

¹Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Talca. Talca, Chile.

²Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

^aRepresentante Facultades de Economía y Administración en Consejo Consultivo del Plan GES.

^bRepresentante Facultades de Medicina en Consejo Consultivo del Plan GES.
^cPh.D.

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 22 de mayo de 2021, aceptado el 27 de septiembre de 2021.

Correspondencia a:
Margot Acuña San Martín
Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Chile.
mar.acusm@gmail.com

Determinantes sociales que influyen en el acceso en Chile al Plan GES, según CASEN 2017

SANDRA ALVEAR VEGA^{1,a,c}, MARGOT ACUÑA SAN MARTÍN^{2,b}

Social determinants of access to the explicit guarantees health program implemented in Chile

Background: In Chile, an eventual implementation of a plan with universal health coverage is a challenge. The already implemented explicit health guarantees plan (GES) could be a benchmark. For this reason, it is important to obtain information about the results of its implementation. **Aim:** To identify the social determinants of health that influence the access to GES. **Material and Methods:** The National Socioeconomic Characterization Survey performed in 2017 was used as a data source. The beneficiaries of 20 diseases covered by GES and inquired in the survey were considered for the present study. **Results:** People with the higher probability of access to GES plan belong to the lowest income quintiles, are nationals, live in the central-southern metropolitan Santiago, have lower education, have a public health insurance program (FONASA) and are aged mostly over 60 years. The diseases with the highest probability of access to the program are primary arterial hypertension, type 1 and type 2 diabetes mellitus, acute myocardial infarction, moderate and severe bronchial asthma, breast cancer, colon cancer, and bipolar disorder. **Conclusions:** The access probability to the GES program is in line with the epidemiological profile of the Chilean population, and with a greater social vulnerability.

(Rev Med Chile 2022; 150: 70-77)

Key words: Health Services Accessibility; Social Determinants of Health; Universal Health Insurance.

En las últimas décadas se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel nacional, regional y mundial, con la participación y apoyo de la OPS y OMS.

Existe un creciente consenso mundial sobre la necesidad de lograr una cobertura sanitaria universal y un acceso equitativo a los servicios de salud. La cobertura sanitaria universal hace hincapié en la importancia de garantizar un acceso equitativo y proporcionar protección financiera y amplios beneficios a la población¹.

En Chile, a partir de 1980 se garantizó el de-

recho a la protección de la salud y se estableció el deber del Estado de garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de salud según lo prescrito por la ley, mediante el cual los ciudadanos pueden elegir el sistema de salud privado o público. Las reformas neoliberales de salud crearon un sistema de salud dual con profundas brechas en financiamiento y beneficios entre el sistema público de seguro social (Fondo Nacional de Salud FONASA) y las aseguradoras privadas (Isapre)².

Para reducir las inequidades, la Ley 19.966 de Garantías en Salud de 2005 (Acceso Universal con Garantías Explícitas GES) introdujo derechos exi-

gibles a los servicios de salud para 40 enfermedades, con mecanismos administrativos y judiciales, que se incrementaron a 85 en 2019³.

Por ello, es importante investigar sobre los resultados de su ejecución para evaluar si podemos avanzar hacia una eventual implementación de un Plan con Cobertura Universal en Salud.

El acceso universal implica la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género y la cobertura de salud se entiende como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento⁴. Estos servicios deben ser de calidad y determinados según las necesidades de cada grupo. Además, se debe garantizar que el uso de dichos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras⁵.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar⁶.

En Chile, a nivel del Sistema de Salud, se requiere la alineación de los recursos humanos y financieros con el acceso y cobertura de salud universal y, de esta manera, resolver de manera efectiva y eficiente las necesidades de salud de las personas y sus comunidades⁷.

Así todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, de alta calidad y sin experimentar dificultades financieras⁸.

Los determinantes sociales de la salud son los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que dan forma a las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos. Es decir, tienen una influencia importante en las desigualdades en materia de salud⁹.

Los determinantes sociales son un antecedente que permite caracterizar el acceso a una política pública. En el caso del Plan GES se esperaría que dichas determinantes sociales favorezcan a

los grupos sociales con mayor vulnerabilidad y pobreza.

Es por ello, que en el presente trabajo se investiga los principales determinantes sociales que influyen en que una persona sea atendida con el Plan GES.

Material y Métodos

Diseño del estudio

Se trabajó a partir de Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen, 2017)¹⁰, cuyos resultados están a disposición del público en la página del Ministerio de Desarrollo Social. Se usó el expansor regional, que extiende la proyección de la población a nivel nacional. Los datos se encuentran anonimizados en la encuesta Casen, por ello no fue necesario solicitar consentimiento informado¹¹.

Los datos de la variable dependiente se filtraron sobre la base de las respuestas de los jefes de hogar a las siguientes preguntas: ¿Durante los últimos 12 meses ha estado en tratamiento médico por:? (Pregunta S28); Este tratamiento médico ¿fue cubierto con el Plan GES? (Pregunta S29). Como criterio de inclusión se consideró a los beneficiarios de todas las patologías del GES, incluidas en la Casen, que corresponden a un total de 20 de las 85 patologías vigentes.

Las variables independientes fueron consideradas según la literatura previa, y tomando como referencia los siete módulos temáticos de la Casen 2017 (registro-residentes, educación, trabajo, ingresos, salud, identidades-redes-participación y vivienda-entorno). Todas las variables son dicotómicas, 1 si pertenece a la categoría y 0 cuando no pertenece (Tablas 1 y 2).

Análisis de los datos

Se incluyeron 36.148 personas en el estudio, usando el expansor regional que permite ampliar la muestra a la totalidad de habitantes del país, se llega a una muestra de 3.022.280 personas, que respondieron las preguntas S28 y S29 de la CASEN 2017. El análisis estadístico de los datos se realizó con el apoyo del Software Stata13. Se trabajó con un modelo de regresión probit¹², de respuesta dicotómica. Es decir, se aplicó un modelo de probabilidades para establecer la relación entre un conjunto de variables explicativas que determinan

Tabla 1. Descripción de Variables

Variable	Pregunta Casen	Con acceso a GES (%)	Sin acceso a GES (%)	Total Unidades
Sexo	Hombre	82,8%	17,2%	1.184.702
	Mujer	85,3%	14,7%	1.837.578
Edad	0 a < 18 años	79,5%	20,5%	164.431
	≥ 18 a < 34 años	70,9%	29,1%	170.161
	≥ 34 a < 60 años	81,8%	18,2%	1.022.469
	60 y más	87,7%	12,3%	1.665.219
Nacionalidad	Chilena	84,8%	15,2%	2.972.291
	Otra	56,5%	43,5%	49.989
Previsión de salud	Público	89,8%	10,2%	2.556.749
	Privado	54,6%	45,4%	465.531
Nivel Educacional	Básico-Media	88,9%	11,1%	2.493.962
	Técnico-Universitario	62,6%	37,4%	528.318
Autopercepción estado de salud	Buena	82,6%	17,4%	2.023.777
	Mala	87,9%	12,1%	998.503
Residencia	Urbano	82,8%	17,2%	2.599.956
	Rural	93,6%	6,4%	422.324
Zona Norte Grande	Habita zona 1	77,1%	22,9%	109.199
Zona Norte Chico	Habita zona 2	87,1%	12,9%	139.875
Zona Central	Habita zona 3	82,6%	17,4%	2.069.194
Zona Sur	Habita zona 4	90,5%	9,5%	668.565
Zona Austral	Habita zona 5	83%	17%	35.447
Quintil I	Pertenece quintil 1	93,6%	6,4%	664.323
Quintil II	Pertenece quintil 2	91,1%	8,9%	715.369
Quintil III	Pertenece quintil 3	87,6%	12,4%	653.232
Quintil IV	Pertenece quintil 4	79,8%	20,2%	560.993
Quintil V	Pertenece quintil 5	59,5%	40,5%	425.231
Total		84,3%	15,7%	3.022.280

Fuente: Elaboración propia a partir de la CASEN 2017.

el uso del plan GES. A partir del modelo probit se estimó el efecto marginal (probabilidades) de cada variable independiente sobre la variable dependiente “ser atendido con el plan GES”.

Bondad de ajuste del modelo

Para el modelo de predicción se identifican 3.022.280 observaciones, usando un modelo probit. Según la prueba estadística basada en c^2 el modelo probit es significativos con 95% de confianza, es decir, la relación entre los coeficientes del modelo y la probabilidad de que una persona sea atendida con el Plan GES es estadísticamente sig-

nificativa. Según el estadístico Count R2 el modelo probit acierta en 85,4%, estos valores corregidos según el estadístico Adj Count R2 incrementa la capacidad de acierto en 6,8%, con respecto a la que se tendría simplemente prediciendo la probabilidad de que una persona no sea atendida con el Plan GES (Tabla 3).

El modelo probit, presentan buena discriminación o capacidad predictiva, según la curva ROC, 0,7967. Según los estadísticos coxnell y nagelkerke las variables independientes explican entre 15,3% y 26,4% la variable dependiente (Tabla 3).

Tabla 2. Patologías-GES

Variable	Con acceso a GES	Sin acceso a GES	Total
Hipertensión arterial primaria	1.258.199	205.601	1.463.800
Urgencia odontológica ambulatoria	24.825	26.924	51.749
Diabetes mellitus 1 y 2	673.486	87.665	761.151
Depresión	139.986	57.690	197.676
Infarto agudo al miocardio	43.532	6.612	50.144
Cataratas	22.320	7.807	30.127
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	53.956	10.804	64.760
Leucemia	5.996	2.420	8.416
Asma bronquial moderada o grave	168.396	34.749	203.145
Cáncer gástrico	9.186	2.157	11.343
Cáncer cérvico uterino	19.322	3.808	23.130
Cáncer de mama	31.333	5.305	36.638
Cáncer de testículo	5.543	1.033	6.576
Cáncer de próstata	19.428	3.067	22.495
Colecistectomía preventiva	4.547	931	5.478
Insuficiencia renal crónica terminal	24.356	3.056	27.412
Accidente cerebral isquémico	14.204	4.071	18.275
Cáncer colorrectal	4.114	1.221	5.335
Trastorno bipolar	12.752	2.466	15.218
Lupus	14.774	4.638	19.412
Total	2.550.255	472.025	3.022.280

Fuente: Elaboración propia a partir de la CASEN 2017.

Tabla 3. Estadísticos de bondad de ajuste

Número de observaciones	3.022.280
Iteraciones	(4) -1057867.5
LR chi2 (37)	503274.73
Prob > chi2	0.000
Count R2	0.854
Adj Count R2	0.068
Cox-Snell	0.153395
Nagelkerke	0.264653

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos.

Resultados

Según Casen, 2017, 84% de las patologías atendidas fue cubierta con el Plan GES y 16% no fue cubierta.

Descripción de los datos

Del total de las personas cuyas patologías fueron cubierta con el Plan GES, 61% son mujeres y 39% son hombres. El 90% tiene más de 35 años de edad, de nacionalidad chilena y el 90% tiene sistema de salud público (Fonasa). El 94% asistió a un establecimiento educacional y 87% tiene nivel de enseñanza educacional básica y media. El 65%

tiene buena autopercepción de salud. El 84% tiene residencia urbana, y 90% habita en la zona centro sur de Chile. El 90% se ubica entre el quintil I y IV de ingresos y 50% pertenece a los quintiles más bajos de ingresos (I y II) (Tabla 1).

Las patologías con mayor cobertura del Plan GES son: hipertensión arterial primaria (49%), diabetes mellitus 1 y 2 (26%), asma bronquial moderada a grave (7%), depresión (5%) y cáncer de mama (1%) (Tabla 2).

Efectos marginales (probabilidades)

Los principales determinantes sociales que influyen en que una persona sea atendida con el Plan GES, se expresan según los efectos marginales (dy/dx), en términos de probabilidad (Tabla 4).

Los determinantes que tienen mayor impacto en que una persona sea atendida con el Plan GES son: previsión de salud (19,9%), nacionalidad (14,1%), nivel educacional (7,7%), quintil de ingresos I (10,8%).

Los determinantes que influyen en que una persona tenga menor probabilidad de ser atendida con el Plan GES son: Tramos de edad 0-18 años (7%), en relación con las personas mayores de 60 años, residencia rural (4,2%), zona norte grande (4,3%).

Las patologías que tienen mayor probabilidad de ser atendida con el Plan GES son: cáncer de mama (4,3%), diabetes mellitus 1 y 2 (2,3%) e infarto agudo al miocardio (1%). Las patologías que tienen menor probabilidad de ser atendida con el Plan GES son: urgencia odontológica ambulatoria (29,2%), cataratas (13,2%) y depresión (7,9%).

Discusión

Si la persona es de sexo femenino o de nacionalidad chilena aumenta la probabilidad de ser atendida con el Plan GES, respecto a una persona de sexo masculino o de nacionalidad extranjera (Tabla 4). Estos resultados están en línea con el último censo, año 2017, evidenciándose que del total de la población censada 51,1% son mujeres y 48,9% son hombre¹³. Con respecto a la población extranjera, el año 2014 el MINSAL creó un equipo asesor sectorial de salud de inmigrantes para disminuir las inequidades y promocionar la igualdad de acceso a FONASA A¹⁴.

Si la persona se ubica en el tramo de edad entre 0 y 59 años disminuye la probabilidad de ser

atendida con el Plan GES, respecto de una persona mayor de 60 años (Tabla 4). Se infiere que el acceso al Plan GES tiene un impacto positivo en las personas mayores, asumiendo el costo en salud, producto del aumento de las enfermedades crónicas en dicho grupo etario. En Chile, el número de muertes aumentó en 23,8%, entre los años 2009 y 2019, de ellas, 64,5% ocurrieron en personas de 70 años o más¹⁵⁻²³.

Si la persona tiene un nivel educacional básico o medio aumenta la probabilidad de ser atendida con el Plan GES respecto de una persona que tiene un nivel educacional superior. Paralelamente, si la persona tiene una buena autopercepción de salud, disminuye la probabilidad de ser atendida con el Plan GES, respecto de una persona que tiene una mala autopercepción de salud. También, si la persona pertenece a los tramos más bajos de ingresos (I al $\leq$ III) tiene mayor probabilidad de ser atendida con el Plan GES, respecto de una persona que pertenece al quintil más alto de ingresos (V). Finalmente, si la persona pertenece a un sistema de previsión de salud pública aumenta la probabilidad de ser atendida con el Plan GES (Tabla 4).

Existen estudios que muestran que el nivel socioeconómico y la autopercepción de la salud de los mayores están estrechamente asociados entre sí¹⁶⁻¹⁷. Los mayores que pertenecen a los quintiles de ingreso más bajos tienen más baja autopercepción de salud, con respecto al quinto quintil de ingresos más alto¹⁸. También, existen estudios que muestran que la desigualdad del ingreso está estrechamente relacionada con la desigualdad social. En Chile, mayores ingresos son consecuentes con mejores oportunidades de acceso a un sistema de educación y de salud de calidad¹⁹. También, existe evidencia que muestra que las personas con ingresos más bajos y mayores participan de FONASA²⁰.

Si la persona habita en una zona rural o en la zona del norte grande y chico del país tiene menor probabilidad de ser atendida con el Plan GES, respecto de una persona que habita en la zona central de Chile. Si la persona habita en la zona sur y austral de Chile, tiene mayor probabilidad de ser atendida con el Plan GES, respecto de una persona que habita en la zona central del país (Tabla 4). El acceso universal a los servicios de salud no puede estar limitado por barreras geográficas, entre otras⁷. Además, según la OPS 21% de la población se ve impedido de buscar atención debido a barreras geográficas⁶.

Tabla 4. Efecto marginal

Acceso Plan GES y = 0,8807	dy/dx	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
			Cota inferior	Cota superior
Sexo	0,0017	0,000	0,0009	0,0025
Nacionalidad	0,1413	0,000	0,1374	0,1452
0 a < 18 años	-0,0703	0,000	-0,0730	-0,0677
≥ 18 a < 34 años	-0,0507	0,000	-0,0527	-0,0487
≥ 34 a < 60 años	-0,0214	0,000	-0,02233	-0,0205
Edad ≥ 60	-	-	-	-
Previsión de salud	0,1991	0,000	0,1976	0,2007
Autopercepción de salud	-0,082	0,000	-0,0090	-0,0073
Nivel educacional	0,0778	0,000	0,0765	0,0791
Residencia (Urbana -Rural)	-0,0423	0,000	-0,0434	-0,0412
Norte Grande	-0,0430	0,000	-0,0453	-0,0408
Norte Chico	-0,0209	0,000	-0,0229	-0,0189
Zona Central	-	-	-	-
Zona Sur	0,0318	0,000	0,0309	0,0327
Zona Austral	0,0164	0,000	0,0133	0,0195
Quintil I	0,1085	0,000	0,1076	0,1094
Quintil II	0,0945	0,000	0,0935	0,0954
Quintil III	0,0760	0,000	0,0751	0,0770
Quintil IV	0,04159	0,000	0,0405	0,0425
Quintil V	-	-	-	-
Urgencia odontológica ambulatoria	-0,2925	0,000	-0,2972	-0,2878
Diabetes mellitus 1 y 2	0,0235	0,000	0,225	0,0244
Depresión	-0,0795	0,000	-0,0814	-0,0775
Infarto agudo al miocardio	0,0106	0,000	0,0077	0,0135
Cataratas	-0,1325	0,000	-0,1378	-0,1273
Enfermedad pulmonar obstructiva c.	-0,0362	0,000	-0,0392	-0,0331
Leucemia	-0,0248	0,000	-0,0327	-0,0169
Asma bronquial moderada o grave	0,0015	0,094	-0,0002	0,0032
Cáncer gástrico	-0,0516	0,000	-0,0589	-0,0443
Cáncer cérvico uterino	-0,0308	0,000	-0,0357	-0,0259
Cáncer de mama	0,0431	0,000	0,0405	0,0457
Cáncer de testículo	-0,0200	0,000	-0,0285	-0,0115
Cáncer de próstata	-0,0066	0,006	-0,0019	0,0074
Colecistectomía preventiva	-0,0407	0,000	-0,0513	-0,0302
Insuficiencia renal crónica terminal	-0,0416	0,000	-0,0472	-0,0361
Accidente cerebral isquémico	-0,0243	0,000	-0,0338	-0,0147
Cáncer colorrectal	0,0364	0,000	0,0325	0,0404
Trastorno bipolar	0,0364	0,000	0,0325	0,0404
Lupus	-0,0649	0,000	-0,0705	-0,0594
Hipertensión arterial primaria	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos.

Si la persona requiere atención por: Urgencia Odontológica Ambulatoria, Depresión, Cataratas, Enfermedad pulmonar obstructiva, Leucemia, Cáncer Gástrico, Cáncer cérvico uterino, Cáncer de testículo, Cáncer de Próstata, Colectomía preventiva, Insuficiencia renal crónica terminal, Accidente cerebral isquémico y Lupus, tiene menor probabilidad de ser atendida con el Plan GES, respecto de una persona que requiere atención por Hipertensión Arterial Primaria (Tabla 4).

Si la persona requiere atención por: diabetes mellitus 1 y 2, infarto agudo al miocardio, asma bronquial moderada o grave, cáncer de mama, cáncer colorrectal, trastorno bipolar, tiene mayor probabilidad de ser atendida con el Plan GES, respecto de una persona que requiere atención por hipertensión arterial primaria (Tabla 4).

A nivel nacional, al año 2019, las principales causas de muertes son: cáncer (28,8%), enfermedades cardiovasculares (26,6%) y diabetes y enfermedades renales (7,83%)¹⁵⁻²³, patologías que forman parte del Plan GES. También, estos resultados se condicen con los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 en la que se registra un aumento importante en la prevalencia de hipertensión (27,6%), obesidad (34,4%), diabetes (12,3%), síntomas depresivos (15,8%)²¹ entre otras.

Se consideró la hipertensión arterial como base de análisis, dado que es sugerida por el modelo y es la patología GES que presenta mayor acceso, según la CASEN 2017. También, existen estudios que indican que presenta un significativo impacto en la salud pública. En un estudio, en más de 600 comunidades, se comprobó que menos de la mitad de la población hipertensa reconocía su condición y sólo 40% se encontraba en tratamiento²².

El presente estudio identifica brechas importantes de atención entre las veinte patologías incorporadas en la encuesta CASEN 2017, lo cual se puede deber a múltiples factores, principalmente a los cambios epidemiológicos de las últimas décadas, en lo que se refiere a carga de enfermedad y factores de riesgo. Lo anterior, exige la actualización permanente de las guías clínicas de cada patología, situación que no ha ocurrido en todas.

Existen determinantes intrínsecamente relacionados con la salud, incluyendo la situación social y económica, la educación, el empleo, la vivienda y las exposiciones físicas y ambientales. Estos factores interactúan para afectar acu-

mulativamente la carga de salud y enfermedades de individuos y poblaciones, y para establecer desigualdades y disparidades de salud en todos y dentro de los países².

El presente estudio, también muestra que factores sociales como: sexo, nacionalidad, tramo de edad, educación, situación económica, barreras geográficas y perfil epidemiológico influyen en la probabilidad de que una persona sea atendida con el Plan GES.

Conclusiones

Los determinantes sociales que presentan una mayor probabilidad de acceso al Plan GES son: previsión de salud (FONASA), nacionalidad (chilena), nivel educacional (básica y media) y quintiles de ingresos más bajos, tramo de edad (mayor de 60 años). Paralelamente, los determinantes que disminuyen la probabilidad de ser atendido con el Plan GES son: tramo de edad (0-18 años), residencia rural, quintil más alto de ingreso, zona norte del país, buena autopercepción de salud. Las patologías que tienen mayor probabilidad de ser atendida con el Plan GES son: cáncer de mama, diabetes mellitus 1 y 2 e infarto agudo al miocardio. Las patologías que tienen menor probabilidad de ser atendida con el Plan GES son: urgencia odontológica ambulatoria, cataratas y depresión. En tanto, el Plan GES cumple con su principal objetivo, apoyar a los grupos sociales con mayor vulnerabilidad socioeconómica, sin embargo, presenta brechas importantes de atención entre las veinte patologías incorporadas en el estudio. En términos sistémicos el Plan GES plantea importantes desafíos en universalidad y cobertura.

Referencias

1. Cuadrado C, Crispi F, Libuy M, Marchildon G, Cid C. Seguro Nacional de Salud: Un marco conceptual de tipologías contradictorias. Política Sanitaria 2019; 123 (7): 621-9. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.013>.
2. Atun R, Odorico L, Almeida G, Cotlear D, Dmytrachenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet 2015; 28 (385): 1230-47. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61646-9.

3. Ley N° 19.966. Acceso: 31/08/2021. Disponible: Ley N° 19.966 - Regulación. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (supersalud.gob.cl). <https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-554.html>
4. Gispert E, Castell-Florit P, Lozano A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Salud Pública* 2016; 42 (2): 337-41.
5. Verrecchia R, Thompson R, Yates R. Universal Health Coverage and public health: a truly sustainable approach. *Lancet Public Health*. 2019; 4 (1): e10-e11. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(18\)30264-0](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30264-0).
6. Organización Mundial de la Salud, Oficina Mundial para las Américas. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 2014. Acceso: 18/05/2021. Disponible en: [Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf](https://estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf) (ciss-bienestar.org).
7. Artaza O, Méndez C. Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44: e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>.
8. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020 396 (10258): 1250-84. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30750-9).
9. OMS. 2021. Determinantes sociales de la salud. Acceso: 31/08/2021. Disponible en: [Determinantes sociales de la salud \(who.int\)](https://www.who.int/determinants-social-health).
10. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). 2017. Acceso: 17/05/2021. Disponible en: [http://Observatorio.ministeriodedesarrollosocial/ encuesta-casen-2017](http://Observatorio.ministeriodedesarrollosocial/encuesta-casen-2017).
11. Ibbett H, Brittain S. Publicaciones de conservación y sus disposiciones para proteger a los participantes en la investigación. *Conserv Biol* 2020; 34 (1): 80-92. doi: 10.1111/cobi.13337.
12. Chu H, Guo H, Zhou Y. Bivariante efectos aleatorios Metanálisis de estudios diagnósticos utilizando modelos mixtos lineales generalizados. *Elaboración de decis med*. 2010; 30 (4): 499-508. <https://doi.org/10.1177%-2F0272989X09353452>.
13. CENSO, 2017. Síntesis resultados. Acceso: 21/05/2021. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017>.
14. MINSAL, 2019. Salud del Inmigrante. Acceso: 21/05/2021. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES>.
15. Martínez-Sanguinetti M, Leiva-Ordoñez A, Petermann-Rocha F, Celis-Morales C. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Rev Med Chile* 2022; 150: 147-58.
16. Subramanian V, Delgado I, Jadue L, Kawachi I, Vega J. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Rev Med Chile* 2003; 131: 321-30.
17. Todd J, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del Persona Mayor en américa latina. *Cuadernos de Economía* 2007; 26 (46): 147-67. <https://www.researchgate.net/publication/23692812>.
18. Alvear S, Rodríguez P, Riveros C, Arenas A, Canteros J. Factores sociales del estado de salud autorreportado de personas mayores, en Chile. *Rev. méd. Chile* 2019; 147 (11): 1407-14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001101407>.
19. Brevis M. Develando los determinantes de la desigualdad del ingreso en Chile: estudio empírico regional. *Revista de Análisis Económico* 2020; 35 (1): 99-127. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-88702020000100099>
20. Méndez C, Greer S, McKee M. La crisis de 2019 en Chile: se necesita un cambio fundamental, no solo soluciones técnicas al sistema de salud. *Salud Pública Pol.* 2020; 41: 535-43. <https://doi.org/10.1057/s41271-020-00241-2>.
21. MINSAL (2018) Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Acceso: 18 /05/2021. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas>.
22. Fasce E, Zarate L. Nuevas perspectivas en el manejo de la hipertensión. *Rev Med Chile* 2021; 149: 88-97. <http://dx.doi.org/10.4067/S003498872021000100088>.
23. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396 (10258): 1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).