

INEQUIDAD EN EL ACCESO A SALUD EN CHILE: ESTUDIO MULTIFACTORIAL BASADO EN LA ENCUESTA CASEN DEL AÑO 2013

HEALTH ACCESS INEQUALITIES IN CHILE: A MULTIFACTORIAL
STUDY BASED ON THE 2013 CASEN SURVEY

RESUMEN

Objetivo: *El estudio busca describir la inequidad en el acceso a salud entre los Servicios de Salud de Chile, evidenciando posibles estructuras de inequidad a nivel territorial mediante análisis multifactoriales.*

Método: *Corresponde a un estudio descriptivo de corte cuantitativo. Se emplea una estrategia estadística exploratoria basada en Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) 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 al sistema de salud y a prestaciones de salud incluidos en la medida multidimensional de pobreza, incorporada en esta versión de la encuesta CASEN. Como indicadores de desigualdad social, se utilizó el quintil de ingreso de la población y la medida de pobreza por ingresos.*

Resultados: *Si bien hay 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, existe poca claridad en la conformación de estructuras de inequidad, lo que se aleja de lo buscado inicialmente. Lo anterior se confirma en los Análisis de Correspondencias Múltiples.*

Conclusiones: *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 clave: Inequidad en salud, acceso a salud, Análisis de Correspondencias Múltiples.

SIMI JIMÉNEZ

Antropóloga y Asistente Social,
Magíster en Investigación
Social y Desarrollo
simi.jimenez@gmail.com

OMAR A. BARRIGA

Sociólogo,
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Concepción

ALIDE SALAZAR

Enfermera,
Facultad Enfermería,
Universidad de Concepción

Trabajo recibido el 21 de noviembre de 2016. Aceptado a publicación el 24 de octubre de 2017

ABSTRACT

Objective: *The purpose of this research is to describe the health access inequities among the Chilean Health Services and to identify structural determinants of inequity at a territorial level, through multifactorial analyses.*

Method: *A quantitative descriptive study was conducted, using an exploratory statistic strategy application based on Multiple Correspondence Analyses (MCA) with the 2013 CASEN Survey data. Health Services were the unit of analysis, and inequities were determined by using the indicators of health system access and health service offerings that are included in the multidimensional poverty measure, which was incorporated in this version of the CASEN survey. Income quintile and an income poverty measure were used as indicators of social inequity.*

Results: *While there are significant statistical differences among the country's Health Services, in terms of the demographic and sociocultural characteristics of the populations they cover, there is little clarity as to the foundations of structural inequity determinants, which differs from what was initially hypothesized. This finding was confirmed through Multiple Correspondence Analyses.*

Conclusions: *It is not possible to establish the existence of health access inequities, in terms of Chilean Health Services, with the 2013 CASEN Survey data.*

Keywords: Health inequities, health access, Multiple Correspondence Analyses.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la inequidad en salud puede contribuir a evidenciar problemas de justicia social dentro de un territorio, de allí la importancia de promover la investigación en esta área. Al mismo tiempo se debe señalar que su medición es compleja. Se ha dicho que la medición de la desigualdad-inequidad en salud aún no ha tenido un resultado satisfactorio, dada su multidimensionalidad (Cardona, Acosta, & Bertone, 2013). De acuerdo con Sen (2002) la equidad en salud incluye aspectos relacionados con el logro de la salud, la posibilidad de alcanzar buena salud, incluso la atención sanitaria. Para interpretar un indicador de salud como una inequidad, se deben emplear variables socioculturales y económicas que permitan observar el comportamiento de los grupos sociales más pobres y vulnerables en aquellos indicadores.

A nivel internacional el debate sobre la inequidad en salud está vigente. Entre los estudios sobre países de Latinoamérica y el Caribe, Cardona y otros (2013) construyen un Índice de Inequidades en Salud a partir de un conjunto de indicadores socioeconómicos y de salud, de acuerdo al cual Chile queda si-

tuado entre los cinco países con una situación más favorable en salud. Sin embargo, considerando las profundas desigualdades sociales existentes dentro del país se cree importante avanzar en el estudio de la inequidad en salud dentro del territorio nacional, donde la literatura es mucho más escasa.

En Chile se pueden encontrar algunas investigaciones referidas al problema de inequidad en el acceso a la salud, entre otros Olavarría (2005); Torche (2009), Frenz y otros (2013), Delgado y otros (2013), Bedregal y otros (2016); y también estudios respecto a la inequidad en los resultados de salud, por ejemplo el trabajo de Sánchez y Albala citado en Arrau (2004) y el de Fuenzalida, Cobs y Miranda (2016). La mayoría de estos trabajos se basan en información censal o en el módulo de salud de la encuesta CASEN, y casi todos se refieren solo a la región metropolitana debido a la dificultad de disponer de datos pertinentes desagregados localmente a nivel nacional.

El objetivo general del presente estudio es describir la inequidad en el acceso a salud entre los servicios de salud del país, en tanto unidad administrativa del sistema de salud en el territorio. Los objetivos específicos apun-

tan a describir las principales diferencias sociales de la población inscrita en los servicios de salud, comparar la desigualdad social en el acceso a seguridad y acceso a atenciones de salud entre los servicios de salud y visibilizar posibles estructuras de inequidad en el acceso a salud mediante análisis multifactorial.

A partir de indicadores de acceso a salud empleados en la medida multidimensional de pobreza de la encuesta Casen 2013 y utilizando el quintil de ingresos y la nueva medida de pobreza basada en ingresos de la encuesta, como indicadores de la condición social, se buscó la caracterización del problema de inequidad, mediante procedimientos de análisis multivariados. Entre las ventajas de la propuesta metodológica está el que en este caso se emplea una medida más integral de la condición social. También los indicadores de acceso a salud incluyen tres o más variables, reflejando de manera más integral este fenómeno.

MATERIAL Y MÉTODOS

El enfoque metodológico del estudio es cuantitativo, es una investigación básica de alcance descriptivo, el diseño es no experimental y transversal.

La única fuente de información empleada en el estudio es la encuesta CASEN del año 2013. La unidad de información es el servicio de salud, dado que la base de datos de la encuesta no la incluye, la variable se construyó mediante la recodificación de las 346 comunas del país de acuerdo a su pertenencia respecto de los 29 servicios de salud existentes.

La preparación de la base de datos incluyó la desagregación de la variable pobreza multidimensional de la encuesta CASEN 2013 de acuerdo con el procedimiento disponible en el Anexo metodológico 39 publicado por el Ministerio de Desarrollo Social en 2015.

Primero se efectuó una revisión bivariada por servicio de salud de variables demográficas y socioeconómicas, además de los indicadores de adscripción en salud y acceso a atención de salud y pruebas chi cuadrado para todos los cálculos. A fin de mantener la representatividad de la información se emplea-

ron procedimientos de análisis para muestras complejas. Posteriormente se efectuó un análisis de correspondencias múltiples.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica de la población

La primera constatación del estudio es la variabilidad demográfica y sociocultural de la población que habita las comunas que corresponden administrativamente a los servicios de salud; en cuanto al tamaño, mientras la población del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente es de 1.389.257 personas, solo alcanza a 20.319 en el Servicio de Salud de Aconcagua; por otro lado, si bien en todos los servicios de salud la distribución porcentual por sexo favorece a las mujeres, existen variaciones estadísticamente significativas en su proporción, con un 50,76% en Aysén y hasta un 54,65% en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Así también el promedio de edad de la población varía significativamente, alcanzando 31,5 años en el Servicio de Salud de Antofagasta, donde el grupo de edad de mayores de 65 años alcanza solo al 7,16%; y un promedio de 38,04 años en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, donde los mayores de 65 años representan el 15,17% de la población. La población indígena alcanza su mayor proporción en el Servicio de Salud Araucanía Sur con un 34,4%, seguida de Arica con un 31,5%, mientras en el Servicio de Salud del Maule solo un 2% de la población se reconoce como perteneciente a algún pueblo indígena.

Se debe destacar la diferencia en la distribución de la población por quintil de ingreso entre los servicios de salud de la Araucanía, con sobre el 35% en el primer quintil y menos del 8% en el quinto quintil, y en el otro extremo, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente con más del 50% de población en el quinto quintil de ingresos.

La Tabla 1 permite comparar niveles de pobreza según las dos nuevas metodologías que incluye la encuesta CASEN 2013.

Tabla 1. Porcentaje pobres según metodologías CASEN 2013 por Servicio de Salud

Servicio de salud	Ingresos	Multidimensional
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
Valparaíso-San 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
Biobío	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
Total país	14,38	20,39

Fuente: Estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN de 2013.

Desigualdad en acceso a salud entre servicios de salud

En el análisis del problema del acceso a salud se consideraron dos de los indicadores que componen la dimensión salud en la medida multidimensional de pobreza; el primero es la

adscripción al sistema nacional de salud (carencia en previsión) 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.

Tabla 2. Porcentaje de población con carencia en previsión de salud por SS

Servicio de Salud	Carente
Arica	6,05
Iquique	3,18
Antofagasta	3,47
Atacama	3,25
Coquimbo	2,99
Valparaíso-San Antonio	1,64
Viña del Mar	2,81
Aconcagua	2,40
M. Norte	1,68
M. Occidente	2,88
M. Central	4,68
M. Oriente	2,10
M. Sur	2,39
M. Sur Oriente	2,56
L. B. O'Higgins	3,50
Del Maule	2,11
Ñuble	1,75
Concepción	0,97
Talcahuano	2,26
Biobío	1,46
Araucanía Sur	2,32
Valdivia	2,24
Osorno	2,29
Del Reloncaví	2,42
Aysén	5,34
Magallanes	2,39
Arauco	2,33
Araucanía Norte	1,42
Chiloé	8,90
Total	2,68

Fuente: 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.

Tabla 3. Porcentaje de población con carencia en Acceso Atención de Salud por SS

Servicio de Salud	Carentes
Arica	37,66
Iquique	40,47
Antofagasta	31,92
Atacama	45,26
Coquimbo	41,60
Valparaíso-San Antonio	41,80
Viña del Mar	54,95
Aconcagua	42,64
M. Norte	52,10
M. Occidente	56,56
M. Central	58,36
M. Oriente	40,43
M. Sur	41,35
M. Sur Oriente	31,68
L. B. O'Higgins	41,23
Del Maule	51,59
Ñuble	35,60
Concepción	58,86
Talcahuano	43,12
Biobío	50,16
Araucanía Sur	24,33
Valdivia	37,96
Osorno	39,94
Del Reloncaví	42,53
Aysén	58,47
Magallanes	37,71
Arauco	56,12
Araucanía Norte	39,46
Chiloé	47,93
Total país	44,15

Fuente: Estimaciones realizadas a partir de la encuesta CASEN de 2013.

El segundo indicador corresponde al acceso a atención de salud (carencia en acceso). Este 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 accedió a 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 el sistema no lo ha cubierto.

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.

Análisis multifactorial de la inequidad en el acceso a salud

El ACM emplea las variables quintil de ingreso autónomo nacional y la nueva medida de pobreza basada en los ingresos del grupo familiar y por otro lado, las variables de carencia en acceso y carencia en previsión. En el análisis también se incluyeron otras tres variables que no se consideran para la definición de dimensiones. Las variables pasivas son la medida de pobreza multidimensional, necesidad no atendida y sistema de salud.

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

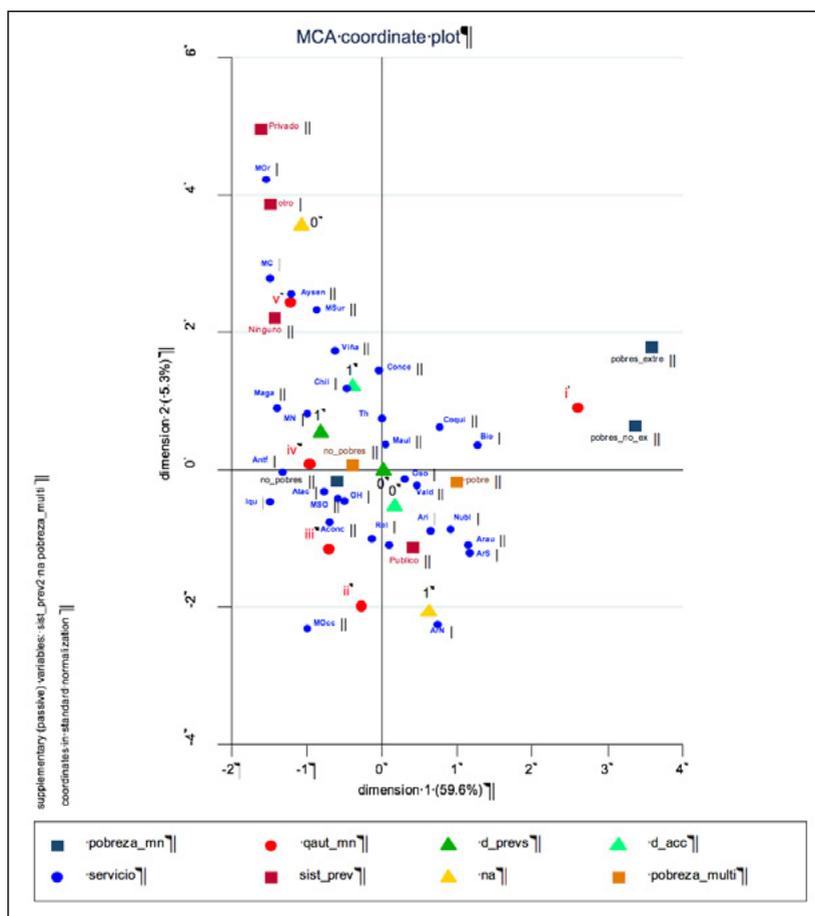
Tabla 4. Correspondencias Múltiples Acceso a Salud y Desigualdad Social Servicios de Salud

Número de obs	=	4550
Inercia total	=	.0774772
Método	=	Burt/ inercias ajustadas
Número of ejes	=	2
Dimensión		inercia % % acum
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
-----+-----		
Total		.0774772 100.00

Fuente: Elaboración propia

La contribución más relevante a la primera dimensión está dada por la categoría I, primer quintil, de la variable quintil de ingresos (qaut_mn) (0,311), seguida de la categoría pobres no extremos de la variable pobreza por ingresos (pobreza_mn) (0,221) y la categoría pobres extremos de la misma variable (0,126). Esta dimensión por sí 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. Así, los servicios de salud que caen en el lado de “pobres” son Araucanía Sur, Ñuble, Araucanía Norte, Arauco, Valdivia, Osorno, Del Reloncaví, Arica, Biobío y Coquimbo,

Gráfico 1. Correspondencias Múltiples Acceso a Salud y Desigualdad Social Servicios de Salud



Fuente: Elaboración propia

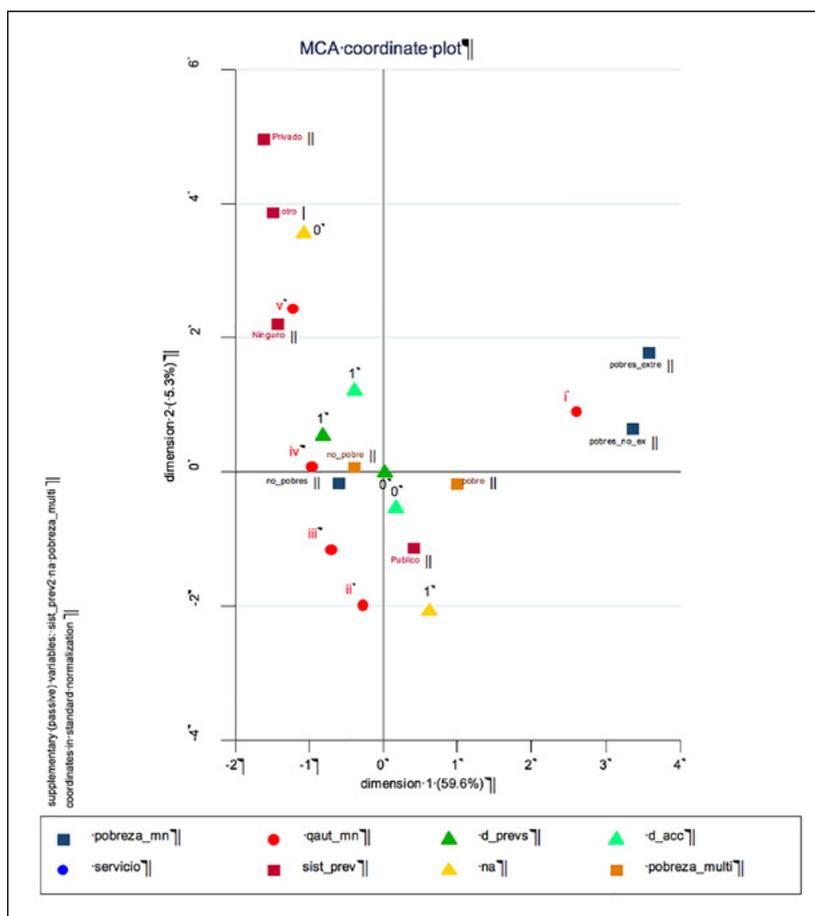
mientras que el resto de los servicios de salud quedaría ubicado en el sector de los “no pobres”, espacio que agrupa a quintiles de ingreso desde el II al IV.

Observando las variables ilustrativas se puede ver que la categoría “pobre” de la medida de pobreza multidimensional cae al lado derecho del eje n°1, 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.

La segunda dimensión graficada logra captar solo el 5,33% de la inercia. 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 n°2 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 acceso y previsión recaen en el lado superior del eje, más bien cercanos a este y 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

Gráfico 2. Correspondencias Múltiples Acceso a Salud y Desigualdad Social Servicios de Salud (sin servicios de salud)



Fuente: Elaboración propia

previsión y que más bien corresponderían al IV y V quintil de ingresos.

Nótese la variable ilustrativa necesidad no atendida: la categoría “presentan necesidades no atendidas” está muy por debajo del eje n°2, 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.

DISCUSIÓN

Condiciones demográficas y sociales

Los resultados permitieron constatar significativas diferencias tanto en las variables demográficas de la población como una profunda desigualdad social en el territorio, aspectos que se deben considerar en la gestión local del sector.

Las variaciones en el promedio general de edad y en la distribución de grupos de edades programáticas permiten establecer un aumento en el grupo de mayores de 65 años y un incremento del promedio general de edad de alrededor de dos años en comparación con los resultados del trabajo de Frenz y otros (2013) del año 2000, lo que pone de relieve el progresivo envejecimiento de la población y la necesidad de responder a las demandas de salud que este proceso provoca a nivel de cada territorio.

Por otra parte, se observó la clara presencia indígena en los territorios de origen de estos pueblos, y que los servicios de salud con mayor proporción de población indígena tienen también en general los peores indicadores de pobreza y una alta participación en el sistema público de salud, lo que requiere un esfuerzo de adecuación del modelo de atención a las particularidades culturales de estas poblaciones y el estudio sistemático de sus condiciones de salud; se deben considerar las investigaciones del Ministerio de Salud a través del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, que han constatado profundas brechas de equidad en salud que afectan a los pueblos indígenas (Pedrero M., 2013, p. 4).

Desigualdad social y salud

La población pobre no se encuentra distribuida a lo largo del país de manera homogénea y será un desafío a la gestión del Estado hacerse cargo del tema, ya que la pobreza incide de manera directa en los resultados en salud. Así 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 Santiago de Chile, entre otros.

Inequidad en el acceso a salud

No es fácil entender la forma en que la desigualdad social impacta en el acceso a la salud en Chile. Por una parte la adscripción al sistema público de salud en el territorio es alta; la variable guarda una estrecha relación con la distribución de la pobreza, y se ve que ha tenido un aumento importante a nivel nacional desde el año 2000 (12,8%) al comparar el dato con los resultados obtenidos por Frenz y otros (2013).

Por otra parte ni la variable carencia en previsión (solo 2,67% nivel nacional) ni la carencia en atención de salud, siendo muy alta (44,15%), parecieran asociarse a los servicios de salud más pobres. En el ACM no se configura una estructura de inequidad en salud que sea nítida y fácil de interpretar; los servicios de salud que tienen mayores niveles de pobreza no muestran los peores indicadores de acceso a salud. 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 en particular a la población socialmente más vulnerable.

La forma en que se construyen los indicadores para la medición del concepto de in-

equidad es muy importante en el resultado obtenido, así por ejemplo queda demostrado en el comportamiento de la variable “necesidad no atendida”. Esta variable 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. Sin intención de sacar conclusiones en torno a esta única variable, solo se quiere poner de relieve la necesidad de profundizar en la investigación de problema de inequidad en el acceso a salud.

CONCLUSIONES

A partir del análisis multifactorial desarrollado, no fue posible establecer la existencia de una estructura de inequidad en el acceso a salud en los servicios de salud país, en tanto las variables estudiadas no se relacionan directamente en los servicios de salud.

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 estos, y si bien no se logró determinar la existencia de una estructura de inequidad en el acceso a salud en el territorio, sí fue posible establecer la profunda desigualdad social existente y altos indicadores de población carente en el acceso a atención de salud de acuerdo con la definición que plantea el Ministerio de Desarrollo Social. Se pone de relieve la importancia del factor geográfico en la variabilidad de estas condiciones y la necesidad de profundizar en la investigación local para desarrollar una gestión en salud más pertinente y eficiente.

REFERENCIAS

1. Arrau F. *Indicadores de la salud en Chile y su capacidad para evaluar la calidad de la gestión pública en salud*. Santiago: Serie Estudios, Biblioteca del Congreso; 2004.

2. Benavides P, Castro R, Jones I. *Sistema Público de Salud, situación actual y proyecciones futuras 2013-2050*. Santiago de Chile: DIPRES, Gobierno de Chile; 2013.
3. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 2013; 292-297.
4. Carvajal Y. Bioética y sociología. *Nuevos folios de bioética*, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 9; 2012.
5. Centro Microdatos Universidad de Chile. *Manual de trabajo de Campo CASEN 2013*. Santiago: Universidad de Chile, 2013.
6. Cid C. Persistencia del gasto de bolsillo de los hogares en Salud: 1997-2007. *Cuad. Med. Social*; Santiago; 2009.
7. Crompton R. *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos; 1994.
8. Domínguez E. Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 2013; 200-213.
9. Duarte D. Asignación de recursos en la atención primaria. *Cuadernos de Economía*, 1995; 32(5): 23-29.
10. Foucault M. *Historia de la medicalización de la salud*. Nueva York: Hafner publicaciones; 1965.
11. Frenz P, Delgado I, Villanueva L, Kaufman J, Muñoz F, Navarrete MS. Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN. *Rev Méd Chile*, 2013; 1095-1106.
12. Giddens A. *Sociología*. EUA, 1991.
13. Luhmann N. La clausura operacional de los sistemas psíquicos y sociales. En: Fischer H, *El final de los grandes proyectos*, p. 116s. Barcelona: Gedisa, 1997.
14. Martín MR, Martín L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión. *Revista Cubana de Salud Pública*; 2012: 126-140.
15. MINSAL. *Índice de actividad de la atención primaria (IAAPS). Orientación técnica y metodológica de evaluación*. Santiago: MINSAL; 2004.
16. MINSAL. *Programa de Comunidades Vulnerables, experiencia de implementación en 2009*. Santiago de Chile: Puerto Madero; 2010.

17. MINSAL. *Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal*. Santiago: MINSAL; 2012.
18. Olavarría M. *Acceso a la salud en Chile*. Santiago; 2005.
19. OPS/OMS. *Indicadores para evaluar la protección social de la salud*. FONASA; 2009.
20. OPS/OMS/FONASA. *Indicadores para evaluar la protección social en Chile*. Santiago de Chile: OPS; 2009.
21. Sen A. ¿ Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*; 2002: 302-309.
22. Titelman D. *Reformas al sistema de salud, desafíos pendientes*. CEPAL; 2002.
23. Torche A. (2009). *Introducción de factores de riesgo en el financiamiento de la salud primaria en Chile*. Santiago: I. E. Economía Universidad Católica; 2009.
24. Universidad de Chile, Centro de Microdatos. *Manual de trabajo de campo CASEN 2013*. Santiago: Universidad de Chile; 2013.