

Puntos de Referencia

Edición online
N° 426, marzo 2016

El nuevo paciente: desafíos para el sistema de salud

Josefa Henríquez / Carolina Velasco

Resumen

El sistema de salud debe ajustarse al nuevo perfil de paciente —población más envejecida y con una mayor carga de enfermedades crónicas—. En este trabajo se entregan algunos antecedentes relevantes que pueden aportar a dicho proceso.

El 50% de los hogares chilenos está integrado por al menos un adulto mayor, quienes, en su gran mayoría (80%) viven acompañados. Este grupo etario se compone más por mujeres que por hombres, lo que afecta al sistema de salud, en cuanto ellas presentan probabilidades mucho más altas de usar las consultas. Sin embargo, los hombres reportan una mayor probabilidad de hospitalizarse (11% frente a 9%) y sus estadías son levemente más largas, lo que podría atribuirse a un menor cuidado en edades previas.

En comparación con los menores de 60 años, las personas de la tercera edad son entre 4,2 y 7 veces más propensas a reportar alguna condición crónica y más del triple señala tener alguna dificultad de la vida diaria. Ello constituye una barrera de acceso a la salud para los adultos mayores, puesto que, por ejemplo, 71% de quienes dicen tener dificultades señalan tener también problemas para llegar a la consulta, en contraste con 9% entre quienes declaran no tener limitantes.

En general, los adultos mayores usan más los servicios médicos que el resto de la población. Si bien en las últimas dos décadas ha aumentado la probabilidad de tener una consulta para toda la población, este incremento para los adultos mayores ha sido superior en el caso de las urgencias y hospitalizaciones —y menor en las consultas generales y de especialidad—. Ello podría responder a un empeoramiento en el manejo de las enfermedades; a un cambio en el perfil epidemiológico y a mayores restricciones (físicas, mentales, económicas y del seguro de salud) que entorpecen el acceso oportuno a especialistas y consultas generales para este grupo. Es fundamental entender las causas y abordarlas.

En la tercera edad quienes pertenecen al Fonasa utilizan más las consultas generales, pero sobre todo las urgencias. Ello se da especialmente en los grupos A y B del Fonasa (que concentra a 78% de los adultos mayores), quienes enfrentan más restricciones (financieras y del seguro estatal) para usar el resto de las prestaciones, por lo que canalizarían su demanda mediante las urgencias.

En conclusión, los adultos mayores usan más el sistema de salud, están adscritos en mayor proporción al Fonasa (grupos A y B), son más pobres, más enfermos y tienen más limitaciones que los menores de 60 años. Ello parece afectar su acceso oportuno a las prestaciones médicas, derivando en un mayor uso de las urgencias y hospitalizaciones. Por ello, la atención de los adultos mayores debe adaptarse, considerando mecanismos alternativos y complementarios que la hagan más accesible, como la asistencia remota o a domicilio. Asimismo, se deben mejorar los sistemas de contacto con la tercera edad para otorgarles atención oportuna y evitar el abandono de tratamientos, así como también eliminar las barreras de acceso. En el largo plazo, el sistema de salud debiera buscar intervenir en los demás determinantes de la salud, es decir, prevenir mediante un mejor cuidado de la salud (más chequeos preventivos, mejores hábitos).

Josefa Henríquez. Licenciada en Ciencias Económicas (Universidad de Chile). Investigador Asistente.

Carolina Velasco. Ingeniero Comercial con mención en Economía (PUC). Máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.

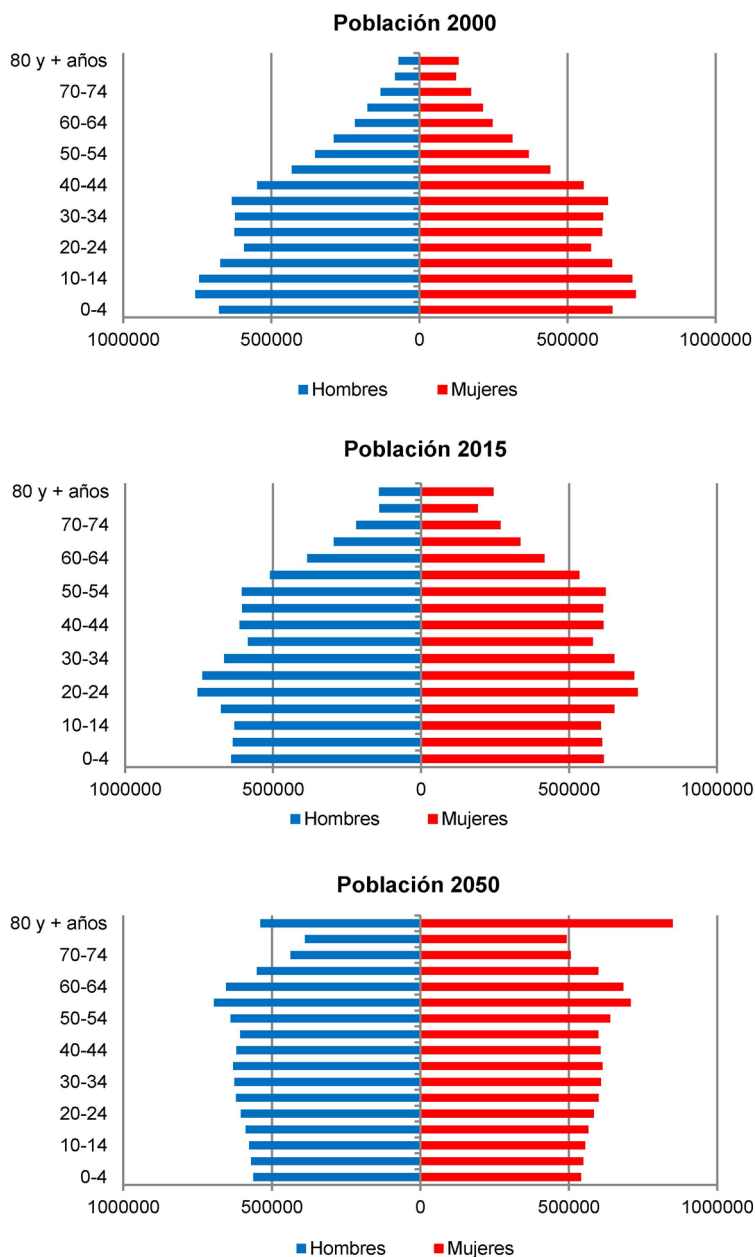
Agradecemos los valiosos comentarios de Emilio Santelices y Harald Beyer.

1. Introducción

En las últimas décadas ha habido un sustantivo cambio demográfico, marcado por el envejecimiento de la población. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE, la proporción de personas mayores de 65 años en los países miembros ha crecido alrededor de tres veces más rápido que la población en su conjunto¹. Chile no ha sido la excepción. El año 2000 cerca de 10% de la población tenía más de 60 años, cifra que en 2015 es de 15% (Gráfico 1). Para el año 2050 se espera que esta proporción sea casi 30%. Lo anterior, junto con el aumento esperado de la población total en este mismo periodo (de 31% entre 2000 y 2050), implica que en los años venideros habrá un aumento relevante de la cantidad de adultos mayores.

Esta nueva realidad supone un desafío para las políticas públicas en general y, en particular, para aquellas orientadas a mejorar el bienestar del segmento más longevo. En el caso del sector salud, a este desafío se debe agregar el cambio en el perfil epidemiológico general que ha afectado a la población (en general en el mundo desarrollado), que se traduce en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas –dejando atrás las infecciosas como causa principal de muerte o discapacidad (*Ministry of Health and*

GRÁFICO 1: Pirámides poblacionales (2000-2015-2050) para Chile



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadísticas (2002).

Long-Term Care 2007)— las que, además, aquejan en mayor medida a la población de adultos mayores. En efecto, según la encuesta CASEN (2013), en Chile las personas de más de 60 años de edad son siete veces más propensas a reportar hipertensión y casi seis veces más propensas a reportar diabetes. Esta mayor carga de enfermedades para dicho grupo

¹ OECD Factbook 2014.

—que va en aumento— implica mayores gastos para el sistema de salud, sobre todo si estas afecciones no son tratadas a tiempo e idealmente prevenidas (por ejemplo, el Center for Disease Control and Prevention 2009 reporta que la inversión en programas orientados a reducir la inactividad física, mala nutrición y tabaquismo presenta retornos de 5,6 dólares por cada dólar invertido). En Chile, Santelices (2015) reporta que el costo de atender a individuos que presentan enfermedades crónicas crece explosivamente mientras mayor es la cantidad de condiciones de salud que los aquejan.

Ello implica que el sistema de salud y las políticas públicas asociadas deben adecuarse a este nuevo perfil de paciente. Por ello, en este documento se busca describir a los actuales adultos mayores, definidos como aquellos de 60 años o más², en Chile, en cuanto a las características, necesidades y problemas que se espera tengan impacto en el diseño y organización del sistema y de las políticas públicas en salud. En la medida que es posible, se compara también con la población de menor edad y con otros países. La fuente principal de datos a utilizar para Chile será la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) para los años 2013, 2000 y 1992. Junto con ella se utilizan asimismo la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez³ (2013) y la Encuesta de Protección Social (2009)⁴.

² Se utilizará como definición de adultos mayores aquella brindada por la Organización Mundial de la Salud, que determina que todas aquellas personas que tengan más de 60 años entran en aquella clasificación. En caso contrario, será señalado en el cuerpo del texto. Los menores de 60 años comprenden a los individuos de 0 a 59 años.

³ La encuesta de Calidad de Vida en la Vejez busca conocer cómo viven los adultos mayores y cuáles son sus principales preocupaciones. El muestreo de la encuesta en 2013 abarcó 2.682 casos para adultos de 60 o más años, que son representativos de un 86% de la población total del país.

⁴ La Encuesta de Protección Social tiene el objetivo de recabar información, principalmente, sobre el mercado laboral y la seguridad social. Desde fines de 2004, es representativa a nivel nacional.

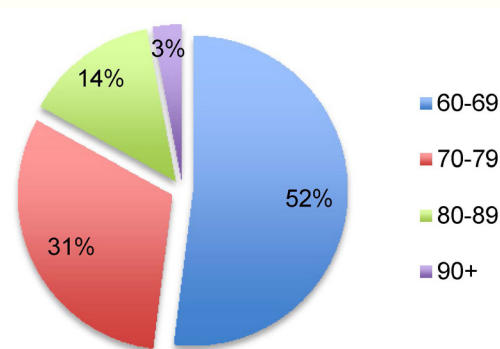
En la siguiente sección se describe el estado de salud de este grupo etario. Luego, se revisa cómo es su utilización de los servicios médicos. Posteriormente, se presentan algunos comentarios finales, seguidos por las referencias.

2. ¿Cómo es la salud de los adultos mayores en Chile?

En esta sección se presentan algunos indicadores del estado de salud de los adultos mayores y, posteriormente, se analizan los principales determinantes o factores que afectan su estado de salud, así como también otras variables relacionadas con su calidad de vida. En general, se intenta adoptar una mirada comparativa, tanto en relación con el resto de la población como con otros países desarrollados.

Según la encuesta CASEN, en 2013 un 16,7% de la población chilena (que se estima en 2.885.157 personas) pertenecía al segmento de adultos mayores, de los cuales poco más de la mitad corresponde a personas cuya edad fluctúa entre 60 y 69 años, proporción que decrece de manera importante para los siguientes decenios (Gráfico 2). Por otra parte, la mayoría de los adultos mayores son mujeres (57,3%).

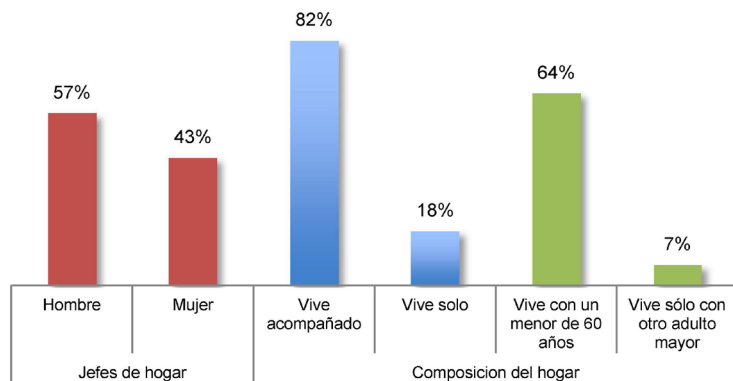
GRÁFICO 2: Porcentaje de adultos mayores por tramo de edad, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

El tamaño promedio del hogar donde reside un adulto mayor es de tres personas (encuesta CASEN 2013). Del total de adultos mayores 60,7% son jefes de hogar, aunque esta proporción disminuye de manera importante luego de los 65 años (17% en el tramo entre 65 y 70 años), muy probablemente debido a que se cumple la edad legal de jubilación de los hombres, y a que este rol es cumplido en mayor proporción por éstos (57,4%). Asimismo, en el Gráfico 3 se observa que la gran mayoría vive acompañado (81,8%), es decir, el hogar contiene al menos a otra persona aparte del individuo, lo cual puede ser visto como positivo cuando se considera el cuidado de la salud (Iwashyna & Christakis 2003). Del total de hogares que contiene al menos un adulto mayor (estimado en 2.049.376), el 64% incluye a un menor de 60 años.

GRÁFICO 3: Proporción de jefes de hogar y composición del hogar de los adultos mayores, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Nota: La variable "vive con un menor de 60 años" y "vive sólo con otro adulto mayor" fueron calculadas utilizando el hogar como unidad de medida.

2.1 Una mirada al estado de salud

Percepción del estado de salud

En la Tabla 1 se observa que del total de adultos mayores, 87% reporta su salud como buena (la califica con nota mayor o igual a 4, en una escala de 1 a 7), 9 puntos menos que en el caso de personas menores de 60.

TABLA 1: Porcentaje que reporta buen estado de salud o enfermedad por tramo de edad, 2013

Estado de salud	Menor de 60 años	Adultos mayores
Reporta buen estado de salud	95,9%	87,0%
Reporta enfermedad o accidente	17,6%	29,4%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Al desagregar los resultados para los adultos mayores (Gráfico 4), el tramo de edad en que una mayor proporción de individuos reporta un buen estado de salud es aquél de 60 a 69 años, con casi nueve puntos porcentuales de diferencia con respecto al tramo de 80 y más años. El reporte de estado de salud (bueno) se correlaciona negativamente con el estar enfermo, es decir, las personas de mayor edad reportan también en mayor proporción estar enfermos.

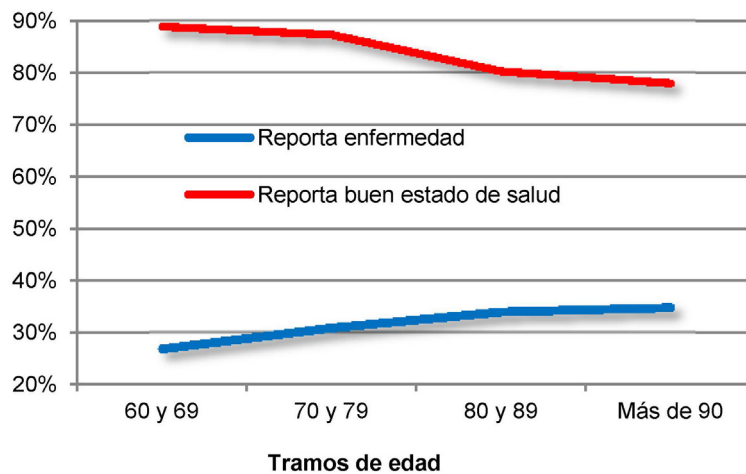
Si se compara la situación de Chile con los países pertenecientes a la OCDE, se encuentra que cerca de 35% de los individuos mayores de 65 años reporta tener estado de salud muy bueno o bueno (notas 6 y 7)⁵, en relación con 50% para el promedio de los países miembros (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos 2013).

Reporte de enfermedad y condiciones crónicas

En cuanto al porcentaje de personas que reporta haber estado enfermo o sufrido un accidente dentro de los pasados tres meses (Tabla 1), las diferencias según el grupo etario son importantes. En este caso los individuos de la tercera edad son casi 70% más propensos a reportar

⁵ Las cifras de OCDE (2013) sólo reportan la medición del estado de salud como muy bueno o bueno para la población de adultos mayores (+65 años), lo que equivale a las notas 6 y 7 en la encuesta CASEN (2013).

GRÁFICO 4: Porcentaje de personas por tramo de edad que reporta buen estado de salud y tener una enfermedad, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

alguna enfermedad y accidente que el resto de la población.

Como se mencionara, la cantidad de condiciones crónicas que aquejan a un individuo tiene un impacto relevante en el gasto en salud, por lo que la prevención, detección temprana y atención oportuna de ellas es relevante a la hora de contener el gasto (*Ministry of Health and Long-Term Care* 2007). En efecto, las enfermedades crónicas son gatillantes de otras más graves, como son los casos de la hipertensión, que está fuertemente ligada a los infartos, y de la diabetes, relacionada con problemas renales y de la visión. En Chile, los infartos son un problema recurrente (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos 2015a) comprendiendo el gran grupo de enfermedades del sistema circulatorio la principal causa de muerte en 2013 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud 2014).

Al desagregar en la encuesta CASEN por el tipo de enfermedad crónica que aqueja a los adultos ma-

yores —hipertensión, diabetes y depresión—, se observa que las tasas reportadas por ellos son hasta 7 veces mayores que las de los más jóvenes (Tabla 2).

Respecto de las condiciones, la más recurrente entre los adultos mayores es la hipertensión (31,5%) y seguida por la diabetes (13,5%). Ello se condice con la información de la última versión de la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (2013)⁶, donde 64,5% de los adultos mayores reporta tener “presión alta o hipertensión” y 26,7% reporta tener “diabetes o azúcar elevado”. Entre los adultos mayores, aquellos entre 70 y 79 años son quienes reportan en mayor proporción tener alguna de las 3 patologías mencionadas (Tabla 2).

TABLA 2: Porcentaje que reporta enfermedades crónicas o de larga duración por tramo de edad, 2013

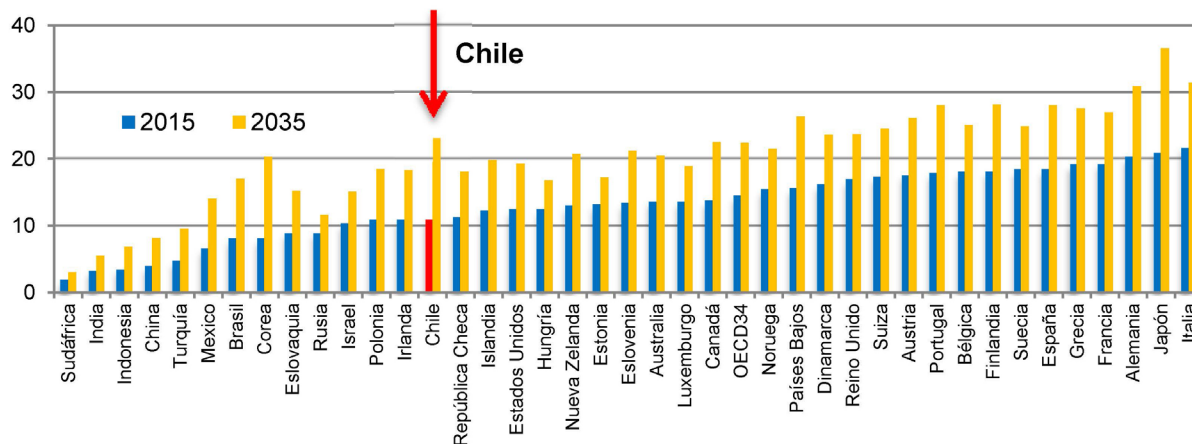
	Menores de 60 años	Adultos mayores	60 y 69 años	70 y 79 años	Más de 80 años
Hipertensión	4,4%	31,5%	27,7%	35,5%	35,8%
Diabetes	2,3%	13,5%	13,7%	14,1%	13,4%
Depresión	1,4%	1,5%	2,0%	1,1%	0,8%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Según la encuesta CASEN, el porcentaje de personas que reporta tener depresión es bajo y muy similar entre los tramos etarios (1,4% y 1,5%), lo que no concuerda con la información de otras fuentes como la Encuesta de Protección Social (2009), donde la tasa en la tercera edad es de 11% (y de 8,7% para

⁶ Ver documentos metodológicos de la encuesta de Calidad de Vida en la Vejez en <http://tinyurl.com/jht4dgj> y de la Encuesta de Protección Social en http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?wpfb_dl=158.

GRÁFICO 5: Prevalencia de demencia en los adultos mayores de 65 años en la OCDE, 2013



Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2015c).

Nota: Prevalencia se refiere a la cantidad de adultos mayores por cada 1.000 habitantes que tiene la condición. Se incluye a los individuos de 65 años.

el resto de la población). Se debe considerar que los sondeos fueron realizados con cinco años de diferencia y que las preguntas no son exactamente iguales⁷.

En la EPS (2009) se reportan también otras condiciones crónicas (Tabla 3), como la artritis, donde cerca de un 20% de la tercera edad señala tenerla, 4,2 veces la cifra para los menores de 60 años.

TABLA 3: Porcentaje de adultos que reporta enfermedades crónicas o de larga duración por tramo de edad, 2009

	Cáncer	Artritis	Problema renal	Derrame
Adultos mayores	3,4%	19,5%	3,9%	0,9%
Menores de 60	1,5%	4,6%	1,9%	0,3%

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Protección Social (2009).

⁷ La pregunta en la Encuesta de Protección Social “¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones médicas, por un doctor?, donde una de las enfermedades es la “depresión” (hay diferentes variables que miden cada una de las enfermedades). En la encuesta CASEN la pregunta es “Durante los últimos 12 meses, ha estado en tratamiento médico por ...”, donde la misma pregunta da opciones de enfermedades, dentro de las cuales se encuentra la depresión.

Según Alzheimer’s Disease International (2013), un punto del Producto Interno Bruto (PIB) mundial se gasta año a año en cuidados relativos a la demencia y otros problemas mentales. Para el año 2050 se espera que cerca de un 10% de la población mundial de adultos mayores padezca de algún grado de demencia (Prince et al. 2013). El mismo reporte indica que para Chile se espera que 23,1 de cada 1.000 adultos desde los 65 años padezca demencia en el año 2035, cifra que para los países de la OCDE es de 22,4 (Gráfico 5).

Dificultades de la vida diaria

Respecto a las dificultades para ejecutar ciertas labores diarias, la Tabla 4 muestra que sólo 10% de los individuos menores de 60 años reporta algún tipo de limitante, en relación a un 32,5% entre los adultos mayores, siendo el tramo de más de 80 años en el que la proporción que reporta tenerlas es mayor. Asimismo, las mujeres son más propensas a reportar una limitación que los hombres.

En los países de la OCDE cerca de 30% de los adultos sobre los 65 años presenta algún tipo de dificultad en sus actividades diarias (Organización para la

TABLA 4: Proporción en cada grupo etario y por género que reporta tener alguna dificultad, 2013

		Menores de 60 años	Entre 60 y 69 años	Entre 70 y 79 años	Más de 80
Tiene alguna dificultad	Hombre	10,0%	17,5%	31,3%	54,0%
	Mujer	10,3%	25,9%	38,2%	62,3%

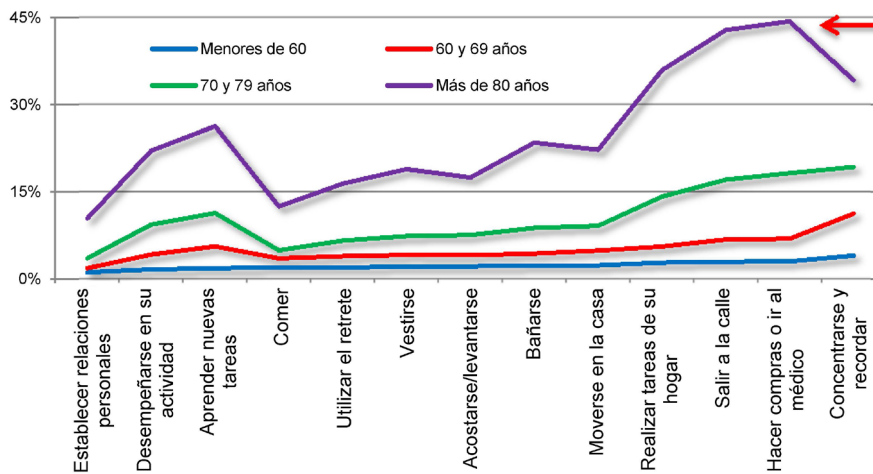
Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Cooperación y el Desarrollo Económico 2015c). Al igual que en Chile, las mujeres son levemente más propensas a tener impedimentos (20% de mujeres reporta tener alguna mientras un 17% de los hombres lo hace).

Respecto de cada una de las dificultades, en el Gráfico 6 se aprecia que, al promediar para la tercera edad, “hacer compras o ir al médico” es la segunda más recurrente (luego de la capacidad de concentrarse y recordar). Más aún, dicho impedimento es el que más aumenta a medida que avanza la edad. Así, la proporción de personas que lo reporta en el tramo de más de 80 años es 41 puntos porcentuales mayor que entre los menores de 60 años.

Las dificultades presentes en los adultos mayores proponen un doble desafío para el sistema de salud, puesto que dichas condiciones además de ser en sí mismas un problema de salud o de calidad de vida, son un impedimento para tomar contacto con los servicios médicos —y de otro tipo—. En efecto, un adulto mayor que presenta algún tipo de limitación, tiene ocho veces más problemas en llegar a la consulta y cerca de seis veces más problemas para obtener los medicamentos que le fueron recetados (Gráfico 7).

GRÁFICO 6: Porcentaje de individuos en cada tramo de edad que reporta dificultades físicas y mentales según tramo de edad

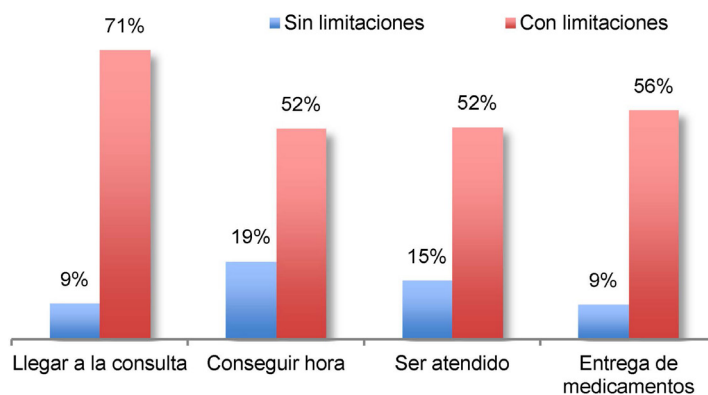


Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Nota: La flecha denota el mayor cambio entre los distintos grupos etarios en cuanto a la prevalencia de la dificultad de “hacer compras o ir al médico”.

Las dificultades reportadas por los adultos mayores están ordenadas de menor a mayor.

GRÁFICO 7: Porcentaje de adultos mayores que reporta tener problemas de acceso al sistema de salud, por condición del adulto mayor, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

2.2 Determinantes del estado de salud

En la literatura se encuentran diversos factores que explican el estado de salud de un individuo (Grossman 1972; Wilkinson & Marmot 2003). Por ejemplo, se espera que éste sea mejor para los más jóvenes, aquellos de mayores ingresos y los más educados. A continuación se revisa la relación en el caso de Chile entre estos determinantes y la población de adultos mayores.

Variables demográficas y socioeconómicas

Según se observa en la Tabla 5, el promedio de escolaridad de los adultos mayores es significativamente menor que para el segmento más joven de la población. La literatura enfatiza la existencia de una correlación positiva entre los años de escolaridad y los resultados en salud (por ejemplo, Grossman 2015 argumenta que cerca de 30% de la reducción en la mortalidad infantil en los últimos cien años en Estados Unidos se debe al factor “mayor educación”). En Chile, tanto la Encuesta Nacional de Salud (2009) como la encuesta CASEN avalan dichos resultados. En efecto, en la tercera edad quienes no completaron la enseñanza básica (menos de 8 años de educación) reportan tener hipertensión en un 32% más que quienes terminaron la enseñanza media (más de 12 años de educación). En este sentido, el incremento que ha habido en Chile en los índices de escolaridad y de acceso a la educación entre los más jóvenes (que se traduce también en menores diferencias en los años de escolaridad dentro de este grupo) debiera aminorar el impacto negativo de los menores niveles de educación en los futuros adultos mayores.

Los ingresos autónomos también difieren significativamente entre ambos grupos (Tabla 5), principalmente debido a que la mayoría de los adultos mayores ha jubilado (72%) y la pensión promedio que reciben, cercana a 200.000, representa un porcentaje menor a 40% del ingreso autónomo de

TABLA 5: Descripción sociodemográfica por grupos etarios, 2013

	Menores de 60	Adultos mayores
Escolaridad (años)	11,6	7,6
Ingreso autónomo (pesos chilenos)	549.447	378.436
Ingresos de la jubilación (pesos chilenos)	340.384*	200.000
% Trabaja	60,1	27,6
% Asegurado	97,0	98,6
% Asegurado en isapres	16,9	7,9
% Pobreza multidimensional	20,5	19,7
% Casa propia	47,4	77,0
Zona de residencia (% urbano)	87,7	84,9

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Nota: isapres: instituciones de salud previsual.

Ingresos autónomos: “Sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente, la auto-provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, dividendos y retiro de utilidades, jubilaciones, pensiones o montepíos, y transferencias corrientes” (http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_def_ingresos.php).

Pobreza multidimensional: Indicador que abarca 4 aristas: educación, salud, vivienda, y trabajo y seguridad social. El indicador de pobreza tradicional solamente toma en cuenta los ingresos como criterio para definir pobreza (Ministerio de Desarrollo Social 2015).

*: Corresponde a aquellos que han optado por retiro anticipado. La mayoría está obteniendo la máxima jubilación de la trayectoria esperada de ingresos de su pensión.

los menores de 60⁸. Este aspecto también debe ser considerado al diseñar las políticas públicas relativas al área de salud, puesto que el nivel de ingresos incide positivamente en el estado de salud (Marmot 2002). En este sentido el que dentro de los jubilados haya 504.760 personas (24,37% de la población sobre los 65 años)⁹ que se encuentran recibiendo la Pensión Básica Solidaria (82.058 pesos en 2013) puede ser visto como un aporte positivo para la salud. En efecto, existe alguna evidencia del impacto positivo de este subsidio sobre la utili-

⁸ En los países de la OCDE, la proporción que representa la jubilación en relación con el salario en ejercicio (denominado “tasa de reemplazo”), es de 63% (neto). En el caso de Chile es más baja, siendo de 37,7% para los hombres y 33,1% para las mujeres (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, 2015b).

⁹ Uno de los requisitos para adjudicarse la Pensión Básica Solidaria es tener más de 65 años.

zación de servicios médicos y en el diagnóstico de enfermedades crónicas de las personas beneficiarias (Henríquez 2015).

El indicador de pobreza multidimensional no muestra diferencias importantes entre los grupos etarios, sin embargo, la tenencia de casa propia sí lo hace, siendo los adultos mayores quienes en mayor proporción son dueños de una vivienda (Tabla 5). Según la encuesta CASEN (2013), la calidad, tamaño y condiciones de dichas viviendas no difieren significativamente entre segmentos etarios.

Algo similar ocurre cuando se considera la proporción de personas que cuenta con seguro de salud en ambos grupos etarios (entre 97% y 98,6%), sin embargo, se encuentran diferencias en cuanto al tipo de seguro, puesto que los más jóvenes son más propensos a contar con un seguro privado (16,9% frente a 7,9%). Lo anterior responde a la organización del sistema de salud chileno, en el cual conviven dos subsistemas de seguros cuyas lógicas difieren y, por tanto, termina en una segmentación de los beneficiarios (Velasco 2014). Según la evidencia para Chile (Henríquez & Velasco 2015; Sapelli & Vial 2003), estar en una isapre se traduce en un mayor uso de los servicios de salud, lo que debiera mejorar el estado de salud (Dor et al. 2003; Finkelstein et al. 2012).

Variables asociadas al estilo de vida

Según datos de la Encuesta de Protección Social (2009), sólo 12,8% y 11% de los adultos mayores reportan fumar y tomar cerveza respectivamente, cifras que representan en cada caso a poco menos de un tercio de las asociadas a los menores de 60 años. Respecto del consumo de vino, las diferencias disminuyen; 24,7% para los adultos mayores y 29,2% para los más jóvenes.

En cuanto a la realización de actividad física (Gráfico 8), la mayoría de los adultos mayores indica no hacer ejercicio (54%), cumpliendo solamente un 27% de ellos con los criterios sugeridos por la Orga-

nización Mundial de la Salud¹⁰ (30 minutos diarios de actividad física moderada, 5 días a la semana). El estilo de vida sedentario se ha encontrado ligado a un significativo aumento del riesgo de mortalidad (Rezende et al., 2014). No obstante, su Índice de Masa Corporal (IMC)¹¹ se encuentra dentro de los rangos normales para el adulto mayor, en un valor de 26,7, a diferencia de lo que ocurre para los más jóvenes cuyo IMC es de 26,8 (Encuesta de Protección Social, 2009), superando la cifra de 25 recomendada para su edad (Organización Mundial de la Salud, 1995).

GRÁFICO 8: Frecuencia de actividad física en adultos mayores



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (2013).

3. ¿Cómo usan el sistema de salud los adultos mayores?

En esta sección se estudia el uso que hacen del sistema de salud los adultos mayores, comparándolo con el resto de la población en diferentes momentos del tiempo, para así poner en perspectiva el impacto del envejecimiento en dicha utilización. Para ello, se analizan principalmente dos indicadores:

¹⁰ http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/

¹¹ El IMC es un indicador que relaciona el peso de la persona con su altura. La fórmula con que se calcula corresponde al peso (kg)/estatura² (mts). Los rangos del IMC para el adulto mayor son: de 22 a 27 se clasifican como normal, de 27,1 a 29,9 se clasifican como con sobrepeso y ≥ 30 se clasifican como obesos.

(i) la probabilidad bruta de usar algún servicio médico, que da cuenta de la accesibilidad al sistema de salud¹² y (ii) la intensidad en el uso de dichos servicios —la duración de los tratamientos—. Para cada indicador se analizan cinco tipos de servicios médicos o prestaciones, las que provienen de la encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN): consultas generales (CG), consultas de especialidad (CE), consultas de urgencia (CU), consultas preventivas (CP), y hospitalizaciones (H).

En lo que sigue se analiza cómo es la relación de los indicadores estudiados con algunas variables que se espera influyan en ellos (Grossman 1972; Andersen 1995; McNamara et al. 2013), como es el género, el tipo de seguro, las limitaciones físicas, etc., comparando entre adultos mayores y los más jóvenes, así como también, cuando es posible, con los resultados de años anteriores¹³.

Si bien el análisis no controla por el efecto de los demás factores, por lo que no es posible aislar la influencia de la variable analizada, entrega información relevante respecto de las tendencias generales y, por tanto, permite desarrollar algunas hipótesis a partir de lo encontrado, que en el futuro pueden ser estudiadas en mayor profundidad.

3.1 ¿Cómo es el acceso de la tercera edad a los servicios médicos?

A continuación se analiza la probabilidad bruta de contacto con el sistema de salud, es decir, la proporción de personas de cada grupo etario que hace uso de al menos una prestación. En la Tabla 6

¹² Si bien en gran medida la probabilidad de usar el sistema de salud da cuenta del acceso a éste, no se conoce la calidad de la atención de cada persona y, por tanto, no es obvio el impacto que cada servicio médico tiene en la salud de las personas. De todas maneras, como fuera señalado, se asume que, en promedio, un mayor uso del sistema de salud se asocia con un mejor estado de salud.

¹³ Los datos para años anteriores no siempre se reportan, sin embargo, están disponibles para quienes requieran mayor dicha información.

se aprecia que, en general, en cada año analizado, dicha probabilidad es mayor entre los adultos mayores en relación con los más jóvenes. Este hecho es de por sí relevante para el sistema de salud, puesto que si se considera que la proporción de personas de la tercera edad en relación con la población total es cada vez más alta y que el total de habitantes seguirá creciendo por un tiempo, la demanda por prestaciones será cada vez mayor.

TABLA 6: Probabilidad (bruta) de contacto por tramo de edad, años 1992, 2000 y 2013

Prestación	CG	CE	CU	CP	H
Menores de 60					
1992	8,2%	3,9%	3,4%	13,0%	1,3%
2000	9,3%	8,0%	5,2%	15,8%	5,4%
2013	14,5%	9,3%	9,2%	19,2%	5,3%
Adultos mayores					
1992	16,9%	7,6%	3,4%	18,3%	2,8%
2000	15,1%	15,2%	6,2%	35,4%	9,2%
2013	29,2%	17,0%	11,7%	48,4%	10,2%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN para los años 2013, 2000 y 1992.

Nota: CG: consultas generales, CE: consultas de especialidad, CU: consultas de urgencia, CP: control preventivo y H: hospitalización.

La Tabla 6 también muestra un aumento en el tiempo de la probabilidad de usar prestaciones ambulatorias (consultas) para ambos grupos etarios. Sin embargo, dicho incremento ha sido menor para los adultos mayores en el caso de las consultas generales y de especialidad (disminuyendo la brecha con los más jóvenes) y, por el contrario, mayor en el caso de las consultas de urgencia (y preventivas), acrecentando la brecha con los menores de 60. En cuanto a las hospitalizaciones, para las que sólo se puede comparar entre 2000 y 2013¹⁴, se encuentra que la probabili-

¹⁴ Las preguntas respecto a hospitalización difieren entre los años 1992, 2000 y 2013. En el año 1992 la pregunta se refiere a las hospitalizaciones de los últimos 3 meses, mientras que para los años 2000 y 2013 la pregunta es para todo el último año. Se hará referencia a estos últimos dos años, pero se reporta igualmente para 1992.

dad de hospitalizarse crece en la tercera edad, pero se mantiene para los más jóvenes, aumentando también la brecha de uso a favor de aquellos de mayor edad.

Lo anterior debe analizarse con mayor profundidad, en cuanto podría estar dando cuenta de un empeoramiento en el manejo de las enfermedades de los adultos mayores, que ha derivado en un uso más alto de las urgencias y hospitales en el tiempo, en relación con el resto de la población. También podría deberse a una evolución del perfil epidemiológico de la tercera edad (nuevas enfermedades) y a mayores restricciones (físicas, económicas y del seguro) que entorpecen el acceso oportuno a especialistas y consultas generales para este grupo. Algo de evidencia en relación con este último aspecto se puede encontrar al constatar que una mayor proporción de adultos mayores presenta limitaciones en 2013 que en 2000¹⁵ (32,5% y 17,9%, respectivamente).

Diferencias según estado de salud

La Tabla 7 muestra que la probabilidad de contacto es siempre mayor para quienes reportan haber tenido una enfermedad o accidente, independiente de la edad. Si bien ello concuerda con la literatura, donde el estado de salud es la variable que explica en mayor medida y con mayor consistencia el uso del sistema de salud (Lorig et al. 2001; Henríquez 2006; Henríquez & Velasco 2015b), los resultados indican que dicha influencia decrece en la tercera edad. En efecto, para los menores de 60 la probabilidad de uso para quienes reportaron enfermedad

¹⁵ Se debe considerar que la definición de limitaciones cambia en los años estudiados. En el año 2000 ésta se define como todos aquellos que reporten dificultades para oír y hablar, de visión y físicas, mientras que en el año 2013 se utiliza una más amplia, que comprende trece limitaciones (para comer, para hacer compras o ir al médico, etc.).

TABLA 7: Probabilidad de contacto (bruta) por tramo de edad, según reporte de enfermedad, 2013

Prestación	CG		CE	CU	CP	H	
	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Reporta enfermedad							
< 60	6,9%	50,6%	28,5%	35,8%	34,6%	3,7%	12,7%
60 +	15,3%	63,3%	34,4%	30,9%	62,9%	6,3%	19,9%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

es siete veces la probabilidad del resto. Esta cifra es sólo de cuatro veces entre los adultos mayores¹⁶.

Lo anterior podría deberse, por una parte, a que en edades avanzadas otras variables comienzan a ser más relevantes para explicar el uso del sistema, como el ingreso y el tipo de seguro, al menos en ciertos tipos de prestaciones. Por otra parte, ello puede responder a la aparición de nuevas variables que en edades anteriores tenían poca o nula influencia. Por ejemplo, las limitaciones (físicas y mentales) que para los menores de 60 afectan a una proporción muy baja, en la tercera edad pasan a ser relevantes y podrían estar afectando el acceso a prestaciones médicas.

Sin embargo, las brechas en la probabilidad de usar el sistema entre quienes reportan enfermedad y quienes no (ya sea para los menores de 60 años o los adultos mayores) era más prominente en 1992¹⁷,

¹⁶ Estos hallazgos se replican cuando se considera el padecer una enfermedad crónica como variable para medir estado de salud.

¹⁷ La forma de preguntar para el caso de estar o no enfermo difiere en los tres años: en 1992 la pregunta fue "En los últimos 3 meses, ¿sufrió enfermedad o accidente?"; en 2000 se preguntó "En los últimos 30 días, ¿sufrió enfermedad o accidente?"; y en 2013 se inquirió "En los últimos 3 meses, ¿tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?". De esta manera, en estricto rigor no son perfectamente comparables entre los tres años, sin embargo, son muy similares para el primer y último periodo, por lo que las comparaciones serán realizadas para estos dos años. En el caso de las hospitalizaciones, no es posible hacer comparaciones temporales, puesto que en 1992 se pregunta por las hospitalizaciones de los pasados tres meses, mientras que en los años 2000 y 2013 se pregunta por los pasados doce meses. Es decir, las periodicidades asociadas a las dos preguntas en cuestión (haber usado las prestaciones y haber estado enfermo) no calzan en ningún año.

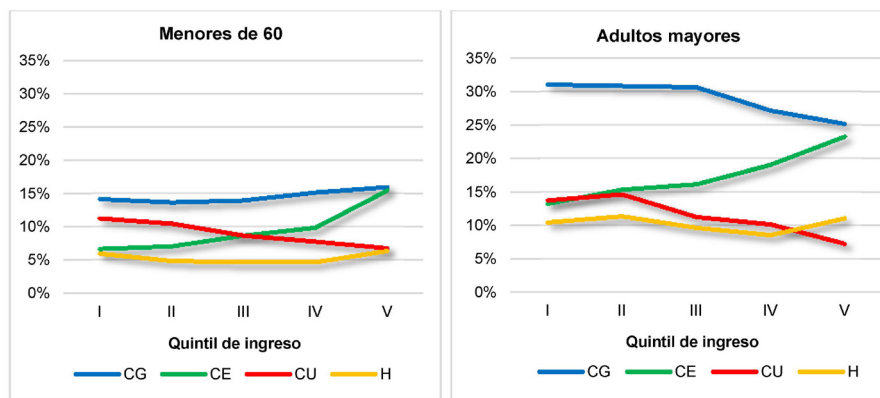
lo que podría indicar un mayor acceso a los servicios médicos principalmente para los individuos sanos¹⁸.

Diferencias según ingresos

Si bien la teoría apunta a que el ingreso afecta el uso de los servicios de salud, la evidencia no es clara (Cameron & Trivedi 1991), y Chile no es la excepción (Henríquez & Velasco 2015b; Sapelli & Vial 1998). Al observar los datos para 2013 (Gráfico 9) se encuentra que, en primer lugar, la correlación entre la probabilidad de contacto y el quintil de ingreso difiere según sea el tipo de prestación (por ejemplo, se encuentra que la relación es positiva en el caso de las consultas de especialidad y negativa en el de las de urgencia). En segundo lugar, a veces no existe una correlación (por ejemplo, para los menores de 60 en las consultas generales y hospitalizaciones).

En tercer lugar, la relación entre la probabilidad de usar una prestación y el ingreso difiere tanto en la dirección como en la intensidad, al comparar a los menores de 60 años con los adultos mayores. Tal es el caso de las consultas generales, donde la probabilidad de usar una disminuye con el nivel de ingreso en la tercera edad, pero no cambia de manera clara entre los más jóvenes. Por su parte, las correlaciones encontradas entre el ingreso y las probabilidades de uso de una consulta de especialidad y de urgencia (positiva y negativa respectivamente) se intensifican en el caso de los adultos mayores en relación con los menores de 60. Ello podría avalar la tesis menciona-

GRÁFICO 9: Probabilidad de contacto (bruta) por tramo de edad, según quintil, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

da en el punto anterior, respecto de que el ingreso comienza a ser más relevante en la decisión de tomar contacto (probabilidad de uso) con el sistema. A su vez, es posible que los grupos de mayores ingresos estén sobreutilizando las consultas de especialidad puesto que algunos problemas de salud podrían ser resueltos por médicos generales, enfermeras u otros profesionales de salud en la atención primaria.

Al comparar con lo ocurrido en años anteriores, en general las tendencias son similares. Existen excepciones como, por ejemplo, que en el año 2000 no existía una relación entre quintil de ingreso y probabilidad de uso de las consultas generales para los adultos mayores, la que en el año 2013 sí aparece (a mayores ingresos, menor uso de las consultas generales). Ello da cuenta de que, en la tercera edad, los grupos de menores ingresos aumentaron el uso de este tipo de prestaciones en mayor proporción que aquellos de más recursos, lo cual puede ser visto como algo positivo, dado que generalmente quienes tienen peor estado de salud son aquellos de menor nivel socioeconómico. En efecto, en el año 2000 la probabilidad de usar una consulta general para un adulto mayor del primer quintil de ingreso era de 13,6% y en 2013 de 31% y para los del quinto quintil, de 15,2% y 25%, respectivamente.

¹⁸ Hay que tener en consideración que solamente son comparables las consultas de especialidad, preventivas y hospitalización para el año 1992, ya que existe correlación perfecta entre haber ido a alguna consulta general o de urgencia y la variable de reporte de enfermedad.

RECUADRO 1: Algunas características de los seguros de salud en Chile

El Fonasa clasifica a sus beneficiarios en cuatro grupos —A, B, C y D— principalmente en base al nivel de ingresos de los usuarios (siendo A el de menor y D el de mayor ingreso). Cuando los beneficiarios se atienden mediante la modalidad institucional (que implica ser atendido por proveedores estatales y que se requiere ver a un médico general para ser derivado a niveles de atención de mayor complejidad), la atención primaria no tiene costo, pero la de especialidad y hospitalaria tienen copagos para aquellos de los grupos C y D (10% y 20% respectivamente). Los usuarios de los grupos B, C y D pueden atenderse con prestadores privados (modalidad de libre elección) cancelando copagos que van entre 25% y 60%. El costo de la prestación depende del nivel de la atención, siendo 1 el de menor valor y 3 el más costoso.

Las isapres ofrecen una gran variedad de planes (en cuanto a costo y cobertura). En general, los precios de las prestaciones son más altos y el acceso es más expedito en cuanto no se requiere ver a un médico general para acceder a niveles de atención más complejos (hospitalizaciones y consultas de especialidad) y existe mayor disponibilidad de proveedores.

Diferencias según tipo de seguro y grupo del Fonasa

En la Tabla 8 se aprecia que, en general, los beneficiarios de una isapre presentan probabilidades de contacto casi siempre mayores que los del Fonasa. La gran excepción son las consultas de urgencia, lo que respondería, por una parte, a los mayores precios que enfrentan los usuarios de isapres (relativos a los demás servicios ambulatorios); y, por otra parte, a que los beneficiarios del Fonasa canalizan el menor acceso al resto de las prestaciones (escasez de oferta que genera mayores tiempos de espera para la atención) mediante una mayor demanda por consultas de urgencia, cuyo acceso es más expedito (Henríquez & Velasco 2015b). Esto último se da en mayor medida entre aquellos que pertenecen a los grupos A y B del Fonasa, quienes enfrentan mayores restricciones al uso de los servicios médicos debido a las condiciones del seguro y a sus mayores limitaciones económicas, según se evidencia en el Recuadro 1¹⁹.

¹⁹ En efecto, para el resto de las prestaciones, los clasificados en los grupos A y B presentan menores probabilidades de uso porque (i) aquellos pertenecientes al grupo A no pueden atenderse por la modalidad de libre elección; (ii) cuentan con menores ingresos que el resto para costear los mayores copagos que dicha moda-

TABLA 8: Probabilidad de contacto (bruta) con las distintas prestaciones, por grupo etario, por tipo de seguro y grupos del Fonasa, 2013

	Menores de 60					Adultos mayores				
	CG	CE	CU	CP	H	CG	CE	CU	CP	H
Isapre	16,1%	17,5%	6,7%	18,4%	7,1%	25,0%	27,5%	5,2%	39,8%	14,6%
Fonasa	14,5%	7,8%	9,9%	19,9%	5,0%	29,9%	15,9%	12,4%	49,8%	9,7%
Grupo A	13,7%	5,9%	11,1%	22,7%	5,4%	30,4%	12,7%	14,5%	51,3%	9,7%
Grupo B	15,4%	8,7%	10,1%	19,3%	4,8%	30,3%	17,3%	12,5%	53,1%	9,9%
Grupo C	15,4%	8,9%	9,0%	17,7%	4,7%	28,7%	18,2%	9,8%	36,7%	9,6%
Grupo D	15,6%	10,7%	8,4%	20,1%	5,4%	27,5%	18,6%	7,9%	43,0%	9,2%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

En relación con los tramos etarios se observa que: (i) la brecha en la probabilidad de uso que entre los más jóvenes es a favor de los usuarios de isapres se invierte para las consultas generales en la tercera edad, siendo los beneficiarios del Fonasa los que las usan más; (ii) en cuanto a las consultas de especialidad, la probabilidad de usarlas para los beneficiarios de alguna isapre es más del doble que las del Fonasa entre los menores de 60, pero disminuye a menos del doble en la tercera edad (la brecha a favor de los usuarios de isapre se mantiene pero disminuye —cerca de 20%—); (iii) respecto de las hospitalizaciones, la brecha a

lidad lleva asociados y; (iii) en la modalidad institucional (usada en mayor proporción por los usuarios de los grupos A y B) para acceder a CE y H se requiere haber sido derivado (por médicos generales y especialistas).

favor de los usuarios de alguna isapre crece levemente (5%); y (ii) finalmente, también hay un crecimiento de la brecha a favor de los usuarios del Fonasa en las consultas de urgencia.

Lo anterior de alguna manera representa una paradoja. Es decir, si en la tercera edad las brechas en desmedro de los usuarios del Fonasa se invierten o disminuyen para las consultas generales y de especialidad, entonces ¿por qué aumenta aún más la probabilidad de tener una consulta de urgencia para los beneficiarios del Fonasa? Una posible explicación es que exista un especial aumento en la demanda por servicios médicos por parte de los usuarios del Fonasa en la tercera edad. Ello puede deberse a que, en general, los adscritos al Fonasa son los más enfermos y, en la tercera edad, hay un traspaso de este tipo de beneficiarios desde alguna isapre al Fonasa. Dado lo anterior, los déficits de oferta de servicios se harían más relevantes y, como se mencionara anteriormente, terminan canalizándose en una mayor demanda por consultas de urgencia. Por otra parte, esta mayor demanda podría estar reflejando deficiencias en la atención en edades previas (menor prevención, cuidado y atención oportuna), una mayor propensión a sufrir accidentes (y otras condiciones) que requieren atención de urgencia, etc.

Con respecto a lo que ocurría en el año 2000 (Tabla 9), destaca que las probabilidades de usar las consultas de especialidad y de hospitalizarse, sufrieron aumentos muy leves en el tiempo para los individuos del Fonasa (a diferencia de los demás tipos de prestaciones cuyo uso aumenta), lo cual refleja las importantes restricciones de oferta de servicios médicos para los usuarios del Fonasa, que

TABLA 9: Probabilidad de contacto (bruta) con las distintas prestaciones, por grupo etario, por tipo de seguro y grupos del Fonasa, 2000

	Menores de 60					Adultos mayores				
	CG	CE	CU	CP	H	CG	CE	CU	CP	H
Isapre	10,8%	12,3%	3,8%	16,3%	5,8%	11,4%	20,5%	3,7%	26,9%	9,7%
Fonasa	9,5%	7,3%	6,0%	17,1%	5,8%	15,9%	15,2%	6,6%	37,7%	9,6%
Grupo A	9,5%	5,7%	6,4%	19,9%	6,5%	15,4%	10,4%	7,5%	38,5%	10,2%
Grupo B	8,9%	7,4%	5,8%	15,6%	5,5%	16,8%	16,4%	7,3%	39,8%	9,0%
Grupo C	9,3%	7,5%	5,8%	15,8%	5,1%	15,2%	16,5%	4,9%	32,1%	7,9%
Grupo D	10,9%	9,3%	5,9%	15,2%	4,9%	16,7%	18,0%	3,7%	35,1%	10,0%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2000).

se hacen más patentes en este tipo de prestaciones. También podría explicar por qué en 2013 (donde una parte de la población de 2000 pasó a componer la tercera edad) se utilizan tanto las urgencias entre los adultos mayores. Asimismo, para el caso de las consultas de especialidad puede deberse a que gran parte de los adultos mayores (cerca de un 30%) es beneficiario del grupo A del Fonasa, el cual no ha sido objeto de mayores facilidades de acceso a este tipo de consultas a través del tiempo. En efecto, las probabilidades de uso para los usuarios del grupo A del Fonasa son las que se mantienen más estables entre los años 2000 y 2013. En cuanto a las hospitalizaciones se aprecia una caída en la probabilidad de hospitalizarse para los adultos mayores pertenecientes a los grupos B y C del Fonasa en el tiempo. Entre los menores de 60 esta caída se da en los grupos A, B y C. Queda abierta la pregunta respecto de qué podría explicar este menor uso de las hospitalizaciones en el tiempo. Entre otros, una posible explicación podría encontrarse en la introducción de las Garantías Explícitas en Salud (GES) a mediados de la década del 2000, las que han resuelto o controlado en mayor medida los problemas de salud (que conforman la mayor parte de la carga de enfermedad en Chile), que, de lo contrario, podrían haber derivado en hospitalizaciones.

TABLA 10: Probabilidad de contacto (bruta) por tramo de edad, según género, 2013

Prestación	CG		CE		CU		CP		H	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
< 60	12,1%	16,8%	7,0%	11,4%	8,1%	10,2%	14,2%	23,8%	3,9%	6,6%
60 +	26,0%	31,6%	15,5%	18,2%	9,6%	13,3%	43,5%	52,0%	11,3%	9,4%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Diferencias según género

Similar a lo encontrado tanto en Chile (Henríquez & Velasco 2015a y 2015b) como en el mundo (Sindelar 1982; Green & Pope 1999; DeCola 2012), en general, las mujeres presentan probabilidades de contacto mayores que los hombres. Sin embargo, hay dos observaciones que vale la pena mencionar: (i) estas brechas a favor de las mujeres disminuyen de manera importante en la tercera edad, en relación con los menores de 60, con la excepción de las consultas de urgencia donde la brecha crece levemente y, (ii) la brecha a favor de las mujeres en la probabilidad de hospitalización (para los menores de 60) se revierte en la tercera edad, quedando a favor de los hombres (Tabla 10).

Si bien en la literatura se mencionan varias razones detrás del mayor uso de servicios médicos por parte de las mujeres —diferencias en los perfiles epidemiológicos (tipos de enfermedades) y en las actitudes hacia el riesgo (de contraer una enfermedad), (in)flexibilidad horaria (Henríquez & Velasco 2015b)—, de ellas no se desprende tan fácilmente la explicación relativa a los cambios que se dan en la tercera edad. Una interpretación razonable para la observación de que los hombres en la tercera edad se hospitalizan en mayor medida que las mujeres es que dado que cuando jóvenes hicieron un menor uso del sistema y, según la teoría entonces, su estado de salud debiera ser peor que el de las mujeres, en la tercera edad requieren de atención de mayor complejidad. Queda pendiente entender por qué las mujeres en la tercera edad hacen un uso incluso

más intenso que cuando jóvenes de las consultas de urgencia en relación con los hombres.

Al comparar los hallazgos para el año 2013 con los del año 2000 se observan tendencias similares. Quizás la única diferencia a destacar es para el caso de las consultas generales, puesto que en 2000 la brecha en la probabilidad de uso a favor de las mujeres no disminuye en la tercera edad.

3.2 ¿Cuánto usan los servicios médicos los adultos mayores?

En lo que sigue se revisa si existen diferencias en la frecuencia de uso o duración de los tratamientos entre los adultos mayores y los más jóvenes, tomando en consideración sólo a quienes tomaron contacto con el sistema de salud. Para ello se analiza la tasa de uso condicional²⁰, que corresponde al número promedio de prestaciones ambulatorias y días de hospitalización (DH) por persona (entre quienes usaron al menos una vez el sistema de salud).

TABLA 11: Tasa de uso condicional según grupo etario y por tipo de prestación, 2013

	CG	CE	CU	CP	DH
Menores de 60	1,74	1,91	1,57	1,82	7,03
Adultos mayores	1,84	1,90	1,75	1,86	12,04
Adultos mayores / Menores de 60	1,06	0,99	1,11	1,02	1,71

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN 2013.

²⁰ Para las consultas ambulatorias se considera el número que se reportan de estas. En el caso de las hospitalizaciones se considera los días de hospitalización reportados, ya que no se cuenta con información respecto al número de hospitalizaciones.

En la Tabla 11 se aprecia que, en general, la duración de los tratamientos es levemente mayor para las personas de la tercera edad cuando se trata de prestaciones ambulatorias, con la excepción de las consultas de especialidad donde la tasa de uso condicional es muy similar entre los dos grupos etarios. El que las diferencias sean leves (cuando se espera que los mayores usen más los servicios) puede responder a que, al igual que en el caso de la probabilidad de uso, la existencia de ciertas limitaciones (físicas y mentales) en la tercera edad afecte la duración de sus tratamientos. Las hospitalizaciones sí presentan diferencias notorias en su duración, puesto que las estadías en la tercera edad son 1,7 veces las de los menores de 60.

Al observar las tasas de uso para 2000 se constata que en el tiempo hubo una disminución de las brechas a favor de los adultos mayores para casi todos los tipos de prestaciones (las brechas a favor de los adultos mayores eran más grandes en 2000), con la excepción de las consultas de especialidad, donde las diferencias se mantienen.

Diferencias según estado de salud

En la Tabla 12 se muestra la tasa de uso condicional según grupos etarios y por reporte de enfermedad. En general, las diferencias en la duración de los tratamientos encontradas entre adultos mayores y los más jóvenes no cambian o lo hacen levemente cuando se compara entre quienes reportan enfermedad y quienes no lo hacen. En general, cuando se compara la cantidad de prestaciones para los adultos mayores y los más jóvenes, las diferencias son menores si sólo se mira a quienes reportan enfermedad. Sin embargo, resulta curioso que en las consultas de urgencia ocurra lo contrario, es decir, la brecha a favor de los adultos mayores crece cuando se considera sólo a la población que reporta enfermedad. Lo anterior podría responder a que los adultos mayores son más propensos a sufrir acciden-

tes o enfermedades que requieren de asistencia inmediata (urgencia) que son también capturados en esta variable²¹, ya que la pregunta incluye el haber sufrido un accidente, para lo cual hay evidencia, ya que la brecha entre los menores de 60 años y los adultos mayores no es más amplia entre los que reportan y no reportan enfermedad crónica.

TABLA 12: Tasa de uso condicional, por tramos de edad y reporte de enfermedad, 2013

	CG	CE	CU	CP	DH
	Reporta enfermedad				
Menores de 60	1,8	2,0	1,6	2,0	7,4
Adultos mayores	1,9	2,0	1,8	2,0	12,5
	No reporta enfermedad				
Menores de 60	1,6	1,8	1,6	1,7	6,8
Adultos mayores	1,8	1,8	1,7	1,8	11,5

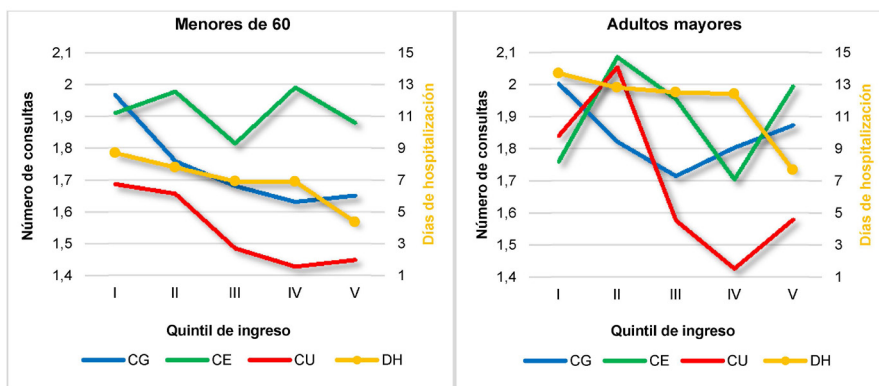
Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Diferencias según ingresos

En el Gráfico 10 se muestra la relación entre la tasa de uso de los diferentes tipos de prestaciones y el quintil de ingreso para los adultos mayores y para los menores de 60. De su observación se desprende que: (i) no hay una influencia clara del ingreso en el número de consultas de especialidad por persona en todas las edades, ni en las generales entre los adultos mayores. (ii) Sin embargo, en el caso de las consultas de urgencia (y generales en el caso de los menores de 60) así como de los días de hospitalización, la relación es negativa. (iii) En la tercera edad se hace más pronunciada la relación encontrada entre ingreso y número de consultas de urgencia. Como fuese mencionado, las estadías hospitalarias más largas entre personas de quintiles más bajos podrían reflejar el hecho de que su estado de salud es peor y de que sus prestadores (doctores, hospitales) prescriben una mayor cantidad de días

²¹ Se pregunta si en los últimos 3 meses, el individuo tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente.

GRÁFICO 10: Tasa de uso condicional, por tramos de edad y quintil de ingreso, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

de hospitalización. A su vez, el mayor uso de las urgencias en parte da cuenta de las mayores restricciones para acceder a otro tipo de prestaciones ambulatorias para los más pobres (reflejado en el hecho de que, por ejemplo, si bien su estado de salud es peor, no asisten más a las consultas de especialidad), que representan una mayor proporción de la población de adultos mayores.

Diferencias según tipo de seguro y grupo del Fonasa

A diferencia de lo encontrado para la probabilidad de usar las consultas generales y hospitalizaciones, los beneficiarios del Fonasa presentan un mayor número de consultas generales por persona y mayores estadías que sus pares en alguna isapre (Tabla 13). En el caso de las urgencias, la brecha en la tasa de uso sigue siendo a favor de quienes cuentan con el

seguro estatal y para las consultas de especialidad, la brecha también se mantiene a favor de los usuarios de isapres. Al revisar el comportamiento entre adultos mayores y los más jóvenes, aparecen algunas diferencias. Por ejemplo, para los menores de 60 no existe brecha entre usuarios del Fonasa y de alguna isapre para las consultas generales, sino que las diferencias a favor de los usuarios del Fonasa sólo se dan para los adultos mayores. Lo opuesto ocurre en las consultas de especialidad, donde las diferencias a favor de los beneficiarios de isapres, se dan sólo para los más jóvenes. Finalmente, es posible apreciar que la brecha a favor de los usuarios del Fonasa en relación con la cantidad de consultas de urgencia y de días de hospitalización es más notoria en la tercera edad.

Al revisar lo que ocurre entre usuarios del Fonasa, en el Gráfico 11 se muestra que, en primer lugar, la tasa de uso no es uniforme entre sus beneficiarios. En efecto, en casi todos los tipos de prestaciones se ven diferencias importantes según sea su grupo (A, B, C y D). Por ejemplo, el número de días de hospitalización cae mientras el grupo de clasificación avanza (empezando por el grupo A y terminando en el D). En otros casos las diferencias no siguen un patrón claro —como en las consultas de especialidad—.

En segundo lugar, las diferencias entre los usuarios del Fonasa son bastante más grandes (al menos en magnitud) entre los adultos mayores. Ello no deja de ser interesante en cuanto a la planificación de la provisión por parte del asegurador estatal.

TABLA 13: Tasa de uso condicional, por tramos de edad y por tipo de seguro, 2013

	Menores de 60					Adultos mayores				
	CG	CE	CU	CP	DH	CG	CE	CU	CP	DH
Isapre	1,6	1,9	1,4	1,9	4,9	1,8	2,2	1,7	2,0	9,4
Fonasa	1,8	1,9	1,6	1,8	7,7	1,8	1,9	1,8	1,8	12,5

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Los resultados para el año 2000 muestran varias diferencias. Por ejemplo, la tasa de uso es casi siempre mayor para los usuarios del Fonasa, con una sola excepción, que se da en la tercera edad para las consultas generales. Asimismo, a diferencia de lo que ocurre en el año 2013, las brechas se dan tanto para los adultos mayores como para los menores de 60, y, en general, son de mayor magnitud entre los menores de 60 (salvo en el caso de las consultas de especialidad).

Sería interesante analizar qué cambio en la década que precede a 2013 explicaría las variaciones en las brechas respecto de la tasa de uso entre usuarios del Fonasa y de las isapres en cada tramo etario.

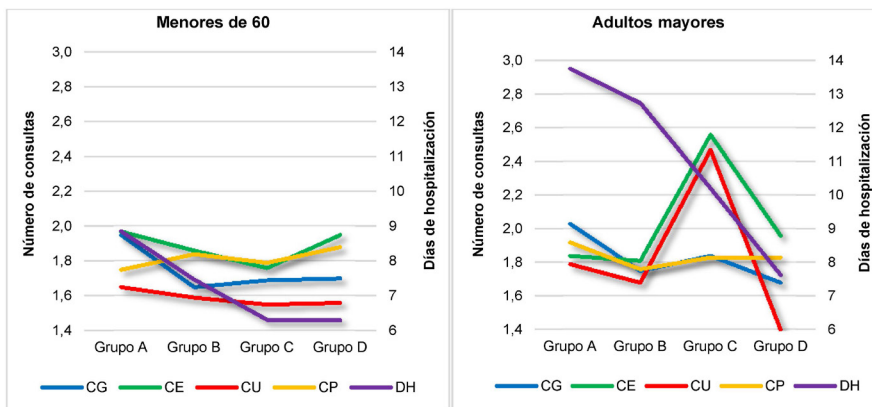
Diferencias según género

El aspecto más relevante que se extrae del análisis por género en la tasa de uso es que las diferencias encontradas para la probabilidad de contacto se reducen dramáticamente e incluso desaparecen en algunos casos (Tabla 14). Es decir, una vez tomado contacto con el sistema, la duración de los tratamientos (número de consultas y días de hospitalización por persona) es muy similar entre hombres y mujeres. Una segunda observación es que, la brecha más relevante se da para la duración de las estadias hospitalarias, a favor de los hombres y en ambos tramos etarios. La tercera observación dice relación con que, la duración de los tratamientos es

mucho más parecida entre hombres y mujeres en la tercera edad.

Por tanto, en primer lugar, las variables asociadas a la actitud de las personas y aquellas relativas al mundo laboral que se asume afectan la decisión de tomar contacto con el sistema de salud son menos relevantes cuando se trata de la duración de los tratamientos (lo que tiene sentido puesto que dicha decisión tienen que ver más con la opinión médica que con las preferencias de las personas) y, en segundo lugar, ello ocurre en mayor medida en la tercera edad. Queda abierta la pregunta respecto de las razones para esta última observación, como puede ser que, en el caso de los adultos mayores, tal como se reporta en la Tabla 4, las mujeres enfrenten limitaciones para ir al médico en mayor proporción que los hombres (ya sea por problemas físicos y mentales, como porque deben cuidar a otra persona, etc.).

GRÁFICO 11: Tasa de uso condicional, por tramos de edad y grupos del Fonasa, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

TABLA 14: Tasa de uso condicional, por tramos de edad y género, 2013

	CG		CE		CU		CP		DH	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
< 60	1,8	1,7	2,0	1,9	1,5	1,7	1,8	1,9	8,6	6,2
60 +	1,9	1,8	1,9	1,9	1,7	1,8	1,8	1,9	12,4	11,7

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta CASEN (2013).

Finalmente, al observar las tasas de uso para el año 2000 también se aprecia que las brechas son menores en relación con las encontradas para la probabilidad de contacto el mismo año. Sin embargo, por una parte, la dirección de las brechas de género no siempre es igual a la encontrada para la tasa de uso en el año 2013 y, por otra parte, las diferencias para una misma prestación a veces son a favor de los hombres y otras a favor de las mujeres en cada tramo etario. Por ejemplo, en las consultas de especialidad, para los menores de 60 se observa que las mujeres tienen un 7% más de consultas de este tipo que los hombres, sin embargo, en la tercera edad son los hombres los que presentan un 7% más de este tipo de consultas.

4. Comentarios finales

Para el año 2050 cerca de un tercio de la población pertenecerá al segmento de adultos mayores. El sistema de salud no puede abstraerse de este cambio y debe ajustarse al nuevo perfil de paciente. Por ello, en este trabajo se entregan algunos antecedentes relevantes que pueden aportar a dicho proceso.

En términos generales, los adultos mayores reportan en menor proporción que los más jóvenes tener un buen estado de salud (87% y 96% respectivamente) y en mayor proporción ser aquejados por condiciones crónicas (29% y 18%, respectivamente), lo que se traduce en una mayor demanda por servicios médicos (mayor probabilidad de uso y mayor duración de los tratamientos). Ello se refuerza por el hecho de que este grupo se compone por una mayor proporción de mujeres que hombres, cuyas chances de asistir a consultas ambulatorias son más altas. Cabe destacar que en el caso de las hospitalizaciones ello se invierte, siendo los varones quienes reportan una mayor probabilidad de hospitalizarse (11% frente a 9%) y, a su vez, sus estadías son levemente más

largas, lo que, entre otros, puede atribuirse a un menor cuidado en edades previas.

El análisis temporal da cuenta de que en la última década los adultos mayores han aumentado en mayor proporción que los más jóvenes el uso de consultas de urgencia y hospitalizaciones y, en menor proporción, el de las consultas generales y de especialidad. Es relevante determinar la causa para así adoptar las medidas necesarias, puesto que ello podría deberse a un empeoramiento en el manejo de las enfermedades en los adultos mayores que ha derivado a un mayor uso de consultas de urgencia y hospitalizaciones; a un cambio en el perfil epidemiológico (cambio en el tipo de enfermedades que los aqueja o aumento de incidencia de ciertas enfermedades en esta edad) y; a mayores restricciones (físicas, económicas y del seguro de salud) que entorpecen el acceso oportuno a especialistas y consultas generales para este grupo, que deriva también en mayor uso de la urgencia y hospitales.

En el documento también se vislumbra la posibilidad de que, en la tercera edad, haya variables que comienzan a ser más relevantes que en edades previas para explicar el uso de los servicios médicos. En efecto, los adultos mayores señalan enfrentar en mucho mayor proporción limitaciones físicas (dificultades para ir al médico) y mentales (concentrarse y recordar), especialmente las mujeres y en edades avanzadas. Es esperable que ello esté impidiéndoles recibir cuidado adecuado y oportuno. Los datos indican que 71% y 56% de quienes señalan tener limitaciones reporta a su vez tener problemas para llegar a la consulta y para la entrega de medicamentos respectivamente, cifras que bajan en ambos casos a 9% entre quienes no reportan tener limitaciones.

Asimismo, el grupo etario en análisis presenta menores índices de escolaridad y, por tanto, es esperable que cuente con menos conocimientos respecto de cómo cuidar su salud, lo que podría

explicar en parte sus mayores índices de sedentarismo y de enfermedades crónicas. Esto sugiere que para mejorar la atención y servicios médicos para el adulto mayor sería abordando los determinantes sociales de la salud, por ejemplo, implementando programas de educación en autocuidado y conocimientos sanitarios. Los ingresos en la tercera edad también son más bajos que en edades previas, lo que influye en el tipo de consultas que usan. Por ejemplo, los más pobres tienen más probabilidades de tener una consulta de urgencia (y tasas de uso más altas) y menos chances cuando se trata de consultas de especialidad en comparación con las personas de mayores ingresos, relación que se agudiza en la tercera edad. En efecto, un adulto mayor perteneciente al quintil de ingresos más bajo tiene el doble de probabilidades de reportar una consulta de urgencia en los últimos tres meses que quienes pertenecen al quintil de ingresos más alto (14% y 7% respectivamente) y un poco más de la mitad de probabilidades en el caso de las de especialidad (13% y 23%, respectivamente).

Los datos analizados muestran que, en la tercera edad, quienes pertenecen al Fonasa usan en mayor medida las consultas generales, pero sobre todo las urgencias, especialmente los pertenecientes a los grupos A y B del Fonasa (donde se concentra cerca de un 78% de los adultos mayores), dado que enfrentan más restricciones (financieras y del seguro estatal) para usar el resto de las prestaciones y canalizan su demanda mediante las urgencias. Por el contrario, los usuarios de alguna isapre tienen más probabilidades de tener una consulta de especialidad en relación a sus pares del Fonasa (28% frente a 16%) y de hospitalizarse (15% frente a 10%), aunque sus estadías hospitalarias son más cortas (9,4 frente a 12,5 días).

Lo anterior debe ser analizado, en cuanto se esperaría que los usuarios del Fonasa, cuyos beneficiarios reportan en mayor proporción estar enfermos, usen en mayor medida todo tipo de consultas. Más

aún, varias de las brechas encontradas se agudizan en la tercera edad, cuyas causas deben ser entendidas, puesto que en años anteriores las diferencias entre usuarios del Fonasa y de alguna isapre no eran tan notorias entre los diferentes grupos etarios. Cabe preguntarse entonces qué ocurrió en las décadas previas que pudo haber afectado el comportamiento de los usuarios (condiciones del seguro, mayores déficits de oferta). Por otra parte, también es relevante estudiar si este mayor acceso a servicios médicos por parte de los beneficiarios de isapres se traduce efectivamente en un mejor estado de salud, puesto que ello tiene implicancias en las decisiones de política pública en esta área (si bien la teoría —Grossman 1972— indica que hay una relación positiva entre el uso de los servicios médicos y el estado de salud, esta supone que dichos servicios están “mejorando” la salud de la persona, y no corresponden a una sobreutilización innecesaria de los servicios médicos).

El reciente informe de la Comisión Asesora Presidencial Sobre el Sistema de Pensiones (2015), luego de revisar los treinta y seis programas orientados al adulto mayor, que incluye seis en el área de salud²², sintetizó los objetivos de sus propuestas en el ámbito de programas sociales orientados a la tercera edad en cuatro puntos: mejorar la coordinación de las políticas públicas orientadas al adulto mayor, evitar el deterioro psíquico y físico, fortalecer la autonomía y la funcionalidad en la vida diaria en un entorno cercano a sus domicilios y fomentar la normalización del envejecimiento. Si se toma en cuenta, además, que uno de los objetivos de los sistemas de salud es orientarse a las necesidades de sus usuarios, los antecedentes previos apuntan a que en el corto y mediano plazo

²² Estos programas son: Adulto Mayor en Movimiento, Programa de Cuidados Domiciliarios, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor, Programa Vínculos, Plan de Garantías Explícitas de Salud GES (ex AUGÉ) y el Examen Preventivo para Personas Mayores.

la atención de los adultos mayores debe adaptarse, considerando mecanismos alternativos y complementarios que la hagan más accesible, como la asistencia remota o a domicilio, y no descartar por ejemplo, que ciertas brechas de género (como las evidenciadas en este trabajo), sean resueltas en los lugares de trabajo de los pacientes. Asimismo, se deberían mejorar los sistemas de contacto con los individuos de la tercera edad para que ellos no abandonen sus tratamientos y reciban atención oportuna y no enfrenten problemas para conseguir horas con los doctores (Aronson 2015). Ello implica, entre otros, fomentar una mayor formación de geriatras, puesto que, según el último listado publicado por el Minsal (julio 2015), sólo 14 de los más de seis mil médicos en formación (menos del 1%) estarían especializándose en este campo (un 10% de las becas en esta área no habría tenido postulantes²³). Si se considera que la recomendación de la OCDE es de 1 geriatra cada 5.000 habitantes y que Chile cuenta con 1 por 31.707 habitantes, se hace patente que este déficit no será cubierto a menos que haya cambios importantes. Otros países han optado por potenciar la atención primaria (mediante la creación de equipos multidisciplinarios, el mayor contacto y coordinación con otros niveles de atención de salud e incluso otras áreas, etc.), aprovechando su mayor cercanía con los usuarios, lo que ha permitido mejorar la calidad de vida y salud de los adultos mayores.

La evidencia respecto de que la pensión básica solidaria, que se traduce en un mayor uso de los servicios médicos, apunta a que las recomendaciones anteriores pueden complementarse con este tipo de medidas que ayuden a cerrar las brechas de acceso, por ejemplo, a consultas de especialidad.

Finalmente, en el largo plazo, el sistema de salud debiera buscar intervenir en los determinantes

no médicos, es decir, prevenir mediante un mejor cuidado de la salud (más chequeos preventivos, mejores hábitos).

Referencias

- Andersen, R. 1995. "Revisiting the behavioral Model and access to medical care: does it matter?". *Journal of Health and Social Behavior*. 36 (3): 1-10.
- Alzheimer's Disease International. 2013. "World Alzheimer Report 2013: journey of caring, an analysis of long-term care for dementia".
- Aronson, L. 2015. "Necessary steps: how health care fails older patients, and how it can be done better". *Health Affairs*. 34 (3), 528-532. doi: 10.1377/hlthaff.2014.1238.
- Cameron, A.C & P.K Trivedi. 1991. "The role of income and health risk in the choice of health insurance: evidence from Australia". *Journal of Public Economics*, 45, 1-28.
- Caro, D. 2014, "Impacto económico de las enfermedades crónicas", Universidad de Chile.
- Center for Disease Control and Prevention. 2009. "The power of prevention. Chronic disease... the public health challenge of the 21st century". Department of Health & Human Services. Estados Unidos.
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. 2014. "Indicadores básicos de salud. Chile 2014". Ministerio de Salud.
- DeCola, P.R. 2012. "Gender effects on health and health care". Schenck-Gustafsson, K., P.R. DeCola, D.W. Pfaff & D.S. Pisetsky (eds). *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel, Karger: 10-17.
- Dor, A., J. Sudano & D. W. Baker. 2003. "The effects of private insurance on measures of health: evidence from the health and retirement study". *Working Paper N°9774*. National Bureau of Economic Research.
- Finkelstein, A., S., B. Taubman, M. Wright, J. Bernstein, J.P. Gruber, H. Newhouse, H. Allen, K. Baicker & Oregon Health Study Group, "[The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year](#)", *Quarterly Journal of Economics* 127 (3): 1057-1106.
- Fonasa. 2010. "Cuenta pública FONASA. Período 2006-2010: Protección Social con excelencia en pos del bicentenario".
- Green, C. & C. Pope. 1999. "Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis". *Social Science & Medicine* 48 (10): 1363-1372.

²³ *El Mercurio*, 2015. "Pese al envejecimiento de la población, en Chile solo hay un geriatra cada 31.700 seniors". 10 de Octubre.

- Grossman, M. 1972. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health". *The Journal of Political Economy* (University of Chicago Press) 80 (2).
- Grossman, M. 2015. "The relationship between health and schooling: what's new?". *Working Paper* 21609. National Bureau of Economic Research.
- Henríquez, R. 2006. "Private health insurance and utilization of health services in Chile". *Applied Economics* 38 (4): 423-439.
- Henríquez, J. & C. Velasco. 2015a. "Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992-2000-2013)". *Punto de Referencia* 407. Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, J. & C. Velasco. 2015b. "Las desigualdades en la atención médica en los últimos 20 años". *Propuestas de Política Pública* 13. Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, J. 2015. "Entendiendo los efectos de la Pensión Básica Solidaria en la utilización de servicios médicos". *Seminario de Título*. Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135910>.
- Instituto Nacional de Estadísticas -INE. 2002. "Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País. 1950-2050", *Serie de la Publicación* (CEPAL): OI N° 208.
- Iwashyna, T. & N. Christakis. 2003. "Marriage, widowhood, and health care use". *Social Science and Medicine*, 57. 2137-2147.
- Lorig, K., P. Ritter, A. Stewart, D. Sobel, B. Brown, A. Bandura, V. Gonzalez, D. Laurent & H. Holman. 2001. "Chronic disease self-management program. 2-year health status and health care utilization outcomes". *Medical care*. 39 (11): 1217-1223.
- Marmot, M. 2002. "The influence of income on health: views of an epidemiologist". *Health Affairs* 21: 31-46.
- McNamara, A., C. Normand & B. Whelan. 2013. "Patterns and determinants of health care utilization in Ireland". *The Irish Longitudinal Study on Aging*.
- Ministerio de Desarrollo Social. 2015. "Nueva metodología de medición de la pobreza por ingresos y multidimensional". *Serie Documentos Metodológicos* 28.
- Ministry of Health and Long-Term Care. 2007. "Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework".
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2014. "OECD Factbook 2014: Economic, environmental and social statistics", *OECD Publishing*, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-en>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2013. Health Status, *Perceived Health Status*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2015a. Health Status, *Causes of mortality*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2015b. "Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 Indicators", *OECD Publishing*, Paris. DOI:[10.1787/pension_glance-2015-en](https://doi.org/10.1787/pension_glance-2015-en)
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2015c. "Health at a Glance 2015: OECD Indicators", *OECD Publishing*, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Organización Mundial de la Salud-OMS. 1995. "El estado físico: uso e interpretación de la antropometría", *Serie de Informes Técnicos* 854.
- Prince, M., R. Bryce, E. Albanese, A. Wimo, W. Ribeiro & C.P. Ferri. 2013. "The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis". *Alzheimers and Dementia* 9 (2): 63-75.
- Rezende, L., J.P. Rey-López, V. Matsudo & O. Luiz. 2014. "Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review". *BMC Public Health* 14: 333. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-333>
- Santelices, E. 2015. "Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión (III)". *Puntos de Referencia* 418. Centro de Estudios Públicos.
- Sapelli, C. & B. Vial. 2003. "Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance". *Journal of Health Economics*. 22. 459-476.
- Sindelar, J. 1982. "Differential use of medical care by sex". *The Journal of Political Economy* 90 (5): 1003-1019.
- Velasco, C. 2014. "Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile". *Propuestas de Política Pública* N° 3, Centro de Estudios Públicos. Octubre.
- Wilkinson, R. & M. Marmot. 2003. "Social determinants of health: The solid facts". 2nd edition. World Health Organization. **PdR**