

# Medir Desigualdades e Inequidades para mejorar las Políticas de Salud

## Measuring Inequalities and Inequities in Order To Improve Health Policies

Rafael Urriola Urbina<sup>1</sup>

### Resumen

---

Este documento, en su primera parte, explicita las nociones de desigualdad, inequidad y protección social en que la desigualdad se relaciona con el diagnóstico; la inequidad con las desigualdades evitables, es decir, las que pueden amortiguarse con políticas adecuadas; y, la protección social es la evaluación del impacto de las políticas de salud; en la segunda, se usarán criterios de gradientes en salud para, mediante aplicaciones estadísticas e indicadores seleccionados se expliciten las inequidades, en tercer lugar, se enfatiza en los aspectos financieros, especialmente el impacto de los gastos de bolsillo sobre la inequidad. El aporte relevante es ejemplificar la noción de gradientes con niveles de ingresos por decil para identificar las inequidades y sugerir que el sentido de las políticas de protección social que reduzcan la inequidad y la desigualdad deben considerar estos determinantes sociales y, muy particularmente el impacto de los diferenciales de ingresos entre grupos poblacionales.

---

*Palabras claves:* desigualdad, equidad, economía de la salud, gradientes de salud, determinantes sociales, protección social.

---

### Abstract

---

We define inequality, inequity and social protection in health. Inequality is related to diagnosis; inequity is related to avoidable inequalities, i.e., those that can be reduced through appropriate policies; and social protection deals with the impact of health policies. Inequities are measured by means of health status indicators. Regarding social protection, emphasis is laid on the financial aspects and particularly, on the impact of out of pocket expenditure on inequity. Our main contribution consists in the exemplification of the relationship between health gradients and income differentials in order to show inequities. We suggest that social protection policies aimed at the reduction of inequity and inequality in health should consider the socio economic determinants and, above all, the impact of income gradients among population groups.

---

*Key words:* inequality; equity; health economics; health gradients; social determinants; social protection.

---

### INTRODUCCIÓN

La importancia de la desigualdad ha sido retomada hace ya algún tiempo, incluso por organismos que poco antes habían puesto todo el énfasis en los programas de ajuste. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por ejemplo, ya en 1999 señaló que "El estudio de la desigualdad de los ingresos reviste

importancia por razones políticas y económicas, ya que dicha desigualdad contribuye no sólo a los altos niveles de pobreza, sino a las tensiones sociales y a la indiferencia política. Cuando sólo unos pocos pueden disfrutar del progreso económico, las tensiones sociales desgarran el tejido social, debilitando el respaldo con que cuentan las políticas que sustentan ese progreso".

---

*Recibido el 07 de agosto de 2011. Aceptado el 24 de agosto de 2011.*

1 Economista. Master en Economía Pública y Planificación. Universidad de Nanterre, Paris X. Especialista en Economía de la Salud. Correspondencia a: urriola\_rafael@hotmail.com.

No es posible suponer un país desarrollado con elevada desigualdad. La desigualdad y la pobreza, dice el BID, se convierten en un asunto ético que reclama intervención externa cuando se reconoce que las condiciones que las generan no son elección de los individuos, sino el legado del pasado o de circunstancias que no están bajo su control. Por lo tanto –agrega el Banco Interamericano– una vez que se reconoce que el esfuerzo y las actitudes ante la educación, el trabajo, el riesgo y el ahorro no son independientes de las condiciones iniciales de cada individuo, se abre el espacio a otras preocupaciones. No se trata simplemente de asegurar “la igualdad de oportunidades”. Si por igualdad de oportunidades se entiende la igualdad de acceso (educación básica gratuita), ello no será suficiente para asegurar la igualdad en las capacidades de uso (asistencia a la escuela) ni, menos aún, la igualdad de resultados (logros académicos). Sería moralmente inaceptable reducir el patrón de cargas y beneficios de salud a lo que las personas pueden permitirse según sus ingresos. Así como aceptar, sin más, que las personas que pueden pagarse un mayor nivel de protección aseguradora, no deberían tener que contribuir, a través de impuestos, para apoyar una norma similar para los demás.

Es la Hora de la igualdad tituló la Cepal a un documento todavía más reciente (1) para indicar que este concepto y las políticas pertinentes son de máxima vigencia. “¿Por qué hacemos nuestro el valor de la igualdad en la actual inflexión histórica?”, se pregunta la Cepal respondiendo, “Porque creemos interpretar un reclamo largamente contenido y postergado en las sociedades latinoamericanas y caribeñas. En efecto, la desigualdad recorre cinco siglos de discriminación racial, étnica y de género con ciudadanos de primera y segunda categoría y la peor distribución del ingreso del mundo”.

Lo anterior ha exigido desarrollar un marco conceptual para identificar las exclusiones reales que sufren las personas. En este documento, por cierto, se centra el enfoque en las exclusiones en salud. En varios documentos se ha identificado la exclusión por razones geográficas, financieras y/o administrativas o culturales. (2,3,4,5,6). Estas exclusiones tienen que ser tomadas en cuenta a la hora del diseño de las políticas porque los conceptos de equidad exigen reducir los problemas y/o costos reales de quienes se encuentran excluidos de acceso a los servicios de salud por alguna de las razones señaladas.

El financiamiento de la salud no es indiferente a quién aporta qué, ni es una mera elección del mejor mecanismo de pago a cada proveedor de servicios de salud. En estas elecciones siempre hay asociados otros compromisos que no pueden ser soslayados por las políticas de salud: no es posible despreocuparse de las necesidades, de las capacidades de pago, de la demanda y la utilización de los servicios que existen en personas con diferentes niveles de ingresos de la población. Todo esto tiene incidencia sobre la justificación de las intervenciones gubernamentales en salud, justamente, teniendo como horizonte la equidad o la reducción de las desigualdades. Asimismo, la indiferencia ante tales situaciones es de todos modos una política de salud, aunque de carácter individualista y con consecuencias graves sobre los estados de salud.

Este documento, en su primera parte, explicitará las nociones de desigualdad, inequidad y protección social; en la segunda, se usarán criterios de gradientes en salud para, mediante aplicaciones estadísticas e indicadores seleccionados se expliciten las inequidades, en tercer lugar, se enfatiza en los aspectos financieros, especialmente el impacto de los gastos de bolsillo sobre la inequidad. El aporte relevante es ejemplificar la noción de gradientes con niveles de ingresos por decil para identificar las inequidades.

## **DESIGUALDAD, INEQUIDAD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

A principios del siglo XXI, las regiones que tenían menos desigualdad tenían una menor proporción de pobres entre su población. Así, por ejemplo, en África los pobres alcanzaban a 17%; en los países de la OCDE al 10% y en Asia sudoriental al 3% mientras que en América Latina la pobreza flagela al 33% de sus habitantes (7). Empero, ¿qué se va a entender por desigualdad? En primera aproximación, son las diferencias que se constatan en cuanto a estados de salud de subgrupos de una población.

Los indicadores de desigualdad de una sociedad se extraen del diagnóstico, es decir, expresan los niveles y diferencias de estados de salud (algunas de estas diferencias provienen de condiciones biológicas); los indicadores de inequidad comparan acceso y resultados por grupos especialmente de ingresos pero también

pueden ser aplicados a género, etnia, origen geográfico, etc., es decir, la inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias (8). Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas. Finalmente, los indicadores de protección social se refieren a –o miden– resultados de las políticas que aplica la autoridad para reducir las inequidades.

Cabe notar que, en cuanto a salud, hay dos ámbitos de inequidad: el de acceso y el de financiamiento de la salud. Mientras que en cuanto a acceso se sostiene que la equidad e igualdad consisten en que todos debieran tener las mismas posibilidades de obtener los bienes y servicios de salud necesarios, en cambio, en cuanto a financiamiento existen dos enfoques. El primero, se basa en la noción de igualitarismo específico y sostiene que los pagos deben ser independientes del uso efectivo de los servicios y relacionarse, en cambio, con la capacidad de pago de los individuos. El segundo, relaciona los pagos con un estándar mínimo, en el sentido que los hogares no deben comprometer más de un determinado monto absoluto o porcentaje de sus ingresos con el fin de evitar que los gastos en salud los empobrezcan o los mantengan en la pobreza. Cualquier gasto en exceso del estándar se considera catastrófico (9,10). El concepto de Whitehead (11), por

su parte, define equidad en salud como: igual acceso para iguales necesidades; igual utilización para iguales necesidades, e igual calidad para todos.

#### a) *Desigualdad y estados de salud*

Se dijo que se va a entender por desigualdad a las diferencias que se constatan en cuanto a estados de salud<sup>2</sup> de subgrupos de una población.

A manera de complemento, hay una muy abundante literatura que trata sobre los determinantes sociales de la salud<sup>3</sup>, es decir, los factores no biológicos (edad, sexo, factores hereditarios especialmente) que influirían en las diferencias de estados de salud de la población. Dahlgren GyWhitehead (12) desarrollaron un esquema que exhibe las conexiones de los factores no sanitarios que pueden influir en los estados de salud de las personas.

- 2 Se entenderá por estado de salud a la Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo. También es el grado por el que una persona es capaz de funcionar física, emocional, y socialmente, con o sin ayuda del sistema sanitario. En <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire>
- 3 Si bien esta es una visión reciente en el plano de la OMS es necesario reconocer que el único libro publicado por el Dr. S. Allende en 1939 es una obra pionera en cuanto al impacto de los determinantes sociales sobre los estados de salud de la población. Asimismo, los trabajos de esa misma época del Dr. E. Cruz Coke hacen a menudo alusión a determinantes sociales (ver Urriola et. al. 2009 [13]).

**Figura 1.**  
**Determinantes sociales de la salud**



Fuente: Dahlgren G and Whitehead M (1991).

Es claro que los resultados en términos de salud pública no son todos imputables al progreso sanitario y, aun menos, al progreso de la medicina, que interviene apenas en alrededor del 20% en el mejoramiento de las condiciones y duración de la vida. El progreso de la higiene, de la educación y de la calidad de vida tienen mayor responsabilidad en estos resultados (13).

Los especialistas suelen aceptar el impacto de los determinantes sociales aunque no ha sido fácil avanzar en su medición. Es difícil reconstituir el total del acceso real a las prestaciones de salud a través de la Casen pero ésta consulta acerca de tratamientos que habían tenido las personas en los últimos doce meses. Al procesar los datos se verifica que las diferencias más significativas de proporción de demanda según deciles de ingresos se manifestaron en enfermedades respiratorias como se observa en el cuadro 1.

**Cuadro 1.-  
Prevalencias según decil de ingresos para  
enfermedades respiratorias**

DECIL	Vicio refracción	Neumonía	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Asma
I	9,8%	16,8%	11,9%	12,9%
II	8,4%	14,0%	16,9%	12,4%
III	14,7%	15,8%	13,0%	12,3%
IV	3,3%	8,8%	12,7%	11,7%
V	16,5%	16,9%	12,4%	11,3%
VI	13,8%	8,5%	10,6%	10,5%
VII	10,0%	7,7%	9,8%	7,5%
VIII	10,1%	4,7%	3,9%	7,5%
IX	6,5%	1,9%	5,2%	8,4%
X	6,9%	4,7%	3,6%	5,3%

Fuente Casen 2009. Elaboración autor

Las enfermedades respiratorias, como es conocido, forman parte del grupo de “enfermedades de la pobreza”, particularmente por la mayor vulnerabilidad de estas poblaciones a las condiciones del ambiente que afectan la salud, como la contaminación, el hacinamiento del hogar y las precarias condiciones sanitarias básicas (14,15,16).

Asimismo, hay algunas investigaciones que han demostrado que el uso de carbón, leña y parafina como combustibles, incrementa la prevalencia de enfermedades respiratorias. Estos combustibles son más económicos que el gas y la electricidad y son usados con mayor frecuencia en zonas urbanas y rurales de extrema pobreza (17,18).

Es conocido (19) que la amplia mayoría de las enfermedades son más comunes entre los pobres que entre los no pobres y esto se repite en todas las edades; hay un efecto incremental del impacto de la relación enfermedad/pobreza que conduce a empeorar la salud y acortar la vida de los pobres. Si bien, la salud mejora cuando aumentan los ingresos, los efectos del ingreso (bajos) son mucho más fuertes sobre los pobres.

Aprovechando la encuesta nacional de Salud realizada por el Minsal se hizo el cuadro 2 que resume las diferencias de prevalencias en problemas de salud. Esta no permite diferenciar por nivel de ingreso pero lo hace por nivel educacional que es un proxy adecuado.

**Cuadro 2.-  
Prevalencias de problemas de salud según nivel  
de educación**

Prevalencias	NIVEL DE EDUCACIÓN		
	básico	medio	alto
Presión arterial e hipertensión	54,6	28,3	21,3
colesterol total elevado	44	30,8	36,3
diabetes	10,2	2,7	1,2
Obesidad	31,1	19,5	16,8
riesgo cardiovascular alto	66,6	51,1	49,6
síntomas depresivos en el último mes	5,9	5,3	3,5
deterioro cognitivo del A M	20,3	3,7	2,6
Agudeza visual disminuida	72,6	32,4	26,4
Agudeza auditiva disminuida	38,1	22	16,9
Síntomas musculoesqueléticos	49,4	40,5	32,6
enfermedad respiratoria crónica	30,1	20,3	15,2
Antígeno prostático elevado	5	3,8	1,5

Fuente.- Minsal 2004.

### b) Desigualdad y percepción subjetiva de estados de salud

Es sabido que las percepciones que los propios individuos tienen de sí mismos en cuanto a salud es un indicador importante para evaluar los resultados de las intervenciones de salud. Las diferencias de auto percepción, según niveles de ingresos, son notables y se expresan con gradientes similares en países muy diferentes. Por ejemplo, entre los londinenses, se verificó que el 71% declararon que su salud era buena, cifra superior a la de otras regiones de Inglaterra. La esperanza de vida en Londres alcanza a 84 años pero en Greenwich solo a 75 años; la esperanza de vida de los "sin casa" es de 40,2 años –similar a los promedios de la Edad Media– en circunstancias que el promedio nacional es de 80 años (20). En Estados Unidos una persona perteneciente a un hogar de ingresos superiores a \$84,000 puede esperar vivir 7.8 años más que una persona que vive en un hogar de ingresos menores a \$21,000. Esta disparidad es equivalente a los efectos de los infartos, la más común causa de muerte, en EE. UU (19). En Chile, las diferencias son similares tanto en regiones (21) como especialmente cuando se desglosan los indicadores por nivel de ingreso (22).

La autopercepción de estados de salud es un indicador que ha cobrado cada vez más importancia en los análisis que se hacen en las instituciones especializadas. La encuesta Casen ha incorporado esta pregunta hace años y en 2000 Mideplan señalaba que "Como era de esperar, a medida que aumenta el tramo de edad la percepción de un estado de salud bueno y muy bueno disminuye. Sin embargo, llama la atención las diferencias por sexo. En todos los tramos de edad la respuesta positiva de los hombres supera a la de

las mujeres, a pesar de que la expectativa de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres, lo que podría hacernos creer que sería lo contrario. Las diferencias se reducen en los tramos de edad extremos" (2).

Un cambio notable se verifica entre la Casen 2000 y la de 2009 en cuanto a las diferencias de percepción de los estados de salud según quintil de ingreso. En el año 2000 el promedio general era que el 65,5 por ciento se consideraba con buena o muy buena salud, pero la diferencia entre las personas del primero y el quinto quintil fue de 22,5 puntos porcentuales (57% en el primer quintil y 79% en el quinto). O sea, la autopercepción de los estados de salud aparece como directamente proporcional al nivel de ingreso. Cuando se compara con la versión 2009 solamente diferenciando entre pobres y no pobres (cuadro 3) prácticamente no se encuentran diferencias pero, en cambio, recobra su importancia si se explicita esta percepción por deciles de ingreso (cuadro 4).

**Cuadro 3.-  
Percepción de estado de salud según condición de pobreza**

	Situación de indigencia o pobreza			Total
	Indigente	Pobre no Indigente	No pobre	
Muy mal	2%	1%	1%	1%
Mal	6%	5%	4%	4%
(-) que regular	3%	3%	2%	2%
Regular	21%	22%	19%	19%
(+) que regular	6%	6%	7%	7%
Bien	52%	53%	54%	54%
Muy bien	10%	8%	12%	12%
	100%	100%	100%	100%

Fuente: Casen 2009

**Cuadro 4.-  
Percepción de estado de salud según decil de ingreso**

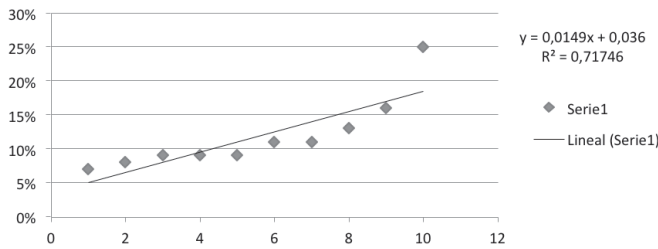
	Decil Autónomo Nacional										Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
Muy mal	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
Mal	7%	5%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	2%	1%	4%
Menos que regular	4%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%	2%
Regular	25%	23%	23%	21%	21%	20%	18%	17%	15%	10%	19%
Más que regular	7%	6%	7%	7%	7%	8%	8%	8%	8%	7%	7%
Bien	48%	52%	53%	55%	55%	54%	56%	57%	55%	55%	54%
Muy bien	7%	8%	9%	9%	9%	11%	11%	13%	16%	25%	12%

Fuente: Casen 2009

La diferencia entre deciles con respecto a la autopercepción de estado de salud es de alrededor de 30 puntos lo que arroja una mayor brecha de tasas de disparidad al examinar de esta manera los resultados. En consecuencia, puede concluirse que las disparidades de ingreso tienen una mayor capacidad de explicación sobre las diferencias en los resultados de estados de salud que la diferenciación entre pobres y no pobres.

A propósito del cuadro anterior –para intentar generalizar la hipótesis– se calculó una regresión entre quienes percibían su estado de salud como muy bueno y el decil de ingreso mostrándose una correlación positiva aceptable (gráfico 2).

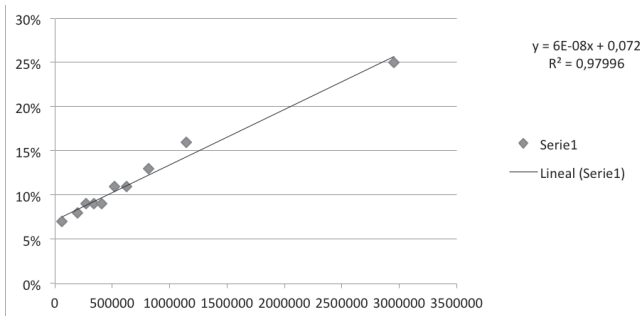
**Gráfico 2.-  
Población que percibe su estado de salud como muy bueno según decil de ingreso (Chile-2009)**



Fuente: Casen 2009. Elaboración autor. (datos en base a cuadro 4)

Más aún, como se observa en la gráfica 2 se evaluó como variable explicativa no los tramos de ingreso definidos ordinalmente sino los promedios de ingreso reales en cada decil. El coeficiente R2 mejora ostensiblemente con esta aplicación como se observa en el gráfico siguiente.

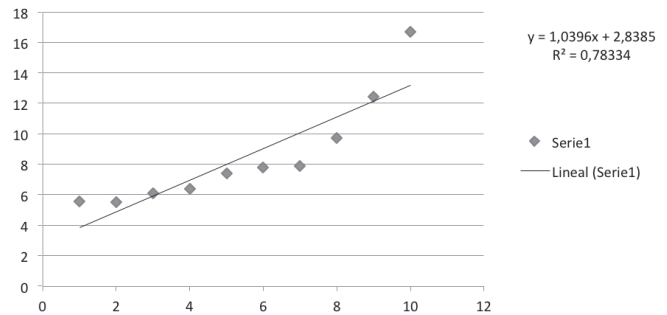
**Gráfico 3.-  
Población que percibe su estado de salud como muy bueno según nivel de ingreso de cada decil (Chile-2009)<sup>4</sup>**



4 Los ingresos promedios por decil calculados por Mideplan (2010) fueron de: 63891; 197420; 275182; 337874; 407667; 517861; 625250; 816530; 1145994; y, \$2951815, respectivamente.

En segundo lugar, para continuar con el ejercicio de correlación de ingresos con salud se aplicó al acceso a los servicios de salud. En este caso, se calculó la frecuencia de consultas de especialidades por decil de ingreso. Como se ha dicho (23), las consultas de especialidades adolecen de largas listas de espera en el sector público y, por lo tanto, son menos frecuentes entre los grupos de menores ingresos puesto que deben pagar para acceder a ellas. El gráfico 4 da cuenta de que hay, asimismo una correlación robusta entre ingresos y atenciones de especialidades.

**Gráfico 4.-  
Proporción de la población que accedió a consultas de especialidad por decil de ingreso (Chile-2009)**



Fuente: Casen 2009. Elaboración autor

Los gráficos anteriores han sido elaborados con el propósito de ilustrar el concepto de gradiente<sup>5</sup> que permite mostrar que los determinantes sociales –la mayoría de los cuales están a su vez correlacionados con los ingresos– son los que explican mejor las desigualdades de los estados de salud en la población.

El gradiente, según Dorgelo et. al (24) y Guichard (25), es “la asociación entre la posición socioeconómica y los estados de salud de la población. De cualquier forma que se mida la salud ella se presenta como un gradiente en que los grupos con mayores ventajas sociales o económicas tienen mejor salud y bienestar y tasas más bajas de morbilidad y mortalidad que los grupos de menores ingresos. El concepto ha sido utilizado recientemente y podría atribuírsele su popularidad a los trabajos de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (ver por ejemplo, WHO, 2008). Otros estudios muestran, por ejemplo, el gradiente con respecto al trabajo (26).

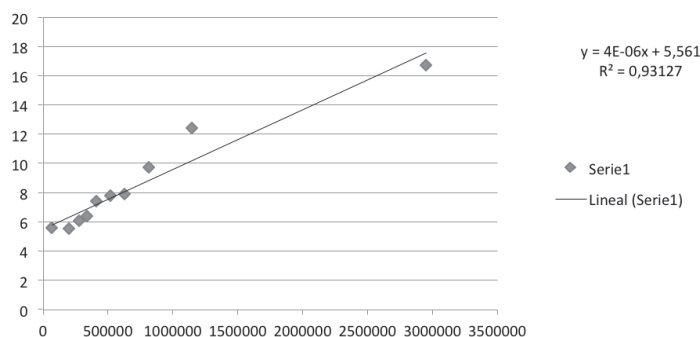
5 Podrían ampliarse los ejemplos con numerosos casos incluso tomando datos de cuadros de este texto. El lector podrá verificarlo haciendo los cálculos si fuese de su interés.



El gradiente tiende a ser más equitativo en la medida que el coeficiente  $a$  de la ecuación  $y = ax + b$  sea más próximo a cero (más plano en la gráfica). Por ejemplo, habría menor impacto de los ingresos sobre la autopercepción de salud (subjetiva) que sobre el acceso a consultas de especialidades (medición objetiva)<sup>6</sup>.

El gráfico 5 muestra que el coeficiente de correlación mejora notoriamente si, en lugar de usar los deciles como ordinales se correlacionan con los niveles promedios de ingresos de los deciles. Es decir, el nivel de ingreso aparece “explicando” ostensiblemente las diferencias de acceso a consultas de especialidades de la población.

**Gráfico 5.-**  
**Proporción de la población que accedió a consultas de especialidad por nivel de ingreso según decil (Chile-2009)**



6 Esto merece comentarios más finos que escapan a los alcances de este artículo.

### **Inequidad y exclusiones**

Se indicó que cuando las diferencias se debían a factores sociales o evitables se calificaban de inequidades. Las exclusiones al acceso a los sistemas de salud pueden ser los factores más fácilmente comprensibles de las inequidades o, al menos, los factores que podrían estar más al alcance directo de las autoridades de salud puesto que los determinantes sociales son de responsabilidad interinstitucional.

A modo de ejemplo, el 14% de la población, según la Casen 2009 (27), declaró haber tenido algún problema de salud –enfermedad o accidente– en el mes anterior a la consulta. Luego, se indagó acerca de lo que las personas habían decidido ante esta eventual necesidad de servicios de salud. Uno de cada cinco, aproximadamente, no recurre a servicios formales de salud. Para quienes consultaron o quisieron consultar profesionales de salud se revisó la situación por deciles de ingresos. La hipótesis que se explicitó anteriormente (28) en cuanto a que las personas pertenecientes a los siete primeros deciles pueden ir y volver de la pobreza se verifica en este indicador de exclusión. En efecto, el 20,4% en promedio de los que se sitúan entre el primero y el séptimo decil no pudieron acceder a consulta o atención porque aunque pensaron en consultar no tuvieron tiempo; o les cuesta mucho llegar al lugar de atención o pidieron hora pero no la obtuvieron. En cambio, en el décimo decil sólo el 8% enfrentan estas dificultades.

**Cuadro 5.-**

### **Razones de las que las personas que tuvieron problemas de salud y no tuvieron atención según decil de ingresos**

DECIL	No lo consideró necesario o tomó medic. habituales	Consultó medicina alternativa	Pensó en consultar pero no tuvo tiempo	Le cuesta mucho llegar al lugar de atención	Pidió hora pero no la obtuvo	Consiguió hora pero no le toca o no la usó
I	68,4%	4,8%	6,6%	4,0%	9,5%	6,7%
II	71,4%	1,8%	8,3%	3,3%	11,2%	4,0%
III	71,2%	2,9%	7,9%	5,8%	8,8%	3,3%
IV	76,2%	1,6%	7,7%	5,1%	6,3%	3,1%
V	73,5%	2,4%	7,7%	2,8%	6,9%	6,7%
VI	74,0%	1,2%	6,4%	2,7%	8,2%	7,3%
VII	69,2%	3,6%	5,6%	4,5%	13,4%	3,8%
VIII	78,4%	3,5%	5,6%	2,7%	4,5%	5,3%
IX	79,1%	3,7%	14,5%	0,0%	1,3%	1,5%
X	88,9%	1,8%	5,7%	2,1%	0,1%	1,4%

Fuente: Casen 2009

Además, se comprobó en la sección anterior que, ni los promedios nacionales –ni siquiera una separación entre pobres y no pobres– dan cuenta de las desigualdades y del impacto de la exclusión al acceso a servicios de salud como lo hace una clasificación por deciles.

Las exclusiones por razones económicas son todavía más visibles cuando se examina la situación de los medicamentos en que la cobertura pública es menor (OPS-Fonasa 2009). En efecto, las autoridades chilenas desde 1990 reconocieron la baja cobertura en la gratuidad de los medicamentos entregados a los beneficiarios más pobres, principalmente en la atención primaria. Para superar esta situación, definieron una política específica de asignaciones especiales a esta actividad. El resultado es que la cobertura de la entrega de medicamentos totalmente gratuitos en relación a los recetados aumentó, entre 1990 y el año 2000, desde 38,3 a 50,9 por ciento en la atención primaria de consultas generales. Esto aumentó aun de manera más notoria en el año 2009 hasta el 80,4% como se observa en el cuadro 6.

**Cuadro 6.-  
Tipo de pago de medicamentos en consulta  
general en el sector público**

	1990	2000	2009
Todos gratis	38,3	50,9	80,4
algunos gratis	13,2	12,1	8,3
compró todos	43,3	32,4	11,3

Fuente: Mideplan 2001 y Casen 2009

Un aspecto relevante es que, según la Casen 2009, hasta el quinto decil, al menos el 50% de las personas declaran que, junto con la consulta general, recibieron los medicamentos prescritos gratuitamente; mientras que esto ocurre sólo en el 14% del décimo decil. Cabe destacar en todo caso que la primera consulta suele ser a nivel de atención primaria, es decir, normalmente los tratamientos y medicamentos son menos caros que en otras etapas.

Esto refleja dos hechos significativos, pero opuestos. De una parte, que el impacto distributivo de los medicamentos otorgados gratuitamente es progresivo, es decir, favorece principalmente a los más pobres.

Empero, como contraparte, refleja un factor de inequidad y exclusión muy importante puesto que también el otro 50% de los pobres –o el 50% de las veces– no tuvieron medicamentos gratuitos. Es conocido que las personas de menores ingresos suelen no continuar o completar sus tratamientos por falta de dinero para comprar los medicamentos prescritos por los profesionales.

A modo de conclusión de esta sección puede señalarse que los criterios para decidir sobre las opciones de gastos deben considerar simultáneamente los factores técnicos (efectividad y calidad) y los sociales porque los indicadores generales de salud son mejores en sociedades con mayor equidad. Wilkinson (29) muestra con estadísticas robustas que numerosos indicadores presentan correlación con la menor desigualdad o mayor equidad en los países. Entre ellos, la esperanza de vida; los rendimientos de niños en pruebas de lenguaje y matemáticas; las tasas de mortalidad infantil; las tasas de homicidios; proporción de la población en prisión; nacimientos con madre adolescente; confianza; obesidad; movilidad social; enfermedades mentales, entre otros. Hay quienes creen que la equidad es sólo un factor ideológico, sin embargo, La Veist et al. (30) hicieron cálculos econométricos para costear los efectos de las disparidades en salud en EE. UU. usando tres indicadores (costos médicos directos; costos indirectos y costos de muertes prematuras) concluyendo que un 30% de los costos en grupos vulnerables podrían ser atribuidos solamente a las inequidades.

## EXCLUSIÓN FINANCIERA

Cada año, unos 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos, debido a los pagos directos, como las cuotas de usuarios, y 100 millones terminan trasladándose debajo del umbral de la pobreza por esta causa. El cobro a los usuarios en el momento en que necesitan de asistencia –indica el Informe Mundial de OMS de 2010– es el mecanismo de recaudación de fondos predominante en 33 países y representa más del 25% del total de los fondos recaudados para la salud en otros 75. Sólo cuando la dependencia del pago directo se coloca por debajo del 15% a 20% de los gastos totales de los hogares, la incidencia del desastre financiero, en general, desciende a niveles insignificantes.



Esta situación empieza a empeorar cuando se trata de consultas de especialidades<sup>7</sup> o de exámenes de laboratorio. En efecto, en la consulta de especialidades –siempre según la Casen 2009– sólo en los dos primeros deciles el 50% de las personas recibieron medicamentos gratuitos y luego empieza a declinar tal que sólo el 10% del último decil declara haber recibido medicamentos gratuitos. Aun así, cabe destacar que, en el caso de Chile, la diferencia entre los que no compraron medicamentos por falta de dinero es irrelevante entre los deciles y alcanza sólo al 1,1% de la población.

En los estudios realizados por la OPS con Fonasa se hizo hincapié en la exclusión menos visible y que sólo se expresa en diferencias notorias de las demandas. Aunque hay estudios internacionales que confirman esta tendencia (31).

En efecto, en un análisis hecho con los datos de la Casen 2000 (Urriola 2006) se verificaba que había “desviaciones

de demanda” según grupos de ingresos tal que el grupo de prestaciones que gozaban de gratuidad y oportunidad en el sector público (consultas generales, controles preventivos y urgencias) eran “sobresuados” por los grupos de bajos ingresos; mientras que en las prestaciones que tienen menor cobertura por parte del sector público –o mayores copagos– la demanda de los grupos de bajos ingresos es inferior en 23% con respecto a la media. A este segundo grupo pertenecen las consultas de especialidades (que se analizó en la sección anterior), las dentales, los exámenes de laboratorio y las radiografías y ecografías.

La situación en 2009 (esta vez desglosada por deciles de ingreso) da cuenta de una leve desviación entre los deciles en el grupo de prestaciones garantizadas por la oferta pública y, en cambio se ratifican las diferencias de hasta 300% en las demandas por consultas de especialidades, al comparar los deciles extremos. Es decir se mantiene la diferencia para las consultas de especialidades, las dentales, los exámenes de laboratorio y las radiografías y ecografías e incluso es más notoria cuando se presenta a nivel de deciles de ingresos.

<sup>7</sup> En las consultas de salud mental, en cambio, se mantiene la tendencia de las consultas generales. No obstante, en este ámbito, hay estudios que indican que la exclusión se produce por las listas de espera.

**Cuadro 7.-  
Proporción de demanda de prestaciones de salud según decil de ingresos (Casen 2009)**

2009	Decil Autonomo Nacional										Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
<b>consultas generales</b>	13,6	11,5	13,1	13,0	13,4	12,9	13,5	13,7	15,5	17,4	13,6
<b>urgencias</b>	7,4	6,6	7,0	6,5	6,4	6,1	5,6	5,8	5,7	5,7	6,3
<b>cons mentales</b>	2,3	2,0	1,8	1,5	2,0	2,0	1,8	1,8	2,7	2,5	2,0
<b>Controles de salud</b>	21,8	19,2	19,1	19,0	18,4	17,4	17,3	17,3	17,0	16,7	18,4
<b>cons especialidades</b>	5,6	5,5	6,1	6,4	7,4	7,8	7,9	9,7	12,4	16,7	8,2
<b>cons dentales</b>	3,9	3,9	4,9	4,3	5,0	5,2	6,1	6,2	7,3	11,0	5,7
<b>exámenes laboratorio</b>	9,4	8,1	9,1	9,4	9,5	9,4	9,7	10,4	12,6	15,3	10,1
<b>Rayos X y ecografías</b>	4,2	4,2	4,5	4,6	5,3	4,9	5,5	5,8	7,1	8,8	5,5

Por otra parte, los mecanismos de exclusión suelen ser difíciles de percibir porque en lo formal se mantienen intactos los derechos de las personas. Con esta perspectiva se consideró necesario reexaminar con mayor detalle acerca de los prestadores a los cuales acuden las personas porque se podría suponer que las personas afiliadas al Fonasa (grupos A y B) que tienen serios problemas de ingresos debieran recurrir exclusivamente al sector público en el cual se les reconoce la gratuidad por las prestaciones.

No obstante, como se observa en el cuadro 8, hay un 9% de personas que pertenecen a los grupos A o B que se atienden por prestadores privados lo cual puede atribuirse esencialmente a las deficiencias de oportunidad (listas de espera) que se producen en el sector público.

**Cuadro 8.-  
Prestador por Consulta o atención médica\* según sistema de afiliación**

	Público	Privado	No solicitó	No Sabe / No recuerda	Total
Fonasa A	76,6	5,5	17	0,9	100
Fonasa B	68,8	13,6	16,8	0,7	100
Fonasa C	56,4	27	15,4	1,2	100
Fonasa D	49,1	33,6	16,8	0,4	100
Fonasa (n.s)	49,5	26,9	22,2	1,5	100
FF AA	66,8	15,5	17	0,7	100
Isapre	10,6	72,4	16	1	100
Ninguno	37	24	36,8	2,1	100
Total	60,9	20,8	17,4	0,9	100

\* Solo para quienes declararon tener alguna enfermedad o accidente el mes anterior

Fuente: Casen 2009

En general, la distribución de las prestaciones sigue la lógica de la adscripción a los seguros respectivos. Hay dos cifras que llaman la atención en el cuadro 8. La una, el 10,6% de personas que, perteneciendo a Isapres, se atienden en el sector público y, la segunda, referida a que, entre quienes no tienen sistema de seguridad social, se muestra una proporción extremadamente alta de quienes no solicitan atención (36,8%) con respecto a la

media (17,4%). Es altamente probable que esto se deba justamente al riesgo de tener que pagar la totalidad de los costos. Van Doorslaer y Masseria (31) llaman inequidad horizontal a este fenómeno en el cual “personas con iguales necesidades de atención sanitaria disponen de tasas diferentes de utilización de esta atención”. Esto confirma lo señalado anteriormente en cuanto a que los sistemas que destinan mayores recursos a los copagos o gastos de bolsillo para atender las necesidades de atención de salud tienden a ser menos equitativos y peores sus resultados en cuanto a estados de salud.

## CUENTAS DE SALUD

En este documento se ha actualizado—hasta 2008—la serie que hemos denominado estadísticas básicas de salud y que permite establecer el aporte de las distintas fuentes de financiamiento a la salud en el país. Este cuadro, que es una versión resumida de las cuentas nacionales de salud, distingue los aportes fiscales directos que corresponden a la parte del presupuesto de la Nación que se destina al Ministerio de Salud sumando únicamente la partida presupuestaria de los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas. No obstante, el aporte fiscal no se rige por un criterio de cuota según número de afiliados. Por el contrario, los criterios que han primado en las autoridades es evaluar el presupuesto sin relación a los afiliados que pertenecen al seguro social. Por ejemplo, en el presupuesto presentado al Congreso nacional para el año 2011 el aumento presupuestario recae exclusivamente en el incremento de los aportes de los cotizantes al seguro público.

Dado que en la modalidad institucional de Chile los establecimientos públicos de atención primaria están fundamentalmente gestionados por los municipios, salvo cuando se hacen estas prestaciones en hospitales que siguen dependiendo de la red asistencial pública, fue necesario agregar el aporte municipal directo que complementa al esquema de pago per cápita con el cual se trasladan los recursos desde el Presupuesto general a cada uno de los establecimientos de la atención primaria. La suma de este aporte representa apenas el 1% del total del gasto en salud y, lo que es más significativo es que proviene esencialmente de los municipios con mayores recursos cuyas poblaciones son las que menos requieren estos servicios.

**Cuadro 9.-**  
**Cuenta de salud: Proporción del gasto en salud según fuentes de recursos (Chile 2000 -2008)**

	APORTE FISCAL	APORTE MUNICIPAL	FONASA	MUTUALES	ISAPRES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA ISAPRES	OTROS DIRECTOS	TOTAL SALUD \$ millones corrientes
2008	21,9	1,0	15,3	4,6	10,9	4,8	41,4	6.223.224
2007	24,8	1,0	14,6	4,1	11,8	3,8	39,9	5.615.107
2006	24,8	1,0	14,4	3,7	12,3	4,2	39,6	5.132.970
2005	25,3	1,0	13,6	3,7	12,0	4,1	40,4	4.734.338
2004	22,5	1,2	12,3	3,7	12,7	4,4	43,2	4.234.884
2003	20,1	1,2	12,8	3,7	13,3	4,3	44,6	3.794.700
2002	19,9	1,2	12,5	3,8	13,7	3,8	45,0	3.564.837
2001	19,3	1,2	12,4	3,9	14,4	3,8	45,1	3.293.171
2000	19,0	1,3	11,8	4,2	15,3	3,7	44,6	3.030.937

Elaboración autor

El aporte al gasto en salud de las cotizaciones a la seguridad social que realizan los trabajadores (7% de la remuneración con un tope de aproximadamente 1.200 dólares) puede destinarse, según prefiera el trabajador(a), al Fonasa o a alguna de las Isapres. La serie del cuadro 9 da cuenta de un constante incremento de la proporción de los valores de las cotizaciones al Fonasa. En el período han aumentado en 165% (cuadro 10). Esto corresponde al incremento de los cotizantes (incluyendo los pensionados) de 3.595.735 en 2000 a 4.700.648 en el año 2008. En el mismo lapso, los cotizantes en las Isapres habían disminuido en términos absolutos.

Este incremento del peso relativo de las cotizaciones en Fonasa se debe a dos factores. De una parte, al aumento de la cobertura ayudado por la ley 20.123 de 2005 que establece compromisos solidarios de las empresas mayores con empresas subcontratistas las cuales

eludían frecuentemente el pago de las cotizaciones de sus trabajadores temporales a la Seguridad Social. De otra parte, el sostenido y notorio incremento de los costos de los planes de salud en las Isapres en el último lustro, lo cual ha generado un cambio en la estructura misma de los afiliados a las aseguradoras privadas a causa de la selección excluyente de afiliados.

El efecto positivo de decremento del gasto de bolsillo, en buena medida se produjo por la incorporación de coberturas generales con el plan Auge desde su puesta en marcha en 2005. Un aspecto central es que los protocolos Auge incluyen la cobertura de medicamentos los cuales fueron incorporados a la cobertura financiada por el sector público.

En todo caso hay una enorme preocupación en todos los países por el financiamiento de la salud. Aquellos

**Cuadro 10.-**  
**Tasa de crecimiento del gasto en salud 2000-2008, según fuentes**

APORTE FISCAL	APORTE MUNICIPAL	FONASA	MUTUALES	ISAPRES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA ISAPRES	OTROS DIRECTOS	TOTAL SALUD *
136,5	55,8	165,9	123,4	45,8	169,6	90,8	105,3

países que habían optado por un sistema universal con muy alta cobertura financiera para prácticamente todos los problemas de salud han empezado a implementar reformas que, de una u otra manera tienden a incrementar la participación de los usuarios en el financiamiento o aumentar los copagos.

P. Smith (32) enumera algunas de las medidas que están tomando las autoridades entre ellas, moderar el uso de medicamentos; estimular el uso de genéricos; desincentivar las consultas múltiples; orientar a los pacientes por medio de médicos de familia; orientar a que se usen los prestadores de menores costos y mejor calidad; promover menos duración en las hospitalizaciones. Adicionalmente, todos los países en la Unión Europea tienen sistemas de copagos (33) cuyos objetivos son: Racionalizar el acceso a las prestaciones; reducir la demanda de servicios de salud; ajustar los déficits del sector público.

Lo importante es que los copagos mal administrados arriesgan empeorar los estados de salud. El nivel de 40% es aún muy alto y pone en riesgo la accesibilidad de las personas de menores recursos (La OMS estima que los valores “aceptables” de la proporción del gasto de bolsillo con respecto al gasto total de los hogares oscila en torno al 20%). En efecto Thomson cita el experimento de Newhouse de 1993 con copagos diferenciados para saber la influencia en los estados de salud. Se verificó que hay reducción en el uso de prestaciones pero se comprobó también que la hipertensión era peor controlada en el grupo de menores ingresos y que la probabilidad anual de muerte había aumentado en este grupo en 10%.

En definitiva, los gastos de bolsillo parecen ser “la variable de ajuste” de las restricciones fiscales. Empero, esta estrategia puede tener efectos nocivos sobre la salud de la población aunque los países crean mecanismos compensatorios de protección social (ver Fonasa 2007) que evitan estos efectos de los copagos. Entre ellos, tasas reducidas a grupos vulnerables, exenciones o reducciones por cargas, descuentos a los prepagos, tasas subsidiadas sobre gastos privados, sustitución de prescripciones privadas por públicas (decididas por médicos), sustitución por genéricos. Salvo las dos últimas las otras se han aplicado en Chile.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

i) Los indicadores de pobreza (pobres vs no pobres) no parecen –al menos en Chile– dar cuenta de las desigualdades sociales y regionales y sus repercusiones en los estados de salud de la población. Este documento entrega ejemplos en que, al comparar resultados entre pobres y no pobres, pareciera existir equidad pero, en cambio al desplegar los resultados según deciles de ingresos se develan diferencias notorias y estadísticamente relevantes para planificar las políticas públicas. La interpretación es aún más relevante si se compara según el nivel de ingresos.

ii) Las autoridades chilenas desde 1990 reconocieron la baja cobertura en la gratuidad de los medicamentos entregados a los beneficiarios más pobres, principalmente en la atención primaria. Para superar esta situación, definieron una política específica de asignaciones especiales a esta actividad. El resultado es que la cobertura de la entrega de medicamentos totalmente gratuitos en relación a los recetados aumentó, entre 1990 y el año 2000, desde 38,3 a 50,9 por ciento en la atención primaria de consultas generales. Esto aumentó aun de manera más notoria en el año 2009 hasta el 80,4%.

iii) Las enfermedades respiratorias forman parte del grupo de “enfermedades de la pobreza”, particularmente por la mayor vulnerabilidad de estas poblaciones a las condiciones del ambiente que afectan la salud, como la contaminación, el hacinamiento del hogar y las precarias condiciones sanitarias básicas. Efectivamente, es en este ámbito que se expresan las diferencias más notorias de prevalencias de enfermedades por deciles de ingreso. Además, la diferencia entre deciles extremos con respecto a la autopercepción de estado de salud es de alrededor de 30 puntos lo que arroja una mayor diferencia de tasas de disparidad al examinar de esta manera los resultados. Este mismo indicador pasa desapercibido si se midiese sólo comparando pobres y no pobres. Un resultado similar se obtiene al evaluar el sobrepeso y la obesidad que es mucho mayor en los deciles más bajos.

iv) La serie de las cuentas de salud muestra un descenso del gasto de bolsillo debido al esfuerzo fiscal desplegado en el decenio. No obstante, la reducción del

aporte público en 2008 revirtió ligeramente la situación volviendo a subir el gasto directo. El aporte del sector público (cotizaciones de trabajadores y aporte fiscal) es decisivo para el financiamiento del sector. Empero, lo que más ha aumentado en el período son las cotizaciones al Fonasa (165%).

Los copagos mal administrados arriesgan empeorar los estados de salud. El nivel de 40% del gasto de bolsillo en Chile es aún muy alto y pone en riesgo la accesibilidad de las personas de menores recursos (La OMS estima que los valores máximos "aceptables" de la proporción del gasto de bolsillo con respecto al gasto total de los hogares oscila en torno al 20%).

v) Los gastos de bolsillo parecen ser "la variable de ajuste" de las restricciones fiscales. Empero, esta estrategia puede tener efectos nocivos sobre la salud de la población aunque los países crean mecanismos compensatorios de protección social que evitan estos efectos de los copagos. Entre ellos, tasas reducidas a grupos vulnerables, exenciones o reducciones por cargas, descuentos a los prepagos.

## REFERENCIAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). *La Hora de la Igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir. Trigésimo tercer período de sesiones de la CEPAL. Brasilia 1° de junio de 2010.*
2. OPS-ASDI. *Guía metodológica para la caracterización de la Exclusión Social en Salud. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. OPS/OMS, Washington. 2006.*
3. Haddad Slim Y Katia Mohidra *Macroeconomic adjustment policies, health sector reform, and access, utilisation and quality of health care: studying the macro-micro links. An IDRC Initiative. Université de Montréal. 2001.*
4. Fondo Nacional de Salud. *La protección social de la salud. Fonasa, Santiago. 2007.*
5. Fondo Nacional de Salud. *Caracterización de la exclusión social en salud en Chile. Fonasa (documento interno) 2009.*
6. R. Urriola. *Indicadores para evaluar la protección social de la salud (caso de Chile). Noviembre 2009.*
7. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2010 "Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal". OMS, 2010.*
8. B. Starfield. *The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15.*
9. Wagstaff A. *Pobreza y desigualdades en el sector salud. Rev. Panam Salud Pública 11 (5/6) 2002. OPS, Washington. 2002.*
10. P. De Lora y A. Zañartu. *El derecho a la asistencia sanitaria. Iustel, Madrid. 2009.*
11. Whitehead Margaret. *The concepts and principles of equity and health. WHO. 2000.*
12. Dahlgren G and Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health, Stockholm: Institute of Future Studies, 1991.*
13. R. Urriola, J. Massardo, C. Molinay H. *Monasterio. Historia de la Protección social de la salud en Chile. LOM, Chile. 2009.*
14. B. Fantino y G. Ropert. *Le système de santé en France. Dunod, France. 2008.*
15. Organización Panamericana de la Salud. *Las enfermedades emergentes y los pobres del mundo en desarrollo. Rev Panam Salud Publica, Washington; 22 (1). 2007. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600011&lng=en&nrm=iso).*
16. Auping, J. et al. *El análisis económico de los derechos humanos. 2008.*
17. JC. Bossio. *Mortalidad por neumonía en la niñez: ¿qué está pasando? Arch. Argent. Pediatr; 104 (2): 102-105. 2006 [citado 2010-11-19]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752006000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000200003&lng=es&nrm=iso).*



18. Cáceres L, D. et al. Contaminación intradomiciliaria en un sector de extrema pobreza de la comuna de La Pintana. *Rev. Méd. Chile [revista en internet]*; 129 (1): 33-42 [citado 2010-11-19]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100005&lng=es&nrm=iso).
19. Garin, B. Olea. Distribución espacial de las enfermedades infantiles y sus efectos socioambientales en el sector amanecer de la ciudad de Temuco. *Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales (Serie documental de Geo Crítica). Universidad de Barcelona. Vol. VIII, nº 472, 10 de noviembre de 2003.*
20. Kaplan G. *The Poor Pay More. POVERTY'S HIGH COST TO HEALTH. 2009.*
21. *The Mayor of London. The London Health Inequalities Strategy. Draft for public consultation. August 2009.*
22. C. Montoya. *Medición y monitoreo de las desigualdades intercomunales en salud. Minsal, 2005.*
23. R. Urriola. *Pobreza, equidad y salud. Documento preliminar para OPS. Diciembre 2010.*
24. R. Urriola *Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno. Revista de la CEPAL; 87: 61-78. 2005.*
25. Dorgelo Annemiek, Sarah Pos, Janine Vervoordel donk y Jan Jansen. *Reasons for a differential impact of policies and interventions on the social gradient of health. A literature review. The Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, NIGZ 2011.*
26. Guichard Anne. *Réduire les inégalités sociales de santé: un défi pour l'Europe. IPES 2010.*
27. Clougherty Jane E., Kerry Souza and Mark R. Cullen. *Work and its role in shaping the social gradient in health. ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES. 2010.*
28. *Ministerio de Planificación. Distribución del Ingreso. Encuesta CASEN 2009 (presentación). Mideplan, 2010.*
29. R. Urriola. *CASEN 2009: Más desigualdad que pobreza. Colección IDEAS. Chile 21. Año 11 Nº 112. Noviembre 2010.*
30. Wilkinson Richard and Kate Pickett. *The impact of income inequalities on sustainable development in London. A report for the London Sustainable Development Commission. 2010.*
31. LaVeist Thomas A., Darrell J. Gaskin, Patrick Richard. *The economic burden of health inequalities in the United States. September 2009.*
32. Van Doorslaer E, and Cristina Masseria. *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/HEA (2004).*
33. P. Smith. *Measuring value for money in healthcare: concepts and tools. Centre for Health Economics. University of York. September 2009*
34. Thomson Sarah, Thomas Foubister and Elias Mossialos. *Financing health care in the European Union. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2009.*
35. S. Allende. *La realidad médico social chilena. Santiago. 1939.*
36. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). *Informe anual 1998-1999. BID, Washington. 1999.*
37. *Ministerio de Salud. Encuesta de Satisfacción y gasto en salud. Minsal, 2007.*
38. *Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Minsal, 2004.*