



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA "DR. SALVADOR ALLENDE G."

El empleo como determinante social del acceso a tratamiento médico de adultos diagnosticados con hipertensión en Chile: un análisis longitudinal

Tesis de Grado Magíster en Salud Pública de la Universidad
de Chile

Tesista

María José González Rodríguez

Profesor guía

Dra. Patricia Frenz

Mayo, 2016

Agradecimientos

A mis padres, por haberme apoyado en todo este proceso. Una vez más, gracias por ayudarme a concretar mis metas.

A Ignacio porque sin todo su cariño y amor siempre, este desafío sin duda hubiera sido mucho más difícil.

A mi profesora guía, Patricia Frenz, por todo el apoyo incondicional y orientación en todo el proceso de construcción de mi tesis.

A los revisores de mi tesis – Marcela Ferrer, Olivia Horna-Campos y Tania Alfaro – por sus valiosos comentarios y observaciones.

A Orielle por haberme enseñado tanto y por todo el apoyo que me ha dado en estos años de carrera en la Salud Pública.

A mis compañeras y amigas, porque haberme siempre entregado una palabra de apoyo en todo este proceso y por haberme permitido ser parte de sus vidas.

Por último, a Borja quien me dio el impulso final para poder terminar este proceso.

Índice

I. Introducción	4
II. Marco Teórico	6
2.1 Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT): un problema de salud que persiste en Chile.....	6
2.2 Desigualdades sociales en la prevalencia y acceso a tratamiento médico de HTA	8
2.3 La respuesta al problema de HTA en Chile	11
2.4 El Marco Conceptual de Determinantes Sociales de la Salud	16
2.5 El concepto de acceso a la atención de salud: un debate aún en curso ...	18
2.6 El empleo como determinante del acceso a la atención de salud	22
2.7 El estado de conocimiento actual del problema en Chile y potencialidades del presente estudio	25
2.8 Métodos utilizados para el estudio de Enfermedades no Transmisibles y equidad de acceso	26
III. Pregunta de investigación e hipótesis de estudio	28
IV. Objetivos	29
V. Métodos	30
5.1 Tipo de estudio	30
5.2 Universo y muestra	31
5.3 Variables de análisis y su operacionalización	32
5.4 Metodología de análisis.....	41
5.5 Aspectos Éticos	45
VI. Plan de Trabajo y cronograma	47
VII. Resultados	49
VIII. Discusión General	77
IX. Bibliografía	85
X. Anexos	92

I. Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) continúan siendo un problema de salud pública de gran envergadura, tanto a nivel mundial como en Chile (1–3). En nuestro país las ENT se posicionan como la principal causa de mortalidad - generando más del 50% de los casos de muerte a nivel nacional (4) - y como el principal determinante de carga de enfermedad - siendo responsables del 84% de la pérdida de años de vida (AVISA) (5).

Dentro de las ENT en Chile y el mundo, la hipertensión arterial se define como una de las principales causas de morbimortalidad y como uno de los factores de riesgo con mayor carga atribuible para patologías como la cardiovascular isquémica y el accidente cerebrovascular (2,6).

De acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, actualmente un 26,9% de la población sufre de hipertensión arterial, prevalencia que se ha mantenido estable en el tiempo, y que se presenta en forma de un gradiente social, relacionada con diferenciales de poder, prestigio y recursos (7). De esta forma son los grupos de mayor edad, de menor nivel educacional e ingreso quienes mayormente se encontrarían en riesgo de presentar este tipo de problemas de salud.

Asimismo, se ha estudiado que el acceso a tratamiento médico de pacientes con hipertensión también se ve influenciado por factores como la capacidad de pago (8) y ciertas condiciones laborales que retrasan la detección y, por ende, el tratamiento oportuno (9). En este sentido, desde el Marco Conceptual de Determinantes Sociales de la OMS, junto con los aportes de la Red de Condiciones de Empleo (EMCONET), se ha relevado la importancia del empleo como un determinante fundamental de la salud y el acceso a la salud. No obstante, éste no ha sido el foco de los estudios nacionales sobre equidad de acceso en Chile.

Dada la falta de conocimiento sobre el tema, el presente estudio busca estudiar *la asociación entre las condiciones de empleo y el acceso a tratamiento médico de la población adulta con hipertensión en Chile, a través de un análisis longitudinal de la Encuesta de Protección Social 2004 - 2009.*

Para ello se llevó a cabo un estudio analítico de tipo longitudinal, utilizando los datos de la Encuesta de Protección Social de Chile (EPS), un panel que siguió los mismos sujetos entre los años 2004, 2006 y 2009.

Los resultados obtenidos contribuirán a orientar políticas para hacer frente a un problema de salud pública de gran envergadura y que requiere de acciones concretas para su solución.

II. Marco Teórico

A continuación se presentan los principales antecedentes del tema que se estudió en el presente proyecto y los marcos conceptuales de base. Específicamente, se repasan algunos antecedentes sobre las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT) y su evolución en Chile y el mundo, y las principales respuestas que se han dado frente a dicho escenario epidemiológico en nuestro país. Además, se revisan las principales discusiones históricas y actuales sobre el concepto de acceso a la salud y su operacionalización.

Asimismo, se examinan los modelos conceptuales en los cuales se basó el presente estudio: el Marco Conceptual elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los aportes que la Red de Condiciones de Empleo (EMCONET) desarrolló en relación al entendimiento del empleo como uno de los principales determinantes sociales de la salud.

2.1 Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT): un problema de salud que persiste en Chile

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) han sido reconocidas a nivel mundial como un problema de salud pública de gran envergadura que podría llegar a ser uno de los principales obstáculos para el desarrollo social económico de los países y sus economías (1).

Acorde con datos de la OMS, las ENT dan cuenta del 45% de la carga de enfermedad a nivel global (4) y fueron responsables del 68% del total de muertes registradas para el año 2012 (10). Asimismo, para la Región de las Américas, La Organización Panamericana de la Salud reveló que las ENT fueron causantes del 75% del total de muertes en la región para el año 2012, donde más de la tercera parte de dichas muertes (37%) correspondieron a defunciones prematuras en personas menores a 70 años (3). De igual forma, en Chile, las enfermedades no transmisibles se posicionan como la principal causa de mortalidad - generando

más del 50% de los casos de muerte a nivel nacional (4) - y como el principal determinante de carga de enfermedad - siendo responsables del 84% de la pérdida de años de vida (AVISA) (5).

A pesar de las diversas políticas y programas que han sido implementados a nivel mundial y de los países para reducir la morbilidad y mortalidad por ENT (4,8,10,11), las cifras de proyección futura de este tipo de patologías tampoco son auspiciadoras. Estudios han demostrado que la mortalidad por enfermedades no transmisibles aumentará a nivel mundial en un 18% en 10 años (12) y que al año 2030, las ENT serán responsables del 69% de la carga de enfermedad y de la mayor parte de las muertes en el mundo (13,14). Estos datos refuerzan la necesidad de implementar medidas de prevención y disminución de este tipo de patologías.

Dentro de las ENT, la hipertensión arterial se constituye como uno de los principales factores de riesgo, siendo responsable a nivel mundial de al menos el 45% de las muertes por cardiopatías y del 51% de las muertes por accidente cerebrovascular, en base a lo cual se estima que la hipertensión causa la muerte a cerca de 9 millones de personas al año (9). En Chile, se constituye como la principal causa de morbimortalidad y el factor de riesgo con mayor carga atribuible para patologías como la cardiovascular isquémica y el accidente cerebrovascular (6). Asimismo, se ha demostrado que un 5,6% de los AVISA serían atribuibles a la presión arterial elevada (5).

Cifras de la OMS mostraron que el número de personas diagnosticadas con hipertensión en el mundo aumentó de 600 millones en 1980 a 1.000 millones en 2008 (9), lo cual reafirma que éste continúa siendo un problema de salud pública que requiere de especial atención. Este consistente aumento que se observa en la prevalencia de hipertensión, podría relacionarse con los cambios demográficos de la población y a factores de riesgo como la alimentación, uso de alcohol, inactividad física, sobrepeso, entre otros (9).

En el caso de Chile, según la Encuesta Nacional de Salud la prevalencia de hipertensión se mantuvo estable entre 2003 y 2009, a pesar de observarse una leve disminución en la estimación puntual desde un 33,7% en 2003 a un 26,9% en 2009. Es así que un porcentaje considerable de la población se sigue viendo afectada por este problema de salud (6).

2.2 Desigualdades sociales en la prevalencia y acceso a tratamiento médico de HTA

Un aspecto esencial a considerar cuando se analiza la distribución de la prevalencia de hipertensión a nivel poblacional, es la diferencia que se presenta para los distintos grupos de la población. En el estudio clásico de Rose y Marmot – sobre la cohorte Whitehall de funcionarios del Servicio Civil inglés – se observó que la hipertensión y otros factores de riesgo se presentan en la forma de una gradiente social según la jerarquía ocupacional, relacionada con diferenciales de poder, prestigio y recursos (7). Asimismo, se ha observado que la hipertensión se presenta mayormente en la población más pobre y en países de ingresos medianos y bajos (13,15). En concordancia con ello, estudios han enfatizado la importancia de analizar este tipo de patologías y los factores de riesgo asociados a ellas – o “las causas de las causas” –, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (16)

Estudios realizados en Chile – en base a los datos oficiales del Ministerio de Salud, de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003 y sobre una muestra de población adulta de 25 y 64 años en la Región de Valparaíso – concluyeron que son los grupos de mayor edad quienes presentarían las más altas tasas de hipertensión (5,6,17). Estos resultados cobran especial importancia si se considera la creciente tendencia al envejecimiento que caracteriza a nuestra población, lo cual refuerza la importancia de llevar a cabo acciones preventivas y de tratamiento para estos grupos en riesgo. Asimismo, un estudio realizado sobre una muestra de 1.194 pacientes con hipertensión con acceso al Programa de Salud

Cardiovascular (PSCV), evidenció que los hombres diagnosticados con diabetes demostraron peor control de la presión arterial que los no diabéticos, lo cual representa un desafío claro sobre este particular grupo de riesgo (18).

Asimismo, también en Chile se ha evidenciado que este tipo de problemas de salud se presentan siguiendo una clara gradiente social según educación y nivel socioeconómico (5,17). Así, a medida que aumenta el nivel educacional, la prevalencia de hipertensión disminuye, yendo desde un 16,7% en los niveles más bajos hasta un 51,5% en los niveles más altos de escolaridad (4).

Por último, estudios también han demostrado que la hipertensión puede encontrarse influenciada por situaciones desventajosas como el desempleo o el miedo a perder el trabajo, los cuales repercuten en los niveles de estrés e influyen en la tensión arterial (9). El estudio de Rose y Marmot también reafirma la relación entre la prevalencia de ENT y la clase social medida en relación a la ocupación. En este estudio se observó que la mortalidad por enfermedad coronaria resultó ser un 26% mayor en las clases sociales más bajas (trabajadores no calificados), en comparación a las más altas (trabajadores profesionales). Esta diferencia mostró estar estrechamente relacionada con la presencia de factores de riesgo como la hipertensión en los grupos sociales menos aventajados (7).

Con respecto a los mecanismos que han sido identificados para lograr una disminución de la mortalidad y morbilidad por hipertensión, estudios han demostrado que el acceso oportuno a tratamiento médico es fundamental (9,19). Éste se asociaría a una disminución de entre el 35% al 40% de accidentes cerebrovasculares, a un descenso de entre el 20% al 25% de infartos agudos al miocardio, y a una reducción de más del 50% de la incidencia de insuficiencia cardiaca (20). Al contrario, la falta de tratamiento médico impediría un óptimo control de la presión arterial y generaría problemas cardiovasculares y costos excesivos en la atención en salud que podrían haberse evitado (19).

A pesar de lo anterior, se ha evidenciado que grupos de población que se encuentran diagnosticados con hipertensión, no logran tener acceso al tratamiento médico necesario (21,22). Entre las causas que podrían explicar dicha falta de acceso, se encuentra la capacidad de pago, ya que se ha demostrado que quienes no tienen los suficientes recursos acceden en menor proporción a la atención en salud o acceden a servicios de menor calidad, incrementándose muchas veces debido a ello el gasto de bolsillo de dicha población (8). Un estudio en Chile realizado sobre una muestra de pacientes hipertensos parte del proyecto de cohorte (CHTA-II) del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, evidenció que el bajo ingreso familiar, nivel educacional y el sexo masculino, así como factores psicosociales, tales como la inadecuada relación médico-paciente, alto estrés emocional y depresión, se asociaron a una menor adherencia al tratamiento antihipertensivo (23).

Por otro lado, estudios han evidenciado que ciertas condiciones de vida y de trabajo pueden también retrasar la detección y tratamiento de la hipertensión por dificultar su diagnóstico oportuno (9). Por ejemplo, un estudio realizado en Brasil mostró que aquellos trabajadores con peores condiciones de empleo – desempleados, trabajadores con empleo informal y población excluida del mercado laboral – reportaron peor estado de salud general auto-percibido, se encontraron más frecuentemente en cama en los últimos días y tuvieron menos consultas médicas en los últimos días y el último año, que aquellos en empleos de mejor calidad y estables (24).

Todo lo anterior vendría a reforzar la idea de que aquellos grupos de la población con hipertensión en posiciones sociales de mayor desventaja, se encontraría en una situación similar a lo que Julian Hart (1971) mencionó como la “*Ley de Cuidados Inversos*”, donde el acceso a la salud de la población tiende a variar inversamente a su necesidad de atención (25).

2.3 La respuesta al problema de HTA en Chile

En respuesta al escenario epidemiológico mencionado en los puntos anteriores, en Chile se han implementado diversas medidas de promoción de la salud, tanto poblacionales como individuales, para controlar la creciente prevalencia de enfermedades cardiovasculares en general y de la hipertensión en particular.

Dentro de las *estrategias poblacionales* para la promoción de la salud, destaca en primer lugar, la creación del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile en el año 1999. A través de este programa se establecieron metas sanitarias 2000-2010 para los problemas de obesidad, sedentarismo, tabaquismo, participación ciudadana y daños ambientales (26).

Otra política importante de destacar en este contexto es la implementación de la Estrategia Global contra la Obesidad (Ego-Chile). El principal objetivo de esta política de promoción es el poder disminuir la prevalencia de obesidad, mejorando los hábitos alimentarios y aumentando la actividad física en la población. Entre los ejes de intervención principales de esta política destaca la inserción de las consejerías nutricionales en los controles habituales de salud, identificar los factores de riesgo nutricionales en niños, control del estado nutricional de las mujeres embarazadas, entre otras (27).

En tercer lugar, destaca también la implementación en el año 2013 del Sistema Elige Vivir Sano que busca el establecimiento de hábitos de vida saludables en la población a través de una política intersectorial y a nivel nacional y local. Esta política pone énfasis en los principales riesgos asociados a las ENT, buscando fomentar la alimentación saludable, prácticas deportivas, actividades al aire libre, autocuidado, entre otras (28). Sin embargo, este tipo de programas se centran en un enfoque individual de la salud y la entienden como una responsabilidad personal, lo cual se relacionaría con la instalación de un modelo neoliberal en la mayoría de los países, incluido Chile (29) que no considera que la salud se ve

influenciada por el entorno en el que las personas viven, trabajan, se desenvuelven, etc.

En este marco, es imprescindible también hacer mención a la Ley del Tabaco promulgada en Chile en 1995 y modificada en 2013. Esta política busca hacer frente a uno de los principales factores de riesgo asociados a las ENT y enfermedades cardiovasculares como es el consumo de tabaco. Entre las principales medidas propuestas por esta legislación, destaca la prohibición de fumar en recintos cerrados accesibles al público y de cualquier forma de publicidad relacionada con el consumo de tabaco (30,31).

En relación a las *estrategias* poblacionales referidas específicamente al control de la hipertensión arterial destaca, en primer lugar, el Plan de Acción 2010-2015 que el Ministerio de Salud implementó adhiriendo a una iniciativa propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este plan busca reducir la ingesta de sal con el objetivo de disminuir la prevalencia de hipertensión en la población. Para ello, fueron definidas tres líneas estratégicas (32):

1. Alertar a la población sobre el riesgo que representa para la salud una ingesta elevada de sal/sodio.
2. Disminuir el contenido de sodio en alimentos elaborados mediante la regulación y los acuerdos voluntarios con la industria.
3. Generar información que contribuya al aumento de la disponibilidad y el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio.

Dentro de las políticas implementadas para llevar a cabo este plan de acción, destaca por ejemplo, la cuantificación del consumo de sal en la población a través de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010; la identificación de las principales fuentes de sal en la dieta de la población a través de la Encuesta de Consumo de Alimentos en 2011; la disminución de la cantidad de sal utilizada en la fabricación del pan; entre otros.

Respecto a las *estrategias individuales*, a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS) destaca la implementación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en 2002, orientado a la detección y control de factores de riesgo cardiovasculares. Este programa agrupa a más de un millón de pacientes con diagnóstico de diabetes, hipertensión, tabaquismo, entre otros (32), a quienes un equipo multidisciplinario de profesionales brinda una evaluación integral, tratamiento apropiado y seguimiento.

En el año 2009 se realizó una evaluación del programa de Salud Cardiovascular (PSCV) desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud y de la equidad en salud. Esta evaluación concluyó que los trabajadores en empleo precario, especialmente los hombres, no accedían ni se benefician del programa por barreras del sistema de salud relacionadas con determinantes de condiciones de empleo y trabajo (33).

A raíz de este escenario y de las dificultades de acceso a estos programas preventivos por parte de la población más joven, el Ministerio de Salud estableció como Indicador de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS) el aumentar en un 25% la cobertura del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en hombres de 20 a 44 años para el año 2014 (34) y en un 20% la cobertura del EMP en población de 20 a 24 años para el 2015 (35). Asimismo, se han establecido lineamientos claros para el control de salud integral de adolescentes a través del llamado “Control Joven Sano”. A raíz de este programa se busca evaluar el estado de salud y crecimiento de los adolescentes, enfocándose especialmente en los factores y conductas protectoras, además de la detección precoz de factores de riesgo y problemas de salud para tomar medidas preventivas oportunas. Entre sus componentes se encuentra la medición de la presión arterial y la identificación de casos de anormalidad o pre-hipertensión (36).

En complemento con lo anterior, a contar del año 2005 la mayoría de las condiciones que tenderían a aumentar el riesgo cardiovascular – incluida la

hipertensión arterial – son parte del programa AUGE-GES. A través de este programa, se garantiza a la población beneficiaria el acceso a tratamiento y la protección financiera necesaria (37).

El monitoreo del PSCV y del programa de garantías explícitas (AUGE-GES) está dado por las metas sanitarias anuales que son definidas para los establecimientos de atención primaria – en base a las cuales se otorgan asignaciones al personal de salud –, y que buscan asegurar la cobertura efectiva de la población con este tipo de patologías, así como mejorar la atención proporcionada a los usuarios del sistema de salud (38).

Como parte del programa AUGE-GES, se considera también la realización del Examen de Medicina Preventiva (EMP) a toda la población mayor de 15 años afiliada al seguro público y privado, en distintos momentos del ciclo vital. Este examen tiene por objetivo la detección oportuna de factores de riesgo cardiovascular – tales como el tabaquismo, diabetes, hipertensión, entre otros – con el fin de tomar las medidas preventivas necesarias (39). A pesar de ello, esta política no es de conocimiento generalizado de la población y cuenta con una baja cobertura en población adulta (32). Por otro lado, cuando la aplicación del EMP en el sistema público identifica la presencia de alguno de los factores de riesgo que busca pesquisar, el paciente es derivado a programas como el Salud Cardiovascular (PSCV), volviendo a priorizarse un enfoque individual en el abordaje de las medidas preventivas para este tipo de problemas de salud.

Un estudio realizado por Peña (2009) sobre la aplicación efectiva del EMP concluyó que el acceso a este examen preventivo se ha enfocado principalmente en población femenina, que ya se encuentra en control, y en población enferma. A raíz de ello, la población teóricamente sana, masculina y de trabajadores jóvenes no estaría accediendo a este tipo de medidas de control. Entre las razones que se esbozan en este estudio para ello, destaca principalmente la organización de los centros de atención primaria en términos de su horario. Al encontrarse atendiendo

generalmente de lunes a viernes en horario laboral, se prioriza el acceso de la población femenina dueña de casa, población desempleada o con empleos independientes. Esto conlleva a que la población que trabaja de manera regular vea incompatible el poder acceder a este tipo de atenciones, debiendo postergar o simplemente olvidar su atención de salud (40).

Por último, otra estrategia implementada desde el Ministerio de Salud ha sido la inclusión como meta en sus Objetivos Sanitarios para la Década del 2010 al 2020 *del incremento de la proporción de personas con hipertensión controlada a través del aumento de la cobertura efectiva del acceso a tratamiento médico por hipertensión* (11). Concretamente, se ha propuesto aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento por hipertensión arterial al año 2015.

Un análisis realizado para evaluar la efectividad del tratamiento de HTA en Chile – y, por ende, de esta meta sanitaria – comparó los datos de registros administrativos de Minsal (Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y de la Encuesta Nacional de Salud (ENS). Los resultados evidenciaron diferencias en los datos obtenidos por ambos mecanismos: la efectividad nacional del tratamiento se estimó en un 63% en base a los REM y en un 52% en base a la ENS. Resulta relevante notar que existe una importante similitud entre la estimación obtenida a través de los REM y la establecida en las metas sanitarias, que es de un 60%. Esto permitiría afirmar que la diferencia observada entre ambas fuentes de información podría relacionarse más con el cumplimiento de las metas exigidas, que con la realidad de la efectividad del tratamiento de la HTA que podría estar reflejado en la encuesta ENS de base poblacional (41).

Si bien las estrategias poblacionales intentan generar un entorno propicio, el enfoque individual es el que ha predominado tanto en el desarrollo de programas de promoción, como el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), como al momento de analizar los factores de riesgo cardiovascular, incluyendo la hipertensión arterial. Esto ya que se continúa buscando actuar sobre los “hábitos

de vida poco saludables” de los individuos, entre los que destaca el consumo de tabaco, la alimentación y el ejercicio físico. A pesar que dichas conductas sin duda se constituyen como factores de riesgo importantes, la focalización de las políticas exclusivamente en ese tipo de elementos implica un olvido de la concepción social de la salud y de la influencia que tiene el contexto social en ello, como por ejemplo las condiciones de vida, el trabajo, la educación, entre otras.

2.4 El Marco Conceptual de Determinantes Sociales de la Salud

Considerando que, como fue analizado en los puntos anteriores, tanto la prevalencia de hipertensión, como el acceso al tratamiento médico de dicha condición no se presentan de manera equitativa para los distintos grupos sociales (8,9), resulta de especial importancia el aporte que el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud puede proporcionar para comprender y analizar en mayor profundidad este fenómeno.

El diagrama a continuación muestra el marco conceptual de Determinantes Sociales de la Salud, elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Este marco conceptual comprende a la salud como un fenómeno social, relevando los distintos factores que podrían impactar en la equidad en salud y en el bienestar de la población (42).

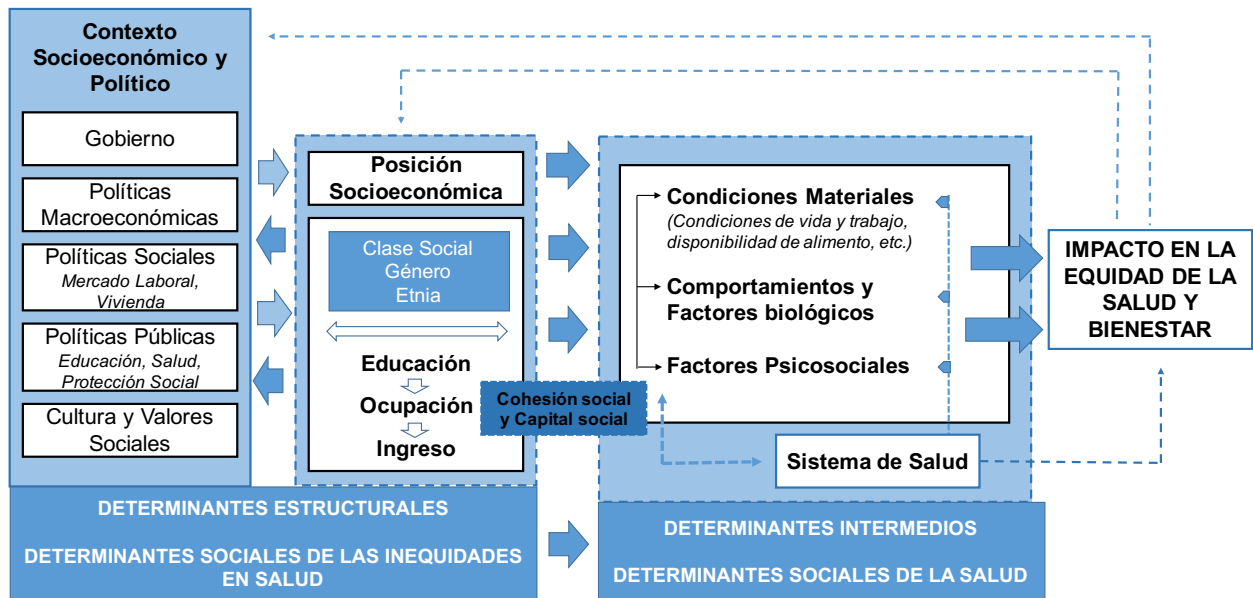
El primer elemento que contempla dicho marco conceptual es el *Contexto Socioeconómico y Político* del país, en el cual se incluyen todos los mecanismos políticos y sociales que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales. Entre los más importantes destacan el mercado de trabajo, el sistema educacional, las instituciones políticas, entre otros (42).

Este contexto, debido a una desigual distribución del poder, prestigio y acceso a recursos a nivel de la sociedad, es aquel que genera mecanismos de estratificación social que determinan la posición socioeconómica de los individuos

en una población. Los más importantes estratificadores sociales estarían dados por condiciones como el ingreso, la educación, el trabajo, la clase social, el género y la raza o etnia. Estos dos primeros elementos son los que en este marco conceptual se denominan *determinantes estructurales* de la salud.

Estos determinantes estructurales operarían sobre las inequidades en salud través de *determinantes intermedios*, entre los que se encuentran las condiciones materiales (calidad de la vivienda, condiciones de trabajo, entre otros); los factores comportamentales o biológicos; los factores psicosociales; y el sistema de salud en sí mismo. Entre las primeras, las condiciones de trabajo dicen relación con los daños a la salud producidos por la exposición a ciertos riesgos presentes en los lugares de trabajo, entre los cuales destacan la exposición a contaminantes, productos químicos o biológicos que ponen en riesgo la salud de los trabajadores, especialmente la de aquellos expuestos por largos periodos de tiempo. En segundo lugar, los factores comportamentales se relacionan con la adopción de ciertos estilos de vida o hábitos, así como con la carga de enfermedad existente que también se constituye como un determinante del estado de salud actual de la población. En tercer lugar, los factores psicosociales dicen relación con situaciones de estrés derivadas por las condiciones de vida y relaciones sociales, así como con las redes de apoyo que se tienen disponibles. Por último, en relación al sistema de salud como un determinante de la salud, éste representa la posibilidad de los individuos de responder frente a una necesidad en salud. Esto último claramente se relaciona con otros factores, como la posición social que ocupen los individuos en la escala social, que podría terminar por limitar o facilitar su acceso a la salud, así como también con la organización del sistema de salud en sí mismo.

Diagrama 1. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.



* Diagrama traducido al español desde su idioma original (inglés).

Fuente: World Health Organization, 2010.

2.5 El concepto de acceso a la atención de salud: un debate aún en curso

A pesar de la amplia discusión que se ha dado en la literatura con respecto al concepto de acceso a la atención de salud, aún no existe un consenso claro sobre su significado y sobre la mejor manera de aproximarse a su medición (43,44) (43).

Generalmente este concepto se ha relacionado con la posibilidad de la población de utilizar los servicios de salud acorde a sus necesidades (44). Sin embargo, diversos enfoques han surgido al momento de definir qué aspectos deben incluirse bajo la noción de acceso a los servicios de salud.

En relación a ello, autores como Donabedian (1973), Penchansky (1981) y Andersen (1974) ponen especial atención a las características de los proveedores de servicios de salud, entendiendo el acceso a la salud como el efectivo contacto y *entrada* a los servicios de salud. En ese sentido, estos autores reconocen la influencia que tienen, por un lado, las características individuales de la población

en la utilización de servicios de salud y, por otro lado, aquellas relacionadas con los recursos mismos del sistema de salud y que actúan como un factor mediador entre la posibilidad de ofrecer servicios de atención en salud y la oportunidad de la población para utilizarlos (44).

En el modelo propuesto por Andersen se identifican tres principales características de la población que influenciarían su nivel de acceso a la atención en salud. En primer lugar, aquellas que *predispondrían* la utilización de servicios, tales como su edad, su nivel educacional, su trabajo, entre otras. En segundo lugar, aquellas que *facilitarían* el acceso a los servicios, entre las que se encuentran la cobertura en salud y la disponibilidad de servicios de atención cercanos. Por último, Andersen identifica la *necesidad en salud* propiamente tal, la cual se relacionaría con el nivel de enfermedad o tipo de problema de salud que vendría a ser la causa más inmediata de la demanda por atención en salud (45). Asimismo, con respecto a las características del sistema de salud que podrían influenciar el acceso a la atención por parte de la población, Andersen destaca principalmente dos. Por un lado, se encuentran los *recursos* con los que cuenta el sistema de salud, tales como el personal de salud, la estructura de los centros de atención y el equipamiento utilizado para brindar atención a la población. Por otro lado, se identifica la *organización* misma del sistema de salud, que tiene relación con la entrada misma de la población al servicio de salud (distancia, tiempo de espera, etc.) y a la estructura del sistema que hace referencia a la forma cómo el paciente es atendido desde que ingresa al servicio (con quién se relaciona, cómo es tratado, etc.) (45).

Un segundo enfoque identificado en la literatura, está dado por aquellos autores que se centran en todo el proceso del acceso a la atención en salud – desde la percepción de una necesidad en salud, hasta la continuación de la atención (44) (46). Bajo esta conceptualización, el acceso a la salud es entendido como una función entre *la demanda* de atención en salud por parte de la población – la cual se ve influenciada por sus características individuales y sociales – y entre *la oferta*

de servicios de salud por parte del mismo sistema de salud – y que depende de sus recursos y su organización.

Con respecto a las características individuales, el empleo resulta fundamental por cuanto se constituye como el mecanismo de acceso a la salud en el contexto de muchos países donde los sistemas de salud han sido configurados en base a mecanismos contributivos, como es el caso de Chile. Otras características individuales relevantes en este sentido son el nivel de ingreso – el cual proporciona mayor capacidad de pago en caso de necesitarse – y el área de residencia (47).

Entre los modelos conceptuales que destacan de este enfoque, cabe mencionar la propuesta de Frenk (1992). Para Frenk, la noción de *accesibilidad* a los servicios de salud cuenta con diversos dominios que pueden ser entendidos como un continuo que contempla: 1) la necesidad de atención, 2) el deseo de atención, 3) la búsqueda de atención, 4) el inicio de la atención, y 5) la continuidad de la atención (48).

El principal aporte de este modelo conceptual es el entender el acceso a la salud como un concepto amplio. En ese sentido, no solamente se centra en los factores que obstaculizan el proceso de búsqueda y obtención de la atención en salud, sino que también considera los factores que podrían influenciar el hecho que los individuos efectivamente expresen una demanda por atención – tales como su opinión sobre el sistema de salud mismo, sus creencias culturales, su posición socioeconómica, entre otros. Asimismo, el modelo propuesto por Frenk también destaca al considerar dentro de la noción de accesibilidad la continuidad de la atención, ampliando la noción de acceso a la salud como el sólo contacto inicial con el sistema (48).

Un elemento adicional que ha sido discutido junto a la noción del acceso a la salud, es cómo aproximarse a su medición. Un particular desafío en este sentido

es el poder considerar la multiplicidad de dimensiones involucradas en el concepto mismo de acceso, yendo más allá de la sola disponibilidad de servicios de salud (44).

En algunos casos, la medición del acceso se ha enfocado en mediciones subjetivas relacionadas con la satisfacción usuaria con respecto a la atención y tratamiento médico. En otros, han sido utilizadas mediciones objetivas enfocadas principalmente a las tasas de utilización de servicios (49).

Asimismo, en muchas oportunidades, el acceso a la salud se ha asimilado al enrolamiento en los sistemas de salud, bajo el supuesto que el encontrarse afiliado al sistema de salud daría acceso a la atención en salud. En relación a ello, estudios han demostrado que las personas sin cobertura en salud, tenderían a retrasar su búsqueda por atención en salud y tendrían un peor estado de salud general (46).

A pesar de lo anterior, debido a las persistentes inequidades en salud, es posible afirmar que el enrolamiento no es un indicador suficiente del acceso a la salud. Esto ya que, incluso en sistemas con alta cobertura en salud, se han identificado grupos importantes de la población que no logran acceder a la atención ante una necesidad o que tienen un importante nivel de gasto de bolsillo debido a la necesidad de pagar para acceder a la atención médica o para contratar seguros privados que aseguren la atención (50,51). De hecho, en el caso de Chile, a pesar de contar con un sistema de salud con cobertura prácticamente universal (más del 90%), un 18% de la población declara no haber recibido atención médica ante un problema de salud reciente, en base a datos de CASEN 2009 (52).

En base a todo lo anteriormente presentado en este apartado, a pesar de reconocerse la multiplicidad de dimensiones y elementos que contempla el concepto de acceso a la salud, para efectos del presente estudio se analizará el acceso a la salud como el acceso a tratamiento médico en pacientes diagnosticados

con hipertensión. Su operacionalización estará dada por la pregunta existente en la encuesta que se utilizará para el análisis, referida a la declaración de la misma población diagnosticada con hipertensión de encontrarse o no en tratamiento por dicha condición de salud.

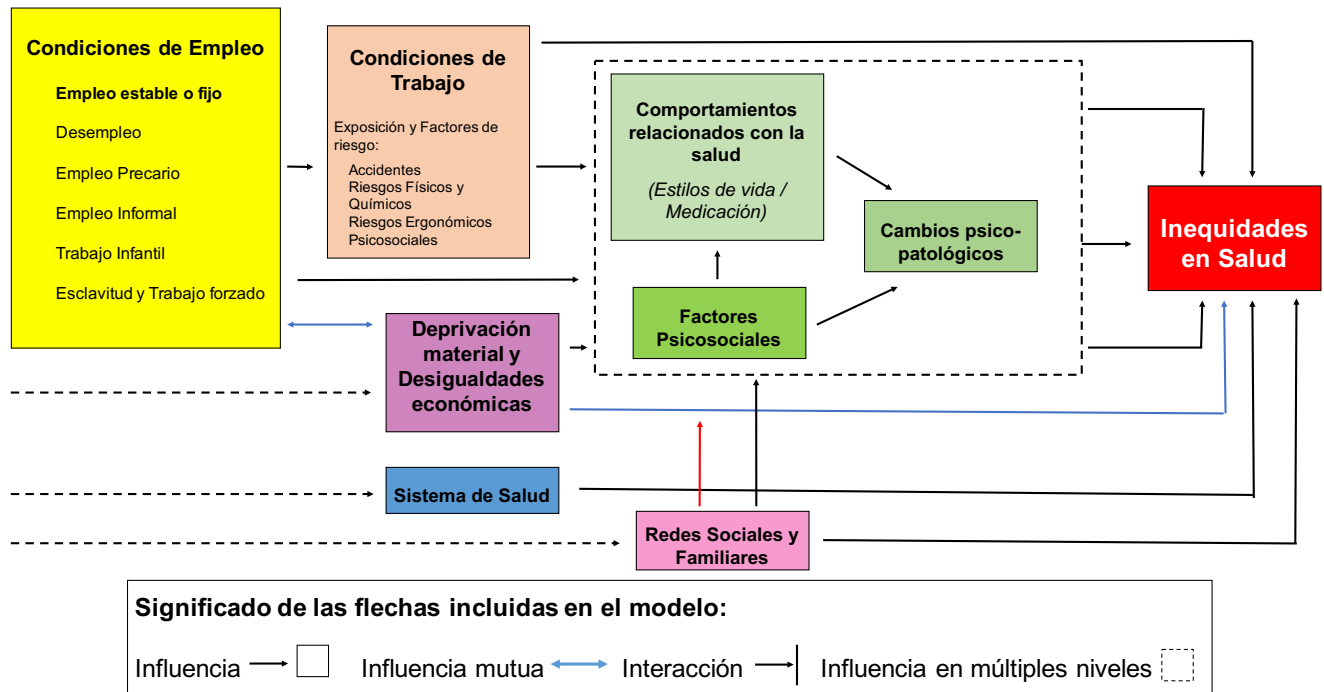
2.6 El empleo como determinante del acceso a la atención de salud

El actual sistema de protección social en Chile se encuentra configurado en base a mecanismos contributivos, donde son los trabajadores – principalmente los trabajadores formales asalariados – quienes aportan parte de su salario para acceder a la protección en salud. Esto implica que el trabajo, y específicamente las condiciones de empleo de la población, se constituyen como un determinante fundamental de la posibilidad de acceso a la salud de la población (53,54).

En relación con lo anterior, la Red de Condiciones de Empleo (EMCONET), en base al marco conceptual de la OMS, realizó una aproximación más detallada sobre cómo las condiciones de empleo se constituyen como un determinante estructural de la salud y calidad de vida de la población (55).

El modelo conceptual de EMCONET considera dos sub-modelos. En primer lugar, el Modelo Macroestructural, cuyo objetivo es identificar cómo las relaciones de poder, el rol de los estados y las regulaciones del mercado laboral tienen influencia en las desigualdades en salud. En segundo lugar, se propone un Modelo Microestructural, que busca ahondar específicamente en el efecto de las condiciones de empleo y trabajo en las desigualdades en salud (55).

Diagrama 2. Modelo Microestructural de empleo, condiciones de trabajo y desigualdades en salud.



* Diagrama traducido al español desde su idioma original (inglés).
Fuente: Benach et al, 2010.

Acorde al planteamiento de EMCONET, las condiciones de empleo pueden ser entendidas como las condiciones o circunstancias en las que una persona realiza su trabajo u ocupación. Específicamente, las condiciones de empleo hacen referencia a las relaciones que establecen los individuos con el mercado laboral, es decir, las relaciones contractuales, de salario, horas de trabajo, entre otras (55). En base al modelo conceptual presentado, estas condiciones de empleo pueden ir desde un “empleo estable o fijo” a condiciones de “servidumbre o esclavitud”, pasando por el “desempleo”, el “empleo precario”, “empleo informal” y el “trabajo infantil”.

Diversos estudios han buscado explicar el efecto que las distintas condiciones de empleo tienen sobre la salud de la población. En ese sentido, se ha enfatizado que condiciones de empleo desventajosas – como el tener un empleo inestable, temporal, precario o informal – tienen una influencia directa en el bienestar y la

salud de los trabajadores y pueden dificultar el acceso a los sistemas de atención en salud (56,57). Asimismo, estudios han demostrado la existencia de una clara relación entre el tipo de empleo de los trabajadores y su estado de salud: trabajadores con empleos de menor status también refirieron peor estado de salud autopercibido y mayores problemas de salud (57). Con respecto al desempleo, se ha demostrado que la influencia que ejerce sobre la salud de la población tiene relación principalmente con la deprivación económica que genera y que se relacionaría con un peor estado de salud y problemas de salud mental (58,59). Específicamente en relación a los trabajadores informales, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Chile) a través de su Programa de Trabajo, Empleo, Equidad y Salud (TEES) ha desarrollado un amplio trabajo en la Región de América Latina, Asia y África, donde ha evidenciado que ese grupo de trabajadores presenta peor estado de salud e importantes barreras para el acceso a la atención en salud asociadas a sus condiciones de empleo (60).

De los antecedentes expuestos, emerge la importancia de considerar al empleo como uno de los principales determinantes de la salud. Esto especialmente en países como Chile, donde la configuración del sistema de protección social de base contributiva, hace que el acceso a la salud se encuentre determinado por el tipo de empleo en que los trabajadores se insertan. Por esta razón, el presente estudio buscó identificar aquellas condiciones de empleo que podrían facilitar o dificultar el acceso a tratamiento médico en pacientes adultos con hipertensión en Chile. Lo anterior permitirá focalizar las políticas y programas existentes hacia los grupos en riesgo que continúan sin poder acceder a los tratamientos médicos que requieren y, de esa forma, mejorar su efectividad y resultados.

2.7 El estado de conocimiento actual del problema en Chile y potencialidades del presente estudio

A pesar de que fue posible identificar en la literatura diversos estudios realizados en Chile con respecto a las inequidades en el acceso a la salud y su relación con ciertos determinantes sociales de la salud (61–68), en su mayoría estos se han basado en el análisis de variables sociodemográficas – tales como el sexo, la edad, etnia, localización geográfica, entre otros – o en variables relativas a la posición socioeconómica – principalmente el ingreso.

En la mayoría de los estudios identificados, el empleo no es analizado en profundidad como un determinante del acceso a la salud. Sólo en algunos casos se incorporan algunas variables relacionadas con el empleo, pero sin analizar las condiciones de empleo como un eje central. Por ejemplo, en un estudio realizado en Chile se buscó analizar el nivel de enrolamiento en el sistema de salud, la consulta por problemas de salud recientes y el gasto de bolsillo asociados a la atención médica recibida, según variables sociodemográficas. Entre éstas se consideró el estatus en el empleo, observándose que los trabajadores independientes, desocupados o inactivos contaban con menores niveles de enrolamiento en el sistema de salud (68).

Por lo anterior, el enfoque que se propuso dar al presente estudio resulta innovador y permite analizar este aspecto que ha estado poco presente de los estudios nacionales en relación a la equidad en salud. Sus hallazgos permitirán dilucidar cuáles son las principales condiciones de empleo que podrían estar determinando que un porcentaje considerable de la población diagnosticada con hipertensión en Chile no recibe el tratamiento médico que requiere.

Para el análisis, se utilizaron los datos de la Encuesta de Protección Social (EPS), en sus versiones 2004, 2006 y 2009. Esta encuesta de tipo panel permite dar un seguimiento a la misma población en el tiempo, pudiendo establecer asociaciones

claras con respecto a los cambios laborales y en la salud que se observen en la población estudiada el periodo de estudio.

2.8 Métodos utilizados para el estudio de Enfermedades no Transmisibles y equidad de acceso

Como último punto de esta sección, es importante resaltar algunas de las metodologías que generalmente han sido usadas a nivel mundial y nacional para el análisis de las temáticas que pretende abordar el presente estudio, específicamente en relación a sus ventajas y desventajas.

Históricamente, los estudios de seguimiento con cohortes bien definidas han demostrado gran utilidad para la identificación de los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles y cardiovasculares (69). En este sentido, destacan estudios de cohorte realizados en Estados Unidos – como el Twin Cities Prospective Study; la cohorte de Framingham, entre otros – y aquellos desarrollados en países europeos – tales como el Stockholm Prospective Study; el Estudio de Goteburgo; el Whitehall Study de los funcionarios ingleses, el proyecto MONICA de la OMS, entre otros (69) –, los cuales sentaron las bases para numerosos estudios posteriores y cuyas conclusiones resultaron de especial relevancia para el estudio de las enfermedades no transmisibles y cardiovasculares.

Sin embargo, de la revisión de la literatura sobre equidad de acceso llevada a cabo para el desarrollo del presente estudio, cabe destacar la escasez de estudios longitudinales a nivel nacional. Al contrario, en la mayoría de los casos, es posible encontrar sólo estudios de tipo transversal.

La principal ventaja con la que cuentan los estudios de tipo longitudinal se relaciona con el hecho que permiten estudiar exposiciones o fenómenos que cambian en el tiempo, pudiendo establecer relaciones de causalidad o asociación

de manera más clara que cuando son utilizados estudios de tipo transversal. En este último tipo de estudios, aunque de todas formas cuentan con importantes ventajas, debido a que la medición del fenómeno a estudiar se realiza en un periodo específico de tiempo, resultan menos ventajosos al momento de analizar fenómenos que cambian constantemente en el tiempo, como son las condiciones de empleo de la población o su nivel de acceso a la atención en salud en el contexto del presente estudio (70).

Por lo anterior, la metodología planteada para el desarrollo del presente estudio cuenta con importantes ventajas y potencialidades. Como se mencionó, la principal fuente de datos que será utilizada para los análisis que se lleven a cabo es la Encuesta de Protección Social (EPS). Esta encuesta tiene la potencialidad de ser aplicada con cierta periodicidad a la misma cohorte de sujetos afiliados al sistema previsional desde 2002 e incorporando una muestra representativa de la población no afiliada en 2004, por lo cual permite el desarrollo de análisis de tipo longitudinal como el que se llevó a cabo en este estudio.

Todos los antecedentes presentados en este apartado refuerzan la importancia que tiene el empleo como un determinante social de la salud, por lo cual su inclusión como eje de análisis del no acceso a la salud reviste de especial importancia, sobre todo considerando la configuración actual del sistema de salud en Chile de base contributiva. El aporte del presente estudio, como fue mencionado, radica principalmente en la incorporación del enfoque de empleo en el análisis de equidad de acceso al tratamiento de HTA. Sus resultados sin duda darán luces para el análisis de las políticas públicas que hasta hoy han buscado hacer frente a un importante problema de salud pública que requiere de acciones concretas para su solución.

III. Pregunta de investigación e hipótesis de estudio

En base a los antecedentes previamente presentados, la presente tesis busca dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las principales condiciones de empleo que se asocian al acceso a tratamiento médico de la población adulta con hipertensión en Chile?

En relación a ello, la hipótesis de estudio es la siguiente:

La población diagnosticada con hipertensión que cuenta con condiciones de un empleo formal, tiene mayor probabilidad de acceder a tratamiento médico que aquella que cuenta con un empleo informal. A su vez, aquella población cesante o inactiva tendrá mayores posibilidades de acceder a tratamiento que aquella que cumple una jornada de trabajo.

Esta hipótesis se encuentra basada en los siguientes supuestos:

1. El contar con un empleo formal proporciona mayor protección en materia de seguridad social y derechos laborales, y entrega cobertura financiera en materia de salud, lo cual facilitaría el acceso a tratamiento médico de los pacientes con hipertensión arterial.
2. La población con hipertensión que cuenta con un empleo informal se encuentran en una condición de desprotección, lo cual dificultaría su acceso a tratamiento médico.
3. La población con hipertensión inactiva o cesante tiene posibilidades de mantener una previsión de salud – aunque sea en los grupos de menores recursos como FONASA A – y contará con mayores posibilidades de acceder a tratamiento médico al poder asistir a sus controles en horario laboral.
4. Es esperable que las condiciones de empleo de la población estudiada cambien a lo largo del tiempo que busca abarcar el presente estudio (2004-

2009). Por ejemplo, podría esperarse que al menos una parte de esa población pase de estar trabajando a estar inactivo o desempleado.

5. Es esperable que de cumplirse los objetivos y garantías del AUGE aumente la proporción de hipertensos en tratamiento.

IV. Objetivos

Objetivo general

Analizar la asociación entre las condiciones de empleo y el acceso a tratamiento médico de la población adulta con hipertensión en Chile, a través de un análisis longitudinal de la Encuesta de Protección Social 2004 - 2009.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y las condiciones de empleo de la población diagnosticada con hipertensión en los años 2004, 2006 y 2009.
2. Comparar las características sociodemográficas y las condiciones de empleo de la población diagnosticada con hipertensión que accede y que no accede a tratamiento médico en los años 2004, 2006 y 2009.
3. Analizar la asociación entre las condiciones de empleo seleccionadas de la población diagnosticada con hipertensión en Chile y su acceso a tratamiento médico.
4. Identificar el perfil de la población diagnosticada con hipertensión con mayor probabilidad de acceder a tratamiento médico, en términos de sus condiciones de empleo y actividad laboral.

V. Métodos

5.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio analítico de tipo longitudinal, utilizando los datos panel de la Encuesta de Protección Social de Chile (EPS) para los años 2004, 2006 y 2009, que constituye una cohorte representativa la población adulta de Chile. Como se mencionó, entre las ventajas atribuibles a los estudios de tipo longitudinal destaca el hecho que, al estudiar a la misma población en distintos momentos de tiempo, permiten captar tanto los cambios grupales como los individuales de la población estudiada a lo largo del tiempo. Asimismo, este tipo de estudios proporcionan información sobre la evolución de las variables estudiadas en el tiempo y permiten controlar por posibles variables no medidas propias de la heterogeneidad de los grupos en estudio, que pudieran actuar como confusoras (70).

La EPS se ha desarrollado por encargo de la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo y Previsión Social en 4 oportunidades: año 2002, 2004, 2006 y 2009, en el formato de una encuesta panel. Su objetivo es generar información relativa al mercado laboral y a la seguridad social en Chile. De esta forma, recoge información relativa a la historia laboral y previsional de los encuestados, poniendo especial énfasis en áreas como educación, salud, seguridad social, capacitación laboral, patrimonio y activos, historia familiar e información sobre el hogar (71).

Este estudio se enmarca en el Proyecto Fonis *Enfermedades no transmisibles en la población adulta de Chile: análisis longitudinal de equidad mediante las rondas de la Encuesta de Protección Social 2004 – 2009* (FONIS SA13|200138).

5.2 Universo y muestra

Con respecto a la muestra de la EPS, en su primera versión de 2002 la encuesta sólo contaba con representatividad a nivel de la población afiliada al sistema de pensiones (AFP o INP). Sin embargo, a partir de su segunda ronda en el año 2004, se decidió incluir a una nueva muestra de no afiliados al sistema de pensiones y, de esta forma, contar con representatividad nacional a contar de ese año. Además en anticipación a las garantías AUGE, a partir de este año se incorporan preguntas específicas sobre el diagnóstico y tratamiento de hipertensión. Es por estas razones que, para el desarrollo de la presente tesis, se consideró únicamente el análisis de la encuesta para los años 2004, 2006 y 2009.

En relación al diseño muestral de la encuesta, en el año 2002 se seleccionó una muestra de toda la población afiliada al sistema de pensiones (INP o AFP) entre 1981 y Agosto de 2001 a partir de un listado innominado del total de afiliados proveniente del INP y la Superintendencia de AFP. La selección de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo de dos etapas estratificado por clusters. Las etapas del muestreo consideraron primero la selección de un grupo de comunas y posteriormente la selección de un grupo de la población afiliada (71).

Para la EPS 2004 se realizó una modificación del diseño muestral, con el objetivo de incorporar una muestra de población no afiliada al sistema de pensiones y, de esa forma, asegurar la representatividad nacional de la encuesta. La construcción del marco muestral de población no afiliada se realizó a través de un empadronamiento de hogares a nivel nacional. Por último, siguiendo la misma metodología de muestreo bi-etápico estratificado por clusters, se obtuvo la muestra que se utiliza a partir de la EPS 2004 (71).

El presente estudio se centró en la subpoblación de personas diagnosticadas con hipertensión arterial en Chile para los distintos años de aplicación de la EPS que serán analizados.

En todas sus versiones, la EPS ha mostrado en general buenas tasas de rendimiento. La tabla a continuación muestra el cálculo de las distintas tasas de rendimiento para las versiones de la EPS que serán analizadas en el presente estudio.

Tabla 1. Tasa de respuesta, contacto, cooperación y rechazo Encuesta de Protección Social (EPS) 2004-2009

Año EPS	Tasa de respuesta	Tasa de contacto	Tasa de cooperación	Tasa de rechazo
2004	78,4%	87%	90,1%	4,2%
2006	84,4%	90,4%	93,3%	3,6%
2009	76,5%	85%	90%	4,9%

Fuente: Universidad de Chile, 2009

5.3 Variables de análisis y su operacionalización

Acorde con el marco teórico y objetivos planteados para el presente proyecto, a continuación se detallan las variables de la encuesta que fueron analizadas. Éstas han sido diferenciadas según: variable para acceder a la población objetivo, variable dependiente; variables independientes; y variables sociodemográficas de ajuste.

a) Variable para acceder a la población objetivo del estudio

Para acceder a la población en estudio, es decir, la población diagnosticada con hipertensión arterial, se consideró la pregunta referida a la condición médica de los encuestados, la cual corresponde a la pregunta F33 en EPS 2004; F40 en EPS 2006 y F38 en EPS 2009.

En cada ronda, esta pregunta se formula de la siguiente manera: *¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones médicas, por un doctor? Esta*

pregunta es aplicada en referencia a 11 enfermedades, entre las cuales se encuentra la hipertensión arterial.

Aquellas personas que responden “Si” a dicha pregunta son consideradas como diagnosticadas con hipertensión arterial por un doctor. Todos los análisis que se llevaron a cabo en el marco del presente estudio, fueron realizados sobre esta población. La categoría de respuesta “No responde” fue excluida del análisis.

b) Variable Dependiente

Acorde con los objetivos del estudio, se definió como variable dependiente o de resultado el acceso a tratamiento médico de la población diagnosticada con hipertensión arterial en Chile.

Para ello se consideró la siguiente pregunta de la encuesta: *¿Se encuentra actualmente en tratamiento?* Esta pregunta se aplica en referencia a todas las condiciones médicas que la persona identificó, incluyendo la hipertensión arterial. Ésta corresponde a la pregunta F35 en EPS 2004; F42 en EPS 2006 y F40 en EPS 2009.

Se consideró como que no accede a tratamiento médico, a todas aquellas personas que respondan “No” a dicha pregunta. Al contrario, todas aquellas que responden “Si”, fueron consideradas como población que accede al tratamiento médico requerido. La categoría de respuesta “No responde” fue excluida del análisis.

c) Variables Independientes

En relación a los objetivos planteados para el presente estudio, las variables cuyo efecto se buscará conocer sobre el acceso a tratamiento médico de la población diagnosticada con hipertensión arterial, son aquellas relacionadas con sus condiciones de empleo.

Para su operacionalización, siguiendo el marco conceptual de OMS y EMCONET (55) (42), se utilizaron las siguientes variables de condiciones de empleo. Con ellas se construyeron tres perfiles asociados a distintas condiciones de empleo que serán analizados: 1) trabajadores con empleo formal; 2) trabajadores con empleo informal; y 3) población inactiva o cesante.

1. Situación en la fuerza de trabajo

Se utilizó la pregunta referida a la situación en que se encontraba cada entrevistado al momento de aplicarse la encuesta. Ésta corresponde a la pregunta B2 en EPS 2004, 2006 y 2009.

Esta pregunta se encuentra formulada de la siguiente forma: *En ese período, ¿en cuál de las siguientes situaciones se encontraba?* Cada entrevistado podía responder: 1) Trabajando; 2) Cesante; 3) Buscando trabajo por 1ª vez; o 4) Inactivo.

Para los análisis fue creada una variable dummy con las siguientes categorías dicotómicas: 1) Trabajando 2) Cesante, inactivo o buscando trabajo por 1ª vez.

2. Status en el empleo

Para la población que se encontraba trabajando al momento de aplicarse la encuesta, se utilizó la pregunta referida a su status en el empleo. Ésta corresponde a la pregunta B7 en EPS 2004 y B8 en EPS 2006 y EPS 2009.

Esta pregunta se encuentra formulada de la siguiente forma: *¿En esta ocupación, Ud. trabajaba como:?* Cada entrevistado podía responder: 1) Patrón o empleador; 2) Trabajador por cuenta propia; 3) Empleado u obrero del sector público; o 4) Empleado u obrero del sector privado; 5) Servicio doméstico puertas adentro; 6) Servicio doméstico puertas afuera; 7) Familiar no remunerado; 8) Fuerzas Armadas y del Orden.

Esta variable fue recodificada con las siguientes categorías: 1) Patrón o empleador; 2) Trabajador por cuenta propia; 4) Empleado Servicio doméstico; 5) Familiar no remunerado. La categoría “Fuerzas Armadas y del Orden”, fue excluida del análisis debido al pequeño número de casos existente, el cual impide realizar análisis separados para este grupo.

3. Ocupación

Se utilizó la pregunta referida a la labor u ocupación que el trabajador desempeñaba en su lugar de trabajo al momento de aplicarse la encuesta. Ésta corresponde a la pregunta B4 en EPS 2004 y B5 en EPS 2006 y EPS 2009.

Esta pregunta se encuentra formulada de la siguiente forma: *¿Cuál era su ocupación u oficio?* La variable disponible en la base de datos se encuentra codificada en base a la clasificación internacional CIUO 88 que considera las siguientes categorías: 0) Fuerzas armadas; 1) Miembros del poder ejecutivo de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas; 2) Profesionales científicos intelectuales; 3) Técnicos profesionales de nivel medio; 4) Empleados de oficina; 5) Trabajadores de servicios y vendedores de comercio y mercado; 6) Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros; 7) Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios; 8) Operadores de instalaciones y máquinas montadores; y 9) Trabajadores no calificados.

Para la identificación de los trabajadores formales e informales esta variable se dicotomizó de la siguiente forma: 1) ocupaciones calificadas (Fuerzas armadas; Miembros del poder ejecutivo de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas; Profesionales científicos intelectuales; Técnicos profesionales de nivel medio) y 2) ocupaciones no calificadas (Empleados de oficina; Trabajadores de servicios y vendedores de comercio y mercado; Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros;

Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios; Operadores de instalaciones y máquinas montadores; y Trabajadores no calificados).

4. Tamaño de empresa

Esta pregunta hace referencia al número de trabajadores de la empresa donde el trabajador entrevistado en la encuesta se encuentra empleado. Corresponde a la pregunta B14 en EPS 2004, B15 en EPS 2006 y B14 en EPS 2009.

Para su operacionalización, se dicotomizó de la siguiente forma: 1) Menos de 5 trabajadores y 2) Más de 5 trabajadores.

5. Contrato de trabajo

Se utilizó la pregunta: *En este trabajo, ¿firmó contrato de trabajo?* A lo que los encuestados pueden responder: 1) Sí, tiene contrato y lo firmó; 2) No, tiene contrato, pero no lo ha firmado; 3) No, no tiene contrato; 4) No responde; o 5) No sabe.

Esta variable fue recodificada de manera dicotómica de la siguiente forma: 1) Tiene contrato de trabajo (Sí, tiene contrato y lo firmó + No, tiene contrato, pero no lo ha firmado) y 2) No tiene contrato (No, no tiene contrato + No sabe). Los “No responde” fueron excluidos del análisis.

Esta pregunta corresponde a la pregunta B8 en EPS 2004; B9 en EPS 2006 y B9.a en EPS 2009.

La tabla a continuación muestra cómo fueron construidos los distintos perfiles de condiciones de empleo analizados. Para la identificación de los trabajadores formales e informales, se tomó como referencia la propuesta del Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC). A pesar que este enfoque ha sido reformulado por las propuestas más actuales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) – donde se ha priorizado incluir variables

relacionadas con la seguridad social para la medición del empleo informal más allá de sólo el enfoque basado en la productividad que propone PREALC (60,72) – en el presente estudio se decidió utilizar dicha aproximación debido a que las preguntas disponibles en la encuesta analizada permitían construir esta medición en su totalidad, lo que no era posible en el caso de la propuesta de la OIT.

La propuesta de PREALC concibe a los trabajadores informales como aquellos pertenecientes a un sector de menor productividad, el cual se operacionaliza a través de un proxy donde se definen como informales aquellos trabajadores de empresas de menos de 5 trabajadores. Para el caso de los trabajadores por cuenta propia, y para evitar que todos ellos fueran calificados como informales por ser una empresa unipersonal, se consideró si se emplean en ocupaciones profesionales o no. Por la misma razón, se realizó una pequeña modificación a la propuesta de PREALC y para los trabajadores de Servicio Doméstico se utilizó la pregunta sobre si cuentan o no con contrato de trabajo.

De esta forma, los tres perfiles de condiciones de empleo fueron definidos de la siguiente forma:

Tabla 2. Operacionalización de perfiles de condiciones de empleo

Perfil de condiciones de empleo	Operacionalización
Empleo formal	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores independientes profesionales • Empleadores y trabajadores dependientes en empresas de más de 5 trabajadores • Trabajadores de servicio doméstico con contrato de trabajo firmado
Empleo informal	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores independientes no profesionales • Empleadores y trabajadores dependientes en empresas de menos de 5 trabajadores

	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores de servicio doméstico sin contrato de trabajo firmado • Trabajadores familiares no remunerados
Cesante o inactivo	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores que declaran encontrarse cesantes o inactivos

d) Variables sociodemográficas de ajuste

Para el análisis descriptivo y bi-variado de los datos se consideraron algunas variables sociodemográficas. Asimismo, algunas de ellas también se utilizaron para el ajuste de los modelos de regresión logística utilizados.

1. Sexo

Se utilizará la pregunta A5 en EPS 2004; y A8 en EPS 2006 y EPS 2009, para conocer si los entrevistados son hombres o mujeres.

2. Edad

Se utilizará la pregunta A6 en EPS 2004; y A9 en EPS 2006 y EPS 2009, para conocer la edad de los entrevistados.

Además de los análisis descriptivos, esta variable se utilizará como ajuste en los modelos de regresión.

3. Nivel educacional

Se utilizarán las preguntas A10.c y A10.n en EPS 2004; y A12c y A12n en EPS 2006 y EPS 2009, para conocer el nivel educacional de los entrevistados.

La primera de ellas corresponde a una variable continua del número de años de estudios. La segunda es una variable categórica que dice relación con los niveles educacionales que han sido alcanzados por los entrevistados.

Ambas variables serán recodificadas de la siguiente forma: 1) Educación Básica incompleta; 2) Educación Básica completa; 3) Educación Media incompleta; 4) Educación Media completa; 5) Técnico superior; 6) Universitaria incompleta; y 7) Universitaria completa. Las categorías “No responde” y “No sabe” serán excluidas del análisis.

4. Cobertura del sistema de salud

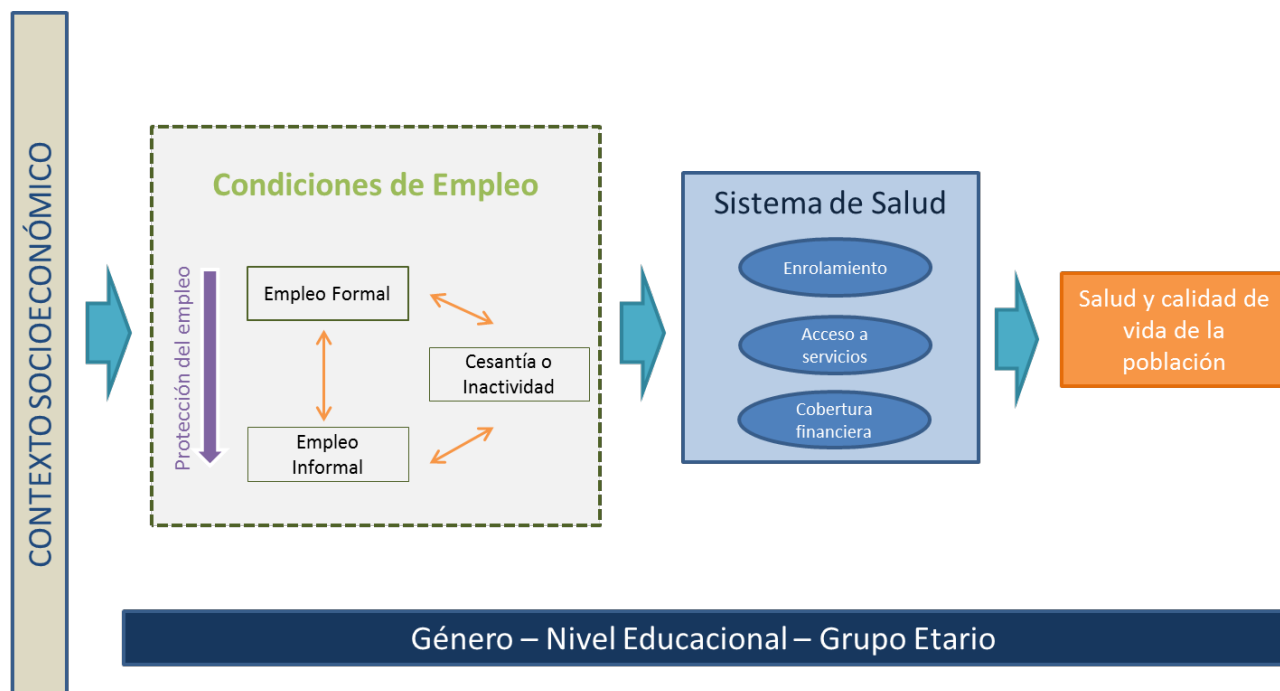
Se utilizaron las preguntas referidas a la afiliación de los entrevistados a los distintos sistemas de salud. Concretamente, éstas corresponden a las preguntas F1 en EPS 2004, 2006 y 2009.

Las preguntas se encuentran formuladas de la siguiente forma: *¿A qué sistema previsional de salud pertenece Ud.?* A lo cual el entrevistado puede responder: 1) Sistema Público Grupo A (Indigente); 2) Sistema Público Grupo B; 3) Sistema Público Grupo C; 4) Sistema Público Grupo D; 5) Sistema Público, No sabe el grupo; 6) FF. AA y de Orden; 7) ISAPRE. F1_7 Especifique; 8) Ninguno; 9) Otro sistema; 88) No responde; 99) No sabe.

El diagrama a continuación muestra la relación teórica que existe entre las variables de análisis, siguiendo los modelos conceptuales en los cuales se basa el presente estudio y que fueron descritos en el apartado de Marco Conceptual. En primer lugar, se encuentra el contexto socioeconómico del país, el cual contempla las políticas sociales, laborales y económicas que existen en el país y que influyen la forma cómo el mercado laboral y el sistema de protección social se encuentran estructurados. En segundo lugar, se identifican las condiciones de empleo, siguiendo los tres perfiles que serán abordados en el presente estudio. En esta dimensión destaca, primero, la interacción que existe entre dichas condiciones de empleo, la cual está dada por el desplazamiento continuo que tienen los trabajadores entre el empleo formal, informal y la cesantía o inactividad a lo largo de su vida laboral. Dentro de esta dimensión también se considera la

existencia de una gradiente de calidad del empleo que va desde empleos formales protegidos, hasta empleos informales de mayor precariedad, inestabilidad y desprotección. Acorde a los planteamientos del presente proyecto, las distintas condiciones de empleo condicionarían la forma como los trabajadores se relacionan con el sistema de salud en términos de su posibilidad de enrolamiento al mismo; de su posibilidad de acceso a los servicios de atención; y a la cobertura financiera con la que cuentan¹. Como última dimensión del marco conceptual, se plantea que todas las relaciones que se dan entre las condiciones de empleo y el sistema de salud vendrían finalmente a repercutir en el nivel de salud y calidad de vida de la población. Finalmente, todas estas relaciones se ven influenciadas transversalmente por condiciones como el género, el nivel educacional y la edad de la población.

Diagrama 3. Marco Conceptual de relación entre las variables de análisis



Fuente: Elaboración Propia.

¹ Sin embargo, debido a la disponibilidad de variables en la encuesta analizada, en el presente estudio sólo se analizó el enrolamiento al sistema de salud que puede dar cuenta de la primera dimensión de la cobertura universal en salud y, de alguna forma, también de la cobertura financiera del mismo.

5.4 Metodología de análisis

El análisis de los datos propuesto para el desarrollo de este estudio contempló distintas fases.

En primer lugar, se realizó un análisis de tipo descriptivo transversal de las tres rondas, comparando las características de los sujetos con y sin diagnóstico de hipertensión.

En segundo lugar, para cada año, se realizó un análisis bi-variado para estudiar la relación entre el no encontrarse en tratamiento médico por hipertensión y las distintas variables independientes definidas, mediante tablas de frecuencia y medidas de asociación (Chi²) para lo cual se estableció un nivel de significación del 0,05.

Por último, el análisis multivariado consideró la realización de un modelo logístico de efectos fijos, el cual es ampliamente recomendado al momento de analizar datos longitudinales al permitir analizar la asociación de variables que cambian en el tiempo (como encontrarse en tratamiento médico por hipertensión o las condiciones de empleo de los trabajadores, por ejemplo) y controlar por variables omitidas, observadas o no, cuando estas últimas variables no varían en el tiempo, pero sí entre la unidad de observación (como el sexo de los encuestados), siendo el sujeto su propio control (73). Para ello se construyó primero un modelo de regresión que incorporó todas las variables independientes que mostraron medidas de asociación significativas con la variable dependiente en el análisis bi-variado llevado a cabo. En segundo lugar, con el fin de aproximarse a la heterogeneidad de los trabajadores estudiados, se construyeron dos modelos adicionales para distintas sub-poblaciones de acuerdo a su status en el empleo: uno para los trabajadores empleadores y cuenta propia; y otro para los trabajadores dependientes, incluyendo al servicio doméstico.

La fórmula del modelo que se construyó corresponde a:

$$Y_{it} = \gamma_0 + \rho_i + \gamma_1 Exposure_{it} + \gamma_2 X_{it} + \omega_{it}$$

donde i corresponde a cada individuo; t es el momento del tiempo que se analiza; Y_{it} es la variable dependiente del estudio (acceso a tratamiento médico); $Exposure_{it}$ corresponde a la variable independiente que se estudió y que corresponde a las condiciones de empleo, medida a través de los distintos perfiles elaborados; ρ_i corresponden a las características individuales de cada caso que dicen relación con todas las variables que no cambian en el tiempo (sexo) y que se relacionan con la variable dependiente; X_{it} corresponde a todas las otras variables que cambian con el tiempo (edad, nivel educacional); y ω_{it} que corresponde al error del modelo.

Todos los análisis se realizaron con el uso del software estadístico SPSS v.18 y Stata v.12. Los análisis descriptivo y bi-variado se llevaron a cabo utilizando los ponderadores muestrales para cada año en el módulo de muestras complejas de SPSS para obtener estimaciones poblacionales. El análisis multivariado longitudinal se realizó sólo utilizando el tamaño muestral. Esto último ya que en las bases de datos disponibles no se contaba con la información necesaria para definir el diseño de muestreo complejo con el que cuenta la encuesta, con sus distintas etapas y unidades muestrales, lo cual resulta de especial importancia para este tipo de análisis.

Previo a la realización de los análisis mencionados, se debió preparar las bases de datos para su trabajo. Éstas son proporcionadas por la Subsecretaría de Previsión Social de manera fraccionada en 11 bases de dato para cada año de acuerdo a los distintos módulos de la encuesta y a la diferenciación de los casos de entrevistados fallecidos entre las distintas rondas de la encuesta. En cada una de las bases de dato se encuentra una variable llamada "Folio", lo cual permitió realizar la unión longitudinal de todas las bases de dato para cada uno de los años de la encuesta.

Posterior a ello, se procedió a seleccionar en cada base de datos las variables que serían utilizadas en el presente estudio, identificando al final de cada una de ellas el año correspondiente (Variable_04; Variable_06; Variable_09). Con esto fue posible fundir las distintas bases de dato en una base de datos de trabajo con todas las variables de estudio de todas las rondas de la EPS consideradas.

Debido a los casos de fallecimiento o pérdida entre las distintas rondas de la EPS, se realizó un estudio de seguimiento de la cohorte de entrevistados en cada una de ellas y se seleccionó a aquellos que habían sido entrevistados en al menos dos oportunidades. Además, siguiendo las orientaciones para el estudio de las ENT en esta encuesta (74), se validó la consistencia de la variable “sexo” para los distintos años. Cuando se encontraron inconsistencias, se imputó por el sexo declarado en al menos dos rondas de la EPS. Los casos donde había inconsistencia y donde no fue posible realizar esta imputación, fueron excluidos del análisis.

La tabla a continuación muestra un resumen del seguimiento realizado a la cohorte y de la muestra que finalmente fue utilizada para este estudio. Como es posible observar, el total de muestra analizada de las tres rondas de la EPS alcanzó 16.556 sujetos. De ellos, la mayoría (73,8%) fue entrevistado en los tres años; un 15% fue entrevistado en 2004 y 2006, pero se perdió o falleció para el año 2009; un 7% fue entrevistado solamente en el 2009 y 2006; y un 5% fue entrevistado en 2004 y 2009, pero no en 2006. Asimismo, del total de la muestra, un 49,7% fueron hombres y un 50,3% mujeres.

Tabla 3. Seguimiento y distribución según sexo de la muestra analizada

Seguimiento de la cohorte	n	%
Entrevistado en 2009, 2006 y 2004	12.225	73,8%
Entrevistado en 2006 y 2004 y fallecido o perdido en 2009	2.445	14,8%
Entrevistado en 2009 y 2004 y perdido 2006	748	4,5%
Entrevistado en 2009 y 2006 y perdido 2004	1.138	6,9%
Total	16.556	100%
Sexo	n	%
Hombre	8.234	49,7%
Mujer	8.322	50,3%
Total	16.556	100%

Para el análisis multivariado longitudinal, se debió realizar una modificación a la base de datos de trabajo construida y organizar los datos para este tipo de análisis. Para ello, se utilizó el comando *reshape* de Stata que adecúa la base de datos para un análisis longitudinal transformando cada observación en la combinación de la variable de identificación del sujeto (en este caso la variable “folio”) y el año de medición (en este caso 2004, 2006 y 2009). Como se observa en la salida de Stata a continuación, el número de observaciones de la base de datos pasa de 16.656 a 49.668 y la variable *year* es creada con la información de año de medición de cada variable de la base de datos.

```
. reshape long Condiciones_Empleo_0 Tratamiento_Hipertension_0 Hipertension_0 a9_0 Nivel_educacional_0 f1_0 Statu
> Empleo_0, i(folio) j(year)
(note: j = 4 6 9)
```

```
Data                wide  ->  long
-----
Number of obs.      16556 ->  49668
Number of variables   107  ->   94
j variable (3 values)      ->  year
xij variables:
Condiciones_Empleo_04 Condiciones_Empleo_06 Condiciones_Empleo_09->Condiciones_Empleo_0
Tratamiento_Hipertension_04 Tratamiento_Hipertension_06 Tratamiento_Hipertension_09->Tratamiento_Hipertension_0
Hipertension_04 Hipertension_06 Hipertension_09->Hipertension_0
a9_04 a9_06 a9_09  ->  a9_0
Nivel_educacional_04 Nivel_educacional_06 Nivel_educacional_09->Nivel_educacional_0
f1_04 f1_06 f1_09  ->  f1_0
Status_Empleo_04 Status_Empleo_06 Status_Empleo_09->Status_Empleo_0
```

Para finalizar este procedimiento se utilizó el comando *xtset* para especificar la variable de identificación de cada individuo (Folio) y aquella que especifica el año de medición (year), tal como se observa en la salida de Stata a continuación.

```
. xtset folio year
      panel variable:  folio (strongly balanced)
      time variable:  year, 4 to 9, but with gaps
                   delta:  1 unit
```

Por último, la descripción del panel construido para el análisis se verificó utilizando el comando *xtdescribe*. Como se observa en la salida a continuación, es posible corroborar que cada combinación de la variable Folio y Year es única y, por ende, que cada observación no cuenta con duplicados.

```
. xtdescribe

folio: 179, 717, ..., 2419215          n =      16556
year:  4, 6, ..., 9                    T =         3
Delta(year) = 1 unit
Span(year) = 6 periods
(folio*year uniquely identifies each observation)
```

```
Distribution of T_i:  min      5%    25%    50%    75%    95%    max
                   3        3      3      3      3      3      3
```

Freq.	Percent	Cum.	Pattern*
16556	100.00	100.00	111
16556	100.00		XXX

*Each column represents 2 periods.

5.5 Aspectos Éticos

Este proyecto involucra exclusivamente la manipulación de las bases de datos de las rondas de la Encuesta de Protección Social, las que son de disposición pública en el sitio internet de la Subsecretaría de Previsión Social, previo llenado de una ficha que identifica al interesado y el uso que se dará a la información descargada y la entrega de una clave de acceso.

Estas bases de datos, por ser públicas, están debidamente anonimizadas y no hay manera de trazar las identidades de los integrantes de la cohorte.

Por las razones expuestas, se considera que el proyecto no exige medidas especiales y no cae en el ámbito de la ley 19.628 “sobre la protección de datos de carácter personal”.

En lo que respecta a la ley 20.120 “sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana”, se considera que este proyecto no presupone ningún riesgo potencial de daño al ser humano, ni en su implementación ni por sus resultados.

Estos argumentos fueron considerados por el Comité Ético de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en relación al proyecto Fonis SA13|20138 “Enfermedades no transmisibles en la población adulta de Chile: análisis longitudinal de equidad mediante las rondas de la Encuesta de Protección Social 2004 – 2009” de la profesora guía del presente estudio. Dicho comité dio su aprobación al proyecto, que señaló el desarrollo de proyectos de tesis relacionados, el 13 de octubre 2013.

VI. Plan de Trabajo y cronograma

La Carta Gantt a continuación contiene el plan de trabajo que fue seguido para el desarrollo del presente proyecto de tesis. Contó con las distintas etapas que son presentadas a continuación:

- ✓ En primer lugar, se procedió con el análisis de los datos, lo cual consideró la preparación de las bases de datos a ser utilizadas y la creación de las variables a analizar.
- ✓ Posterior a ello, se construyó el panel de los encuestados a ser analizados a través del código identificador incluido en la base de datos.
- ✓ En tercer lugar se llevaron a cabo los análisis descriptivo y estratificado según situación de tratamiento.
- ✓ En cuarto lugar se elaboraron los modelos de regresión y se llevaron a cabo los análisis multivariados.
- ✓ Posterior a la realización de los análisis estadísticos, se llevó a cabo la elaboración de las conclusiones y sistematización de la información y datos recopilados.
- ✓ Por último, se llevó a cabo la redacción final de los resultados del presente estudio en formato de un paper y se procedió a su entrega final.

Cronograma para desarrollo Tesis de Magister en Salud Pública, año 2015

Temática	Actividades	Meses y semanas de trabajo															
		Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Análisis de Datos	Preparación de bases de datos																
	Creación de variables de análisis																
Construcción del panel de encuestados a analizar	Identificación de los encuestados en las 3 bases de datos a ser analizadas																
Análisis descriptivo	Realización de análisis																
	Elaboración de tablas de resultados																
Análisis estratificado según situación de tratamiento	Realización de análisis																
	Elaboración de tablas de resultados																
Análisis multivariable	Elaboración de modelos de regresión																
	Elaboración de tablas de resultados																
Discusión de resultados	Análisis y discusión de los resultados obtenidos																
Revisión y redacción final	Revisión de modificaciones requeridas y redacción final																
	Entrega final de Tesis																

VII. Resultados

La sección de resultados será presentada en la forma de un artículo de investigación del presente estudio para ser presentado en la Revista Panamericana de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud

Manuscrito:

Las condiciones de empleo como determinante social del acceso a tratamiento médico de adultos diagnosticados con hipertensión en Chile: un análisis longitudinal

María José González Rodríguez¹, Patricia Frenz²

RESUMEN

Objetivo. Analizar la asociación entre las condiciones de empleo y el acceso a tratamiento médico de la población adulta con hipertensión en el sistema de salud dual contributivo de Chile.

Métodos. Se desarrolló un estudio analítico longitudinal, utilizando los datos de la Encuesta de Protección Social de Chile para 2004, 2006 y 2009, sobre la población diagnosticada con hipertensión arterial. La variable dependiente fue el acceso a tratamiento médico por dicha patología. Se utilizaron diversas variables independientes para construir tres perfiles de condiciones de empleo: 1) trabajadores con empleo formal; 2) trabajadores con empleo informal; y 3) población inactiva o cesante. Se consideraron las variables sociodemográficas sexo, edad y nivel educacional, y otras como la cobertura del sistema de salud.

¹ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Santiago, Chile. La correspondencia debe ser dirigida al correo electrónico mjgonzalezr@gmail.com.

² Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Se realizó un análisis descriptivo, bi-variado y una regresión logística multivariada longitudinal de efectos fijos.

Resultados. La prevalencia de hipertensión se ha mantenido estable en el período. Sin embargo, aún persiste un importante porcentaje que no accede al tratamiento médico requerido (un 15,4% en 2004, un 20,3% en 2006 y un 12% en 2009). Ese grupo mostró ser mayoritariamente hombres, entre 49 y 51 años, aquellos de mayor nivel educacional y sin cobertura en salud. Con respecto a sus condiciones de empleo, los trabajadores formales e informales cuentan con un mayor riesgo de no encontrarse en tratamiento médico que aquellos cesantes o inactivos (T. Formales= OR: 1,66 (1,42-1,94); T. Informales= OR: 1,66 (1,41-1,95)). Dentro de aquellos activos laboralmente, se evidenció una tendencia donde son los trabajadores informales quienes tienen una mayor probabilidad de no encontrarse en tratamiento por HTA.

Conclusiones. El empleo se constituye como un determinante importante del acceso al tratamiento médico de la población con hipertensión en Chile. Los trabajadores informales cuentan con barreras de acceso asociadas a su desprotección y relación de empleo que dificultan su acceso y continuidad en los programas de tratamiento de problemas de salud como la hipertensión.

PALABRAS CLAVE Determinantes Sociales de la Salud; Hipertensión; Condiciones de Empleo; Empleo Informal.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) continúan siendo una amenaza global para la salud de la población y para el desarrollo socioeconómico de los países. En la Región de las Américas han sido concebidas como un foco de especial preocupación debido a las repercusiones que generan de tipo socioeconómicas y sobre el sistema de salud, y debido a las desigualdades que se observan en la carga de este tipo de enfermedades en la

población (1). En Chile, como ha sido reconocido por la Organización Panamericana de la Salud para la generalidad de los países de la región (1), se posicionan como la principal causa de mortalidad - generando más del 50% de los casos de muerte a nivel nacional (2) - y como el principal determinante de carga de enfermedad - siendo responsables del 84% de la pérdida de años de vida (AVISA) (3). Por esta razón, es de especial relevancia tomar medidas de control y prevención, así como mejorar el acceso al tratamiento médico de la población afectada.

Dentro de las ENT, la hipertensión arterial se define como la principal causa de morbimortalidad y el factor de riesgo con mayor carga atribuible para patologías como la cardiovascular isquémica y el accidente cerebrovascular (4). Debido a ello, en la Región de las Américas se ha definido a la hipertensión como uno de los ejes fundamentales de la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque integrado y el control de las enfermedades crónicas del año 2006 (1).

De acuerdo a datos de la ENS 2009-2010, en Chile la prevalencia de hipertensión arterial se ha mantenido estable en el tiempo a pesar de los constantes esfuerzos desarrollados desde el Ministerio de Salud de Chile – por ejemplo la implementación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS) el cual está a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que busca identificar oportunamente factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión (5); la incorporación de esta patología en el programa AUGE-GES (6); la reducción de la hipertensión como meta de los Objetivos Sanitarios 2010-2020 (7); y el desarrollo del Plan de Acción 2010-2015 para reducir el consumo de sal en la población (5).

De acuerdo a lo descrito en la literatura, la prevalencia de hipertensión en la población se presenta en forma de una gradiente social, relacionada con diferenciales de poder, prestigio y recursos (8), así como con las inequidades

que se perpetúan en la estructura social de los países (9). En este sentido, son los grupos de mayor edad, de menor nivel educacional e ingreso quienes mayormente se encontrarían en riesgo de presentar este tipo de patologías.

De los mecanismos más efectivos para contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad por esta enfermedad, el acceso oportuno al tratamiento médico necesario ha demostrado ser uno de los más efectivos, asociándose a una disminución de entre el 35% al 40% de accidentes cerebrovasculares, a un descenso de entre el 20% al 25% de infartos agudos al miocardio, y a una reducción de más del 50% de la incidencia de insuficiencia cardiaca (10).

A pesar de ello, grupos de población que se encuentran diagnosticados con hipertensión no logran tener acceso al tratamiento médico necesario (11, 12), lo cual se ha asociado en la literatura a factores culturales o sociales que influyen la percepción hacia los servicios de salud; a la accesibilidad hacia los servicios de salud en términos de la distancia física, posibilidad de obtener horas de atención, entre otros (13); así como a la capacidad de pago (14) y ciertas condiciones que retrasan la detección y, por ende, el tratamiento oportuno (15).

En el presente estudio destaca la importancia del empleo como un determinante del acceso al tratamiento médico por hipertensión, especialmente en países como Chile cuyo sistema de protección social, como muchos otros de la región, se encuentra configurado en base a mecanismos contributivos donde son los trabajadores – principalmente los trabajadores formales asalariados – quienes aportan parte de su salario para acceder a la protección en salud (16, 17).

En este contexto, este estudio toma como referencia el Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, y en específico el Modelo Microestructural desarrollado por la Red de Condiciones de Empleo (EMCONET) (18).

Dicho marco conceptual plantea que contar con condiciones de empleo desventajosas – como el tener un empleo inestable, temporal, precario o informal – tiene una influencia directa en el bienestar y la salud de los trabajadores y dificultan el acceso a los sistemas de atención en salud (19, 20). Al respecto, una evaluación realizada en Chile el 2009 sobre el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) evidenció importantes dificultades de acceso al mismo para la población que contaba con empleos precarios o de menor calidad (21).

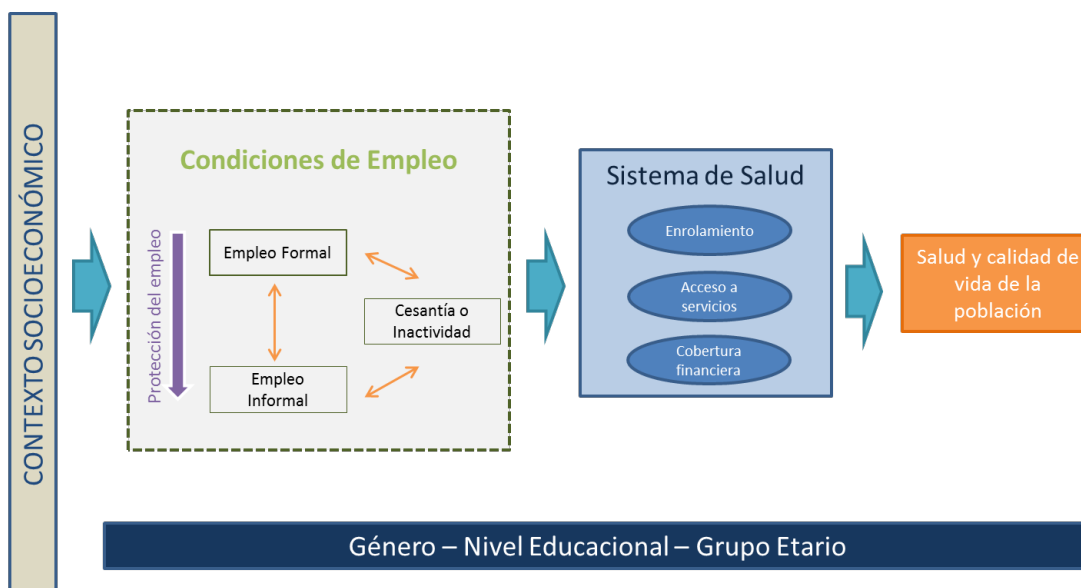
En base a estos antecedentes, el presente estudio tuvo por objetivo analizar la asociación entre las condiciones de empleo y el acceso a tratamiento médico de la población adulta con hipertensión en Chile, dando respuesta a la siguiente pregunta: *¿Cuáles son las principales condiciones de empleo que se asocian al acceso a tratamiento médico de la población adulta con hipertensión?*

Como hipótesis de la investigación, se plantea que aquella población hipertensa con un empleo formal cuenta con mayor protección en materia de seguridad social y derechos laborales, y con cobertura financiera en materia de salud, lo que facilitaría su acceso al tratamiento médico necesario en comparación con aquella población hipertensa que se desempeña en empleos informales o desprotegidos. Asimismo, se estima que la población con hipertensión laboralmente inactiva o cesante tiene posibilidades de mantener una previsión de salud y cuenta con mayores posibilidades de acceder a tratamiento médico al, por ejemplo, poder asistir a sus controles en horario de trabajo.

MARCO CONCEPTUAL

El diagrama a continuación muestra el marco conceptual en el cual se basa el presente estudio y que tiene como referencia los distintos modelos conceptuales que se siguieron para su planteamiento.

Diagrama. Marco Conceptual de relación entre las variables de análisis



Fuente: Elaboración Propia

El esquema contempla cuatro dimensiones principales. En primer lugar, el contexto socioeconómico del país que determina la configuración actual del mercado laboral y del sistema de protección social en Chile. En segundo lugar, las condiciones de empleo, donde se identifican empleos formales; empleos informales; y población desempleada o inactiva. Para esta dimensión, el diagrama enfatiza, primero, la inter-relación que existe entre las distintas condiciones de empleo, la cual está dada por la continua movilización que hay entre ellas a lo largo de la vida laboral de la población. Asimismo, destaca la existencia de una escala de protección del empleo que va desde aquellos trabajos formales a aquellos informales que se caracterizan por un mayor nivel de desprotección. En relación a esto último, se destaca la relación que existe entre esas distintas condiciones de empleo de la población y el sistema de salud en términos de su posibilidad de enrolamiento al mismo; de su posibilidad de acceso a los servicios de atención; y a la cobertura financiera con la que

cuentan³. Como última dimensión, se recalca el hecho que todas las relaciones que se dan entre las distintas condiciones de empleo y el sistema de salud terminan por repercutir en el nivel de salud y calidad de vida de la población. Finalmente, todas estas relaciones se ven influenciadas por las características de género, nivel educacional y edad de la población estudiada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio analítico de tipo longitudinal, utilizando los datos de la Encuesta de Protección Social (EPS), cuyo principal objetivo es generar información relativa a la dinámica del mercado laboral y a la protección social en Chile. La encuesta, desarrollada por encargo de la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, es de tipo panel con cuatro rondas: año 2002, 2004, 2006 y 2009.

Con respecto a la selección de la muestra de la EPS, ésta se lleva a cabo mediante un muestreo de dos etapas estratificado por clusters de comunas (22). En su primera versión el año 2002 la encuesta sólo contaba con representatividad a nivel de la población afiliada al sistema de pensiones (AFP o INP). Sin embargo, a partir de su segunda ronda en el año 2004, se amplió a una nueva muestra de no afiliados al sistema de pensiones, contando con representatividad nacional a partir de ese año. Adicionalmente, a partir de 2004 se incorporó un módulo de salud con preguntas sobre patologías crónicas a ser cubiertas por el Régimen de Garantías en Salud, establecido en 2005, incluyendo la hipertensión. Por estas razones, el presente estudio considerará el análisis de la encuesta sólo para los años 2004, 2006 y 2009.

Se realizó un estudio de seguimiento de la cohorte de entrevistados en las tres rondas de la EPS. Debido a los casos de fallecimiento o pérdida, en primer lugar

³ Sin embargo, debido a la disponibilidad de variables en la encuesta analizada, en el presente estudio sólo se analizó el enrolamiento al sistema de salud que puede dar cuenta de la primera dimensión de la cobertura universal en salud y, de alguna forma, también de la cobertura financiera del mismo.

se seleccionaron aquellos que habían sido entrevistados en al menos dos oportunidades. Además, se validó la consistencia de la variable “sexo” para los distintos años. Cuando se encontraron inconsistencias, se imputó por el sexo declarado en al menos dos rondas de la EPS. Los casos donde había inconsistencia y donde no fue posible realizar esta imputación, fueron excluidos del análisis.

El total de muestra analizada de las tres rondas de la EPS alcanzó 16.556 sujetos. De ellos, la mayoría (73,8%) fue entrevistada en los tres años; un 15% fue entrevistado en 2004 y 2006, pero se perdió o falleció para el año 2009; un 7% fue entrevistado solamente en el 2009 y 2006; y un 5% fue entrevistado en 2004 y 2009, pero no en 2006. Del total de la muestra, un 49,7% fueron hombres y un 50,3% mujeres.

Para identificar a la población con diagnóstico de hipertensión, se consideró la pregunta referida a la condición médica de los encuestados. En cada ronda se preguntó: *¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones médicas, por un doctor?* Esta pregunta es aplicada en referencia a 11 enfermedades, entre las cuales se encuentra la hipertensión arterial⁴.

Aquellas personas que responden “Si” a la pregunta de hipertensión fueron consideradas como diagnosticadas con hipertensión arterial por un médico. Todos los análisis que se lleven a cabo en el marco del presente estudio, serán realizados sobre esta población. La categoría de respuesta “No responde” fue excluida del análisis.

Variable dependiente

A través de la pregunta *¿Se encuentra actualmente en tratamiento por hipertensión?*, se definió a aquellas personas que respondieron “No” como la

⁴ Además de la hipertensión arterial, en la EPS se pregunta por otras 10 enfermedades: asma o enfisema pulmonar; depresión; diabetes; problemas cardiacos; cáncer; artritis o artrosis; enfermedad renal; derrame cerebral; enfermedad mental; y VIH Sida.

población que no accede al tratamiento médico requerido. La categoría de respuesta “No responde” se excluyó del análisis.

Variables independientes

Para el análisis de las condiciones de empleo de los encuestados se construyeron tres perfiles: 1) trabajadores con empleo formal; 2) trabajadores con empleo informal; y 3) población inactiva, cesante o que busca trabajo por 1ª vez, a través de las siguientes variables:

1. Situación en la fuerza de trabajo

Pregunta referida a la situación en que se encontraba cada entrevistado al momento de aplicarse la encuesta.

Para los análisis se recodificó esta variable en las siguientes categorías: 1) Trabajando 2) Cesante, inactivo o buscando trabajo por 1ª vez.

2. Status en el empleo

Para la población que se encontraba trabajando, esta variable fue recodificada en las siguientes categorías: 1) Patrón o empleador; 2) Trabajador por cuenta propia; 3) Empleado Servicio doméstico; 4) Familiar no remunerado. La categoría “Fuerzas Armadas y del Orden”, fue excluida del análisis debido al pequeño número de casos existente, el cual impide realizar análisis separados para este grupo.

3. Ocupación

Se utilizó la pregunta referida a la labor u ocupación que el trabajador desempeñaba en su lugar de trabajo al momento de aplicarse la encuesta. Esta variable fue analizada de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88), la cual fue dicotomizada de la siguiente forma: 1) ocupaciones calificadas⁵ y 2) ocupaciones no calificadas⁶.

⁵ Fuerzas armadas; Miembros del poder ejecutivo de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas; Profesionales científicos intelectuales; Técnicos profesionales de nivel medio.

⁶ Empleados de oficina; Trabajadores de servicios y vendedores de comercio y mercado; Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros; Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios; Operadores de instalaciones y máquinas montadores; y Trabajadores no calificados

4. Número de trabajadores de la empresa:

Esta pregunta se dicotomizó de la siguiente forma: 1) Menos de 5 trabajadores y 2) Más de 5 trabajadores.

5. Contrato de trabajo

Esta variable se recodificó según: 1) Tiene contrato de trabajo y 2) No tiene contrato (No, no tiene contrato + No sabe). Los “No responde” fueron excluidos del análisis.

Para la construcción de los tres perfiles de condiciones de empleo, se tomó como referencia la propuesta del Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC) para identificar a los trabajadores(as) formales e informales (23). Este enfoque concibe a los trabajadores informales como aquellos pertenecientes a un sector de menor productividad, el cual se operacionaliza a través de un proxy donde se definen como informales aquellos trabajadores de empresas de menos de 5 trabajadores. Para el caso de los trabajadores por cuenta propia, y para evitar que todos ellos fueran calificados como informales por ser una empresa unipersonal, se consideró si se emplean en ocupaciones profesionales o no. Por la misma razón, para los trabajadores de Servicio Doméstico, se utilizó la pregunta sobre si cuentan o no con contrato de trabajo.

De esta forma, los tres perfiles de condiciones de empleo fueron definidos de la siguiente forma:

1. Trabajadores con Empleo Formal: Trabajadores independientes profesionales; Empleadores y trabajadores dependientes en empresas de más de 5 trabajadores; Trabajadores de servicio doméstico con contrato de trabajo firmado.
2. Trabajadores con Empleo Informal: Trabajadores independientes no profesionales; Empleadores y trabajadores dependientes en empresas de

- menos de 5 trabajadores; Trabajadores de servicio doméstico sin contrato de trabajo firmado; Trabajadores familiares no remunerados
3. Trabajadores Cesantes, Inactivo o que buscan trabajo por 1ª vez.

Variables sociodemográficas y de ajuste

Se consideraron también las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel educacional, de acuerdo al último nivel educacional aprobado por los encuestados. Además, se incluyó la variable relativa a la cobertura del sistema de salud y tipo de sistema de salud al cual los entrevistados se encontraban afiliados.

Análisis estadístico

El análisis de los datos consideró en primer lugar un análisis descriptivo transversal de las tres rondas, comparando las características de los sujetos con y sin diagnóstico de hipertensión.

En segundo lugar, para cada año, se realizó un análisis estratificado para estudiar la relación entre el no encontrarse en tratamiento médico por hipertensión y las distintas variables independientes definidas, mediante tablas de frecuencia y medidas de asociación (Chi²) para lo cual se estableció un nivel de significación del 0,05.

Por último, el análisis multivariado longitudinal consideró la realización de un modelo logístico de efectos fijos. Para ello se construyó primero un modelo de regresión que incorporó todas las variables independientes que mostraron medidas de asociación significativas con la variable dependiente en el análisis estratificado. En segundo lugar, se construyeron dos modelos adicionales para distintas sub-poblaciones de acuerdo a su status en el empleo: uno para los trabajadores empleadores y cuenta propia; y otro para los trabajadores dependientes, incluyendo al servicio doméstico.

La fórmula del modelo que se construyó corresponde a:

$$Y_{it} = \gamma_0 + \rho_i + \gamma_1 Exposure_{it} + \gamma_2 X_{it} + \omega_{it}$$

donde i corresponde a cada individuo; t es el momento del tiempo que se analiza; Y_{it} es la variable dependiente del estudio (acceso a tratamiento médico); $Exposure_{it}$ corresponde a las condiciones de empleo, medida a través de los distintos perfiles elaborados; ρ_i corresponden a las características individuales de cada caso que dicen relación con todas las variables que no cambian en el tiempo (sexo) y que se relacionan con la variable dependiente; X_{it} corresponde a todas las otras variables que cambian con el tiempo (edad, nivel educacional); y ω_{it} que corresponde al error del modelo.

Todos los análisis se realizaron con el uso del software estadístico SPSS v.18 y Stata v12. Los análisis descriptivo y estratificado se llevaron a cabo utilizando los ponderadores muestrales para cada año en el módulo de muestras complejas de SPSS para obtener estimaciones poblacionales. El análisis multivariado longitudinal se realizó utilizando la muestra. Esto último ya que en las bases de datos disponibles no se contaba con la información necesaria para definir el diseño de muestreo complejo con el que cuenta la encuesta, con sus distintas etapas y unidades muestrales, lo cual resulta de especial importancia para este tipo de análisis.

RESULTADOS

Como se observa en la Tabla 1, la prevalencia de hipertensión se mantuvo estable durante los tres años, con una pequeña disminución en el 2006, pero una nueva alza en 2009 (18,3% en 2004 (IC= 17,6%-19%); 16% en 2006 (IC= 15,3% - 16,7%) y 19,9% en 2009 (IC= 19% - 20,8%). Del acceso a tratamiento médico, un 15,4% en 2004 (IC= 14,1% - 16,9%), un 20,3% en 2006 (IC= 18,2% - 22,6%) y un 12% en 2009 (IC= 10,4% - 13,7%) no se encontraba en tratamiento a pesar de estar diagnosticado por hipertensión.

La población que reporta hipertensión mostró ser mayoritariamente femenina, de mayor edad y menor nivel educacional que aquella sin hipertensión. Ambos grupos de la población se encuentran afiliados en su mayoría en el Fondo Nacional de Salud, FONASA, el sistema público de salud. En general, los trabajadores que cotizan pertenecen a los grupos FONASA C y D, que utilizan con mayor frecuencia prestadores privados. En cambio los carentes de recursos (A) y jubilados (B) usan la atención primaria pública, gratuita.

Con respecto a sus condiciones de empleo, la población con hipertensión mostró encontrarse en su mayoría cesante o inactiva que aquella sin hipertensión, lo cual podría explicarse por su edad. Sin embargo, dentro el grupo activo laboralmente, tanto para el grupo con hipertensión como aquel sin hipertensión, se observó una mayor proporción de empleados y de trabajadores con empleo formal. La proporción de trabajadores con empleo informal, dentro de la población con y sin hipertensión, se encontró entre un 13% y un 20% en los distintos años.

En relación a los distintos perfiles de condiciones de empleo para la población adulta en general (con y sin hipertensión), se observó una mayor proporción de hombres dentro de aquellos con empleos formales e informales y una mayor proporción de mujeres cesantes o inactivas. Con respecto a su nivel educacional, la población con empleo informal y cesante o inactiva mostró una mayor proporción en los niveles de menor educación que aquellos con empleo formal. A pesar que la mayoría de la población de los distintos grupos se encuentra afiliada mayormente a FONASA, llama la atención que la proporción de población afiliada a un asegurador privado, ISAPRE, es ampliamente mayor en aquellos grupos con empleo formal⁷.

⁷ Esta información se encuentra presentada en detalle en la tabla 1 de Anexos al final de este documento.

Sobre la trayectoria laboral de los entrevistados en las distintas rondas de la EPS (Tabla 2), se observa que un 29,5% se ha encontrado siempre cesante o inactivo, seguido por un 25% que siempre se ha mantenido en empleos formales a lo largo de los años y un 7,7% que lo ha hecho en empleos informales. Un 11,7% de la población ha estado transitando entre la formalidad y la informalidad durante los periodos estudiados y el resto ha pasado desde la formalidad o informalidad al desempleo o viceversa.

En relación a los grupos de la población que en menor proporción accede a tratamiento médico a pesar de tener hipertensión (Tabla 3), sólo se observó una asociación significativa según sexo para los años 2006 y 2009 donde son los hombres quienes mayormente no estarían recibiendo el tratamiento médico necesario. Asimismo, para todos los años se observa que en general los grupos de mayor nivel educacional y más jóvenes son aquellos que no estarían accediendo a tratamiento médico.

En relación al tipo de sistema de salud, como era de esperar aquellos grupos de la población sin ninguna cobertura de salud son quienes en menor proporción acceden al tratamiento médico por hipertensión y aquellos en ISAPRE cuentan con un nivel de acceso similar o inferior que aquellos en FONASA.

Según sus condiciones de empleo, el grupo de población que se encuentra trabajando y, dentro de ellos quienes son empleados y cuenta propia, son quienes en menor proporción acceden a tratamiento médico en comparación a aquellos cesantes o inactivos o en otras situaciones de empleo.

Cuando se analiza el nivel de acceso a tratamiento de acuerdo a los distintos perfiles de condiciones de empleo definidos, se observa que los trabajadores formales son quienes acceden en menor proporción, seguido de los informales y cesantes o inactivos.

Sin embargo, al analizar dicha relación distinguiendo entre las distintas situaciones de empleo, es posible observar que en la mayoría de los casos, los grupos con empleos informales son quienes están en tratamiento en menor proporción. Esto se observa con claridad para los empleados y cuenta propia en los años 2004 y 2009 y para los trabajadores de Servicio Doméstico en todos los años.

En concordancia con lo anterior, los resultados del primer modelo de análisis multivariado (Tabla 4) evidencian que los trabajadores formales e informales cuentan con un mayor probabilidad de no encontrarse en tratamiento médico que aquellos cesantes o inactivos (T. Formales= OR: 1,66 (1,42-1,94); T. Informales= OR: 1,66 (1,41-1,95)). En este modelo se observa también que las mujeres tienen una menor probabilidad de no estar en tratamiento en comparación a los hombres (OR: 0,84 (0,74-0,97)), al igual que aquella población perteneciente a los menores niveles educacionales en comparación con aquella con educación superior. Por último, en relación a la cobertura del sistema de salud, se observa que estar afiliado a FONASA en comparación a un ISAPRE se asocia con un OR de 1,59 (1,20-2,11) de no estar en tratamiento médico por HTA, valor que se incrementa para aquellos casos con cobertura de otros sistemas y aquellos sin ninguna cobertura de salud.

El segundo y tercer modelo – para los empleadores y cuenta propia; y para los trabajadores asalariados, respectivamente – permitió identificar algunas diferencias entre trabajadores formales e informales, siendo estos últimos quienes evidenciaron una mayor probabilidad de no encontrarse en tratamiento por HTA. Sin embargo, estas estimaciones no resultaron ser significativas – lo cual puede explicarse por la reducción en el número de casos al diferenciar la población según su situación de empleo – y, por ende, requieren de mayor profundización.

DISCUSIÓN

Para todas las rondas de la EPS se observó una prevalencia de hipertensión estable en el tiempo y mayormente presente en los grupos de más edad y menor escolaridad, variables que en el contexto de Chile se encuentran estrechamente relacionadas (24). Esto refuerza la idea de que esta prevalencia se presenta siguiendo una gradiente social y de manera inequitativa para los grupos sociales en una posición más desventajosa. En concordancia con ello, al analizar las condiciones de empleo de la población, se observó también una mayor prevalencia de hipertensión en la población cesante o inactiva, la cual comparte dichas características sociodemográficas de mayor edad y menor nivel educacional.

Los resultados obtenidos con respecto a la población con hipertensión que no tiene acceso a tratamiento médico indican que son mayoritariamente hombres, de edades más jóvenes y población cesante o inactiva. Estos resultados se condicen con los hallazgos identificados en la literatura. Esto en el sentido que algunos de los programas implementados, por ejemplo la aplicación del Examen de Medicina Preventiva (EMP), presentan dificultades para la población que trabaja – principalmente hombres y población joven – al no poder acceder a los centros de salud en horario laboral (25). Al respecto, el hecho que las mujeres presenten mejores resultados de acceso a tratamiento podría relacionarse con su baja participación en el mercado laboral de Chile, la cual continua siendo una de las menores entre los países de la OECD (26), y que podría facilitar su acceso al tratamiento médico por mayor disponibilidad de tiempo.

Por otro lado, dentro de la población activa laboralmente, el hecho que los trabajadores con empleo informal sean quienes acceden en menor proporción al tratamiento médico, se encuentra relacionado con la mayor protección con la que cuentan los trabajadores formales en desmedro de aquellos informales. Asimismo, los grupos de trabajadores informales deben enfrentar distintas barreras en el proceso de acceso a la salud (27, 28).

Por ejemplo, la posibilidad de expresar una necesidad en salud puede verse dificultada para aquellos trabajadores, como los asalariados y de servicio doméstico, al momento de requerir el permiso del empleador para visitar los servicios de salud ante una enfermedad o problema. Asimismo, estos grupos de trabajadores también pueden sentir el temor a ser reemplazados en sus trabajos por haberse ausentado de sus labores o verse imposibilitados de tomarse el descanso o licencia médica en el caso que sea prescrita, entre otros (28). Asimismo, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, a pesar de poder manejar más libremente su tiempo, cuentan con el problema de muchas veces no poder dejar de trabajar para no perder el ingreso que eso significa en la modalidad de trabajo que llevan, así como con la imposibilidad que tienen para tomar el reposo necesario si es que se les es recetado (28).

Al momento mismo de acceder a los servicios de salud, los trabajadores informales también enfrentan otro tipo de problemas relacionados con la organización misma del servicio de salud. En esta etapa cobran relevancia las dificultades ya mencionadas relacionadas con la incompatibilidad de horarios que muchas veces afecta a quienes trabajan en horario laboral fijo (empleados y de servicio doméstico). También, para algunos casos en específico, se generan dificultades asociadas a problemas financieros para el pago de la atención o compra de medicamentos.

Por último, debido a que los trabajadores informales generalmente son grupos de menores niveles educacionales y de ingreso (28), muchas veces su intención de iniciar o continuar un tratamiento asociado a enfermedades de tipo crónico, se ve pospuesto al no percibirse como una urgencia inmediata que les impide continuar con sus labores diarias en el trabajo (28). Esto último se relaciona con la concepción de salud que tienen los trabajadores informales, la cual se asocia a la posibilidad de continuar trabajando (28), lo cual generaría que el mantener un tratamiento estable para problemas de origen crónico como la hipertensión, no sean prioridad muchas veces.

Todos estos elementos implican desafíos a nivel micro y macro para las políticas y programas de gobierno que buscan la incorporación de los grupos de la población con enfermedades crónicas que no están accediendo a los servicios de atención en salud.

A nivel micro, un desafío claro es el poder aumentar los horarios en los cuales los centros públicos de atención en salud están en funcionamiento para la población. Esto permitiría que los trabajadores cuyo horario de trabajo coincide con el que funcionan los dichos centros, puedan acceder a ellos al finalizar su jornada de trabajo, mejorando su acceso al control médico y a las políticas focalizadas en mecanismos de prevención como es la aplicación del examen preventivo EMP, por ejemplo.

Un segundo desafío en este nivel es el poder implementar una política de vigilancia y seguimiento activo por los equipos de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, como la hipertensión por ejemplo, y que no hayan continuado el tratamiento médico indicado, lo cual mejoraría los niveles de acceso y continuidad del tratamiento de este tipo de pacientes.

A nivel macro, desde el ámbito de la salud, es fundamental el poder realizar un rediseño de las políticas públicas sanitarias con miras a la Cobertura Universal de Salud en sus diversas dimensiones - la cobertura poblacional; la cobertura de servicios; y la cobertura financiera (29). Esto implicaría, primero, ampliar la forma como se entiende el concepto de “acceso a la salud” más allá del sólo enrolamiento en los sistemas de salud (30), con el fin de identificar los grupos que, a pesar de encontrarse registrados en los sistemas, no logran acceder a los servicios de atención en salud. Esto permitirá focalizar y reorientar mejor las políticas que se diseñen en el país con ese objetivo, mejorando su cobertura y efectividad, e incorporar un componente claro de equidad al ejercicio de la planificación sanitaria.

Por otro lado, en el ámbito del trabajo, resulta fundamental el poder implementar políticas que permitan que las distintas formas de empleo aseguren a los trabajadores un nivel equitativo de protección social que no esté determinado por el tipo de empleo, sino que se encuentre asegurado como un derecho social.

Los resultados obtenidos en el presente estudio refuerzan la idea del empleo como un determinante social fundamental del acceso a la salud y, en este caso, del acceso a tratamiento médico de la población con hipertensión arterial.

Como fue mencionado, la incorporación del empleo como enfoque de análisis de estas temáticas resulta un aporte para poder comprender de mejor manera las inequidades que siguen estando presentes en nuestro sistema de salud y para explicar niveles de cobertura subóptimas.

Aun cuando los resultados obtenidos muestran tendencias claras con respecto a las inequidades que persisten en el acceso a la atención médica, es importante tener en consideración sus limitaciones. En primer lugar, la información de la EPS es autoreportada, sin medición objetiva de enfermedad. Así, puede dejar fuera del análisis a personas hipertensas con empleos de menor calidad que no estarían accediendo al diagnóstico y, por ende, tampoco al tratamiento. Por otra parte, debido al tipo de preguntas disponibles en la encuesta analizada, los indicadores de acceso al tratamiento médico y la medición de empleo informal resultaron limitados. En el primer caso, sería fundamental el haber podido incluir dimensiones como la continuidad del mismo, adherencia y control. Con respecto a la medición de empleo informal, se optó por utilizar la medición de informalidad que propone PREALC puesto que la encuesta analizada permitía su construcción completa, y no así la de otras metodologías más recientes como la de la Organización Internacional del Trabajo, que incorpora dominios como la protección en materia de seguridad social para definir el empleo informal, más allá del enfoque productivo.

También hubiera sido importante incorporar otras dimensiones asociadas a la cobertura, tales como indicadores de cobertura financiera y de calidad de la atención, y no sólo el enrolamiento en salud. Por último, la disponibilidad de casos en la encuesta analizada también se constituyó como una limitación, especialmente al momento de querer hacer un análisis diferenciado para las distintas situaciones de empleo, donde se obtuvieron resultados no significativos.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos de este estudio implican un desafío para la planificación de las políticas públicas orientadas a disminuir la morbimortalidad por este tipo de patologías. Esto tanto en términos de la elaboración de nuevas políticas que puedan ser diseñadas, así como relación a la reevaluación de las ya existentes para que permitan la incorporación de los grupos de trabajadores desprotegidos que continúan sin acceso.

Reconocimientos: Las autoras agradecen a la Subsecretaría de Protección Social del Ministerio de Trabajo de Chile por la entrega de las bases de datos de la Encuesta de Protección Social y al Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS). Asimismo, se agradece el amplio trabajo realizado por el Programa de Trabajo, Empleo, Equidad y Salud (TEES) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO - Chile), por su valioso aporte al análisis de las temáticas consideradas en el presente estudio. Los resultados y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de las autoras y no comprometen de ninguna manera el Gobierno de Chile.

TABLAS

Tabla 1. Análisis descriptivo de población con y sin hipertensión arterial según variables sociodemográficas, cobertura del sistema de salud y condiciones de empleo. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009.

Variables de estudio	EPS 2004								EPS 2006							
	Población con hipertensión				Población sin hipertensión				Población con hipertensión				Población sin hipertensión			
	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC
Prevalencia de hipertensión	1.841.227	2.767	18,3%	(17,6% - 19%)	8.226.241	12.642	81,7%	(81% - 82,4%)	1.909.369	3.333	16,0%	(15,3% - 16,7%)	10.041.885	12.462	84,0%	(83,3% - 84,7%)
Acceso a tratamiento médico por hipertensión																
Si	1.556.820	2.326	84,6%	(83,1% - 85,9%)	--	--	--	--	1.521.956	2.776	79,7%	(77,4% - 81,8%)	--	--	--	--
No	284.406	441	15,4%	(14,1% - 16,9%)	--	--	--	--	387.413	557	20,3%	(18,2% - 22,6%)	--	--	--	--
Características sociodemográficas																
Sexo																
Hombre	626.320	1.041	34,0%	(32,2% - 35,9%)	4.135.345	6.629	50,3%	(49,3% - 51,2%)	632.379	1.283	33,1%	(31,1% - 35,2%)	5.194.473	6.556	51,7%	(50,3% - 53,1%)
Mujer	1.214.907	1.726	66,0%	(64,1% - 67,8%)	4.090.896	6.013	49,7%	(48,8% - 50,7%)	1.276.990	2.050	66,9%	(64,8% - 68,9%)	4.847.412	5.906	48,3%	(46,9% - 49,7%)
Edad																
Promedio de edad	1.841.227	2.767	58,55	(57,9 - 53,1)	8.226.241	12.642	42,63	(42,3 - 42,9)	1.909.369	3333	56,93	(55,94 - 57,91)	10.041.885	12462	37,66	(37,24 - 38,09)
Nivel educacional																
Ninguno o parvularia	105.629	175	5,8%	(5% - 6,7%)	170.166	289	2,1%	(1,8% - 2,4%)	108.752	197	5,8%	(4,9% - 6,7%)	153.557	280	1,5%	(1,3% - 1,8%)
Educación básica	903.647	1.385	49,4%	(47,7% - 51,5%)	2.490.231	4.065	30,4%	(29,6% - 31,3%)	902.520	1614	47,8%	(45,6% - 50%)	2.434.806	3821	24,4%	(23,4% - 25,4%)
Educación Media	499.959	732	27,4%	(25,5% - 29,2%)	2.630.345	3.990	32,1%	(31,3% - 33%)	526.533	914	27,9%	(26% - 29,8%)	3.119.398	4034	31,3%	(30% - 32,6%)
Educación Técnica	147.025	223	8,0%	(7% - 9,2%)	1.134.263	1.771	13,9%	(13,2% - 14,5%)	156.319	269	8,3%	(7,1% - 9,6%)	1.458.858	1770	14,6%	(13,7% - 15,7%)
Educación Superior	171.274	231	9,4%	(8,1% - 10,8%)	1.758.645	2.465	21,5%	(20,7% - 22,3%)	192.952	300	10,2%	(8,5% - 12,3%)	2.804.206	2489	28,1%	(26,7% - 29,6%)
Cobertura del sistema de salud																
FONASA A	508.575	783	27,6%	(25,8% - 29,5%)	1.803.699	2.785	21,9%	(21,2% - 22,7%)	623.136	956	32,6%	(30,6% - 34,8%)	2.318.325	2.715	23,1%	(21,9% - 24,3%)
FONASA B	599.776	943	32,6%	(30,7% - 34,5%)	1.790.310	2.933	21,8%	(21% - 22,5%)	561.676	1.118	29,4%	(27,6% - 31,3%)	2.241.962	3.123	22,3%	(21,2% - 23,5%)
FONASA C	175.214	264	9,5%	(8,4% - 10,8%)	1.043.691	1.629	12,7%	(12,1% - 13,3%)	171.975	309	9,0%	(7,9% - 10,2%)	1.275.455	1.675	12,7%	(11,8% - 13,7%)
FONASA D	180.222	256	9,8%	(8,5% - 11,2%)	866.012	1.394	10,5%	(10% - 11,1%)	140.468	288	7,4%	(6,5% - 8,4%)	982.281	1.347	9,8%	(9% - 10,6%)
FONASA, desconoce grupo	92.655	126	5,0%	(4,2% - 6,1%)	404.318	587	4,9%	(4,5% - 5,4%)	111.752	208	5,9%	(5% - 6,8%)	586.623	681	5,8%	(5,2% - 6,6%)
FF.AA.	26.723	38	1,5%	(1% - 2%)	109.791	149	1,3%	(1,1% - 1,6%)	32.000	48	1,7%	(1,2% - 2,3%)	111.087	123	1,1%	(0,8% - 1,5%)
ISAPRE	141.928	186	7,7%	(6,6% - 9,1%)	1.229.811	1.733	14,9%	(14,2% - 15,7%)	148.251	214	7,8%	(6,4% - 9,4%)	1.456.590	1.654	14,5%	(13,5% - 15,6%)
Ninguno	95.686	136	5,2%	(4,4% - 6,2%)	837.804	1.217	10,2%	(9,6% - 10,8%)	59.535	100	3,1%	(2,5% - 4%)	824.572	817	8,2%	(7,4% - 9,1%)
Otro	--	--	--	--	1.774	2	0,0%	(0% - 0,1%)	31.362	33	1,6%	(0,8% - 3,5%)	47.683	62	0,5%	(0,3% - 0,7%)
No responde	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
No sabe	20.447	35	1,1%	(0,8% - 1,6%)	139.029	213	1,7%	(1,5% - 2%)	29.214	59	1,5%	(1,1% - 2,2%)	197.307	265	2,0%	(1,6% - 2,4%)
Condiciones de empleo																
Situación en la fuerza de trabajo																
Trabajando	721.075	1.103	39,2%	(37,2% - 41,2%)	4.824.223	7.712	58,7%	(57,7% - 59,6%)	657.390	1.248	34,4%	(32,5% - 36,4%)	5.974.499	8.063	59,5%	(58% - 60,9%)
Cesante, Inactivo o buscando trabajo por 1° vez	1.118.834	1.662	60,8%	(58,8% - 62,8%)	3.395.089	4.921	41,3%	(40,4% - 42,3%)	1.251.979	2.085	65,6%	(63,6% - 67,5%)	4.067.386	4.399	40,5%	(39,1% - 42%)
Status en el empleo																
Patrón o empleador	34.263	50	4,8%	(3,5% - 6,5%)	174.323	276	3,6%	(3,2% - 4,1%)	58.372	108	8,9%	(7,2% - 10,9%)	413.148	588	6,9%	(6,1% - 7,8%)
Cuenta Propia	179.788	278	25,0%	(22,3% - 27,8%)	927.891	1.441	19,3%	(18,3% - 20,2%)	188.791	301	28,7%	(25,6% - 32,1%)	991.076	1.367	16,6%	(15,6% - 17,7%)
Empleado	416.103	650	57,8%	(54,5% - 61%)	3.435.981	5.570	71,3%	(70,2% - 72,4%)	352.950	725	53,7%	(50,3% - 57%)	4.308.852	5.762	72,2%	(70,8% - 73,6%)
Servicio doméstico	84.831	116	11,8%	(9,7% - 14,2%)	262.861	388	5,5%	(4,9% - 6,1%)	51.495	105	7,8%	(6,4% - 9,6%)	218.579	310	3,7%	(3,1% - 4,4%)
Familiar no remunerado	5.064	8	0,7%	(0,3% - 1,4%)	17.357	26	0,4%	(0,2% - 0,5%)	5.782	9	0,9%	(0,4% - 1,8%)	35.928	29	0,6%	(0,3% - 1,1%)
Perfiles de Condiciones de empleo																
Trabajadores con empleo formal	457.118	696	25,0%	(23,2% - 26,8%)	3.370.530	5.416	41,1%	(40,2% - 42,1%)	341.439	685	18,1%	(16,6% - 19,6%)	3.733.929	5.115	38,3%	(37% - 39,7%)
Trabajadores con empleo informal	254.417	398	13,9%	(12,6% - 15,3%)	1.426.649	2.252	17,4%	(16,7% - 18,1%)	293.852	511	15,6%	(14,1% - 17,2%)	1.949.158	2.555	20,0%	(19% - 21,1%)
Trabajadores cesantes o inactivos	1.118.834	1.662	61,1%	(59,1% - 63,1%)	3.395.089	4.921	41,4%	(40,5% - 42,4%)	1.251.979	2.085	66,3%	(64,3% - 68,3%)	4.067.386	4.399	41,7%	(40,3% - 43,2%)

Tabla 1. Análisis descriptivo de población con y sin hipertensión arterial según variables sociodemográficas, cobertura del sistema de salud y condiciones de empleo. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009 (Continuación).

Variables de estudio	EPS 2009							
	Población con hipertensión				Población sin hipertensión			
	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC
Prevalencia de hipertensión	2.421.429	3.385	19,9%	(19% - 20,8%)	9.763.995	10.688	80,1%	(79,2% - 81%)
Acceso a tratamiento médico por hipertensión								
Si	2.132.048	2.992	88,0%	(86,3% - 89,6%)	--	--	--	--
No	289.381	393	12,0%	(10,4% - 13,7%)	--	--	--	--
Características sociodemográficas								
Sexo								
Hombre	844.045	1.345	34,9%	(32,5% - 37,2%)	5.038.056	5.532	51,6%	(50% - 53,2%)
Mujer	1.577.384	2.040	65,1%	(62,8% - 67,5%)	4.725.939	5.156	48,4%	(46,8% - 50%)
Edad								
Promedio de edad	2.421.429	3.385	60	(58,8 - 60,3)	9.763.995	10.688	41	(40,8 - 41,9)
Nivel educacional								
Ninguno o parvularia	128.321	205	5,3%	(4,4% - 6,4%)	140.788	207	1,5%	(1,2% - 1,8%)
Educación básica	1.183.494	1.719	49,2%	(46,7% - 51,6%)	2.488.741	3.276	25,8%	(24,6% - 27%)
Educación Media	708.436	899	29,4%	(27,2% - 31,8%)	3.229.696	3.622	33,5%	(32% - 35%)
Educación Técnica	195.989	257	8,1%	(6,8% - 9,7%)	1.368.440	1.456	14,2%	(13,1% - 15,4%)
Educación Superior	191.420	290	8,0%	(6,8% - 9,3%)	2.414.996	2.019	25,0%	(23,4% - 26,7%)
Cobertura del sistema de salud								
FONASA A	812.377	1.018	33,5%	(31,2% - 35,9%)	2.517.454	2.657	25,8%	(24,4% - 27,2%)
FONASA B	749.200	1.175	30,9%	(28,8% - 33,1%)	2.165.288	2.707	22,2%	(20,9% - 23,5%)
FONASA C	203.009	286	8,4%	(7,1% - 9,9%)	1.165.003	1.387	11,9%	(11% - 12,9%)
FONASA D	175.751	261	7,3%	(6,1% - 8,6%)	982.049	1.103	10,1%	(9,2% - 11%)
FONASA, desconoce grupo	174.394	248	7,2%	(5,9% - 8,7%)	683.805	688	7,0%	(6% - 8,1%)
FF.AA.	21.294	32	,9%	(0,5% - 1,4%)	108.826	99	1,1%	(0,8% - 1,6%)
ISAPRE	146.314	203	6,0%	(5% - 7,3%)	1.273.099	1.249	13,0%	(12% - 14,2%)
Ninguno	50.712	50	2,1%	(1,4% - 3,1%)	527.456	412	5,4%	(4,5% - 6,4%)
Otro	34.411	48	1,4%	(0,9% - 2,3%)	111.965	137	1,1%	(0,9% - 1,5%)
No responde	7.124	12	,3%	(0,1% - 0,6%)	56.195	61	,6%	(0,4% - 0,8%)
No sabe	46.843	52	1,9%	(1,2% - 3,1%)	172.855	188	1,8%	(1,4% - 2,2%)
Condiciones de empleo								
Situación en la fuerza de trabajo								
Trabajando	833.392	1.252	34,4%	(32,2% - 36,7%)	6.214.535	6.949	63,6%	(62,1% - 65,2%)
Cesante, Inactivo o buscando trabajo por 1° vez	1.588.037	2.133	65,6%	(63,3% - 67,8%)	3.549.460	3.739	36,4%	(34,8% - 37,9%)
Status en el empleo								
Patrón o empleador	51.888	78	6,2%	(4,6% - 8,5%)	317.041	385	5,1%	(4,5% - 5,8%)
Cuenta Propia	244.686	325	29,4%	(25,7% - 33,3%)	1.132.535	1.231	18,2%	(16,9% - 19,7%)
Empleado	475.305	758	57,0%	(53,1% - 60,9%)	4.517.007	5.041	72,8%	(71,1% - 74,4%)
Servicio doméstico	57.148	87	6,9%	(5,3% - 8,9%)	216.752	267	3,5%	(2,9% - 4,1%)
Familiar no remunerado	4.365	4	,5%	(0,1% - 1,9%)	23.724	20	,4%	(0,2% - 0,9%)
Perfiles de Condiciones de empleo								
Trabajadores con empleo formal	428.718	695	18,0%	(16,4% - 19,8%)	3.846.697	4.290	42,1%	(40,5% - 43,8%)
Trabajadores con empleo informal	362.886	489	15,2%	(13,6% - 17,1%)	1.736.524	1.986	19,0%	(17,8% - 20,3%)
Trabajadores cesantes o inactivos	1.588.037	2.133	66,7%	(64,5% - 68,9%)	3.549.460	3.739	38,9%	(37,2% - 40,5%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Análisis de la trayectoria laboral de los encuestados. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009.

Trayectoria en los perfiles de condiciones de empleo	n	%
Trabajadores con trayectoria en el Empleo Formal	4.185	25,3%
Trabajadores con trayectoria en el Empleo Informal	1.282	7,7%
Trabajadores con trayectoria en la Cesantía o Inactividad	4.892	29,5%
Trabajadores que transitan desde la Informalidad al Desempleo	780	4,7%
Trabajadores que transitan desde la Formalidad al Desempleo	1.382	8,3%
Trabajadores que transitan desde el Desempleo a la Informalidad	794	4,8%
Trabajadores que transitan desde el Desempleo a la la Formalidad	1.292	7,8%
Trabajadores que transitan entre la Informalidad y la Formalidad	1.945	11,7%
Perdidos	4	0,0%
Total	16.556	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Análisis bi-variado de población sin acceso a tratamiento médico por hipertensión arterial según variables sociodemográficas, cobertura del sistema de salud y condiciones de empleo. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009.

Variables de estudio	EPS 2004					EPS 2006					EPS 2009				
	Población que NO se encuentra actualmente en tratamiento por					Población que NO se encuentra actualmente en tratamiento por					Población que NO se encuentra actualmente en tratamiento por				
	N	n	%/X	IC	χ^2	N	n	%/X	IC	χ^2	N	n	%/X	IC	χ^2
Características sociodemográficas															
Sexo															
Hombre	99.427	171	15,90%	(13,7% - 18,3%)	0,585	158.556	259	25,10%	(21,3% - 29,2%)	0,000	128.937	196	15,30%	(12,3% - 18,9%)	0,000
Mujer	184.980	270	15,20%	(13,50% - 17,20%)		228.857	298	17,90%	(15,4% - 20,7%)		160.444	197	10,20%	(8,5% - 12,1%)	
Edad															
Promedio de edad	284.406	441	49,43	(47,9 - 50,9)	0,000	387413	557	44,38	(41,8 - 46,8)	0,000	289.381	393	51,38	(48,5 - 54,2)	0,000
Nivel educacional															
Ninguno o parvularia	13.251	23	12,50%	(8,2% - 18,7%)	0,000	10.570	19	9,70%	(5,9% - 15,6%)	0,000	4.401	9	3,40%	(1,5% - 7,9%)	0,000
Educación básica	118.787	191	13,10%	(11,4% - 15,1%)		151.796	231	16,80%	(14,1% - 20%)		117.537	188	9,90%	(8,2% - 11,9%)	
Educación Media	74.620	113	14,90%	(12,4% - 17,9%)		122.580	186	23,30%	(19,8% - 27,2%)		106.946	119	15,10%	(11,6% - 19,4%)	
Educación Técnica	37.648	57	25,60%	(19,9% - 32,2%)		39.133	52	25,00%	(17,9% - 33,9%)		37.744	48	19,30%	(13,4% - 26,9%)	
Educación Superior	36.167	50	21,10%	(15,8% - 27,7%)		57.306	63	29,70%	(20,1% - 41,5%)		19.834	27	10,40%	(5,8% - 17,7%)	
Cobertura del sistema de salud															
FONASA A	71.158	116	14,00%	(11,7% - 16,7%)	0,000	136.625	158	21,90%	(17,9% - 26,6%)	0,000	99.330	125	12,20%	(9,7% - 15,3%)	0,004
FONASA B	76.467	127	12,70%	(10,7% - 15,1%)		81.358	154	14,50%	(11,9% - 17,5%)		77.233	116	10,30%	(8% - 13,1%)	
FONASA C	37.076	59	21,20%	(16,4% - 26,9%)		35.240	61	20,50%	(15,7% - 26,3%)		36.259	43	17,90%	(10,7% - 28,4%)	
FONASA D	24.116	35	13,40%	(9,5% - 18,5%)		26.094	47	18,60%	(13,3% - 25,3%)		25.383	30	14,40%	(8,3% - 24%)	
FONASA, desconoce grupo	17.316	24	18,70%	(12,4% - 27,2%)		21.192	33	19,00%	(12,7% - 27,3%)		22.100	37	12,70%	(8,5% - 18,4%)	
FF.AA.	2.273	3	8,50%	(2,7% - 23,6%)		6.464	11	20,20%	(10,8% - 34,6%)		3.011	3	14,10%	(4% - 39,1%)	
ISAPRE	21.813	28	15,40%	(10,3% - 22,4%)		42.588	38	28,70%	(18,3% - 42,1%)		10.010	13	6,80%	(3,6% - 12,7%)	
Ninguno	31.144	43	32,50%	(24,6% - 41,7%)		20.049	34	33,70%	(23,8% - 45,3%)		10.803	13	21,30%	(10,8% - 37,8%)	
Otro	--	--	--	--		9.378	7	29,90%	(7,4% - 69,5%)		1.905	7	5,50%	(1,9% - 14,7%)	
No responde	--	--	--	--		--	--	--	--		457	1	6,40%	(0,8% - 35,6%)	
No sabe	3.043	6	14,90%	(6,6% - 30,1%)	8.425	14	28,80%	(17,1% - 44,4%)	2.890	5	6,20%	(2,2% - 16,2%)			
Condiciones de empleo															
Situación en la fuerza de trabajo															
Trabajando	132.244	208	18,30%	(16% - 20,9%)	0,001	180.484	306	27,50%	(24,3% - 30,8%)	0,000	137.941	208	16,60%	(14% - 19,5%)	0,000
Cesante, Inactivo o buscando trabajo por 1° vez	151.560	232	13,50%	(11,9% - 15,4%)		206.929	251	16,50%	(13,8% - 19,7%)		151.440	185	9,50%	(7,7% - 11,8%)	
Status en el empleo															
Patrón o empleador	1.559	3	4,50%	(1,4% - 13,5%)	0,002	14.722	24	25,20%	(16,8% - 36%)	0,180	6.820	12	13,10%	(6,8% - 23,9%)	0,979
Cuenta Propia	25.020	42	13,90%	(10,3% - 18,5%)		53.774	77	28,50%	(21,7% - 36,4%)		36.435	56	14,90%	(10,5% - 20,6%)	
Empleado	94.833	147	22,80%	(22,8% - 19,4%)		102.210	186	29,00%	(25% - 33,2%)		82.744	124	17,40%	(14% - 21,5%)	
Servicio doméstico	10.474	15	12,30%	(7,2% - 20,5%)		9.778	19	19,00%	(11,8% - 29%)		11.585	15	20,30%	(11,9% - 32,5%)	
Familiar no remunerado	358	1	7,10%	(0,9% - 38,4%)		357	1	8,20%	(0,8% - 49,6%)		357	1	8,20%	(0,8% - 49,6%)	
Perfiles de Condiciones de empleo															
Trabajadores con empleo formal															
Trabajadores con empleo formal	90.451	141	19,80%	(16,8% - 23,2%)	0,001	100.354	177	29,40%	(25,3% - 33,9%)	0,000	66.420	102	15,50%	(12% - 19,8%)	0,000
Trabajadores con empleo informal	41.793	67	16,40%	(12,9% - 20,6%)		75.866	117	25,80%	(20,9% - 31,4%)		67.100	98	18,50%	(14,6% - 23,2%)	
Trabajador cesante o inactivo	151.560	232	13,50%	(11,9% - 15,4%)		206.929	251	16,50%	(13,8% - 19,7%)		151.440	185	9,50%	(7,7% - 11,8%)	
Perfiles de Condiciones de empleo según status en el empleo															
Patrón o empleador															
Trabajadores con empleo formal	--	--	--	--	--	6.467	11	29,10%	(16,3% - 46,5%)	--	925	3	6,70%	(1,7% - 23,1%)	--
Trabajadores con empleo informal	1.559	3	8,70%	(2,8% - 24,3%)		8.255	13	24,90%	(14% - 40,2%)		5.895	9	15,50%	(7,4% - 29,6%)	
Cuenta Propia															
Trabajadores con empleo formal	3.389	6	12,90%	(5,7% - 26,5%)	--	7.855	11	45,70%	(25% - 68%)	--	1.239	4	3,50%	(1% - 11,8%)	--
Trabajadores con empleo informal	21.631	36	14,40%	(0,4% - 19,6%)		45.919	66	27,30%	(20,2% - 35,8%)		33.349	50	16,40%	(11,4% - 23,1%)	
Empleado															
Trabajadores con empleo formal	76.588	120	22,60%	(18,9% - 26,8%)	--	83.038	146	29,20%	(24,7% - 34,1%)	--	62.989	92	17,50%	(13,4% - 22,5%)	--
Trabajadores con empleo informal	18.245	27	23,60%	(16,2% - 32,9%)		14.908	28	28,30%	(19,9% - 38,5%)		17.181	26	21,60%	(14,2% - 31,4%)	
Servicio doméstico															
Trabajadores con empleo formal	10.474	15	13,80%	(8,1% - 22,7%)	--	2.994	9	17,10%	(8,8% - 30,6%)	--	1.267	3	6,50%	(2% - 19,1%)	--
Trabajadores con empleo informal	--	--	--	--		6784	10	20,00%	(10,7% - 34,1%)		10.318	12	27,50%	(15,4% - 44,1%)	
Familiar no Remunerado															
Trabajadores con empleo formal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Trabajadores con empleo informal	358	1	7,10%	(0,9% - 38,4%)		--	--	--	--		357	1	8,20%		(0,8% - 49,6%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Análisis multivariado de no acceso a tratamiento médico por hipertensión arterial según variables sociodemográficas, cobertura del sistema de salud y condiciones de empleo. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009.

Variables de estudio	Modelo 1: Población total		Modelo 2: Empleadores y trabajadores por cuenta propia		Modelo 3: Trabajadores asalariados, incluyendo servicio doméstico	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC
<i>Perfiles de Condiciones de Empleo</i>						
Trabajadores con empleo formal	1,66	(1,42-1,94)	1,00	--	1,00	--
Trabajadores con empleo informal	1,66	(1,41-1,95)	1,23	(0,78-1,94)	1,05	(0,81-1,36)
Trabajadores cesantes o inactivos	1,00	--	--	--	--	--
<i>Características Sociodemográficas</i>						
Sexo						
Hombre	1,00	--	1,00	--	1,00	--
Mujer	0,84	(0,74-0,97)	0,72	(0,51-1,02)	0,79	(0,63-0,99)
Nivel Educativo						
Ninguno o parvularia	0,53	(0,36-0,77)	0,90	(0,38-2,12)	0,62	(0,27-1,39)
Educación básica	0,75	(0,59-0,95)	0,93	(0,52-1,65)	0,82	(0,59-1,14)
Educación Media	0,95	(0,75-1,21)	1,07	(0,58-1,94)	0,83	(0,60-1,14)
Educación Técnica	1,17	(0,89-1,54)	0,95	(0,48-1,87)	1,06	(0,73-1,54)
Educación Superior	1,00	--	1,00	--	1,00	--
Edad	0,99	(0,990-0,994)	1,00	(0,99-1,00)	0,99	(0,98-0,99)
<i>Cobertura del Sistema de Salud</i>						
FONASA	1,59	(1,20-2,11)	1,92	(0,78-4,73)	1,80	(1,26-2,57)
ISAPRE	1,00	--	1,00	--	1,00	--
Otro	2,5	(1,36-4,60)	2,29	(0,50-10,5)	5,50	(1,17-25,9)
Ninguno	3,73	(2,54-5,48)	4,41	(1,57-12,35)	5,42	(2,60-11,2)

Fuente: Elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid
2. Ministerio de Salud de Chile. Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT). Minist Salud Chile. 2011;1–77.
3. Ministerio de Salud de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2008;1–101.
4. Lira C. EUMT. Impacto De La Hipertensión Arterial Como Factor De Riesgo Cardiovascular. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. Clínica Las Condes; 2015;26(2):156–63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
5. María Cristina EF. Prevención del riesgo cardiovascular: políticas chilenas. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012;23(6):651–5. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864012703644>
6. Ministerio de Salud. Examen Medicina Preventiva, Guía Clínica AUGE, MINSAL 2013.
7. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. 2011. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
8. Rose G, Marmot MG. Social class and coronary heart disease. Br Heart J. 1981;45(1):13–9.
9. Fleischer NL, Roux AVD. Inequidades en enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):641–8.
10. MacMahon N, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed

- overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. *Lancet*. 2000;Dec 9;356(1955):1955–64.
11. Payeras C. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión*. 2005;22(1):5–14.
 12. Libertad A, Agramonte M, Bayarre H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cuba Med Gral*. 2003;19 N° 2.
 13. Hirmas Aduy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9.
 14. Strong K, Mathers CD, Epping-Jordan J, Robert B. Reply to P. N. Lee [4]. *Int J Epidemiol*. 2006;35(2):491–2.
 15. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. 2013;1–39. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
 16. Cepal. La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. 2006;1–194.
 17. Cecchini S, Bárcena A. Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos. 2011. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
 18. Benach J, Muntaner C. Employment conditions and health inequalities. [Internet]. 2007; Disponible en: http://cdrwww.who.int/entity/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf
 19. Sparks K, Faragher B, Cooper CL. Well-being and occupational health in the 21st century workplace Kate. *J Occup Organ Psychol*. 2001;74:489–509.
 20. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Employment, work and health inequalities: A global perspective. [Forthcoming]. 2009;

21. Ministerio de Salud. Documento técnico III. Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud
22. Universidad de Chile. Encuesta de Protección Social 2002-2009. Documento Metodológico. 2009. Disponible en: http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?wpfb_dl=158
23. Organización Internacional del Trabajo. Evolución y desafíos en la medición de la informalidad [Internet]. 2006. Available from: <http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/panorama/panorama06%5Bart-3%5D.pdf>
24. Ministerio de Educación. Estadísticas de la Educación 2014 [Internet]. Journal of Chemical Information and Modeling. 2015. 160 p. Available from: http://centroestudios.mineduc.cl/tp_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/uploadImg/File/Estadisticas/Anuario_2014.pdf
25. Peña V. Examen Médico Preventivo (EMP). Coberturas y descripción de factores asociados a su aplicación en la población usuaria del Sistema Público de Salud para la Región Metropolitana . Preventive Medical Examination (PME). Coverage and description. 2009;49(3):163–70.
26. OCDE. Mejores políticas para el desarrollo: Perspectivas OCDE sobre Chile. [Internet]. 2011. Available from: <http://www.oecd.org/chile/47496842.pdf>
27. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. Salud Publica Mex. 27(5):438–53.
28. Chile F. Health Inequalities and Access to Social Security for Informal Workers in Latin America, Africa and Asia. 2015.
29. World Health Organization (WHO). The World Health Report. Health System Financing, the path to universal coverage. The World Health Report. 2010
30. Hall AG, Lemak CH, Steingraber H, Schaffer S. Expanding the definition of access: it isn't just about health insurance. J Health Care Poor Underserved. 2008;19(2):625–38

VIII. Discusión General (ampliada)

Al igual como ha sido posible observar a través de los datos de la ENS 2009-2010, los análisis realizados para las distintas rondas de la EPS evidencian que la prevalencia de hipertensión no ha logrado disminuirse en el tiempo.

En concordancia con lo señalado en la literatura, para todas las rondas de la EPS se observó una mayor prevalencia de hipertensión en los grupos de mayor edad y menor escolaridad. Esto refuerza la idea de que esta prevalencia se presenta siguiendo una gradiente social y de manera inequitativa para los grupos sociales en una posición más desventajosa. En concordancia con ello, al analizar las condiciones de empleo de la población, se observó también una mayor prevalencia de hipertensión en la población cesante o inactiva, la cual comparte dichas características sociodemográficas de mayor edad y menor nivel educacional.

Por otro lado, las cifras de no acceso a tratamiento médico muestran una reducción para el año 2009 (12%), en comparación al 2006 (20%) y 2004 (15%), lo cual podría relacionarse con la implementación de los diversos programas de gobierno diseñados para reducir la morbilidad por este tipo de enfermedades. Por ejemplo, el incremento que se observa en la población sin acceso a tratamiento en 2006 podría relacionarse con los problemas que pueden haber existido en la implementación del Plan Auge en el año 2005, donde se incorpora la hipertensión como una de las patologías cubiertas. A su vez, la reducción que se observa para el año 2009 podría explicarse por el aumento de la población en control por esa misma política pública ya habiendo concurrido algunos años desde su implementación.

Los resultados obtenidos con respecto a la población con hipertensión que no tiene acceso a tratamiento médico – mayoritariamente hombres y población más joven–, se condice con los hallazgos identificados en la literatura. Esto en el

sentido que algunos de los programas implementados, por ejemplo la aplicación del EMP, presentan dificultades para la población que trabaja – también generalmente aquella población masculina y más joven – al no poder acceder a los centros de salud en horario laboral (40).

Esto último también se ve reflejado en los resultados obtenidos de los análisis, tanto estratificado como multivariados, donde fue posible observar que la población cesante o inactiva es aquella que proporcionalmente accede en mayor medida al tratamiento médico en comparación a aquella en empleos formales o informales. De las razones que podrían explicar esta relación, podría mencionarse el hecho que la población que no se encuentra trabajando cuenta con mayores posibilidades de asistir a los controles en el horario que los centros de salud se encuentran en funcionamiento.

Por otro lado, dentro de la población activa laboralmente, es interesante notar que para los tres años analizados los trabajadores con empleo informal sean quienes generalmente acceden en menor proporción al tratamiento médico en comparación con sus pares con empleo formal de acuerdo a los resultados del análisis estratificado. Esto se encuentra relacionado con la mayor protección con la que cuentan los trabajadores formales en desmedro de aquellos informales y con las barreras que enfrenta este último grupo de trabajadores para acceder a la salud (54).

El reconocimiento y estudio de las barreras de acceso que enfrentan los trabajadores, requiere de un análisis de las distintas etapas del proceso de acceso a la salud, desde la necesidad de atención, hasta la continuidad de la misma en el tiempo (48,60).

Por ejemplo, la posibilidad de expresar una necesidad en salud puede verse dificultada al tener que requerir el permiso del empleador para visitar los servicios de salud en el caso de los trabajadores asalariados y de servicio doméstico.

Asimismo, los grupos de trabajadores informales también pueden verse influenciados por el miedo a ser reemplazados en su trabajo ante dicha ausencia o por la imposibilidad de tomarse el descanso o licencia en el caso que se requiera, entre otros (60). Asimismo, en el caso de los trabajadores por cuenta propia, a pesar de poder manejar más libremente su tiempo, cuentan con el problema de muchas veces no poder dejar de trabajar para no perder el ingreso que eso significa en la modalidad de trabajo que llevan, así como con la imposibilidad que tienen para tomar el reposo necesario si es que se les es recetado (60).

Al momento mismo de acceder a los servicios de salud, los trabajadores, y en especial los informales, también enfrentan otro tipo de problemas relacionados con la organización misma del servicio de salud. En esta etapa cobran relevancia las dificultades ya mencionadas relacionadas con la incompatibilidad de horarios que muchas veces afecta a quienes trabajan en horario laboral fijo (empleados y de servicio doméstico). También, para algunos casos en específico, se generan dificultades asociadas a problemas financieros para el pago de la atención o compra de medicamentos.

Por último, debido a que los trabajadores informales generalmente son grupos de menores niveles educacionales y de ingreso (60), muchas veces su intención de iniciar o continuar un tratamiento asociado a enfermedades de tipo crónico, se ve pospuesto al no percibirse como una urgencia inmediata que les impide continuar con sus labores diarias en el trabajo (60). En este sentido, la concepción de salud que tienen los trabajadores informales generalmente se ha asociado a la posibilidad de continuar trabajando (60), lo cual generaría que el mantener un tratamiento médico estable para problemas de origen crónico como la hipertensión, muchas veces no sea prioridad.

Todos estos elementos implican desafíos claros para las políticas y programas de gobierno que buscan la incorporación de los grupos de la población con enfermedades crónicas que no están accediendo a los servicios de atención en salud, como en este caso ocurre con la población con diagnóstico de hipertensión. De los resultados del presente estudio, es posible identificar medidas factibles de ser implementadas en dos niveles: uno micro y otro macro.

A nivel micro, un desafío claro es el poder solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud que tienen los trabajadores, y en especial aquellos con empleos informales, debido a incompatibilidad de horarios. Tal como ya ha sido implementado en otros países como España recientemente, una medida que podría incrementar los niveles de acceso de la población al tratamiento médico es el aumentar los horarios en los cuales los centros públicos de atención en salud están en funcionamiento para la población. Esto permitiría que los trabajadores cuyo horario de trabajo coincide con el que funcionan los dichos centros, puedan acceder a ellos al finalizar su jornada de trabajo, mejorando su acceso al control médico y a las políticas focalizadas en mecanismos de prevención como es la aplicación del examen preventivo EMP, por ejemplo.

Un segundo desafío en este nivel es el poder implementar una política de vigilancia hacia los pacientes con enfermedades crónicas, como la hipertensión por ejemplo, y que no hayan continuado el tratamiento médico indicado. Esto permitiría poder hacer un seguimiento activo a este tipo de pacientes y fomentar su continuidad en el tratamiento médico más allá del sólo diagnóstico de la patología. Claramente esta medida plantea un desafío claro para la reestructuración de las políticas públicas de este tipo, especialmente en términos financieros, ya que requeriría el destinar recursos a la vigilancia de este tipo de pacientes, pero que sin duda mejoraría los niveles de acceso y continuidad del tratamiento de este tipo de pacientes.

A nivel macro, es posible señalar también algunas medidas que podrían tomarse para la reorientación de las políticas y programas que busquen mejorar el acceso de los pacientes con enfermedades crónicas al tratamiento médico y la salud en general.

Por un lado, desde el ámbito de la salud, es fundamental el poder realizar un rediseño de las políticas públicas sanitarias con miras a la Cobertura Universal de Salud en sus diversas dimensiones. Acorde con la OMS, la Cobertura Universal en Salud cuenta con tres dimensiones (75): la cobertura poblacional; la cobertura de servicios; y la cobertura financiera. La primera de ellas hace referencia a las personas que están enroladas en los sistemas de salud. La segunda dice relación con la accesibilidad a los servicios de salud, así como el tipo de servicios cubiertos y su calidad. Por último, la tercera dimensión contempla los costos de la atención en salud, qué porcentaje de ellos se encuentra cubierto y qué parte debe ser pagada por los usuarios al momento de acceder a ellos.

El concebir la cobertura en salud desde esta perspectiva multidimensional implica, primero, ampliar la forma cómo se entiende el concepto de “acceso a la salud” más allá del sólo enrolamiento en los sistemas de salud. Históricamente, la noción de acceso a la salud se ha asimilado al sólo enrolamiento de las personas en dichos sistemas, sin considerar otros aspectos como la calidad de la atención, la continuidad en ella o la cobertura financiera (46). En este sentido, en el marco del presente estudio, podría considerarse que el nivel de acceso a la salud y tratamiento médico de la población con hipertensión es prácticamente universal porque la mayoría de ellos se encuentra enrolados en los sistemas de salud. Sin embargo, al ampliar esta noción más allá del sólo registro en los sistemas, se evidencia la existencia de grupos que no cuentan con un nivel de acceso continuo y estable, más allá del sólo diagnóstico, los cuales revelan las inequidades que se producen en esta dimensión. El poder considerar estas distintas dimensiones de la cobertura en salud, permitirá focalizar y reorientar mejor las políticas que se diseñen en el país con ese objetivo, mejorando su cobertura y efectividad, e

incorporar un componente claro de equidad al ejercicio de la planificación sanitaria.

Por otro lado, otra implicancia clara que se refleja en los resultados del presente estudio, se refiere al ámbito del trabajo. En particular, como ha podido evidenciarse en este estudio, existe una gradiente en cuanto a la calidad de los empleos que existen en Chile, donde aquellos formales se caracterizan por un mayor nivel de protección y los informales por un mayor nivel de precariedad y menor protección en materia de protección social (54). En este sentido, resulta fundamental el poder implementar políticas que permitan que las distintas formas de empleo aseguren a los trabajadores un nivel equitativo de protección social que no esté determinado por el tipo de empleo, sino que se encuentre asegurado como un derecho social.

Los resultados obtenidos en el presente estudio refuerzan la idea del empleo como un determinante social fundamental del acceso a la salud y, en este caso, del acceso a tratamiento médico de la población con hipertensión arterial. Específicamente, como fue posible observar, la población con empleo informal cuenta con barreras asociadas a su desprotección y relación de empleo que dificultan su acceso y continuidad en los programas de tratamiento de problemas de salud como la hipertensión.

En concordancia con ello, la incorporación del empleo como enfoque de análisis de estas temáticas resulta un aporte para poder comprender de mejor manera las inequidades que siguen estando presentes en nuestro sistema de salud.

A pesar que los resultados obtenidos muestran tendencias claras con respecto a la relación de las condiciones de empleo y el acceso a la salud de los pacientes con hipertensión, este estudio cuenta con algunas limitaciones que deben tenerse en consideración. En primer lugar, resulta fundamental el poder realizar un análisis de este tipo mejorando los indicadores que se definieron para el acceso al

tratamiento médico y la medición de empleo informal, los cuales se encontraron limitados por el tipo de preguntas disponibles en la encuesta analizada. En el primer caso sería fundamental ampliar el concepto de “acceso al tratamiento médico”, incluyendo dimensiones como la continuidad del mismo. Con respecto a la medición de empleo informal, la utilizada en este estudio corresponde a la medición de PREALC, la cual cuenta con limitaciones que han sido analizadas en reiteradas oportunidades y reformuladas por la propuesta de la Organización Internacional del Trabajo, que incorpora dominios como la protección en materia de seguridad social para definir el empleo informal, más allá que sólo el enfoque productivo que utiliza PREALC al identificar a los informales como aquellas unidades de baja productividad.

Otra limitación del estudio dice relación con el poder incorporar otras dimensiones asociadas a la cobertura en salud desde una perspectiva multidimensional. Debido a la disponibilidad de preguntas en la encuesta analizada, en el presente estudio sólo se consideró el enrolamiento en salud y el tipo de sistema al cual se encuentra enrolado. Sin embargo, sería importante incluir indicadores de cobertura financiera y de calidad de la atención.

Por último, la disponibilidad de casos en la encuesta analizada también se constituyó como una limitación, especialmente al momento de querer hacer un análisis diferenciado para las distintas situaciones de empleo, donde se obtuvieron resultado no significativos. Sería importante profundizar en estos análisis y realizar otros de mayor especificidad que permitan conocer la situación de los distintos tipos de trabajadores con respecto a su acceso a la atención en salud.

A pesar de estas limitaciones, las cuales de solucionarse enriquecerían enormemente los alcances del presente estudio, los hallazgos de este estudio y los que permita profundizar en un futuro, implican un desafío para la planificación de las políticas públicas orientadas a disminuir la morbimortalidad por este tipo de

patologías. Esto tanto en términos de la elaboración de nuevas políticas que puedan ser diseñadas, así como en relación a la reevaluación de las ya existentes para que permitan la incorporación de los grupos de trabajadores desprotegidos que continúan sin acceso.

IX. Bibliografía

1. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. 2011. Disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>
2. World Health Organization (WHO). A global brief on Hypertension. World Health Day 2013. 2013. Disponible en http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
3. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CSP28.R13. Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid
4. Ministerio de Salud de Chile. Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT). Minist Salud Chile. 2011;1–77. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16758&Itemid=.](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16758&Itemid=)
5. Ministerio de Salud de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2008;1–101. Disponible en: <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadimg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>
6. Lira C. EUMT. Impacto De La Hipertensión Arterial Como Factor De Riesgo Cardiovascular. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. Clínica Las Condes; 2015;26(2):156–63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
7. Rose G, Marmot MG. Social class and coronary heart disease. Br Heart J. 1981;45(1):13–9.
8. Strong K, Mathers CD, Epping-Jordan J, Robert B. Preventing chronic disease: a priority for global health. Int J Epidemiol. 2006;35(2):491–2.
9. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. 2013;1–39. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
10. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. 2014; Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd->

profiles-2014/en/

11. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. 2011. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
12. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9603):1929–38.
13. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):2011–30.
14. De Maio FG. Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity-based research agenda. *Global Health* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;7(1):36. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/36>
15. Garrido J, Sandoval D, Ahlers I. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol*. 2013;32:85–96.
16. Kreamsoulas C, Anand, S. The impact of social determinants on cardiovascular disease. 2010. *Can J Cardiol* Vol 26 Suppl C August/September 2010
17. Jadue L, Vega J, Escobar, María Cristina Delgado I, Garrido C, Lastra P, Espejo F, et al. Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles). *Rev méd Chile*. 1999;127(8).
18. Sandoval D, Bravo M, Koch E, Gatica S, Ahlers I, Henríquez O, et al. Overcoming barriers in the management of hypertension: The experience of the cardiovascular health program in Chilean primary health care centers. *Int J Hypertens*. 2012;2012.
19. Oksanen T, Kawachi I, Kouvonen A, Suzuki E, Takao S, Sjösten N, et al. Workplace social capital and adherence to antihypertensive medication: a cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2011;6(9):e24732. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3170374&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
20. MacMahon N, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Blood Pressure Lowering Treatment*

- Trialists' Collaboration. *Lancet*. 2000;Dec 9;356(:1955–64.
21. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2005;22(1):5–14. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188918370571521X>
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S188918370571521X?via=sd>
http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/140_planeacion_educativa_curriculum.pdf
 22. Libertad A, Agramonte M, Bayarre H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cuba Med Gral*. 2003;19 N° 2.
 23. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2014;142(10):1245–52. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014001000003&script=sci_arttext
 24. Giatti L, Barreto SM. The individual's status in the labor market and health inequity in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1).
 25. Hart J. Inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7700):648–9.
 26. Salinas J, Fernando V del R. Promoción de la Salud en Chile. *Rev chil nutr*. 2002;29(1).
 27. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia global contra la obesidad: Ego Chile. Disponible en: <http://www.pam-chile.cl/evento/evento03/pre02d.pdf>
 28. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 20.670. Sistema Elige Vivir Sano. 2013.
 29. Ferrer M. ¿La salud como responsabilidad individual? Análisis del concepto de salud en los Programas de Gobierno de la [Internet]. 2015. Disponible en: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_FerrerLues.pdf
 30. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.419. Regula actividades que indica relacionadas con el tabaco. 1995.
 31. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 20.660. Modifica Ley N° 19.419, en materia de ambientes libres de humo de tabaco. 2013.
 32. Escobar, María Cristina. Prevención del riesgo cardiovascular: políticas chilenas. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2012;23(6):651–5. Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864012703644>

33. Ministerio de Salud. Documento técnico III. Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud.
34. Ministerio de Salud. Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS). Orientación técnica y Metodología de evaluación. Año 2014. 2014; Disponible en: http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2014_orientaciones-iaaps.pdf
35. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en Red Año 2015 [Internet]. 2015. p. 23–62. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/OPPR_2015.pdf
36. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes. “Control Joven Sano.” 2014. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014CONTROLSALUDADOLES CENTE.pdf>
37. Ministerio de Salud. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. 2010. 23-48 p.
38. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.813. Otorga beneficios a la salud primaria. 2002.
39. Ministerio de Salud. Examen Medicina Preventiva, Guía Clínica AUGE, MINSAL 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Medicina%20Preventiva.pdf>
40. Peña V. Examen Médico Preventivo (EMP). Coberturas y descripción de factores asociados a su aplicación en la población usuaria del Sistema Público de Salud para la Región Metropolitana . Preventive Medical Examination (PME). Coverage and description. 2009;49(3):163–70.
41. Mansilla C, Montero J, Majluf N, Rojas MP. Comparación de datos regionales de efectividad de tratamiento de HTA según la ENS e informes REM. Rev méd Chile. 2013;141(9).
42. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Organ Mund la Salud. 2010;79.
43. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Med Res Methodol. 2006;6:35.
44. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health [Internet]. International Journal for Equity in Health;

- 2013;12(1):18. Disponible en:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3610159&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
45. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.
 46. Hall AG, Lemak CH, Steingraber H, Schaffer S. Expanding the definition of access: it isn't just about health insurance. *J Health Care Poor Underserved.* 2008;19(2):625–38.
 47. Litaker D, Koroukian SM, Love TE. Looking Beyond the Individual. 2012;43(6):531–40.
 48. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mex.* 27(5):438–53.
 49. Daniels N. Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1982;60(1):51–81.
 50. De Oliveira I, Marín-León L, Monteiro MI, Filho HRC. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil - Inequalities in health services access and use among formal, informal, and unemployed workers, based on data from the Brazil. *Cad Saude Publica [Internet].* 2013;29(7):1392–406. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700013&nrm=iso
 51. Economist T. Sri Lankas healthcare Challenges [Internet]. 2014. Disponible en: <http://country.eiu.com/article.aspx?articleid=1502512534&Country=SriLanka&topic=Economy&subtopic=Forecast>
 52. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy Plan.* 2013;(1):1–15.
 53. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. 2006;1–194.
 54. Cecchini S, Bárcena A. Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos. 2011. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
 55. Benach J, Muntaner C. Employment conditions and health inequalities.. Final Report to the WHO [Internet]. 2007; Disponible en:
http://cdrwww.who.int/entity/social_determinants/resources/articles/emcone

t_who_report.pdf

56. Sparks K, Faragher B, Cooper CL. Well-being and occupational health in the 21st century workplace Kate. *J Occup Organ Psychol*. 2001;74:489–509.
57. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Employment, work and health inequalities: A global perspective. [Forthcoming]. 2009;
58. Janlert J. Work deprivation and health. Consequences of job loss and unemployment. 1991. Tesis de la Medical Faculty, Karolinska Institute, Stockholm.
59. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004;94(1):82–8.
60. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Chile. Health Inequalities and Access to Social Security for Informal Workers in Latin America, Africa and Asia. 2015.
61. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2003;131(6). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
62. Delgado I, Cornejo M, Jadue L, Huberman J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Cient Dent* [Internet]. 2013;10(2):101–9. Disponible en: http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol10num2/chile.pdf
63. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *Int J Equity Health* [Internet]. *International Journal for Equity in Health*; 2012;11(1):68. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3541972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
64. Núñez A, Chi C. Equity in health care utilization in Chile. *Int J Equity Health* [Internet]. *International Journal for Equity in Health*; 2013;12(1):58. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3849882&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
65. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5-6).

66. Arteaga Ó, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5-6):374–85.
67. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy Plan* [Internet]. 2013;(1):1–15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23921988>
68. Frenz P, Delgado I, Kaufman J, Muñoz F, Navarrete MS. Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN. *Rev Med Chile*. 2013;141:1095–106.
69. Balaguer I. Los Estudios Longitudinales en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:149–66.
70. Hernández-Avila M, Garrido-latorre F, Lopez-Moreno, S.. Diseño de estudios epidemiológicos. 2000. *Rev Salud Pública de México / vol.42, no.2, marzo-abril de 2000*.
71. Universidad de Chile. Encuesta de Protección Social. Documento Metodológico. 2009. Disponible en: http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?wpfb_dl=158
72. Organización Internacional del Trabajo. Evolución y desafíos en la medición de la informalidad en América Latina y el Caribe. 2006. Disponible en: <http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/panorama/panorama06%5Bart-3%5D.pdf>
73. Allison P. *Fixed Effect Regression Models*. Publications S, editor. 2009.
74. Frenz P, Nazzari C, Cereceira F, Cavda G, Silva N, Villanueva L, et al. Orientaciones conceptuales y metodológicas para el estudio de enfermedades no transmisibles desde la perspectiva de equidad en el curso vital. Análisis de la Encuesta de Protección Social con Stata. Santiago OL, editor. 2015.
75. World Health Organization (WHO). *The World Health Report. Health System Financing, the path to universal coverage*. The World Health Report. 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/>

X. Anexos

Tabla 1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y cobertura del sistema de salud de la población adulta con y sin hipertensión según perfiles de condiciones de empleo. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009.

Variables de estudio	EPS 2004											
	Trabajadores con empleo formal				Trabajadores con empleo informal				Trabajadores cesantes o inactivos			
	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC
<i>Características sociodemográficas</i>												
Sexo												
Hombre	2.233.877	3.666	58,4%	(57% - 59,7%)	1.183.226	1.905	70,4%	(68,4% - 72,3%)	1.333.321	2.081	29,5%	(28,3% - 30,7%)
Mujer	1.594.311	2.447	41,6%	(40,3% - 43%)	497.840	745	29,6%	(27,7% - 31,6%)	3.186.039	4.510	70,5%	(69,3% - 71,7%)
Edad												
Promedio de edad	3.828.187	6.113	42,1	(41,72 - 42,41)	1.681.066	2.650	47,1	(46,5 - 47,6)	4.519.360	6.591	47,80	(47,3 - 48,3)
Nivel educacional												
Ninguno o parvularia	35.118	58	0,9%	(0,7% - 1,2%)	45.476	75	2,7%	(2,1% - 3,4%)	196.689	333	4,4%	(3,9% - 4,9%)
Educación básica	951.385	1.618	25,0%	(23,8% - 26,1%)	682.797	1.112	40,7%	(38,8% - 42,8%)	1.740.162	2.696	38,8%	(37,5% - 40,1%)
Educación Media	1.227.576	1.958	32,2%	(30,9% - 33,5%)	537.074	834	32,1%	(30,2% - 34%)	1.350.944	1.907	30,1%	(28,9% - 31,4%)
Educación Técnica	579.569	961	15,2%	(14,3% - 16,2%)	232.537	345	13,9%	(12,4% - 15,4%)	466.125	684	10,4%	(9,6% - 11,2%)
Educación Superior	1.019.167	1.491	26,7%	(25,5% - 28%)	177.837	275	10,6%	(9,4% - 12%)	730.552	925	16,3%	(15,2% - 17,4%)
<i>Cobertura del sistema de salud</i>												
FONASA A	417.208	667	10,90%	(10,1% - 11,8%)	569.341	877	33,90%	(31,9% - 35,9%)	1.312.757	2006	29,00%	(27,9% - 30,2%)
FONASA B	848.931	1430	22,20%	(21,1% - 23,3%)	386.048	647	23,00%	(21,4% - 24,7%)	1.150.350	1792	25,50%	(24,3% - 26,6%)
FONASA C	629.542	1028	16,40%	(15,5% - 17,5%)	142.687	227	8,50%	(7,4% - 9,7%)	444.636	635	9,80%	(9,1% - 10,7%)
FONASA D	587.193	976	15,30%	(14,4% - 16,3%)	93.227	147	5,50%	(4,7% - 6,6%)	360.354	522	8,00%	(7,3% - 8,7%)
FONASA, desconoce grupo	181.894	272	4,80%	(4,2% - 5,4%)	78.197	123	4,70%	(3,9% - 5,6%)	234.241	314	5,20%	(4,6% - 5,9%)
FF.AA.	31.390	41	0,80%	(0,6% - 1,2%)	8.984	14	0,50%	(0,3% - 0,9%)	91.837	126	2,00%	(1,7% - 2,4%)
ISAPRE	874.781	1298	22,90%	(21,7% - 24,%)	78.753	110	4,70%	(3,8% - 5,8%)	415.289	506	9,20%	(8,4% - 10,1%)
Ninguno	213.733	326	5,60%	(5% - 6,3%)	290.230	452	17,30%	(15,8% - 18,8%)	424.871	567	9,40%	(8,6% - 10,3%)
Otro	1006,102	1	0,00%	(0% - 0,2%)	768,293	1	0,00%	(0% - 0,3%)	--	--	--	--
No responde	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
No sabe	42.510	74	1,10%	(0,9% - 1,4%)	32.830	52	2,00%	(1,5% - 2,6%)	85.025	123	1,90%	(1,6% - 2,3%)

Tabla 1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y cobertura del sistema de salud de la población adulta con y sin hipertensión según perfiles de condiciones de empleo. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009. (Continuación)

Variables de estudio	EPS 2006											
	Trabajadores con empleo formal				Trabajadores con empleo informal				Trabajadorres cesantes o inactivos			
	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC
Características sociodemográficas												
Sexo												
Hombre	2.546.375	3.627	62,50%	(60,5% - 64,4%)	1.373.501	1.876	61,20%	(58,7% - 63,6%)	1.716.357	2.064	32,20%	(30,2% - 34,3%)
Mujer	1.530.254	2.176	37,50%	(37,5% - 35,6%)	870.288	1.192	38,80%	(36,4% - 41,3%)	3.610.217	4.428	67,80%	(65,7% - 69,8%)
Edad												
Promedio de edad	4.076.629	5.803	36,31	(35,8 - 36,8)	2.243.789	3.068	42,33	(41,4 - 43,2)	5.326.574	6.492	43,76	(42,9 - 44,6)
Nivel educacional												
Ninguno o parvularia	16.362	36	0,40%	(0,3% - 0,6%)	39.798	66	1,80%	(1,3% - 2,4%)	205.088	372	3,90%	(3,5% - 4,4%)
Educación básica	675.187	1.232	16,60%	(15,4% - 17,9%)	771.486	1.182	34,50%	(32,3% - 36,7%)	1.831.367	2.912	34,80%	(33,1% - 36,5%)
Educación Media	1.275.326	1.808	31,40%	(29,6% - 33,3%)	793.808	1.092	35,50%	(33,1% - 37,9%)	1.453.727	1.889	27,60%	(26% - 29,3%)
Educación Técnica	741.782	1.020	18,30%	(16,8% - 19,8%)	321.973	401	14,40%	(12,5% - 16,5%)	512.523	565	9,70%	(8,5% - 11,1%)
Educación Superior	1.349.351	1.686	33,30%	(31,4% - 35,2%)	308.991	314	13,80%	(11,6% - 16,3%)	1.263.162	689	24,00%	(21,8% - 26,4%)
Cobertura del sistema de salud												
FONASA A	365.218	449	9,00%	(7,8% - 10,3%)	769.622	986	34,30%	(32% - 36,7%)	1.752.108	2.171	32,90%	(31,1% - 34,7%)
FONASA B	986.812	1.486	24,20%	(22,6% - 25,9%)	496.063	801	22,10%	(20,2% - 24,1%)	1.249.017	1.842	23,40%	(21,9% - 25,9%)
FONASA C	668.705	1.061	16,40%	(15,2% - 17,7%)	245.155	308	10,90%	(9,1% - 13%)	484.731	546	9,10%	(7,9% - 10,4%)
FONASA D	654.031	966	16,00%	(14,7% - 17,5%)	103.392	171	4,60%	(3,8% - 5,6%)	340.462	454	6,40%	(5,5% - 7,4%)
FONASA, desconoce grupo	212.391	274	5,20%	(4,3% - 6,3%)	96.454	164	4,30%	(4,3% - 3,6%)	363.406	415	6,80%	(5,8% - 8%)
FF.AA.	19.254	23	0,50%	(0,2% - 1%)	13.008	20	0,60%	(0,4% - 0,9%)	104.065	121	2,00%	(1,5% - 2,6%)
ISAPRE	922.574	1.285	22,60%	(21,1% - 24,3%)	111.217	144	5,00%	(3,8% - 6,4%)	526.394	374	9,90%	(8,4% - 11,6%)
Ninguno	160.195	155	3,90%	(3,1% - 5%)	349.066	389	15,60%	(13,6% - 17,7%)	355.030	354	6,70%	(5,7% - 7,8%)
Otro	10.332	18	0,30%	(0,2% - 0,4%)	25.122	23	1,10%	(0,6% - 2,2%)	40.240	49	0,80%	(0,4% - 1,4%)
No responde	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
No sabe	77.117	86	1,90%	(1,4% - 2,6%)	34.690	62	1,50%	(1,2% - 2%)	111.121	166	2,10%	(1,6% - 2,6%)

Tabla 1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y cobertura del sistema de salud de la población adulta con y sin hipertensión según perfiles de condiciones de empleo. Encuesta EPS 2004, 2006 y 2009. (Continuación)

Variables de estudio	EPS 2009											
	Trabajadores con empleo formal				Trabajadores con empleo informal				Trabajadores cesantes o inactivos			
	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC	N	n	% / X	IC
Características sociodemográficas												
Sexo												
Hombre	2.638.089	3.074	61,60%	(59,1% - 63,9%)	1.288.535	1.488	61,30%	(58,3% - 64,2%)	1.551.136	1.869	30,10%	(27,9% - 32,3%)
Mujer	1.646.607	1.920	38,40%	(36,1% - 40,9%)	813.435	992	38,70%	(35,8% - 41,7%)	3.606.705	4.023	69,90%	(67,7% - 72,1%)
Edad												
Promedio de edad	4.284.696	4.994	38,89	(38,2 - 39,5)	2.101.970	2.480	46,39	(45,3 - 47,5)	5.157.841	5.892	50,58	(49,6 - 51,5)
Nivel educacional												
Ninguno o parvularia	13.155	28	0,30%	(0,2% - 0,5%)	25.139	42	1,20%	(0,8% - 1,8%)	228.747	338	4,50%	(3,9% - 5,3%)
Educación básica	687.469	1.053	16,10%	(14,7% - 17,6%)	824.967	1.037	39,50%	(36,7% - 42,4%)	2.055.235	2.733	40,60%	(38,6% - 42,6%)
Educación Media	1.348.088	1.641	31,60%	(29,5% - 33,7%)	725.193	861	34,70%	(32% - 37,6%)	1.607.690	1.743	31,80%	(29,8% - 33,8%)
Educación Técnica	741.872	830	17,40%	(15,7% - 19,3%)	281.617	299	13,50%	(11,2% - 16,2%)	457.374	485	9,00%	(7,8% - 10,4%)
Educación Superior	1.475.622	1.421	34,60%	(32,2% - 37,1%)	230.327	225	11,00%	(8,7% - 14%)	710.406	509	14,00%	(12,1% - 16,2%)
Cobertura del sistema de salud												
FONASA A	382.108	444	8,90%	(7,8% - 10,2%)	899.269	1.022	42,80%	(39,8% - 45,8%)	1.970.916	2.119	38,20%	(36,1% - 40,3%)
FONASA B	1.066.563	1.350	24,90%	(23% - 26,9%)	450.596	632	21,40%	(19,2% - 23,8%)	1.263.703	1.738	24,50%	(22,8% - 26,3%)
FONASA C	671.961	865	15,70%	(14,3% - 17,2%)	184.127	219	8,80%	(6,9% - 11%)	414.748	460	8,00%	(7% - 9,2%)
FONASA D	652.739	782	15,20%	(13,6% - 17%)	108.710	121	5,20%	(4% - 6,6%)	318.016	381	6,20%	(5,3% - 7,2%)
FONASA, desconoce grupo	345.890	321	8,10%	(6,4% - 10,2%)	102.462	139	4,90%	(4% - 6%)	362.589	417	7,00%	(5,9% - 8,4%)
FF.AA.	27.885	24	0,70%	(0,4% - 1,1%)	8.820	9	0,40%	(0,2% - 0,9%)	84.331	90	1,60%	(1,1% - 2,4%)
ISAPRE	901.518	1.003	21,00%	(19,2% - 23%)	91.190	87	4,30%	(3,1% - 6,1%)	327.284	268	6,30%	(5,3% - 7,6%)
Ninguno	143.672	110	3,40%	(2,3% - 4,8%)	182.783	155	8,70%	(6,7% - 11,3%)	201.699	174	3,90%	(3,1% - 4,9%)
Otro	28.455	24	0,70%	(0,4% - 1,3%)	16.082	25	0,80%	(0,5% - 1,2%)	63.145	87	1,20%	(0,9% - 1,6%)
No responde	21.459	22	0,50%	(0,3% - 0,9%)	11.102	16	0,50%	(0,3% - 0,9%)	28.707	36	0,60%	(0,3% - 0,9%)
No sabe	42.446	49	1,00%	(0,7% - 1,5%)	46.829	55	2,20%	(1,5% - 3,2%)	122.703	122	2,40%	(1,8% - 3,2%)

Fuente: Elaboración propia