

**ATENCION DE SALUD
EN EL GRAN SANTIAGO
SEGUN NIVELES DE INGRESO
ECONOMICO (*)**

Drs. Ernesto Medina L. ()
Ana María Kaempffer R. (***)
Srs. Francisco Cumsille G (****)
Raquel Medina K (*****)*

Cuad. Méd - Soc., XXVI, 3, 95 - 102, 1985

ABSTRACT: *The relationship between health and medical care and economic situation was studied in 605 families from the Great Santiago. Significant differences were found in the comparison of six groups of economics status and disease episodes. Utilization of medical care was similar but dental care was significantly higher in the wealthy groups.*

Key Words: HEALTH, MEDICAL AND DENTAL CARE, ECONOMIC SITUATION.

El impacto del nivel socioeconómico en la salud ha sido sólidamente establecido a través de las diferencias observadas entre los países y entre regiones nacionales de diverso desarrollo. La mayoría de estas evidencias provienen del estudio de la mortalidad y, en particular, de las defunciones ocurridas en lactantes y preescolares. Entre nosotros, diversos investigadores han concordado en el aumento del riesgo propio de niveles económicos bajos (1, 2, 3 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Conviene destacar, sin embargo, que la existencia de una relación inversa entre la mortalidad y el nivel de vida se aprecia sólo cuando la mortalidad infantil constituye un elevado porcentaje de la mortalidad total; que dicha relación es nítida para los menores de 5 años y no aparece en la población adulta (7) y que, a partir de 1970, la tendencia de la mortalidad infantil en Chile se ha independizado de las fluctuaciones del producto geográfico bruto por habitante, expresión sintética de la situación económica reinante (12).

En contraste con la frecuencia de estudios de relación entre la mortalidad y el nivel de vida, no existen muchas investigaciones que exploren la relación entre la morbilidad y la atención médica y la condición socioeconómica, haciendo excepción de estudios de desnutrición (13) y de morbilidad infantil (14).

Por los motivos anteriores pareció de interés examinar la relación entre ingreso económico, por una parte, y morbilidad y atención médica por

otra, utilizando para el propósito la información proveniente de la encuesta de salud del Gran Santiago de fines de 1983.

MATERIAL Y METODO.

El estudio utilizó una muestra al azar de la población del Gran Santiago, de 605 familias y 2.829 personas, tamaño muestral que aseguraba un error inferior a 1 0/o con una seguridad de 95 0/o de representatividad de la situación del universo constituido por el Gran Santiago. Las familias encuestadas en sus domicilios, explorando la frecuencia de enfermedad y de controles de salud, la forma en la cual la población resolvía los eventos de salud, precisando la frecuencia y sitio de atención en la quincena precedente y las razones para no haber sido atendido si ello hubiera sucedido, la calidad de la atención prestada y el costo directo

-
- (*) Este Informe es parte del proyecto de Investigación sobre Morbilidad y Atención Médica en el Gran Santiago financiado por el Colegio Médico de Chile y la Corporación de Promoción Universitaria.
 - (**) Director, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
 - (***) Jefe, División de Medicina Preventiva y Salud Materno Infantil, Escuela de Salud Pública.
 - (****) Profesor de Bioestadística, Escuela de Salud Pública.
 - (*****) Ayudante alumno, Escuela de Salud Pública.

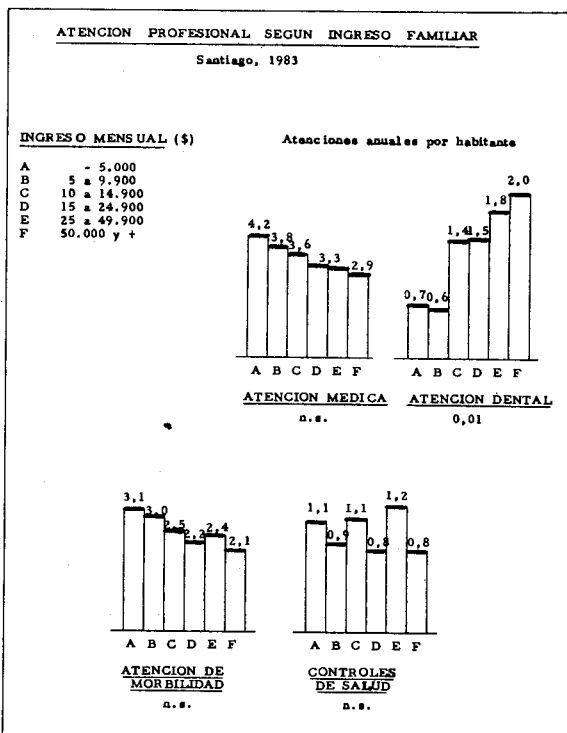
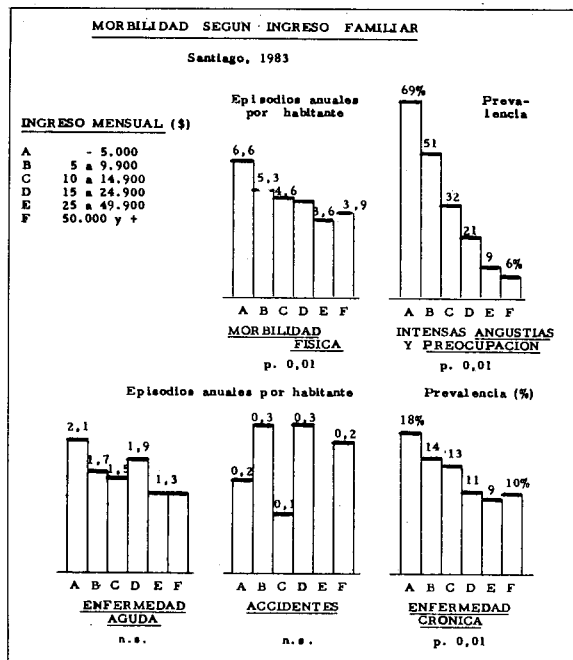
de dichas atenciones. Los grupos familiares fueron caracterizados de acuerdo a sus condiciones demográficas, nivel de instrucción, vivienda, seguridad social y sistema de atención médica preferente del grupo familiar. El estudio se realizó en la primera quincena de noviembre de 1983, momento del año intencionadamente elegido por tener la menor variación estacional de la morbilidad (14). En esta comunicación se informa el estudio de la morbilidad y la atención de salud, consideradas variables dependientes, y el nivel de ingreso familiar, como variable independiente. En 16 de los 605 grupos familiares no se obtuvo información respecto a ingreso económico. Las 2.758 personas con información se han separado en 6 grupos de ingreso mensual: a) Muy bajo, inferior a \$ 5.000, con 459 personas; b) Bajo, entre \$ 5.000 y \$ 9.999, con 650 personas; c) Medio-bajo, entre \$ 10.000 y \$ 14.999, con 484 personas; d) Medio-alto, entre \$ 15.000 y \$ 24.999, con 453 personas; e) Alto, entre \$ 25.000 y 49.999, con 404 personas y f) Muy alto, sobre \$ 50.000, con 308 personas.

Para estimar la frecuencia anual de los diversos eventos de morbilidad y atención médica, los valores observados en la quincena se han multiplicado por 24. Para el estudio de significación estadística se ha empleado el test de Ji².

RESULTADOS.

En el gráfico 1 se presenta la frecuencia de morbilidad percibida por la población según el ingreso económico del grupo familiar. Puede apreciarse que la morbilidad somática varía en forma inversa al ingreso, siendo casi el doble en los estratos bajos que en los altos; las diferencias tienen significado estadístico (p 0,01). Este exceso de morbilidad en los grupos pobres se aprecia para enfermedades agudas y especialmente en cuanto a patología crónica (p 0,01). Particularmente llamativa es la gran diferencia en cuanto a la existencia de problemas emocionales que, en la forma de intensas angustias y preocupaciones, están presentes en el 69 0/0 del grupo de menor ingreso, disminuyendo en forma paralela a la disponibilidad de mayores recursos económicos.

En el gráfico 2 se muestra la frecuencia de atención médica, tanto a título global, como separada en atención de morbilidad y controles de salud, y el volumen de atención dental. Pese a que se aprecia una mayor frecuencia de atención médica, particularmente de atención de morbilidad, en los gru-



pos de menor ingreso, la diferencia no alcanza significado estadístico. La frecuencia de controles de salud no aparece asociada a la condición económica de las familias. En contraste con lo anterior, la atención dental es 3 veces más frecuente en las familias de mayor ingreso ($p < 0,01$).

El grupo encuestado informó respecto a 27 hospitalizaciones durante el período de estudio que equivalen a una frecuencia de 0,9 0/o (10/1109) en la población con ingresos inferiores a \$ 10.000; de 0,75 0/o (7/937) para ingreso entre \$ 10.000 y \$ 25.000 y de 1,4 0/o (10/712) para el grupo con renta familiar superior a \$ 25.000. Las diferencias no alcanzan significado estadístico.

Durante los 12 meses previos a la encuesta se registraron 21 fallecimientos, lo que equivale a una tasa global de defunción de 7,4 por mil habitantes. Trece muertes correspondieron al grupo de ingreso inferior a \$ 15.000 (tasa de 8,2 por mil) y ocho decesos a personas con ingresos superiores a dicha cifra (tasa de 6,5 por mil); la diferencia no es estadísticamente significativa.

En la Tabla 1 se presenta la frecuencia con que es atendida la morbilidad aguda y crónica, pudiendo apreciarse que, en términos globales, se presta atención en la mitad de los episodios percibidos de enfermedad, sin advertirse una clara asociación entre ingreso y atención; como los grupos pobres enferman más reciben paralelamente un mayor número de consultas. A diferencia de lo anterior, el sistema por el cual se recibe atención difiere significati-

vamente según el nivel socioeconómico (Tabla 2). En familias con ingresos inferiores a \$ 15.000 mensuales, la responsabilidad mayoritaria de atención corresponde a los establecimientos del S.N.S.S. La atención prestada por organismos públicos sigue siendo elevada en el grupo de ingreso entre \$ 15.000 y \$ 24.000; sin embargo FONASA absorbe el mayor número de las consultas de ese grupo. Cuando el ingreso es superior a \$ 25.000 el sistema más frecuentemente empleado es el privado.

Las opiniones sobre la calidad de la atención médica recibida varían significativamente de acuerdo al ingreso; mientras en los grupos de alto nivel, casi la totalidad de las opiniones la juzgan como buena o muy buena, dicha proporción sólo alcanza al 65,5 0/o en las familias de más bajos ingresos, que se atienden mayoritariamente en el S.N.S.S. La atención recibida por los enfermos agudos es apreciada como buena o muy buena en una proporción levemente superior (88,2 0/o) que la obtenida por enfermos crónicos (84,2 0/o); una diferencia en el mismo sentido se aprecia en el grupo de ingreso inferior a \$ 5.000 en el que la calificación de atención buena y muy buena se dio para el 69,2 0/o de las atenciones por enfermedades agudas y 62,9 0/o de las crónicas.

Como se vio en la Tabla 1, la mitad de los episodios de morbilidad percibidos por la población se resuelven sin atención profesional médica y equivalen a 2,3 eventos anuales por persona. En términos globales, las razones dadas por la población

TABLA Nº 1
FRECUENCIA DE MORBILIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA SEGUN NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO EN EL GRAN SANTIAGO 1983

Grupos de Ingreso (miles de \$)	Morbilidad	Episodios Anuales por Habitante		0/o con Atención
		Con Atención	Sin Atención	
5	6,6	3,1	3,5	47,0
5 a 9	5,3	3,0	2,3	56,6
10 a 14	4,6	2,5	2,1	54,3
15 a 24	3,6	2,4	2,4	47,8
25 a 49	3,6	2,4	1,2	66,7
50 y más	3,9	2,1	1,8	53,8
TOTAL	4,6	2,3	2,3	50,0
	$p < 0,01$	n.s.	n.s.	

TABLA Nº 2

TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SEGUN NIVEL DE INGRESO
ECONÓMICO EN EL GRAN SANTIAGO 1983

Grupos de Ingreso (miles de \$)	Tipos de Atención					TOTAL
	S.N.S.S.	Otros públicos	FONASA	ISAPRES	Privada	
	Episodios Anuales por Habitante					
5	3,9	0,1	0,0	---	0,1	4,2
5 a 9	3,3	0,2	0,1	---	0,2	3,8
10 a 14	2,2	0,7	0,4	0,1	0,2	3,6
15 a 24	0,8	0,7	1,3	0,1	0,4	3,3
25 a 49	0,5	0,5	0,6	0,3	1,4	3,3
50 y más	0,2	0,6	0,4	0,5	1,2	2,9
TOTAL	2,0	9,4	0,5	0,1	0,6	3,6
	Distribución Porcentual					
5	93,5	2,5	1,0	---	3,0	100
5 a 9	85,2	4,8	3,5	---	6,5	100
10 a 14	61,0	19,5	11,4	1,6	6,5	100
15 a 24	26,3	21,5	38,0	2,5	11,7	100
25 a 49	16,9	14,2	16,9	8,8	43,2	100
50 y más	6,8	19,2	14,4	17,3	42,3	100
TOTAL	55,4	12,4	12,9	3,7	15,5	100

para no haber tenido atención derivan de características propias de la patología (enfermedad de evolución muy rápida, enfermo crónico compensando en buenas condiciones); a razones de las personas (miedo a consultar, falta de tiempo, etc.) y a problemas planteados por el sistema de atención (tar-

danza, rechazo, problemas económicos). En la Tabla 4 se cuantifican estas razones en los diversos grupos de ingreso. Puede apreciarse que dos de cada tres consultas no realizadas en el grupo más pobre depende de problemas en el sistema, condición que aparece como las más importantes en los grupos de ingreso inferiores a \$ 15.000. Con ingresos superiores, las razones de no atención derivan fundamentalmente de las características de la patología.

TABLA Nº 3
OPINIONES DE LA POBLACION SOBRE LA
ATENCIÓN DE MORBILIDAD RECIBIDA

Grupos de Ingreso (miles \$)	Número de opiniones	o/o que juzga la atención como buena o muy buena
5	61	65,5
5 a 9	79	86,0
10 a 14	49	89,8
15 a 24	42	92,9
25 a 49	38	100,0
50 y más	27	96,2
TOTAL	296	86,1

En la Tabla 5 se presentan los gastos directos en que debieron incurrir los grupos familiares durante la quincena de estudio. Puede apreciarse que, pese a los sistemas de seguridad social vigentes y a la frecuente adscripción a servicios de bienestar, proporciones variables de población deben efectuar gastos directos: las proporciones son de 14 o/o en enfermedades agudas; 47 o/o de los enfermos crónicos; 22 o/o de los controles de salud y 72 o/o de las atenciones dentales. Como era de esperar, la mediana de gastos por los diferentes tipos de atención aumenta paralelamente al ingreso económico de la familia. Si los valores encontrados se refieren al

total de personas de cada grupo de ingreso, en el caso de las enfermedades agudas se produjo durante la quincena de estudio un gasto total de \$ 145.220 (\$ 1.370 de gasto medio por 106 personas con gas-

to). Si dicha cifra total se relaciona con los 779 enfermos agudos observados en la quincena, el promedio de gasto por enfermo agudo alcanza a \$ 186. Siguiendo el mismo procedimiento, el promedio

TABLA Nº 4
RAZONES DADAS POR LA POBLACION PARA NO HABER RECIBIDO ATENCION MEDICA

Grupos de Ingreso (miles de \$)	Frecuencia de No Atención			Razones de No Atención (distribución porcentual)		
	Nº de casos	Episodios anuales por habitante.	Propias de la patología	Derivadas de las personas	Problemas del sistema de atención.	
5	62	3,5	24,2	17,7	58,1	
5 a 9	62	2,3	30,6	22,6	46,8	
10 a 14	45	2,1	37,8	24,4	37,8	
15 a 24	46	2,4	37,0	30,4	22,6	
25 a 49	22	1,1	72,7	28,2	9,1	
50 y más	25	1,8	88,0	12,0	---	
TOTAL	262	2,3	40,5	21,8	37,7	

TABLA Nº 5
GASTOS DIRECTOS DE LAS PERSONAS POR ENFERMEDAD, CONTROLES DE SALUD Y ATENCION DENTAL (EN PESOS DE NOVIEMBRE DE 1983)

Razones de la Atención	Grupos de Ingreso Económico (en miles de pesos)						Total
	- 5	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 49	50 -	
Enfermedades agudas							
Enfermos en la quincena	148	170	139	127	106	81	779
Con gastos directos	15	23	17	19	17	15	106
Mediana gasto directo (\$)	567	575	550	1.250	1.800	1.700	1.370
Enfermedades Crónicas							
Nº de enfermos	83	89	61	48	39	31	354
Con gasto directo	28	29	26	33	27	22	166
Mediana gasto directo (\$)	400	862	1.550	1.750	1.562	2.450	1.387
Controles de Salud							
Nº de atendidos	21	23	23	15	21	10	116
Con gasto directo	1	---	4	3	12	6	26
Mediana gasto directo (\$)	---	---	550	550	835	550	847
Atención Dental							
Nº de atendidos	13	16	33	24	30	26	142
Con gasto directo	8	9	22	20	22	21	102
Mediana gasto directo (\$)	80	2.250	1.250	1.050	6.050	3.050	2.613

de gasto por enfermo crónico alcanza a \$ 650 quincenales; el control de salud a \$ 190 y la atención dental se eleva a \$ 1.877. En el grupo de menor ingreso (menos de \$ 5.000 mensuales por grupo familiar) los valores para los 4 rubros mencionados ascienden a \$ 58, \$ 135, \$ 0,0 y \$ 49; para el grupo de ingresos mensuales superiores a \$ 50.000, los valores correspondientes son de \$ 315, \$ 1.739, \$ 330 y \$ 2.463.

La frecuencia y tipo de atención dental difiere significativamente según el ingreso familiar. Si bien la frecuencia de extracciones es comparable en los grupos, a la inversa, hay diferencias con significado estadístico en la mayor frecuencia de obturaciones y otras atenciones, paralela al mejor ingreso familiar. A diferencia de la atención médica, la atención dental se realiza mayoritariamente en las oficinas particulares de los odontólogos (53,5 0/o de las atenciones) siendo menos frecuente la atención en el S.N.S.S. (17,4 0/o), otras instituciones (22,2 0/o) y los colegios (6,9 0/o); sólo en el grupo de ingresos más bajo, el S.N.S.S. es mayoritario en cuanto a atención dental.

COMENTARIO.

Las diferencias de morbilidad observadas entre los grupos de ingreso no derivan de razones demográficas: las estructuras poblacionales por sexo y edades y la natalidad son comparables (Tabla 6). En cambio los grupos difieren significativamente en cuanto a condiciones de saneamiento y particularmente en cuanto a escolaridad. Mientras los grupos de ingresos más bajo promedian 6,3 años de estudios, el número asciende a 14,2 en los de ingreso más altos siendo de 9,0 para el total de la población, hecho que se ha visto anteriormente que genera importantes diferencias en la percepción de enfermedad y la demanda de atención (14).

Hemos podido comprobar que existen diferencias con significado estadístico en cuanto a la morbilidad total en los diversos grupos de ingreso económico derivadas esencialmente de la elevada frecuencia de enfermedades crónicas en las familias de escasos recursos; paralelamente se registra un gradiente de problemas emocionales de acuerdo a la situación económica, explicable según los encues-

TABLA Nº 6
CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS Y DE NIVEL DE VIDA DE LOS GRUPOS DE MAS ALTO Y MAS BAJO INGRESO

Características	Ingreso Familiar (\$)		
	TOTAL	- 5.000	50.000 y más
Menores de 15 años (0/o)	27,1	27,5	27,3
65 años y más (0/o)	6,8	5,9	7,8
Natalidad (por 1.000 habitantes)	17,0	14,5	13,0
Varones (0/o)	48,3	48,3	49,7
Jefes de hogares cesantes, PEM y POJH	17,1	59,3	—
Sin previsión (0/o)	30,4	58,1	5,9
Años de instrucción del jefe de hogar	9,0	6,3	14,2
Años de instrucción del cónyuge	9,6	6,8	13,8
Agua potable en interior de vivienda (0/o)	91,4	80,4	100,0
Alcantarillado	96,8	94,6	100,0
Atención médica habitual en SNSS (0/o)	48,5	87,2	—
Atención médica habitual privada (0/o)	16,3	3,4	78,1
Satisfechos y muy satisfechos con la vida (0/o)	40,4	14,9	85,2

tados por la situación vigente en el país. Contrastando con lo anterior, el sistema de atención de Santiago no muestra diferencias significativas de atención médica en los grupos considerados, mientras sí existen, y notorias, en atención dental. Aunque no haya diferencias cuantitativas de atención médica resulta preocupante el hecho que la calidad de dicha atención, según opinión de los usuarios, no es buena en una de cada tres oportunidades para los grupos de bajo ingreso, grupos en los que además, defectos variados del sistema (rechazo, tardanza en la atención, cobros) constituyen la explicación más frecuente dada por la población para no haber sido atendidas. Las personas, por otra parte, pese a los sistemas previsionales se ven obligadas a gastos directos variables dependientes mayoritariamente de necesidades de farmacia. Las evidencias anteriores apuntan al hecho de que pese al enorme esfuerzo que realizan los establecimientos del Ministerio de Salud, los recursos destinados a la institución aparecen como insuficientes para poder cubrir adecuadamente, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, las necesidades de atención de la población de Santiago de menores recursos económicos.

Cabe, finalmente, comentar que la práctica de encuestas de salud a la población (15, 16, 17, 18) tienen el mérito de proporcionar informaciones sobre la situación de salud que no se obtienen por otros sistemas, motivo por el cual, pese a su complejidad metodológica, representan una técnica aconsejable para el diagnóstico de situación de la morbilidad y la atención médica de una comunidad.

RESUMEN

Se presentan los resultados del estudio de la morbilidad y atención de salud según nivel de ingreso económico de los grupos familiares. La información proviene de una muestra al azar de la población del Gran Santiago constituida por 605 familias y 2.829 personas, que fueron encuestadas en sus domicilios explorando la frecuencia de enfermedad aguda, crónica y accidente, controles de salud y atención dental; la conducta de la población frente a estos eventos; la frecuencia de atención médica; las razones para no haber recibido atención; la calidad y los costos de la atención recibida.

Entre los resultados destacan significativas diferencias en cuanto a que en los grupos de menores

ingresos económicos se observa un mayor número de episodios anuales de enfermedad aguda y especialmente crónica y de alteraciones emocionales de importancia. A diferencia de lo anterior, la frecuencia de atención médica (morbilidad y controles de salud) no difiere según el nivel socioeconómico lo que contrasta con la significativa mayor frecuencia de atención dental en las personas con mayores ingresos. Se presenta, igualmente, la frecuencia de hospitalizaciones y muerte según estratos, las diferencias en cuanto a tipo de atención, las opiniones de la población sobre la atención recibida, las razones para no haber sido atendidos y el volumen de gastos determinado por los episodios de enfermedad.

SUMMARY

A study of the relationship between health and medical care and the economic situation of the families is reported. An aleatory sample from the Great Santiago population with 650 families and 2.829 people was interviewed in their homes studying the frequency of acute and chronic diseases, accidents health examinations, medical and dental care. The reason for having or not medical care, the quality and the cost were also investigated.

Significant differences were noticed in the comparison of six groups of economic status with a greater number of disease episodes of acute conditions, prevalence of chronic diseases and emotional disturbance in the poorest population groups. The frequency of medical care was similar in the different economic groups while dental care was significantly higher in the wealthy people. The comparative frequency of hospital admissions, deaths, type of medical care, opinions on the quality of medical assistance, the reason for not having professional care and the cost of pharmacy and other disbursements are also presented.

RESUME

On présente les résultats de l'étude de la morbidité et soins de santé d'après le niveau du revenu des familles. L'information provient d'un échantillon aléatoire de la population du Grand Santiago, représenté par 605 familles (2.829 personnes), enquêtées à domicile, pour explorer la fré-

quence de maladie aigüe, chronique et accident, contrôle de santé et soins dentaires; la conduite des personnes devant ces faits; la fréquence de soins médicaux; les raisons pour lesquelles elles ne furent pas soignées; la qualité et le coût des soins reçus.

Parmi les résultats on observe des différences significatives dans les groupes de faible revenu, chez qui on constate un nombre supérieur d'épisodes annuels de maladie aigüe et surtout chronique, et d'importantes altérations émotionnelles. Par contre, la fréquence d'assistance médicale ne diffère pas d'après le niveau socioéconomique, ce qui contraste avec la significative supérieure fréquence de soins dentaires chez les personnes ayant un revenu plus fort. De la même façon, on présente la fréquence d'hospitalisation et de décès d'après les tranches économiques, les différences quant au type de soins reçus, les opinions des personnes sur ces faits, les raisons pour lesquelles elles ne furent pas soignées et le volume de dépenses déterminé par les épisodes de maladie.

REFERENCIAS.

1. Behm, H. "Mortalidad Infantil y Nivel de Vida". Ediciones de la Universidad de Chile, Edit. Universitaria, Santiago, 1962.
2. Behm, H. "Mortalidad Infantil en Chile: Tendencias Recientes". Cuad. Med. Soc. 11 (3): 7, 1970.
3. Legarreta, A. "Factores Condicionantes de la Mortalidad en la Niñez". En M. Livingstone y D. Raczynski (eds.) "Salud Pública y Bienestar Social", Edit. Universidad Católica de Chile, Santiago, 1976.
4. Mc Gormick, M.; Shapiro, S., Horns, S. "The Relationship between Infant Mortality Rates and Medical Care and Socioeconomic Variables. Chile 1960-1970". Int. J. Epidemiol. 8; 145, 1979.
5. Medina, E. "Evolución de la Salud Pública en Chile en los últimos 25 Años", Rev. Med. Chile 105: 739, 1977.
6. Kaempffer, A.M. "Evolución de la Salud Materno-Infantil en Chile, 1952-1977". Rev. Med. Chile 105: 680, 1977.
7. Medina, E., Kaempffer, A.M. "Atención Médica, Nivel de Vida y Salud Infantil". Actas I. Jornadas Nacionales de Salud Pública, p. 23, 1981.
8. Solís, F., Castillo, B. y Mardones, G. "Mortalidad Infantil en Chile por Grupos de Causas Evitables en los 27 Servicios de Salud". Actas I Jornadas Nacionales de Salud Pública, p. 20, 1981.
9. Raczynski, D. y Oyarce, D. "Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil". Rev. Med. Chile 11: 784, 1982.
10. De Kadt, E. "Las Desigualdades en el Campo de la Salud". En M. Livingstone y D. Raczynski (eds.) "Salud Pública y Bienestar Social". Edit. Universidad Católica de Chile, Santiago, 1976.
11. Livingstone, M. y Raczynski, D. "Distribución Geográfica de la Salud del Preescolar. En M. Livingstone y D. Raczynski (eds.) "Salud Pública y Bienestar Social" Edit. Universidad Católica de Chile, Santiago, 1976.
12. Medina, E. "Factores que Condicionan la Eficacia del Sistema de Salud. En H. Lavados (ed.) "Desarrollo Social y Salud en Chile 3a. Parte: Perspectivas del Sistema de Salud", Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, 1982.
13. Mardones, S.F. "Análisis de Cinco Determinantes del Nivel de Salud y la Nutrición Infantil. Chile 1970-1979". En J.M. Celedón (ed.) "Crecimiento y Desarrollo en la Desnutrición Infantil", Ediciones UNICEF, Santiago, 1981.
14. Kaempffer A.M. y Medina, E. "Morbilidad y Atención Médica Infantil en el Gran Santiago". Rev. Chil. Pediatr. 51: 355, 1980.
15. Medina, E. y Kaempffer, A.M. "Morbilidad y Atención Médica en el Gran Santiago". Rev. Med. Chile 107: 155, 1979.
16. Medina, E. y Kaempffer, A.M. "Características de la Atención de Salud en el Gran Santiago". Rev. Med. Chile 108:937, 1980.
17. Medina, E. "Características de los Problemas de Salud y de la Atención Médica en los diversos Subsectores de Salud en el Gran Santiago, 1983". Documento de Trabajo 20/84, Corporación de Promoción Universitaria, 1984.
18. Ministerio de Salud de Chile. "Recursos Humanos en Salud: Un Modelo de Análisis". Imprenta del S.N.S., Santiago, 1970.