	
otro	3.860	0.029	
Ninguno	2.209	0.007	
na			
0	3.547	0.183	
1	-2.082	0.107	
pobreza_mu~i			
no pobre	0.067	0.000	
pobre	-0.178	0.000	

supplementary variables: sist\_prev2 na pobreza\_multi

Categories	dimension_2		
	coord	sqcorr	contrib
clus			
1	1.204	0.141	0.029
2	1.266	0.040	0.059
3	-1.188	0.159	0.148
4	1.405	0.249	0.075
d_acc			
0	-0.674	0.373	0.062
1	1.491	0.373	0.138
d_prevs			
0	-0.036	0.030	0.000
1	1.047	0.030	0.007
pobreza_mn			
pobres ext~s	2.402	0.012	0.057
pobres no ~s	0.120	0.000	0.000
no pobres	-0.152	0.002	0.004
qaut_mn			
i	0.872	0.003	0.035
ii	-2.452	0.345	0.239
iii	-0.789	0.027	0.025
iv	0.766	0.021	0.025
v	1.706	0.066	0.097
sist_prev2			
Publico	-1.434	0.026	
Privado	5.531	0.056	
otro	4.757	0.018	
Ninguno	5.861	0.019	
na			
0	5.198	0.161	
1	-3.052	0.091	
pobreza_mu~i			
no pobre	-0.161	0.000	
pobre	0.428	0.001	

supplementary variables: sist\_prev2 na pobreza\_multi