



**Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología**

**Hacia un análisis de la desigualdad social en salud
a nivel intercomunal en Chile:**
*Un acercamiento desde la caracterización y
descripción de los determinantes sociales
estructurales y los resultados de salud.*

Tesis para optar al título de Sociólogo

Estudiante
Víctor Soto Valdivia

Profesora Guía
Silvia Lamadrid

Santiago, Chile
2012

“El proceso de salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social, es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características y desiguales (...)”

Breilh, J.

AGRADECIMIENTOS

Tanto la concreción de esta investigación, como todo el proceso de desarrollo previo que involucra este evento están inundados de crecimiento en diversos sentidos. En el ámbito académico e intelectual con este proyecto se culmina una etapa de aprendizaje y se abren las puertas hacia nuevos horizontes profesionales y disciplinarios. En el ámbito personal, se reconoce un largo camino de crecimiento hacia el conocimiento individual, cuestión propiciada y marcada determinadamente por el paso por esta Universidad. Además, al reflexionar respecto del devenir transitado, se concibe que sin el apoyo de algunas personas todo este proceso personal no hubiera podido ser posible, por tanto, se deben elevar los agradecimientos correspondientes.

En primer lugar debo recordar a mi madre Hylle y a mi padre Víctor, quienes por medio de su apoyo y amor incondicional impulsaron en mí el interés por la reflexión y el pensamiento acerca de la condición humana, también debo agradecer su respaldo, comprensión y presencia en todo mi proceso formativo. Por otro lado, debo agradecer el soporte y cariño del resto de mi familia, tanto de Irina, quien con su candidez y luz orientó desde su mundo mi camino, y a la dedicación de mi hermana Daniela, quien se transformó en mi gran pilar para dar el avance final a este proyecto. También debo recordar a mi compañera Paulina, la que con su presencia absoluta inundó mi persona y condujo con su apoyo, interés y espíritu, la materialización de la investigación por una parte y por otra generó la apertura de nuevas y maravillosas sendas que transitar.

Por otro parte dirijo mis agradecimientos profundos a la profesora Silvia Lamadrid, con quien he atravesado un largo periodo para la concreción del trabajo, agradezco la confianza depositada desde un primer momento, tanto en mí, como en el proyecto, agradezco su consejos, sus palabras y su infinita cordialidad y paciencia. También debo agradecer la dedicación, tiempo y orientación metodológica que me entregó desinteresada y abiertamente la profesora Gabriela Azocar, quien me brindo un fuerte apoyo con sus correcciones y comentarios. Finalmente recuerdo en esta dedicatoria a toda la gente del departamento de sociología y de la facultad de Ciencias Sociales, a los compañeros del fútbol, a los amigos y también a mis queridos compañeros de clases. Un agradecimiento especial a Diego, Sebastián, Rodrigo, Juan Pablo, Edgar y Emilio de quienes guardo el mejor recuerdo, colmado de afecto y cariño.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.	10
----------------------	----

CAPÍTULO I: FUNDAMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

I.1. Planteamiento de la problemática de investigación	13
--	----

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.1. EL CARÁCTER SOCIAL DEL FENÓMENO DE LA SALUD.	19
---	----

II.1.1. El constructo salud-enfermedad: Una noción compleja y dinámica.	19
II.1.2. La Perspectiva Social del Constructo de Salud-Enfermedad.	21
II.1.3. La configuración histórico-social del constructo salud-enfermedad.	21
II.1.4. Modelos teóricos para el abordaje de la díada salud-enfermedad.	25
<i>II.1.4.1 Modelos teóricos del constructo salud-enfermedad no vinculados al criterio social.</i>	25
<i>II.1.4.2. Modelos teóricos del constructo salud-enfermedad vinculados con criterios sociales.</i>	26

II.2. LA DESIGUALDAD SOCIAL COMO MARCO DE REFLEXIÓN FRENTE AL ESTUDIO DE LA SALUD.

II.2.1. La construcción histórica de la idea desigualdad social.	28
II.2.2. La conceptualización de la idea de desigualdad social en salud.	31
II.2.3. La distinción entre desigualdad e inequidad en salud.	33

II.3. EL VÍNCULO ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD.

II.3.1. Hacia la comprensión de la determinación social de las disparidades en salud.	35
II.3.2. El concepto de determinantes de la salud como elemento analítico para el abordaje de la desigualdad social en salud.	37
II.3.3. La noción de determinantes sociales de la salud como perspectiva en el estudio de la desigualdad social en salud.	38
II.3.4. Modelos explicativos de las desigualdades sociales en salud.	39
II.3.4.1. Modelos simples de explicación de las desigualdades sociales en salud.	40
<i>II.3.4.1.1. Modelo de los factores materiales o estructurales.</i>	40
<i>II.3.4.1.2. Modelo de la selección social.</i>	40

II.3.4.1.3. <i>Modelo de los factores psicosociales.</i>	41
II.3.4.1.4. <i>Modelo de los hábitos o conductas relacionadas con la salud.</i>	42
II.3.4.1.5. <i>Modelo de los servicios sanitarios.</i>	43
II.3.4.2. Modelos explicativos integrales.	43
II.3.4.2.1. <i>Modelo de producción de inequidades en salud.</i>	44
II.3.4.2.2. <i>Modelo de influencias múltiples a lo largo de la vida.</i>	45
II.3.4.2.3. <i>Modelo de estratificación social y producción de enfermedades.</i>	45
II.3.4.2.4. <i>Modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por el equipo de Equidad de la OMS.</i>	47
II.3.5. La desigualdad social en salud bajo el prisma de la adaptación del modelo de la comisión al nivel intercomunal chileno.	49

II.4. PERSPECTIVAS SOBRE LAS PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN CHILE.

II.4.1. Acercamiento a la formación del actual Sistema de Salud Chileno.	53
II.4.2. El Sistema de Salud Chileno en la actualidad.	54
II.4.3. Las Reformas en Salud de las últimas décadas.	55
II.4.4. Las estrategias de salud pública para la reducción de desigualdades sociales en salud en Chile en el marco de los Objetivos de Salud para la Década (OSD).	57
II.4.5. La posición social y la perspectiva geográfica territorial como elementos de los OSD en el análisis de las desigualdades sociales en salud.	61

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

III.1. Objetivo General.	63
III.2. Objetivos Específicos.	63
III.3. Tipo de Investigación.	64
III.4. Universo, Muestra y Unidad de análisis.	64
III.5. Dimensiones y Variables.	65
III.6. Fuentes de información.	69
III.7. El método de análisis.	69
III.8. Etapas del desarrollo metodológico	71
III.9. Preparación de los datos	72
III.10. Justificación y relevancia de la investigación.	73

CAPITULO IV: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Un análisis sobre la desigualdad social en salud por medio de la caracterización y descripción de los resultados de salud y los determinantes sociales estructurales a nivel intercomunal en Chile.

IV.1. Los resultados de Salud en Chile: Una mirada a los indicadores globales de salud considerados en el objetivo III sobre inequidad en salud correspondiente a los Objetivos de Salud para la década 2000-2010.	75
IV.2. El acontecer actual de los determinantes sociales de la salud: Una revisión a los indicadores de posición social y de la dimensión geográfico-territorial.	76
IV.3. Descripción de las características que asumen los indicadores de resultados de salud y determinantes sociales estructurales a nivel intercomunal.	82
IV.3.1. Indicadores de resultados de salud.	83
IV.3.1.1. <i>Mortalidad Infantil.</i>	83
IV.3.1.2. <i>Mortalidad General.</i>	84
IV.3.1.3. <i>Años de Vida Potencialmente Perdidos.</i>	86
IV.3.1.4. <i>Esperanza de Vida.</i>	87
IV.3.1.5. <i>Autopercepción de Mala Salud.</i>	88
IV.3.2. Determinantes sociales de la salud.	89
IV.3.2.1. <i>Densidad Poblacional.</i>	89
IV.3.2.2. <i>Población Rural.</i>	90
IV.3.2.3. <i>Población Étnica.</i>	91
IV.3.2.4. <i>Dimensión Educación.</i>	91
IV.3.2.5. <i>Dimensión Ocupación.</i>	92
IV.3.2.6. <i>Dimensión Vivienda.</i>	93
IV.3.2.7. <i>Dimensión Ingresos.</i>	94
IV.3.3. La estructura de desigualdad frente a los indicadores de Resultados de Salud y de Determinantes Sociales Estructurales de la salud en el nivel intercomunal.	95
IV.4. Hacia una nueva caracterización de las desigualdades sociales en salud en Chile: El análisis de conglomerado como método de aproximación a la realidad intercomunal de la salud chilena.	98
IV.4.1. Análisis de las características generales de la tipología y de los conglomerados.	99
IV.4.2. Descripción de las características que asumen los indicadores de salud y de determinantes sociales en cada conglomerado y entre éstos.	108

IV.4.3. Indicadores de Resultados de Salud.	108
IV.4.2.1. <i>Mortalidad Infantil.</i>	108
IV.4.2.2. <i>Mortalidad General.</i>	109
IV.4.2.3. <i>Años de Vida Potencialmente Perdidos.</i>	111
IV.4.2.4. <i>Esperanza de Vida.</i>	113
IV.4.2.5. <i>Autopercepción de Mala Salud</i>	115
IV.4.4. Determinantes Sociales de la Salud.	116
IV.4.3.1. <i>Densidad Poblacional.</i>	116
IV.4.3.2. <i>Población Rural.</i>	118
IV.4.3.3. <i>Población Étnica.</i>	119
IV.4.3.4. <i>Dimensión Educación.</i>	120
IV.4.3.5. <i>Dimensión Ingresos.</i>	121
IV.4.3.6. <i>Dimensión Ocupación.</i>	122
IV.4.3.7. <i>Dimensión Vivienda.</i>	123
IV.5. La estructura de desigualdad frente a los conglomerados.	124
IV.6. Perspectivas integradas para el estudio de las desigualdades sociales en salud: Una aproximación a la desigualdad intercomunal en Chile desde la información recabada.	126
IV.6.1. Las alternativas metodológicas y las estructuras asociadas al análisis de la desigualdad social en salud.	127
IV.6.2. Acerca de los principales resultados y hallazgos de la investigación.	129
IV.6.3. Incorporación de nuevas metas de salud para la década asociada a desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal.	
IV.6.4. La investigación como aporte al trabajo intersectorial en salud.	135
IV.6.5. Cuestiones a considerar para la futura investigación en desigualdades sociales en salud.	136
<u>CAPITULO V: CONCLUSIONES</u>	141
<u>CAPITULO VI: GLOSARIO DE SIGLAS</u>	147
<u>CAPITULO VII: BIBLIOGRAFIA</u>	148
<u>CAPITULO VIII: ANEXOS</u>	158

INDICE DE GRÁFICOS, ESQUEMAS Y TABLAS

Gráficos:

Gráfico 1: Porcentaje de pobreza total en Chile 1987 – 2011.	16
Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Infantil en Chile 1990-2006.	17
Gráfico 3: Tasa ajustada de mortalidad infantil promedio según conglomerado.	108
Gráfico 4: Tasa observada de mortalidad general total por 100.000 habitantes	110
Gráfico 5: Tasa de AVPP antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 habitantes.	112
Gráfico 6: Esperanza de Vida al nacer total.	114
Gráfico 7: Porcentaje de personas de 15 años y más que percibe su salud como mala o muy mala.	115
Gráfico 8: Densidad poblacional según conglomerado.	117
Gráfico 9: Porcentaje promedio de población rural en los conglomerados.	118
Gráfico 10: Porcentaje promedio de población étnica según conglomerado.	119
Gráfico 11: Índice de educación según conglomerado.	120
Gráfico 12: Índice de Ingresos según conglomerado.	121
Gráfico 13: Índice de Ocupación según conglomerado.	122
Gráfico 14: Índice de Vivienda según conglomerado.	123

Esquemas:

Esquema 1: Espacios de la determinación de la salud.	35
Esquema 2: Modelo de Producción de Inequidades en Salud.	44
Esquema 3: Modelo de influencias múltiples a lo largo de la vida.	45
Esquema 4: Modelo de estratificación social y producción de enfermedades	46
Esquema 5: Modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por el Equipo de Desigualdades Sociales en Salud España. Basado en la propuesta De Solar e Irwin y Navarro (OMS 2005).	48
Esquema 6: Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010.	58
Esquema 7: Esquema general de los Objetivos Estratégicos para el logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.	60

Tablas:

Tabla 1: Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010. Metas y Grado de Cumplimiento.	59
Tabla 2: Dimensiones, Indicadores y Variables.	65
Tabla 3: Porcentaje de autoidentificación étnica según pueblo indígena (1996 – 2009).	81
Tabla 4: Comunas con mayor y con menor Mortalidad infantil.	84
Tabla 5: Porcentajes y frecuencias intercomunales según rango del indicador de Mortalidad Infantil.	84
Tabla 6: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Mortalidad Gral.	85
Tabla 7: Comunas con mayor y con menor Mortalidad General.	85
Tabla 8: Comunas con mayor y con menor AVPP.	86

Tabla 9: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de AVPP.	86
Tabla 10: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Esperanza de Vida.	87
Tabla 11: Comunas con mayor y menor Esperanza de Vida.	88
Tabla 12: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Autopercepción de mala salud.	89
Tabla 13: Comunas con mayor y menor porcentaje de autopercepción de mala salud.	89
Tabla 14: Frecuencia y Porcentaje según rango de densidad poblacional.	90
Tabla 15: Porcentajes y frecuencias según rango porcentual de ruralidad. Intercomunal.	90
Tabla 16: Porcentajes y frecuencias según rango porcentual de población étnica intercomunal.	91
Tabla 17: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango en el indicador Educación.	91
Tabla 18: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango en el indicador Ocupación.	92
Tabla 19: Comunas con mayor y menor porcentaje de ocupación.	92
Tabla 20: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango en el indicador de vivienda.	93
Tabla 21: Comunas con mayor y menor porcentaje de vivienda.	93
Tabla 22: Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Ingresos.	94
Tabla 23: Comunas con mayor y menor porcentaje de Ingresos.	94
Tabla 24: Comunas del Conglomerado Étnico Rural Extremo Norte.	101
Tabla 25: Comunas del conglomerado Muy Aventajado.	102
Tabla 26: Comunas del Conglomerado Gran Masa Urbana Intermedia.	103
Tabla 27: Comunas del conglomerado Rural del Extremo Norte y Sur.	104
Tabla 28: Comunas del Conglomerado Gran Masa Rural Baja.	105
Tabla 29: Comunas del Conglomerado Metropolitano.	106
Tabla 30: Comunas del Conglomerado Gran Masa muy Desaventajada.	107
Tabla 32: Porcentaje promedio de Mortalidad Infantil de cada conglomerado según rango.	109
Tabla 33: Porcentaje promedio de Mortalidad General de cada conglomerado según rango.	111
Tabla 34: Porcentaje promedio de AVPP de cada conglomerado según rango.	113
Tabla 35: Porcentaje promedio de Esperanza de Vida de cada conglomerado según rango.	113
Tabla 36: Porcentaje promedio de Autopercepción de mala salud de cada conglomerado según rango.	114

INTRODUCCIÓN

El camino desarrollado para la realización de esta tesis ha sido bastante sinuoso y ha seguido una serie de directrices que han funcionado a modo de ensayo y error. Sin embargo, tanto la temática de la desigualdad social como también la de salud siempre han sido el centro de interés del trabajo, siendo en el transcurso del mismo proceso de investigación en que los caminos fueron conduciendo dichas aproximaciones a un perfil asociado a los determinantes sociales en el nivel intercomunal en Chile. En este sentido, pareció relevante generar un proyecto que pudiera hacer converger a la Sociología como disciplina y a los temas de salud, por medio de una directriz teórico-analítica que es la desigualdad. De este modo, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar y caracterizar la configuración de un patrón de distribución de desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile, asociado a indicadores de determinantes sociales y de resultados de salud.

Al tratar la cuestión de la desigualdad social en salud se debe entender, por una parte, la idea de salud como un derecho especial como lo señala Anand, pues es fundamental e indispensable para el bienestar y desarrollo de los individuos y sociedades, y por otra, como señala Sen, como un fenómeno que da cuenta acerca de los acuerdos sociales y de las injusticias imperantes en éstos. En este marco, el fenómeno resulta relevante a tratar ya que en América Latina en general y en Chile en particular se evidencian fuertes y sostenidas desigualdades sociales y no mejores resultados en las disparidades en salud, las que se esconden y refuerzan en diversos niveles, rompiendo el principio de equidad que subyace a las sociedades democráticas modernas, lo que favorece el conflicto social y constituyen un obstáculo que atenta contra el desarrollo social de los países (Cortés, 2006). Además el trabajo resulta relevante para la toma de decisiones en el desarrollo de políticas en salud, de equidad y de determinantes sociales de la salud, entregando desde estas perspectivas una lectura sobre cómo se vinculan las disparidades en salud y los aspectos sociales asociados a ellas, esto en una escala geográfica territorial, con el fin de proponer directrices que permitan ir subsanando las consecuencias propias de las disparidades en nuestro país.

Desde el punto de vista teórico, este trabajo busca analizar los diversos elementos, factores y procesos vinculados a la configuración de desigualdades sociales en salud, esto es posible tras

indagar en tres directrices teóricas. La primera de ellas conduce por los principales debates asociados a las ideas de salud y enfermedad, la segunda se vincula a la noción de desigualdad social, la tercera se aboca a la discusión sobre determinantes sociales de la salud, además de revisar específicamente los modelos asociados que trabajan la perspectiva de los determinantes sociales y los resultados de salud como elementos de análisis. Para cerrar este acápite se destaca el intento de la política pública de salud mediante los Objetivos de Salud para la Década por trabajar en torno a las desigualdades sociales en salud.

Desde el punto de vista metodológico, este trabajo es de tipo ecológico, exploratorio y descriptivo. El análisis es mixto y se desarrolla a nivel intercomunal en Chile considerando las dimensiones de determinantes sociales estructurales y de resultados de salud. Por una parte se realiza una aproximación a la realidad chilena de la desigualdad en salud mediante datos secundarios extraídos de diversa fuentes. Luego se procede a trabajar una muestra de 331 comunas en base a las dos dimensiones señaladas las que contienen 12 indicadores en total, lo anterior mediante una técnica de análisis multivariable de tipologías. Con esto se busca develar la existencia y determinar cómo se estructura un patrón de desigualdad en determinantes sociales y resultados de salud a nivel intercomunal en Chile. De este modo y para los fines que busca la investigación, estos métodos que se utilizan permiten abordar la cuestión de las desigualdades sociales en salud desde su complejidad y multifactorialidad.

En el primer capítulo se desarrollan los fundamentos de la investigación, incorporando una aproximación que expone el planteamiento del problema, la pregunta central del trabajo y también los antecedentes relativos a la discusión sobre desigualdad social en salud.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico del trabajo, en él se busca revisar en primer lugar, el debate asociado a la cuestión de la salud-enfermedad como fenómeno social. En segundo lugar, se indaga en los factores, procesos y elementos que configuran el debate acerca de la desigualdad social en salud. En tercer lugar se revisa la cuestión de los determinantes sociales de la salud como elementos de análisis frente a la desigualdad social en salud. Finalmente el cuarto apartado plantea la estructura del Sistema de Salud en Chile y las principales estrategias que éste desarrolla para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

El tercer capítulo es el marco metodológico de la investigación, en él se definen el objetivo general y los objetivos específicos del trabajo, se define también el tipo de investigación, la unidad de análisis y las fuentes de información. Además en este acápite se revisan las dimensiones y variables a utilizar, junto con los métodos de medición y análisis de la información. También se presenta la justificación de la investigación.

En el cuarto capítulo se desarrolla una revisión de los resultados principales del trabajo, es decir, se presentan las cifras halladas en la revisión de datos secundarios respecto de la desigualdad social en salud. También se despliegan las principales disparidades que se dan en el nivel intercomunal y entre grupos de comunas a propósito de las tipologías resultantes, lo que permite develar y caracterizar un patrón o estructura de desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile. Finalmente en este capítulo se propone un análisis en base al análisis integrado de las dos técnicas utilizadas, lo que permite tener una perspectiva más amplia y compleja, que por un lado genera directrices de trabajo y acción para la investigación futura y también plasma una nueva forma de abordaje para este fenómeno de investigación.

El quinto capítulo se remite a discutir las principales conclusiones y hallazgos encontrados en el desarrollo del trabajo.

Finalmente en el sexto capítulo se expone la bibliografía de trabajo y los anexos que acompañan el trabajo de investigación.

CAPITULO I: FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO

I.1. Planteamiento del problema.

Los estudios asociados a la idea de desigualdad social en salud han desarrollado a lo largo de la historia distintos caminos de acuerdo a las visiones imperantes en cada época y sociedad. Así, el devenir del debate de las disparidades sociales en salud ha ocupado el interés de distintas perspectivas disciplinarias, teóricas, metodológicas y analíticas. El desarrollo desde las ciencias sociales y la sociología asociado a la desigualdad social en salud ha transitado por diversas esferas de discusión, en este sentido, la disciplina misma nos aproxima por una multiplicidad de formas de acercamiento al fenómeno. Por un lado, por medio de enfoques más bien estructural-funcionalistas, común a Marx, Durkheim y Parsons, que enfatizan en el predominio e incluso la constricción de la estructura sobre el individuo, y por otro lado, por visiones más centradas en el individuo u actor social, más cercanas al interaccionismo simbólico, la fenomenología y la etnomotodología. Sin embargo, el trabajo aquí desarrollado busca develar una estructura subyacente por lo que se acerca más bien al primer tipo de enfoque, pero rescata como elemento transversal a todas estas perspectivas la existencia de la desigualdad como elemento central y como fenómeno inherente a la estructura social que clasifica, organiza y jerarquiza a las personas o grupos humanos en función de las categorías sociales a las que pertenecen.

En la última década esta discusión asume características particulares, pues a partir del año 2000 se inicia el reposicionamiento del abordaje sobre disparidades sociales en salud desde la óptica de los determinantes sociales. Lo anterior ocurrió gracias al surgimiento de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en el 2005, instancia que emerge bajo el alero de la OMS y que sostiene una perspectiva de equidad y determinantes sociales de la salud. Desde esta visión se retoman nuevamente las concepciones elaboradas desde los años ´60 por las posturas de la Salud Colectiva Latinoamericana y la Medicina Social, las que en su momento fueron fuente de crítica y descartadas por esta perspectiva hegemónica desarrollada por la OMS, pero que hoy, el entroncamiento de ambas visiones permiten la constitución de una perspectiva de abordaje más

amplia e inclusiva para la indagación de la cuestión de la desigualdad social en salud en términos específicos y de la salud social en términos generales.

Desde la perspectiva metodológica y de investigación se visualiza que la mayor parte de los trabajos realizados sobre desigualdad social en salud, constituyen estudios comparativos entre países en base a diversos indicadores (Wagstaff, A. 2002) y (Casas, J. 2000), o abordan las desigualdades sociales en la autnotificación de problemas de salud y en la utilización de servicios de salud (Dachs, J. 2002), o la malnutrición infantil (Larrea C. 2002). Otros estudios indagan en las problemáticas de la desigualdad, la salud y sus servicios como desarrollan Jones y Rice (2003). También hay estudios en Latinoamérica que abordan el tema de la desigualdad a nivel país, tomando comparativamente regiones o estados, tal es el caso de los estudios realizados en Argentina, Brasil y Chile, (Bortman, M. 1999); (Finkelman, J. 2000) y (Arteaga, O. 2002). Pero prácticamente inexistentes son aquellos que abordan la situación de lo social y de salud en unidades geográficas más pequeñas, circunstancia que en variados informes se señala como una necesidad para avanzar en la generación de información relevante para el desarrollo de salud, pues permite crear un puente de comunicación entre la esfera de la investigación y de las políticas (López Acuña, D. et. al. 2000). En este sentido se manifiesta la relevancia del presente trabajo, pues se aboca a indagar en el patrón de desigualdad que surge a propósito de disparidades existentes en unidades geopolíticas como son las comunas del país.

Los diversos antecedentes revisados previamente dan evidencia de que en el mundo, Latinoamérica y Chile, el tema de la desigualdad en salud es relevante y ha sido abordado anteriormente, sin embargo, particularmente en Chile dichos abordajes han provenido desde la disciplina médica o desde visiones donde las unidades territoriales más pequeñas no han sido consideradas. En este sentido, se evidencia la carencia de aproximaciones que plasmen de forma global el entroncamiento que se produce entre la idea de salud-enfermedad, la desigualdad social y el orden social, encontrando escasos trabajos que consideren el territorio, el nivel socioeconómico y los resultados de salud. Sólo un estudio en nuestro país indaga a nivel comunal y regional las desigualdades en salud (Montoya, 2005), pero éste no genera un relevamiento sustancial de los fenómenos sociales involucrados en dichas disparidades, pues posee un corte más bien médico-epidemiológico.

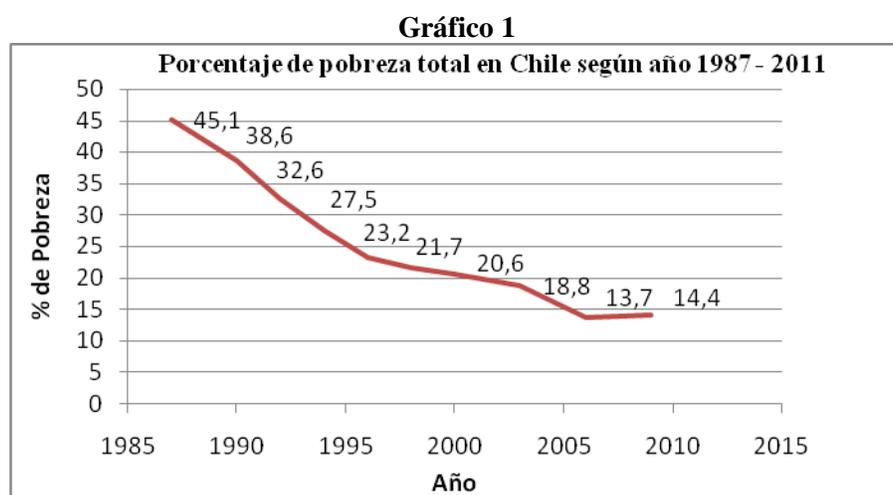
Como se ha señalado, la cuestión de la desigualdad social en salud ha ocupado la atención de variadas perspectivas analíticas y disciplinares en los últimos dos siglos, relevándose desde la dimensión de las Ciencias Sociales, en el transcurso de ese tiempo, una serie de posturas analíticas de diverso espectro que pugnan en su construcción y posicionamiento en el estudio de la disparidad social en salud. Pero, ¿por qué puede resultar de interés indagar en un fenómeno que ya ha sido tratado asiduamente a lo largo de los últimos dos siglos?, pues bien, los posibles núcleos de interés y relevancia de esta discusión son variados, generando así una multidimensionalidad y complejidad que permite a su vez ir replanteando constantemente nuevos puntos de entrada para su abordaje, abriendo así la brecha de posibilidades para este trabajo de investigación.

En la actualidad se reposiciona el debate sobre el abordaje de la salud desde la visión de la igualdad y los determinantes sociales, en este sentido, el fenómeno asociado a las desigualdades sociales en salud en Chile es una cuestión que merece atención en la medida que es una perspectiva analítica de interés internacional, donde el debate retoma la visión central de las desigualdades y la influencia de los determinantes sociales en ella. Ahora bien, los datos muestran que los indicadores de desarrollo socioeconómico y de resultados de salud del país están en buenas cifras y mejorando, pero las desigualdades aún se sostienen y refugian tanto en los promedios de dichas cifras como en los territorios. De ahí el interés de develar el patrón de desigualdad social en salud y caracterizarlo en su nivel intercomunal, pues esta caracterización nacional intercomunal supone la existencia de una desigual configuración de la distribución social de la salud, la que puede tener sus causas y factores en diversas dimensiones, entre las que interesan determinar y describir las de determinantes sociales y su vínculo con los resultados de salud.

Al hablar de desigualdad social nos estamos remitiendo a un tema que, en cuanto a cifras, muestra que América Latina se caracteriza por ser la región más desigual del mundo en relación con la distribución del ingreso y donde además se presentan fuertes contrastes en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, situación que no es ajena a nuestro país. Chile es la décimo primera entre las naciones más inequitativas del mundo en cuanto a distribución del ingreso, superada sólo por Brasil en Latinoamérica (PNUD, 2005). Esta situación hace imprescindible volver la mirada hacia las desigualdades en los indicadores asociados a la salud y a los posibles vínculos con fenómenos de orden social, pues desde la perspectiva de las Ciencias Sociales y la Sociología en particular es relevante generar aportes y posiciones analíticas para indagar en el desenvolvimiento del fenómeno en el contexto chileno. Esto por el carácter central de la salud en el

bienestar social, en los derechos humanos, en el desarrollo de las sociedades y en su importancia para la mejoría de los marcos de equidad y justicia en que se desenvuelve nuestra sociedad en general.

Ahora bien, en base a lo señalado anteriormente, se puede mencionar que nuestro país experimentó un desarrollo económico sostenido, con un crecimiento promedio del Producto Interno Bruto (PIB) entre 1987-2009 de 6,7% anual, siendo el mayor de su historia. En el mismo período, la pobreza tuvo una disminución cercana al 20%, pasando de un 45,1% de población pobre a 14,4% en el año 2011 como expone el gráfico 1.

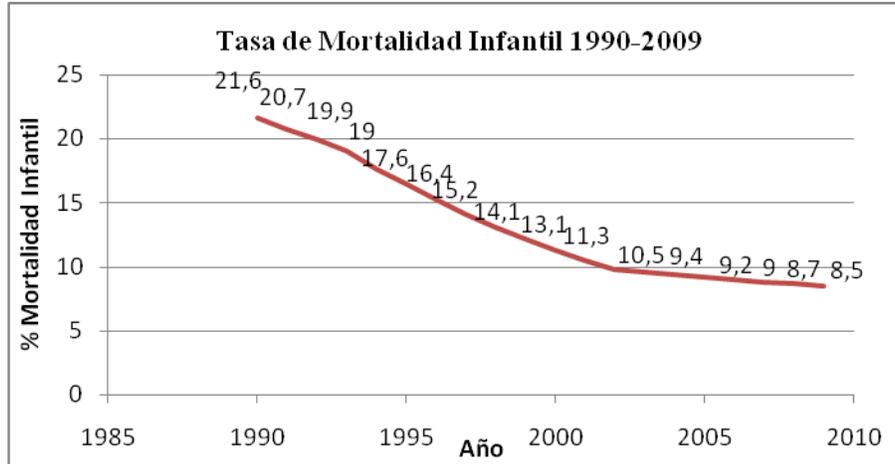


Fuente: Observatorio MIDEPLAN, 2011

También los promedios de los indicadores más gruesos asociados a salud (Tasa de Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida, Mortalidad General, etc.) fueron mejorando sustancialmente durante las últimas dos décadas, lo que se denota por ejemplo en el descenso de la mortalidad infantil entre 1990 y 2010 (ver Gráfico 2).

Sin embargo, todos estos buenos indicadores de carácter social y de salud no son sinónimos de reducción de desigualdad, pues detrás de los promedios se esconden y refuerzan las desigualdades existentes al interior de la sociedad (como se expondrá más adelante y a lo largo del desarrollo del trabajo), algunos autores hablan de que se reduce la desigualdad absoluta, pero crece la desigualdad relativa. En este sentido se evidencia la casi nula variación del índice de Gini que describe la desigualdad del ingreso en los últimos veinte años, pasando en 1990 de 0,55 a 0,52 en 2009.

Gráfico 2



Fuente: MINSAL, 2006.

Por otro lado, se puede revisar otra cara de la desigualdad al analizar la encuesta CASEN 2009, la desigualdad social asociada a los territorios, pues en ella se evidencia que las tasas de pobreza comunal van desde 0% en Providencia y 1,1% en Las Condes a 41,4% en Loncoche y 49,1% en Alto Bio Bio. Así, es evidente que existe un patrón de desigualdad intercomunal en el país, que se refleja en los territorios comunales y que muestran a su vez la importancia del espacio intercomunal como unidad de análisis para la investigación social. Frente a esta brecha que existe entre comunas de nuestro país cabe preguntarse acerca de si la relación con la estructura de salud se presenta de la misma forma, pues ahí ya se estaría develando parte de la relación de desigualdad social en salud. En base a lo anterior se ve cómo se posiciona de forma trascendente la variable territorial, pues los territorios son una estructura que permite dar cuenta de las fuertes desigualdades y de cómo estas se reproducen, y a su vez es en estos espacios donde se puede actuar desde diversos niveles para la reducción de brechas sociales en salud.

Las desigualdades en salud vinculadas con indicadores socioeconómicos efectivamente existen y tienen correlatos en distintos niveles territoriales “...mientras en comunas acomodadas se alcanzan expectativas de vida de más de 80 años y la mortalidad infantil es cercana a 3 por mil nacidos vivos, otros sectores del país tienen una expectativa de vida 20 años menor e indicadores de salud similares a muchos países pobres del tercer mundo. No es éticamente aceptable que

muchos ciudadanos deban vivir 20 años menos, sólo por su condición modesta y bajo nivel educativo” (Infante, 2000). Las fuertes desigualdades que existen en el nivel territorial comunal, no quedan expuestas al revisar los promedios y los grandes territorios como son las regiones, pero sí son develadas al indagar en espacios más reducidos.

Con todo, el interés por la desigualdad en salud y su vínculo con aspectos socioeconómicos y territoriales radica en que es un problema de gran envergadura, que se solapa en los promedios y en los territorios, y no hace sino expresar en términos de diferencias de salud la desigualdad social propia de la estructura intercomunal de Chile. Así, la pregunta directriz del presente trabajo se constituyen como:

- ¿Qué características asumen las desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal en Chile en cuanto a una estructura de disparidad configurada por determinantes sociales y de resultados de salud?

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

II.1. EL CARÁCTER SOCIAL DEL FENÓMENO DE LA SALUD.

II.1.1. El constructo salud-enfermedad: Una noción compleja y dinámica.

La salud es una idea que ha sido abordada desde diversas disciplinas y perspectivas, y debe ser concebida como un concepto complejo y multidimensional que resulta escurridizo de aprehender y conceptualizar. Piedrola Gil (1988) afirma que “La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta que la pierde o intenta definirla”, dejando claro la dificultad de encontrar una definición plena y universalmente aceptada. La idea de salud es cambiante, pues se construye y desarrolla en base a referentes históricos, sociales, filosóficos y médicos característicos de cada época y sociedad. Molina señala que “el concepto de salud no es estático ni ahistórico, cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad... se reconoce hoy, desde diferentes perspectivas de análisis, que en cualquier sociedad la definición del término salud no es estrictamente biológica, sino primariamente social”¹. Es así como se entiende que la salud debe realizarse desde su complejidad, es decir, contemplarla como un proceso multifactorial, que supera los aspectos biológicos y que se conecta con fenómenos de orden histórico, económico, político, cultural y social que se desarrollan en cada sociedad.

Desde el enfoque de las Ciencias Sociales se suele diferenciar entre definiciones positivas y negativas del concepto. Las definiciones positivas para la noción de salud hablan de un estado de salud que va más allá de la mera ausencia de síntomas, incluye calidad de vida y desarrollo del potencial de la condición humana, también pueden incluirse la autorrealización y la vitalidad necesaria para vivir y crear. Las definiciones negativas se basan en el deterioro fisiológico, porque se vinculan conceptualmente a la enfermedad biológica o, más exactamente, a la ausencia de salud. En este sentido, la enfermedad está menos sometida a interpretaciones derivadas de las diferencias culturales (Doyal y Gough, 1994). Si bien la definición negativa de la salud es enormemente concreta en relación a la definición positiva, es de aplicación universal, sirviendo tanto de base de comparación como también para las acciones de mejora de la salud física de las personas en contextos sociales diferentes.

¹ Citado en Bersh, D. “El fenómeno de la salud”. OPS-OMS. Bogotá; 1987, pág. 28

Considerando las posturas negativas y positivas que surgen en la idea de salud, se ve que ésta no es un estado, sino un constructo en movimiento presente en mayor o menor grado en todo el proceso de la vida humana. Dicha variable existe en un continuo donde constantemente se producen desequilibrios y equilibrios en un devenir gradual y dinámico. Como señalan Álvarez- Dardet y Colomer (1990), es una variable compleja y dinámica. En base a lo anterior vemos que la noción a abordar se constituye y desarrolla no meramente como la idea de salud o enfermedad, sino en el espectro de la díada salud-enfermedad (s-e)² como constructo en el que convergen las aproximaciones positivas y negativas y que permite contemplar la dinámica y multidimensionalidad del concepto.

Esta díada está estrechamente ligada con la experiencia humana individual y también colectiva, ambos conceptos se sitúan en el núcleo de los valores de las sociedades ya que son expresión de muchos de los supuestos fundamentales sobre el sentido de la vida y de la muerte. Esto implica que las diferentes concepciones de salud y enfermedad tienden a estar basadas en visiones religiosas o morales sobre la existencia humana, por lo que muestran las diferencias estructurales y culturales que configuran las relaciones de poder de las sociedades (Turner, 2000). Junto con lo anterior, este constructo permite dar cuenta de la existencia de diversos niveles y grados en el proceso de s-e propios del ciclo vital y de la diferencia entre individuos y poblaciones, pues la relación entre ambos puede describirse más bien como un continuo con diferentes niveles de equilibrio que como una separación dicotómica entre ambos (Terris, 1980).

Con todo lo anterior, esta aproximación permite realizar un acercamiento multifactorial al fenómeno, incorporando las visiones negativas y positivas y permite también profundizar en la perspectiva social y las condiciones sociales que determinan los estados de salud tanto de los individuos como de las poblaciones. En este sentido, se entiende que en la presente investigación se tome en cuenta la consideración conceptual planteada anteriormente, abordando la idea de la salud como un constructo que da cuenta de un proceso complejo, multidimensional, dinámico y gradual donde convergen dos ideas centrales: la de salud y enfermedad.

²Díada que constituyen las nociones de salud-enfermedad y que de aquí en adelante se denominará s-e.

II.1.2. La Perspectiva Social del Constructo de Salud - Enfermedad.

El hombre es un ser social, y como tal, ha ido adquiriendo una serie de hábitos y actitudes determinados por su contexto, al mismo tiempo que ha modelado su conducta en virtud de las normas socioculturales propias de su sociedad. Así, la capacidad de adaptación se define no sólo en relación al medio ambiente sino también respecto al medio social. Durkheim señala que “la vida social está hecha de representaciones en cuyo mundo están las opiniones y actitudes generales que se traducen en conductas de salud” (Citado en Rodney, 1973).

El concepto de s-e se genera y despliega por medio de una multiplicidad de factores, destacando entre estos la dimensión social de la vida, es decir, la idea de salud trasciende a los organismos individuales y a la condición corporal de los individuos. “Para comprender los procesos generativos de salud, aquellos que se producen en los escenarios del trabajo, en la esfera del consumo, en los espacios político organizativos, en el dominio de la vida cultural y en las relaciones ecológicas, se tiene necesariamente que estudiar las relaciones socio-estructurales que hay detrás de ellos” (Breilh, 2003). De este modo, vemos que la salud está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de ésta, por el tipo y fuerza de sus relaciones sociales, por el modelo económico, por la organización particular del Estado y las relaciones políticas entre los sujetos. En definitiva, esta noción se desarrolla en base a una construcción sociopolítica. Como se ha expuesto, el proceso denominado salud-enfermedad, aun cuando se realiza dentro del contexto biológico, tiene como determinante de su aparición y reproducción las condiciones objetivas e históricas, pero por sobre todo la dimensión social en que se produce y reproduce dicha díada. De esta forma, al concebir la salud como un producto social, ésta será el resultado de la interacción de los determinantes sociales, culturales e institucionales de los cuidados individuales y colectivos de la salud y de las políticas del Estado (OPS, 1999).

II.1.3. La configuración histórico-social del constructo salud-enfermedad.

Como se ha revisado anteriormente, el concepto de salud es dinámico y se encuentra ligado a las condiciones de vida de los grupos sociales, a las ideas de cada época y a las condiciones biológicas, ambientales y culturales particulares de cada sociedad. Sin embargo, el significado preciso del proceso s-e será entendido de modo distinto en uno u otro grupo social, como lo va a ser también entre unas u otras personas. Así pues, a lo largo de la historia de la humanidad los conceptos de salud y enfermedad han tenido diversas significaciones. En este sentido, se pueden

rescatar las palabras de Friedell quien señala: “cada época crea sus propias enfermedades, que pertenecen a su fisionomía. Del mismo modo, todo lo demás que ésta crea son sus creaciones específicas, así como lo son su arte, su religión, su economía, su erotismo y todas las demás expresiones de vida, éstas son por así decirlo, sus inventos y descubrimientos en el campo de lo patológico”³.

Considerando todo lo anterior, se presenta a continuación el devenir que ha conducido a lo largo de la historia al constructo salud-enfermedad. En la antigüedad la concepción histórico-social del fenómeno s-e se desarrollaba en torno a la visión mágico-religiosa del mundo. La mayoría de las explicaciones acerca de la s-e se fundamentaban en la existencia de dioses que hacían enfermar y curaban también a los individuos, del mismo modo, se creía en las virtudes mágicas de hechizos para la sanación. Esta postura mágico-religiosa brinda una interpretación del mundo y de la s-e en que se acepta el proceso mismo y la muerte como algo que escapa al control humano. En la Grecia clásica se sostiene una visión naturalista y racionalista del cosmos y del hombre. La salud era un bien apreciado pues era fundamental para alcanzar la virtud, la enfermedad era un desequilibrio para la norma y la sanación correspondía al retorno del estado natural del hombre. En la edad media, la medicina y el cuidado de la salud se basaba en el arte terapéutico recibido de Grecia y Roma, con el dominio en occidente de la iglesia católica se retoma en cierta forma la postura mágico religiosa. Battistella (2008) señala que la enfermedad era asociada a la maldad de Satán y la salud sólo se podía procurar mediante la ayuda espiritual de la iglesia y la medicina de los santos.

Un salto determinante en el paradigma de hombre y mundo se vive en el siglo XVI, con el auge de la ciencia se desarrolló de forma significativa la anatomía y se produjeron grandes avances en el descubrimiento de principios anatomofisiológicos y químicos vinculados a las alteraciones de la salud. En este mismo período, parece abandonarse la creencia de que en dichas alteraciones hay una relación causal con el castigo de los dioses, los malos espíritus y los demonios. Con el advenimiento de la revolución industrial y los avances técnicos y científicos de la época se identificaron nuevas causas y comenzaron a tenerse en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino también los ambientales, económicos, sociales y políticos relacionados con la salud (Vélez, 1990). Con posterioridad, en el año 1848, en un clima de revolución política en Europa, se generó un movimiento de reforma que entendía la medicina como una Ciencia Social, con la convicción de que la salud del pueblo concernía a todos, no sólo a los médicos, y que por tanto, era

³ Extraído de: Bongers, Wolfgang: “Literatura, cultura y enfermedad. Una introducción”. Buenos Aires, Argentina. Paidós. 2006.

deber del Estado su garantía. La figura más destacada de este movimiento fue Rudolf Virchow, quien al estudiar una epidemia de fiebre tifoidea en la región de la Alta Silesia llegó a la conclusión de que los factores socioeconómicos eran determinantes y que el tratamiento médico tenía escasa utilidad. “La salud, no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política... la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala” (Ponte, 2008). Así pues, Virchow establece una clara asociación entre condiciones de vida y enfermedad registrando por primera vez la determinación de la enfermedad en aspectos de orden sociopolíticos, dando un giro a una nueva forma de abordar el tema de la salud, este intento no duro mucho tiempo.

Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se abordó una idea según la cual la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales referidos a la acción de agentes externos de tipo biológico, esto permitió hablar de la “unicausalidad” de la enfermedad. Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad condujo a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a poner especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones. Los avances propiciados por las Ciencias Naturales influyeron de manera significativa en la concepción sobre la salud y la enfermedad, de tal manera que para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad, primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas. Esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control, propias de las Ciencias Naturales

En 1948, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud, ésta se entendía como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que esta idea parece irreal, pues salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un proceso que busca el equilibrio entre diversos factores naturales y sociales en continua interacción. En este plano, resulta relevante destacar que si bien la crítica puede tener sentido, pues la definición puede presentar ambigüedades en el trabajo práctico debido a que no engloba la idea de salud como un proceso complejo y en constante equilibrio de factores, pero si se puede rescatar que considera el elemento social a la hora de definir la idea de s-e.

En 1973, Laframboise (1991) propuso un marco conceptual para el campo de la salud que considera que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y biología humana. Bersh (1987) muestra cómo los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Por su parte, Lalonde y Dever (1992), sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos factores estén en equilibrio. El propósito fundamental de estos enfoques es el mantenimiento de la salud, por lo tanto se necesita que las ideas mecanicistas o reduccionistas sobre la salud y la enfermedad sean complementadas desde una perspectiva más amplia con un enfoque psicobiológico y social del ser humano.

Por otro lado, también en los años noventa se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Herzlich⁴ se aproxima a la cuestión del cómo los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad no como ideas cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos multifactoriales en continuos intercambios sociales, donde las configuraciones de representaciones de los individuos debe ser un elemento importante a considerar, pues la representación no es solamente un esfuerzo por formular un saber más o menos coherente, sino también una interpretación y una búsqueda de sentido.

Finalmente, al término de la década de los '90 y durante la primera década del nuevo milenio, la idea de salud y enfermedad ha sido reconfigurada principalmente a partir de las propuestas de la OMS y considera en su construcción la serie de múltiples factores intervinientes, proponiendo de esta forma modelos de abordaje que relevan el aspecto social. Tal es el caso del modelo de Estratificación Social de la Salud de 1998 y posteriormente el de los Determinantes Sociales de la Salud del 2008.

⁴ Citado en: Viveros, M. "La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad". Revista Colombiana de Antropología. 1993. Pág. 237 a 260.

II.1.4. Modelos teóricos para el abordaje de la díada salud-enfermedad.

Según lo revisado anteriormente se observa cómo el constructo s-e se configura a partir del devenir histórico y sus particulares características según cada sociedad. A su vez esto se evidencia por medio de una serie de modelos teóricos que abordan como objeto de estudio y desde diferentes perspectivas el proceso salud-enfermedad. Esto permite ordenar el análisis y considerar una perspectiva para el abordaje de este constructo en la presente investigación, en este plano se revisarán dichos modelos en relación a una categorización teórica realizada por Piña en 1990, pero adaptada para los fines de este trabajo, categorizando según el vínculo de los modelos con criterios de orden social. Así, a continuación se presentan 3 modelos que se desarrollan en distintos momentos de la historia y que suponen a su vez la determinación de la salud dada por factores distintos de lo social, estos modelos son el modelo mágico religioso, el sanitarista y el unicausal. Por otra parte, se detallan 4 modelos que plantean la importancia de factores sociales como determinantes en la producción del proceso salud-enfermedad, estos modelos son el modelo social, el histórico social, el multicausal y el interdisciplinario.

II.1.4.1 Modelos teóricos del constructo salud-enfermedad no vinculados al criterio social.

- **Modelo Mágico-Religioso:** La salud y la enfermedad son el resultado de fuerzas o espíritus (benignos y malignos) que constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad. Este modelo se asocia a culturas y sociedades con características tradicionales y/o primitivas, sumado a la configuración que se desarrolla en la edad media.
- **Modelo Sanitarista:** Desarrollado en la época de la revolución industrial europea. Supone que las condiciones ambientales son los determinantes primarios de la salud-enfermedad, con lo que mediante la promoción de medidas de saneamiento se pueden mejorar los índices de enfermedad. Este modelo se desarrolla a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, sus características son abordadas por Smith y Petterkofer en Piña 1990.
- **Modelo Unicausal:** Desarrollado a finales del siglo XIX y comienzos del XX, plantea que la salud-enfermedad es el resultado de la presencia de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo a este hecho. Con el desarrollo de

este modelo se pudieron configurar medidas de control y de utilización de fármacos lo que apoyó el tratamiento individual de los enfermos. Exponentes de este modelo son Pasteur y Koch.

Estos modelos revisados, que son los que no contemplan la determinación social como factor relevante en el proceso de salud enfermedad presentan algunas distinciones y similitudes, por ejemplo, en el primero (mágico-religioso) el factor determinante de la salud está fuera del orden social, es más bien una visión no materialista del orden y la realidad. En el modelo sanitarista ese factor determinante es el ambiente y en el unicausal es la presencia de un agente patógeno de carácter biológico, es decir, los tres modelos comparten que el factor determinante de la salud y la enfermedad está fuera de la cuestión social, pero se distinguen en que el factor determinante va variando. Estos modelos también son disímiles en cuanto a las épocas y tipos de sociedades en que se desarrollan.

II.1.4.2. Modelos teóricos del constructo salud-enfermedad vinculados con criterios sociales.

- **Modelo Social:** Plantea que dicho proceso se genera en las condiciones de vida y de trabajo del hombre. Introduce como variables determinantes los estilos de vida, factores del agente y factores del ambiente. Se le critica a este modelo el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. Grandes exponentes de este modelo son Rudolph Virchow y John Peter Frank.
- **Modelo Multicausal:** Propone que los condicionantes del estado de salud del individuo o del conjunto poblacional son producidos por la influencia simultánea de varios factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente. Esta propuesta aparece en la segunda mitad del siglo XX y propone que a través del análisis de las variables que incluye se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio. La desventaja de esta aproximación es que no establece el peso específico de cada factor. Representantes de este modelo son Leavell y Clark (1953)
- **Modelo Histórico-Social:** Supone que existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de

producción y las clases sociales. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad si se mantienen intactas las relaciones de explotación que las generan. En su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica, al igual que en el Modelo Social. Sus representantes principales son Berlinguer, Laurell y Breilh en la década del setenta.

- **Modelo Interdisciplinario:** El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. En él existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud. La principal ventaja de esta propuesta es que intenta proponer un enfoque integral para el estudio de los determinantes del proceso de estudio (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos, etc.) y su principal desventaja es que al igual que otros modelos, no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante. Frenk (1991) y Arredondo (1992).

Estos cuatro modelos revisados consideran de una u otra forma la dimensión social de la salud, de hecho el modelo social postula a la cuestión social como el principal determinante en el proceso salud-enfermedad. Además estos 4 modelos contemplan la complejidad y dinámica del constructo salud-enfermedad y su estructura de determinación en base a una múltiple interacción de factores y procesos, entre los que se encuentran los de carácter social, y esa es justamente una de las similitudes entre los modelos, el que mediante la consideración de múltiples factores se incluyan justamente los sociales en términos generales, pues desde una apreciación más específica los determinantes sociales son diferentes según cada modelo, los que los hace diferentes. Esta aproximación a los diversos modelos sobre salud y enfermedad abre el abanico de perspectivas y

elementos en juego en cuanto al proceso salud-enfermedad, además nos da luces que permiten orientar perspectivas de análisis que al ser trabajadas interdisciplinariamente y con profundidad permitirían conducir de manera eficaz y ampliada la indagación sobre el tema de la salud y las desigualdades que se producen en torno a ellas.

II.2. LA DESIGUALDAD SOCIAL COMO MARCO DE REFLEXIÓN FRENTE AL ESTUDIO DE LA SALUD.

II.2.1. La construcción histórica de la idea desigualdad social.

El devenir histórico de las sociedades nos ha mostrado que la desigualdad es inherente a la organización del orden social, el que clasifica y jerarquiza a las personas en función de las categorías sociales a las que pertenecen, lo que también va aparejado de procesos sociales y políticos de diversa índole que están en constante movimiento y que son propios de dicha estructura. De manera sintética, se podría decir que es el ambiente social y político que envuelve a los individuos, precediéndolos antes de su nacimiento y persistiendo después de su muerte, el que ejerce una determinación en la salud de las personas, en conjunto con otros factores, como el sistema de salud, los factores biológicos, etc. Este contexto sociopolítico comprendería concretamente, las instituciones económicas (que producen y distribuyen los bienes y servicios para el sustento de las personas), las creencias ideológicas (religión, cultura, política, etc.), los códigos lingüísticos y las instituciones sociales (matrimonio, familia, educación, etc.) que regulan, en última instancia, las relaciones entre las personas (Álvarez-Dardet y col, 1995).

Como ya se ha señalado en el trabajo, el problema de la desigualdad social y su expresión en desigualdades en salud no es nuevo, sus orígenes se remontan a la existencia de sociedades diferenciadas en estamentos y castas, es una temática con un abordaje de larga data. El camino seguido por la noción de desigualdad social es similar al recorrido por las nociones de salud-enfermedad, pues se constituyen de acuerdo con los patrones sociales, económicos, políticos, culturales, etc. de cada sociedad. Así, en las sociedades tradicionales se configuraban la idea de desigualdad en el contexto de una distribución más allá de los hombres (natural o divina). En las sociedades esclavistas la diferenciación social es atribuida al estatuto divino de la de la decisión de Dios sobre lo humano, es él quien generaba la estructura social, es decir, él es quien dejaba fuera de

la ciudadanía a los esclavos. Aristóteles defiende la esclavitud y la institución de la propiedad privada y la desigualdad como hechos naturales, justos y propios de un equilibrio natural. En la sociedad feudal, las relaciones de servidumbre y de sujeción personal son legítimas por derecho divino (Linares y López, 2008).

El tránsito de sociedades tradicionales a sociedades capitalistas remite a la discusión sobre la constitución de la desigualdad social en proceso de transformación y se caracteriza por diversos fenómenos, entre los que destacan: la redefinición de las formas productivas, la generalización del intercambio de mercancías y la conformación inicial de los Estados- Nación. En este periodo, la concentración de tierras y la expulsión de los campesinos y siervos, genera grandes contingentes humanos desplazados cuya única posesión es su fuerza de trabajo. Estos grupos se convierten en hombres libres (en el sentido de tener libertad para vender su fuerza de trabajo) y progresivamente adquieren una serie de derechos frente a un Estado en formación. El Estado se constituye en un poder público ejercido sobre un territorio y una población, con la finalidad de garantizar el intercambio de mercancías, entre las que se incluye la fuerza de trabajo, en un marco jurídico ordenado y en “igualdad” de condiciones, es decir, el Estado aparece como vigilante del contrato social que realizan los hombres. Este pacto común presupone individualismo, utilidad e igualdad (Pashukanis, 1975). Las condiciones formales de libertad e igualdad revolucionan el orden feudal basado en la desigualdad natural y posibilitan la emergencia del concepto de ciudadanía, que resume los postulados del derecho positivo, sustentado en el principio de igualdad jurídica. En este sentido se puede mencionar las obras de Locke y Rousseau, quienes sientan las bases para la comprensión de los derechos sociales modernos desde la perspectiva de dos directrices centrales, la radical y la conservadora (Lanski, 1982).

La tesis conservadora se fortalece con la teoría de Adam Smith sobre la mano invisible del mercado como organizadora de la vida social, en donde el Estado únicamente debe vigilar la relación contractual entre los individuos y garantizar el respeto a la propiedad privada y a la iniciativa individual (Linares y López, 2008), pues desde esta perspectiva las desigualdades son propias de una estructura social. Por otra parte, desde la perspectiva de la antítesis radical o crítica, desarrollada conceptual y políticamente con los escritos de Marx y Engels plantea que las causas de la desigualdad se ubican en la naturaleza de las formas de producción y su lógica distributiva. Ambos autores realizan un análisis de las causas de la desigualdad socioeconómica y un programa de acción política para acceder a un nuevo orden social.

En el capitalismo del Siglo XX ambas directrices siguen hegemonizando el debate, las explicaciones sobre la desigualdad social son influenciada por el enfoque funcionalista heredero de la tesis conservadora, cuyas premisas destacan los aspectos necesarios y benéficos de la desigualdad social, considerando así al sistema de distribución esencialmente justo. Bajo este prisma, la desigualdad se entiende como una condición necesaria de todas las sociedades, bajo el argumento de que cualquier sistema de estratificación surge de la necesidad de recompensar a los hombres más destacados y atribuir mayor importancia funcional a ciertas tareas. Se parte del supuesto de que en toda sociedad humana existe un conjunto de valores surgidos de las necesidades de la sociedad, en tanto que las necesidades de todas las sociedades son semejantes, estos valores son universales variando únicamente en el orden de importancia que cada sociedad les asigna. Las recompensas y las posiciones se otorgan a los individuos en función del grado en que sus cualidades y desempeños se ajustan a las normas fijadas por su sociedad. Luego entonces, si los hombres difieren en estas cuestiones la desigualdad es inevitable. Es decir, toda estratificación representa una jerarquía de valores (Parsons, 1982). La teoría funcionalista ha abordado la temática de la desigualdad social como la idea de estratificación social.

La teoría del marxista enfoca el problema de la desigualdad social particularmente desde el punto de vista socio-histórico, interpreta a la desigualdad como resultado de las formas de producción y de apropiación de los recursos, así como, de los sistemas de relaciones de poder que se establecen entre sectores de la sociedad. La desigualdad social es resultado de la división de la sociedad en clases, producto de la contradicción histórica entre propiedad privada, producción colectiva y apropiación desigual de la riqueza que deviene en relaciones de poder asimétricas (Lenski, 1982). En esta perspectiva, el concepto de igualdad se redefine trascendiendo los límites de la igualdad jurídica y se arriba a una concepción de igualdad en sentido amplio, en donde la riqueza generada colectivamente debe ser accesible a toda la población y deben garantizarse condiciones básicas de existencia como prerrequisito para el máximo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas (Sen, 1993). El desarrollo de las sociedades deja de manifiesto que la igualdad jurídica no tiene una correspondencia con la igualdad social, colocando en el centro de la discusión la desigualdad económico-social.

II.2.2. La conceptualización de la idea de desigualdad social en salud.

Independiente de la perspectiva teórico sociológica que se adopte, es decir, un enfoque más estructural-funcionalista, u otro más cercano al interaccionismo simbólico, la fenomenología o la etnomotodología, lo interesante es subrayar que la existencia de la desigualdad es inherente a la organización social que clasifica y jerarquiza a las personas o grupos en función de las categorías sociales a las que pertenecen. Así, se evidencia la relevancia del tema de la desigualdad, pues este fenómeno se manifiesta en sociedad y es propio de cualquier conformación social.

Como señala Sen (2002), la desigualdad remite a un particular esquema distributivo entre muchos otros posibles, es decir, la estructura y dinámica de la sociedad siempre presentan desigualdad, pero ésta se configura en forma particular en cada sociedad. Sen (1997) también plantea que el debate sobre las desigualdades en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse en el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, pues la construcción del proceso salud-enfermedad es particular y propio de cada sociedad, de acuerdo a la manifestación de las relaciones sociales existentes, así como también los criterios distributivos que hay detrás de su estructura, es decir, la enfermedad y la salud están fuertemente determinadas por la complejidad de los criterios sociales y políticos que subyacen en su construcción y en su proceso.

Por su parte Arendt señala que en la naturaleza nos encontramos con la diferencia y no con la desigualdad, la desigualdad del mismo modo que su contracara la igualdad, se reconocen en el espacio público y común como una construcción política (Fleury, 2004). En este sentido al decir que la desigualdad es una cuestión social, es porque se construyen en el espacio público común. No existe sociedad en el mundo que no haya tomado el principio de igualdad como uno de sus fundamentos centrales, Sen (2002) afirma que en todos los enfoques éticos sobre el orden social se ha planteado el principio de la igualdad en alguna esfera sustantiva de la vida. Así, la distinción que se establece entre las esferas de desigualdad se realiza a partir de la variación de la noción de igualdad según sea el espacio o la esfera central de igualdad en cada enfoque (libertad, propiedad, utilidad, ingresos, riqueza, derechos, oportunidades, necesidades, capacidades, etc.).

La desigualdad es un particular esquema distributivo que consiste en un tipo de relación social que asigna desigualmente aquello que es distribuido a cada quien dentro de esa relación, es

decir, la desigualdad es social y relacional. Por otra parte, cabe resaltar que lo que se distribuye igualitariamente o desigualmente no son los resultados, sino la aplicación de un mismo criterio distributivo al conjunto de la población. Ahora bien, no existe sociedad en el mundo que no haya tomado el principio de igualdad como uno de sus fundamentos. Sen (1995) afirma que en todos los enfoques éticos sobre el orden social se ha planteado el principio de la igualdad en alguna esfera sustantiva de la vida, y la distinción que se establece entre ellas es la variación de la noción de igualdad según sea el espacio o la esfera central de igualdad en cada enfoque (libertad, propiedad, utilidad, ingresos, riqueza, derechos, oportunidades, necesidades, capacidades, etc.).

Si bien, el punto de partida es distinto en cada uno de estos enfoques señalados por Sen, éstos han contribuido de manera fundamental al reconocimiento e interpretación de la relación entre desigualdad social y la idea de salud-enfermedad, aun cuando sus perspectivas teóricas distintas entrañan ventajas y dificultades para cada uno de ellos. La complejidad metodológica que manifiesta la exploración de relaciones, hace difícil el abordaje de la desigualdad social y la salud en todas sus dimensiones, es decir, está presente el problema de la operacionalización de las categorías generales y la búsqueda de las mediaciones.

Desde la perspectiva funcionalista, el concepto de desigualdad es sustituido por el de estratificación social, esta postura es esencialmente ahistórica, en tanto presupone que las necesidades de todas las sociedades son semejantes y sus valores son universales, variando únicamente el orden de importancia que cada sociedad les asigna (Parsons, 1982). Los estratos así definidos se constituyen en categorías descriptivas y estáticas. En el campo de la salud pública, este tipo de estratificación permite identificar diferenciales de salud-enfermedad para cada uno de los estratos y explicar sus diferencias en términos individuales. Se considera además que los valores básicos que movilizan a la sociedad para responder frente a los problemas de salud son la responsabilidad personal, la conciencia social, la libertad y la igualdad y que en torno a estos valores se conforma una gama de combinaciones de atención a la salud, lo que justifica la desigualdad institucionalizada al reconocer que hay sociedades que dan mayor importancia a la responsabilidad individual y a la libertad y que, por lo tanto, la atención a la salud forma parte de sus sistemas de recompensas (Tumin, 1982). En otras sociedades, la conciencia social y la igualdad tendrán una jerarquía mayor en la escala de valores, por lo que la atención a la salud será considerada más como un derecho que como una gratificación (López y Arellano, 2008).

II.2.3. La noción de inequidad en salud y la distinción entre desigualdad e inequidad

Si bien la equidad en salud pretende condiciones óptimas e iguales para los individuos y los grupos sociales, la inequidad en salud se refleja en desigualdades que surgen como consecuencia de las distintas posiciones sociales de una persona en la estructura social. Estas disparidades en salud se inician en las variadas diferencias tanto a nivel de los sujetos como de las sociedades en cuanto a edad, género, condiciones biológicas o geográficas por ejemplo. Sin embargo, estas diferencias no deben ser consideradas como inequidades, debido a que la delimitación de las desigualdades es sólo el primer paso antes de la identificación de la inequidad en salud. El procedimiento restante requiere de una toma de posición frente a si dichas diferencias en salud son evitables, innecesarias e injustas.

La idea de inequidad más utilizada hoy en día en el campo de la salud es la estructurada por Margaret Whitehead⁵. Esta idea considera la inequidad como un producto de las desigualdades que son innecesarias y evitables pero que además son injustas. Esto debiendo ser examinado y juzgado en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. Desde esta visión, toda inequidad es una desigualdad, pero no toda desigualdad es una inequidad, pues una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable y tiene implícito un juicio ético. Para Whitehead, la equidad en salud significa, idealmente, que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar.

En la misma línea de las premisas entregadas por las construcciones teóricas de Whitehead, se encuentran las conclusiones desarrolladas por Metzger (1996) y Evans (2002). Para ambos autores, las desigualdades en salud reflejan las diferencias entre grupos, independiente de cualquier posible valoración sobre la justicia de éstas. Se propone que las inequidades se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. La característica de injusticia, implica una valoración

⁵ Whitehead M. The Concept and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services.1992. En: Revista de medicina Social. “La equidad en salud: Propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva.” Linares-Pérez y López-Arellano. número 3. Año 2008. México.

de si las desigualdades son o no, potencialmente evitables en un inicio y aceptables o no posteriormente.

Braveman (1998) realiza una aproximación que vincula a las inequidades con las ventajas sociales que pueden tener sujetos o grupos. Al igual que Whitehead, define operacionalmente como equidad en salud a la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales. En este marco, se puede rescatar la idea que supone que la procedencia de las inequidades, así como el sustrato mismo del eje equidad-inequidad, tiene un carácter social.

La postura de Montoya (1997), si bien postula la noción de equidad-inequidad como una cuestión de orden sociopolítico, al igual que Whitehead y Braveman, éste apunta en otros sentidos. Considera que la salud forma parte de la categoría de los derechos naturales, mientras que la equidad forma parte de los derechos civiles. Bajo su concepción, la sociedad se basa en un contrato para evitar las distorsiones derivadas de las desigualdades de poder e impedir así que dichas desigualdades se transformen en injusticias. Para Montoya, la equidad es una forma de distribución de los bienes que satisfacen los merecimientos de cada persona, inscribiéndose por tanto su perspectiva en un orden meritocrático.

Con todo, se evidencia la necesidad de establecer esta distinción entre desigualdad e inequidad, pues ha quedado reflejado que dichas nociones podrían confundirse y utilizarse como sinónimos. La distinción ha quedado resuelta en los párrafos anteriores y en términos simples supone que toda inequidad es una desigualdad, pero no toda desigualdad es una inequidad, pues para serlo debe ser una desigualdad injusta, evitable y sostenida, es decir, debe incorporar una postura ética, respecto de esa disparidad.

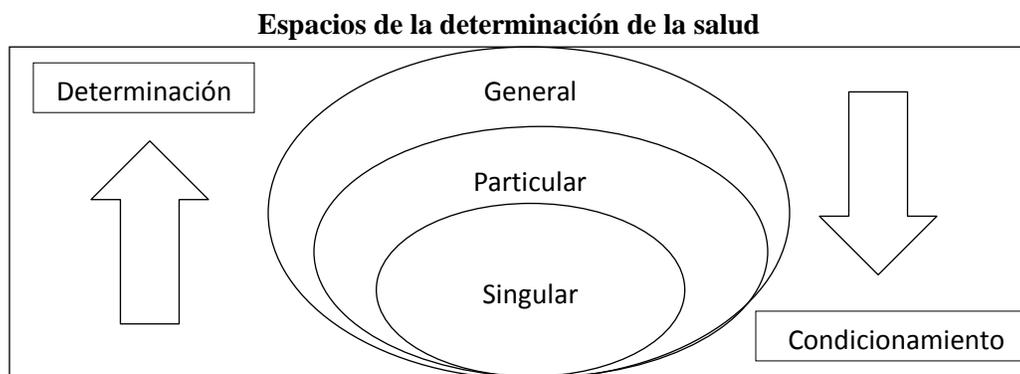
II.3. EL VÍNCULO ENTRE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD.

II.3.1. Hacia la comprensión de la determinación social de las disparidades sociales en salud.

El proceso salud-enfermedad se desarrolla en torno a una múltiple interacción de factores, tanto de las características individuales de los sujetos y grupos como de los contextos ambientales, económicos, políticos y sociales en que se manifiesta el proceso s-e. En este sentido, se puede destacar que existen distintas perspectivas, que enfatizan en el análisis de uno u otro factor determinante para dar cuenta de la configuración del proceso salud-enfermedad, pero en común todas consideran la existencia e interrelación de dichos factores, en caso de ser más de uno, tanto en el proceso de determinación de la salud como en el proceso de determinación social de la desigualdad en salud. De esta manera, se evidencia que el fenómeno de desigualdad social en salud no se da espontáneamente ni aislado, sino que es producido en el seno de una determinación de factores.

Según Breilh (2003), el fenómeno salud-enfermedad ocurre en diferentes dimensiones y estaría determinado por diversos tipos de factores y mecanismos, tanto propios del individuo como exteriores a éste, siendo un proceso que va desde lo singular, pasando por lo particular hasta lo general, correspondiendo lo singular a las variaciones del fenómeno a nivel del individuo, lo particular, a las variaciones del fenómeno entre grupos o poblaciones en una misma sociedad en un momento dado. Finalmente lo general, que corresponde a los flujos o variaciones en el proceso salud-enfermedad asociados a la globalidad o totalidad de la sociedad.

Esquema 1



Breilh, 2003.

Se concibe por tanto en el esquema precedente que el condicionamiento y determinación del proceso salud-enfermedad es definido y a su vez explicado en alguna de estas tres dimensiones. Además se produce un proceso de determinación de lo general o contextual hacia el individuo (o grupo según sea el caso), y al revés se produce un condicionamiento desde el individuo (o grupo) y que se proyecta hacia lo contextual o general.

Ahora bien, las explicaciones necesitan incluir varios niveles de análisis, pues como se señala desde una perspectiva holística, el funcionamiento del todo no puede explicarse exclusivamente en términos del funcionamiento de sus partes, por lo tanto, las leyes que gobiernan los sistemas complejos no pueden derivarse de los sistemas más simples (no puede explicarse la conducta del grupo en términos de las personalidades de los sujetos que constituyen el grupo). A nivel biológico, no pueden explicarse los procesos de la vida meramente en relación con los procesos celulares. Así, lo importante de esta aproximación es destacar que para los fines del trabajo es importante reconocer que existen una serie de factores involucrados que interactúan en diversos niveles complejamente.

Cabe realizar una aclaración expuesta por Marmot que resulta importante para los fines teóricos y analíticos de esta investigación, ésta es la siguiente: los factores determinantes de la salud son distintos de los factores sociales de la salud y a su vez éstos también son distintos de los determinantes sociales de la inequidad en salud (Marmot, M. 2001). En este sentido, resulta útil distinguir tres cuestiones. La primera es que los determinantes de la salud apuntan a encontrar las causas individuales de los casos en el proceso salud enfermedad e incluyen factores de diversa índole (sociales, biológicos, psicológicos, etc.). La segunda es que los determinantes sociales de la salud buscan indagar en las causas de la incidencia de la enfermedad, es decir, por qué en algunos grupos socialmente definidos hay diferentes cargas de salud y enfermedad respecto de otros, (Rose, G. 1985). La tercera es que los determinantes sociales de la inequidad en salud indagan en la relación entre la incidencia y el marco de desigualdad social en que se desenvuelve. Al considerar la tercera aclaración, entregada por Marmot, se permite hilvanar las directrices que relacionan la incidencia del fenómeno, el orden social en que se presenta y también el marco de desigualdad social que entraña.

Ya con estas aclaraciones expuestas se está en condiciones de abordar los criterios de determinación que involucrará esta investigación, así como las distinciones relevantes a considerar.

II.3.2. El concepto de determinantes de la salud como elemento analítico para el abordaje de la desigualdad social en salud.

Los determinantes de la salud son todos los factores y las condiciones que influyen en el proceso salud enfermedad. Como se revisó en el primer apartado, existen algunos modelos que atribuían el desequilibrio del proceso salud enfermedad a la presencia de un agente o factor, otros modelos contemplaban la interacción de variados factores. Así, un elemento crucial de esta idea de determinantes de la salud es la noción de que existen factores que no actúan aisladamente, sino que por medio de interacciones complejas (CIAR, 1989)⁶.

Estos determinantes de la salud consideran una amplia gama esferas como son la biológica, la ambiental, la psicológica, la relacionada con el sistema de salud, la social, etc. Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, se puede señalar la propuesta del CIAR que plantea que los factores influyentes sobre el nivel de salud de una población son cuatro y tienen distinto grado de injerencia: el factor social influye un 50%, el biológico un 15%, el ambiente un 10% y el sistema de salud un 25%⁷. De esta manera, los determinantes de la salud incluyen variados factores, entre los cuales se encuentra como uno más de ellos el elemento social.

Según Vega (2001), existen dos grandes mecanismos que son causantes de muerte y enfermedad, en primer término están los que corresponden a mecanismos individuales y en segundo lugar los sociales. En los primeros, la autora reconoce la influencia real de factores netamente individuales como son los genéticos, pero también considera la posición social del individuo como determinante de una exposición diferencial a una serie de factores que contribuyen a aumentar el riesgo en salud a nivel individual (pobreza, nutrición, condiciones laborales, entre otros).

Vega plantea que se ha demostrado que aquellos individuos con menor nivel socioeconómico tienen una susceptibilidad global mayor de enfermarse y morir por distintas enfermedades a igual grado de exposición. Se plantea por tanto, que el nivel socioeconómico de los individuos determina el estado de salud al que pueden acceder y también que las consecuencias

⁶Sigla referida al Canadian Institute for Advance Research.

⁷Canadian Institute for Advanced Research. En: OPS XXI. En: acción.<http://www.docstoc.com/docs/24635210/Abordaje-de-los-factores-determinantes-de-la-salud-en/>.

sociales son distintas para las personas dependiendo su posición social⁸ ya que ésta determina la probabilidad de acceso a información, educación sobre salud, a una atención de calidad y oportuna, etc.

II.3.3. La noción de determinantes sociales de la salud como perspectiva de abordaje de la desigualdad en salud.

Los determinantes sociales de salud se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar” (Tarlov, A. 1996)⁹. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud. Los determinantes sociales funcionan por la interacción de una serie de factores que van determinando el proceso de salud enfermedad, en este sentido, se puede señalar que durante las últimas décadas han ido emergiendo una serie de modelos que intentan mostrar los factores intervinientes y a su vez cómo estos interactúan entre sí.

El concepto determinantes sociales de salud se originó en los años setenta, a partir de una serie de publicaciones centradas en la crítica a las insuficiencias de las intervenciones de salud orientadas en los riesgos individuales de enfermar y morir, pues fueron consideradas poco efectivas al no tomar en cuenta una serie de variables relacionadas con la dimensión social (Jadue, 2005). Dichas publicaciones se enmarcan en los debates propuestos por la OMS y desde otra perspectiva, desde los debates planteados por la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana. El giro que se da en cuanto al foco de atención permite evidenciar que las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable incluyen también aspectos de orden social. Esto implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas,

⁸La posición socioeconómica incluye los recursos materiales y sociales, al igual que la ubicación o la situación en una jerarquía social. Las posiciones sociales derivan de un determinado contexto social y son generadas por él, lo que significa que las clasificaciones de las posiciones sociales varían en las distintas sociedades y períodos históricos. En algunos países, el género, la raza o la religión desempeñan un papel fundamental en relación con la posición que ocupa una persona. Debido a que hay una amplia gama de estructuras de desigualdad, todas las personas ocupan varias posiciones sociales.

⁹Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. En: Blane D. Brunner E. Wilkinson R (editores). Salud y organización social. Londres: Routledge. 1996.

sino que ésta es sólo un aspecto del proceso y está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja.

Los determinantes sociales de la desigualdad en salud suponen que el contexto social y político, incluidas las instituciones políticas y los procesos económicos (cultura, sociedad, relaciones de producción, mercado laboral, sistema educacional, por ejemplo) dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales, en el status, el ingresos y el poder. Así, los grupos sociales se estratifican según los niveles de ingresos, la educación, el estado profesional, el sexo, la raza o grupo étnico y otros factores. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica son llamados determinantes estructurales de la salud o determinantes de las desigualdades en salud y configuran las oportunidades y los resultados de salud de los grupos sociales, esto sobre la base de la inequidad en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. La revisión siguiente acerca de los modelos de los determinantes de la desigualdad salud permitirá generar un acercamiento al conjunto de elementos, factores y procesos intervinientes en las desigualdades sociales en salud.

II.3.4 Modelos explicativos de las desigualdades sociales en salud.

El establecimiento de la relación entre el contexto social y la salud entraña varias dificultades de carácter conceptual y metodológico debido a la multitud de factores y mecanismos que intervienen en tal relación. Así, es pertinente entender que existen diversos modelos que incorporan marcos explicativos de las desigualdades sociales en la esfera de la salud, los que proponen conformaciones particulares y que también enfatizan en algunos factores o relaciones de factores por sobre otros. De este modo, en una primera instancia se revisarán una serie de modelos simples que explican la existencia de las desigualdades sociales en salud con énfasis en algún factor particular, para en una segunda instancia revisar los modelos asociados a la configuración desde enfoques de carácter integral, es decir, que contemplan la multiplicidad de factores y sus posibles vínculos relacionales.

II.3.4.1 Modelos simples de explicación de las desigualdades sociales en salud.

Los modelos simples de explicación de las desigualdades sociales en salud, suponen la existencia de un factor preponderante al momento de configurarse las desigualdades. Este factor al ser explicado en su funcionamiento, permite entender qué elementos se encuentran en juego y cómo estos operan en su interacción, plasmando de esta forma la primacía de un factor en la constitución de las desigualdades sociales en salud.

II.3.4.1.1 Modelo de los factores materiales o estructurales.

Esta perspectiva pone de relieve el rol de la estructura social y el ambiente social en la configuración de las desigualdades sociales en salud. En este sentido, una mayor o menor disposición de factores materiales o estructurales relacionados con bajos ingresos, desempleo, riesgos del ambiente físico de residencia, malas condiciones laborales y de la vivienda tendrán un claro impacto sobre la generación de las desigualdades sociales en salud, que vendrán dadas por el hecho de que los grupos sociales más bajos están expuestos a un ambiente social menos saludable (Borrell, 1996). En esta interpretación de las desigualdades sociales en salud destacan además de las situaciones señaladas, la extensión y calidad de los servicios como son el gasto social, el sistema de salud, el sistema educativo, los servicios sociales y la política impositiva.

II.3.4.1.2. Modelo de la selección social.

Este modelo apunta al hecho de que la salud determina la posición socioeconómica de las personas. Es decir, aquellos sujetos con mala salud tenderán a ubicarse en las posiciones menos favorecidas de la jerarquía social, mientras que los más sanos lo harán hacia las más altas. Esta selección social, puede ocurrir dentro de una generación (selección intrageneracional) o entre dos generaciones (selección intergeneracional). Así también, esta puede ser directa, cuando el estado de salud determina directamente la posición económica, o bien indirecta, cuando determinados factores operantes durante la infancia e influyentes en la salud, tales como la privación material o la educación, determinan la salud y la movilidad en la vida adulta (Borrell y Benach, 2003).

Esta perspectiva ha guiado las intervenciones realizadas en los sistemas sanitarios de diferentes países subdesarrollados suponiendo que así podría romperse el vínculo entre la

enfermedad y la pobreza, ya que la mejora generalizada de la salud de la población conllevaría un crecimiento económico sostenido (León y col, 2005). Sin embargo, las desigualdades sociales en salud van más allá de la influencia de la selección social y, por ello, esta perspectiva no es capaz de explicarlas adecuadamente. No obstante, este modelo de explicación de las desigualdades sociales en salud puede resultar útil en contextos en los que la falta de una estructura de servicios sanitarios consolidada y una red de protección social del Estado (La Parra, 2002).

II.3.4.1.3 *Modelo de los factores psicosociales.*

Ante la insuficiencia evidenciada en la perspectiva de los factores materiales o estructurales y también de la selección social, algunos autores como Wilkinson (1997), Marmot y Kawachi (1999) han sugerido la necesidad de considerar también la posible intervención de factores de tipo psicosocial en las desigualdades sociales en salud. Es así como este modelo considera el efecto psicosocial como una falta de auto-confianza de los sujetos, derivado de la comparación que el individuo realizaría de sí mismo respecto de otros en una sociedad desigual.

Este modelo sugiere que el estado de salud de los individuos depende de la posición relativa de sus ingresos en la escala social y de la consecuente autopercepción sobre tal distancia a la media del conjunto de la sociedad, y no tanto del nivel absoluto de riqueza o pobreza. Así el modelo manifiesta que las desigualdades en salud no se vinculan con la pobreza, sino con la percepción de la posición de los individuos en la escala social. Según Evans: “Hay algo que influye poderosamente sobre la salud y está correlacionado con la jerarquía per se. No sólo opera sobre una minoría sin privilegios, situada en el margen de la sociedad (los pobres), sino sobre todos nosotros, y sus efectos son grandes.” (Evans, 2002)

El modelo considera la acción de varios mecanismos intermedios que operarían en la relación de desigualdad del ingreso y la salud y por ende en los factores psicosociales, algunos de ellos son: el apoyo social, la cohesión y el capital social. Mecanismos que conducirían a mayores o menores niveles de ansiedad, estrés y hostilidad, incidiendo en la autopercepción y la confianza de los sujetos (León y col, 2005). A continuación se describen dos de ellos.

1. El apoyo social como factor intermedio del modelo psicosocial.

Una dimensión intermedia clave para comprender la interpretación psicosocial de las desigualdades sociales en salud es la de apoyo social. Definirla no es sencillo ya que la diversidad de definiciones del término coincide con la multiplicidad de estudios que la han investigado. Se trata de un concepto que proviene de desarrollos realizados por Bourdieu y Putnam, y que a partir de la década de los `90 ha sido progresivamente incorporado a la investigación en salud.

Según Stansfeld, se trata del conjunto de información o recursos provistos por otras personas que conducen a los individuos a pensar que son queridos, cuidados, estimados y valorados, por una red social, es decir, los recursos que les hacen sentir a los sujetos como pertenecientes a una red social de comunicación y mutua obligación (Stansfeld, 1999). Uno de los trabajos pioneros fue el de Berkman y Syme en el años 1979, el que demostró que aquellas personas con menores conexiones e interrelaciones sociales mostraban mayores tasas de mortalidad.

2. El capital social como factor intermedio del modelo psicosocial.

El concepto de capital social es de gran importancia para el enfoque psicosocial de las desigualdades sociales en salud. A diferencia del apoyo social, que es definido en términos individuales, el capital social posee un carácter grupal, comunitario, y se define como el conjunto de redes, normas y valores compartidos que facilitan la cooperación en los grupos (OECD, 2000). La existencia de capital social promueve la confianza mutua y el respeto entre los miembros de una comunidad, así como la existencia de una activa participación en actividades y asociaciones de la misma, lo cual se relaciona con una mejor autovaloración de la salud y menor mortalidad (Kawachi 1999).

II.3.4.1.4. *Modelo de los hábitos o conductas relacionadas con la salud.*

Según este modelo, la mayor parte de los hábitos de vida (el tabaco, la dieta, el consumo de alcohol o el ejercicio físico, por ejemplo) se distribuyen según una gradiente socioeconómica, de forma que los factores de riesgo conocidos para la salud son más frecuentes a medida que se

desciende en la escala social (Gutiérrez y col, 1994). Sin embargo, tratar de explicar el origen de las desigualdades sociales en salud a partir de esta desigual distribución no es sencillo. Algunos estudios han hallado desigualdades sociales en salud (por ejemplo, en la mortalidad cardiovascular) por nivel socioeconómico, que no se explican por las desigualdades en el consumo de tabaco, la tensión arterial, el colesterol o la intolerancia a la glucosa (Ferrie, 2002). El modelo no permite una explicación necesariamente causal para las desigualdades sociales en salud, es decir, las conductas relacionadas con la salud no son un mero producto de la elección individual sino que están sujetas a los condicionamientos de la estructura social.

II.3.4.1.5. *Modelo de los servicios sanitarios.*

Este modelo supone que el menor acceso de los grupos socioeconómicos ubicados en posiciones más bajas a los servicios sanitarios preventivos, a la asistencia especializada, a los servicios curativos de calidad y a los servicios de cuidados paliativos debe tenerse en cuenta en la explicación de las desigualdades sociales en salud (Wagstaff, 2002 y Borrell, 1996. También hay que considerar que en áreas socioeconómicamente favorecidas, que posean un mejor estado de salud gracias a medidas de higiene pública, sociales y educativas que se hayan implementado, podrán verse adicionalmente beneficiadas. Esto debido a la actuación de la asistencia sanitaria, ya que probablemente su población sea más capaz de captar los mensajes y traducirlos en actos tendientes hacia posturas más saludables (Ortún y col, 2004).

II.3.5. Modelos explicativos integrales.

Ahora bien, es importante en esta instancia pasar a revisar la propuesta de varios autores interesados en elaborar una explicación integral sobre la configuración de desigualdades sociales en salud y su vínculo con los determinantes sociales. Estos han propuesto modelos que integran varias de las perspectivas expuestas, incorporando incluso otras variables consideradas de interés en la explicación del fenómeno. Así, los modelos explicativos integrales resultan especialmente importantes porque permiten hacer visible la manera en que los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar por medio del análisis de la desigualdad, las inequidades de salud entre distintos grupos en la sociedad. Junto con ello, permiten la consideración de los variados elementos y la posible interacción de éstos en múltiples niveles de asociación.

II.3.4.2.1 Modelo de producción de inequidades en salud.

Este modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) explica cómo las inequidades son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales que van desde el individuo hasta las comunidades. Esto sin enfatizar mayormente en la relevancia de la posición social en un eje de desigualdad, pero sí destacando en él la diferencia que se produce entre mayores condiciones de riesgo para unos individuos y poblaciones por sobre otros. Además se considera la intermediación de factores por medio de distintos niveles o capas de influencia situadas en torno al individuo.

Esquema 2
Modelo de Producción de Inequidades en salud



Dahlgren y Whitehead (1991).

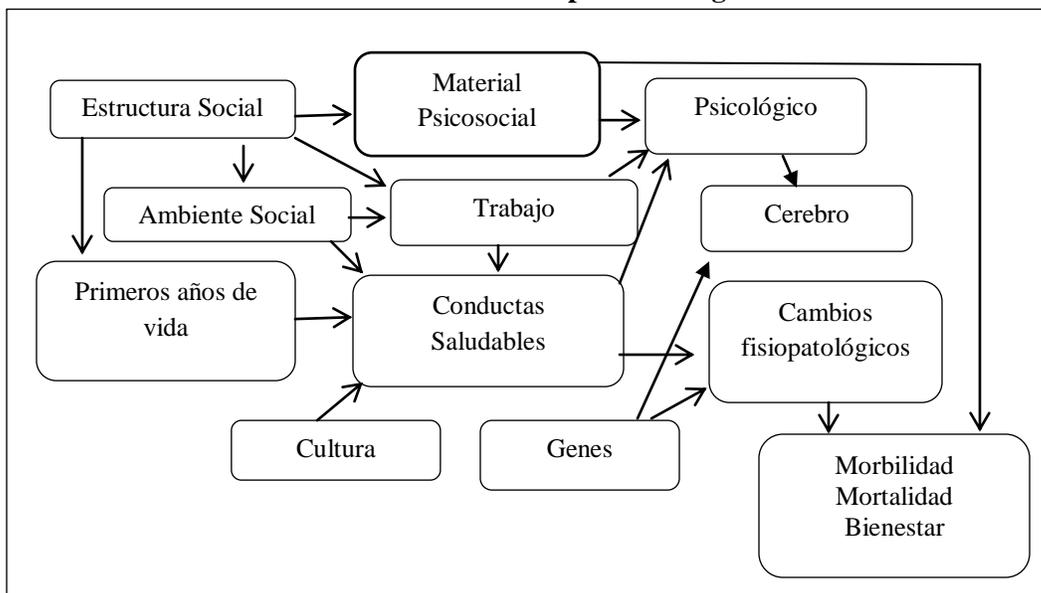
De acuerdo al esquema anterior, los individuos se encuentran en el centro del diagrama, siendo la edad, el sexo y los factores hereditarios los que determinan el potencial de salud que puede alcanzar una persona. Luego están los factores de estilo de vida individual. En un tercer lugar, están las redes sociales. El siguiente nivel se relaciona con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. En este nivel, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean más riesgos para quienes se encuentran en una situación económica más desfavorecida. Por último, las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalecientes en la sociedad abarcan en su totalidad a los demás niveles.

II.3.4.2.2. Modelo de influencias múltiples a lo largo de la vida.

Este modelo nació de los trabajos de Brunner, Marmot (2001) y Wilkinson (1997) con la finalidad de relacionar la perspectiva clínica (curativa) con la de salud pública (preventiva). Luego se aplicó como un modelo de los factores sociales que causan la mala salud y contribuyen a generar desigualdades sanitarias. Este modelo se utiliza para ilustrar cómo las desigualdades de salud condicionadas por los determinantes sociales son el resultado de la exposición diferencial al riesgo ambiental, psicológico y conductual a lo largo de la vida de los individuos.

Esquema 3

Modelo de influencias múltiples a lo largo de la vida



Brunner, Marmot y Wilkinson (1998).

El esquema anterior refleja cómo se relacionan la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales. Los factores genéticos, de la niñez y culturales constituyen importantes influencias adicionales para la salud de la población.

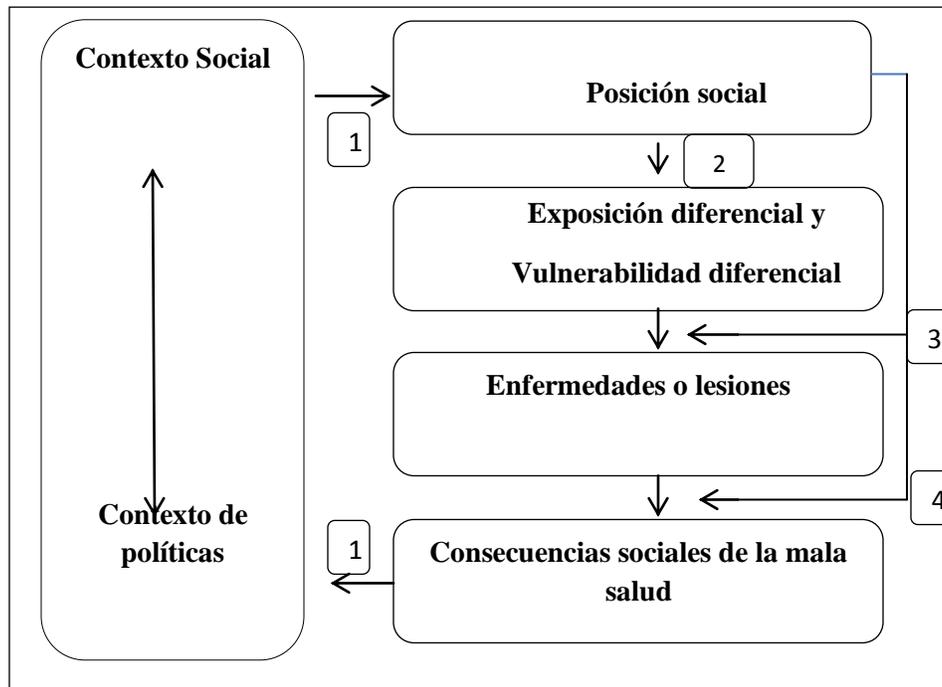
II.3.4.2.3. Modelo de estratificación social y producción de enfermedades.

El modelo de Diderichsen (2001) enfatiza en que la forma cómo se organizan las sociedades a través de la estratificación social, determina las oportunidades de salud que tiene una persona.

Este modelo considera en profundidad el tema de la posición social como determinante de la salud. En el siguiente esquema se muestran cuatro mecanismos que el modelo considera en la configuración de las desigualdades sociales en salud.

Esquema 4

Modelo de estratificación social y producción de enfermedades



Diderichsen(2001).

El primer mecanismo (1) da cuenta de la manera en que la sociedad se organiza y distribuye el poder y la riqueza, dando origen a la posición social, la que a su vez determina una exposición diferencial de los individuos. El segundo (2) corresponde a condiciones más o menos perjudiciales de salud. Esta exposición diferencial de los individuos modela distintas vulnerabilidades en la población (en ella y entre ellas) generando desigual distribución de las enfermedades lo que nos conduce al tercer mecanismo (3). Estas distintas vulnerabilidades y desigualdad en la morbilidad en la población tienen consecuencias sociales (4) que son diferenciales y dicen relación con la repercusión diferente que un cierto evento de salud puede tener en una persona o grupo determinado debido a sus distintas circunstancias y posición social.

II.3.4.2.4. Modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por el equipo de Equidad de la OMS.

Este modelo elaborado por el equipo de Equidad de la OMS para la Comisión de Determinantes Sociales en Salud en el año 2005¹⁰, plantea que la desigualdad en salud tiene una serie de elementos y procesos sociales involucrados. Dichos procesos y elementos se constituyen como los determinantes sociales de la salud, los que a su vez se dividen en determinantes estructurales y en determinantes intermedios. Los determinantes estructurales o determinantes de las inequidades sociales en salud se componen del contexto sociopolítico y la estructura social. El contexto sociopolítico, ya sean las instituciones, actores sociales y políticos (elementos que en un sentido amplio incluyen: valores sociales, culturales, tipo de gobierno, globalización, políticas públicas, sistema político, etc.), además de los procesos económicos que se dan en la sociedad, dan lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas, ingresos y poder de carácter desigual. Por otro lado tenemos a los segundos componentes de los determinantes estructurales y estos son los elementos y mecanismos de estratificación socioeconómica, dichos elementos configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud de los grupos sociales sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Los grupos se estratifican según los niveles de ingresos, la educación, la ocupación, el sexo, la etnia o raza y otros factores.

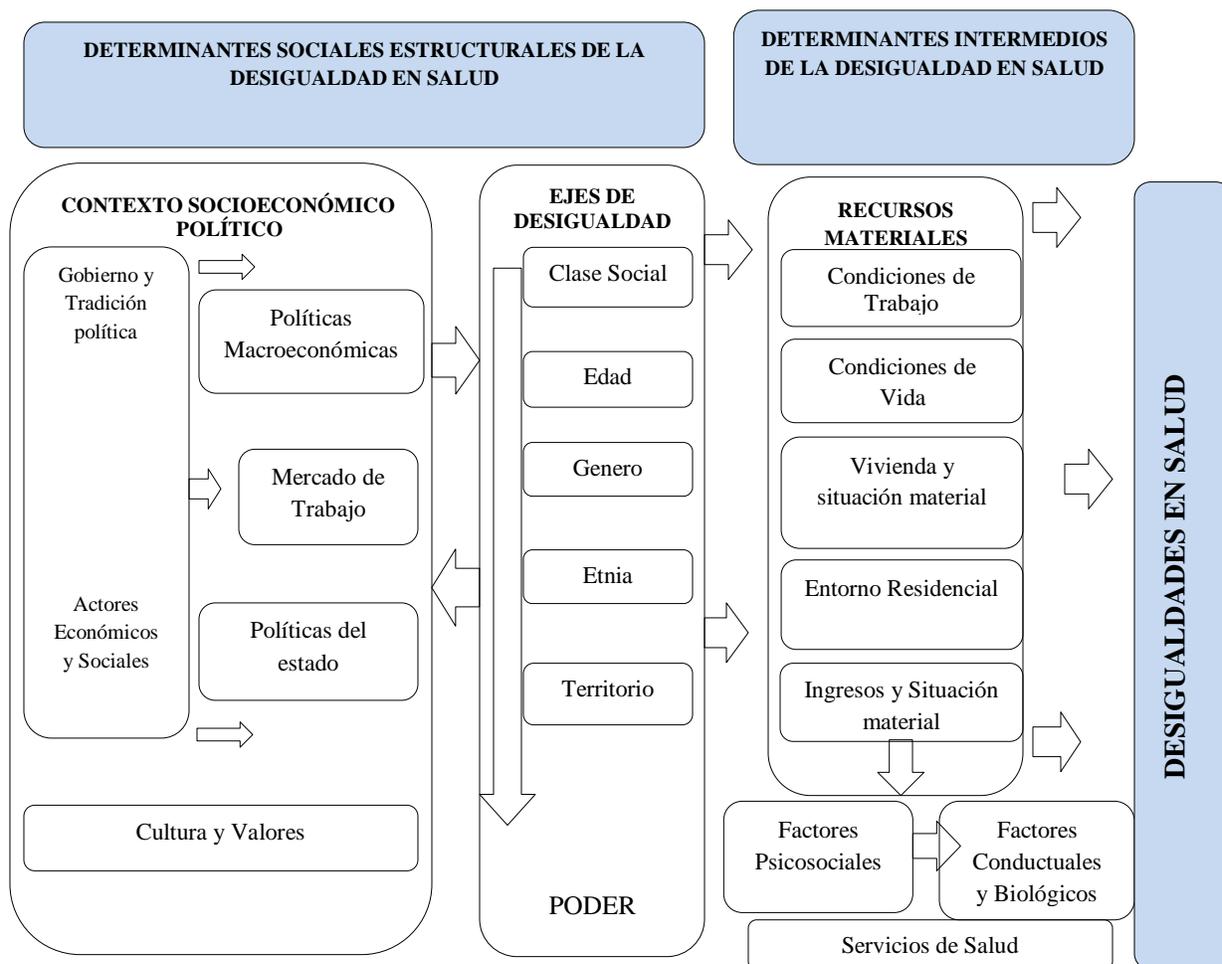
Las posiciones socioeconómicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro de un sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud. El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo, la posición socioeconómica tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios. Los factores intermediarios son condiciones materiales de vida, como la situación laboral y de vivienda, circunstancias psicosociales y también factores conductuales y el barrio de o ambiente residencial, etc. El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos (o de poder y prestigio) inferiores viven en circunstancias materiales menos

¹⁰Extraído de: Closing the gap in a generation: health equity taking action on the causes of the causes. The Commission on Social Determinants of Health Draft Final Report. December, 2007.

favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con los más privilegiados. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está modelada por su inserción en la jerarquía social.

Finalmente, se involucra el sistema de salud, sistema que en sí mismo contribuye muy poco a la generación de las desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas de la salud y bienestar, pero en general el sistema de salud más bien incide en el mantenimiento y reproducción de la desigualdad más que en su generación.

Esquema 5
Modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por el Equipo de Desigualdades Sociales en Salud España. Basado en Solar, Irwin y Navarro (OMS 2005).



Equipo de Desigualdades Sociales en Salud España (2010).

II.3.5. La desigualdad social en salud bajo el prisma de la adaptación del modelo de la comisión al nivel intercomunal chileno.

Después de seguir la presente revisión teórica, en el trabajo se utilizará una adaptación del modelo del Equipo de Desigualdades Sociales en Salud España 2010 (proveniente del modelo original de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2008), pues se considera que es un forma de abordaje simple y que incorpora la complejidad de las determinaciones e interacciones entre los elementos del sistema en su marco de análisis, y que por cierto, rescata los factores y mecanismos más relevantes en la constitución de la desigualdad social en salud de los diversos modelos revisados anteriormente. Por tanto se aborda la cuestión de las desigualdades en salud desde una adaptación particular, pero que se desprende del modelo de la Comisión y que desde su mirada de trabajo concibe el fenómeno de la desigualdad social en salud como una cuestión multidimensional, donde se produce una interrelación compleja entre elementos y procesos, los que a su vez pueden ser analizados desde distintas miradas. En este marco, esta investigación indaga desde una perspectiva sociológica en una estructura subyacente de desigualdad social en salud a nivel intercomunal. Esta adaptación plantea la existencia de una multiplicidad de factores y elementos determinantes de las variaciones de salud que actúan por medio de interacciones complejas y múltiples. Estos determinantes de la salud consideran una amplia gama esferas como son la biológica, la ambiental, la psicológica, la relacionada con el sistema de salud, la económica, la social, etc. Pero en definitiva se consideran los determinantes estructurales intermedios asociados a etnia, territorio y clase social, prescindiendo del resto de los determinantes y sus elementos, pero sin desconocer su existencia y asociación.

Como ya se ha revisado, para Marx la posición socioeconómica está totalmente determinada por “la clase social”, según la cual un individuo se define por su relación con los medios de producción. La clase social, y las relaciones de clase, se caracterizan por el conflicto inherente entre los trabajadores explotados y la explotación de los capitalistas o los que controlan los medios de producción. La clase social, como tal, no es una propiedad a priori de los seres humanos, sino que es una relación social creada por las sociedades. Una adaptación explícita de la teoría de Marx sobre la clase social que considera el empleo contemporáneo y las circunstancias sociales, es la clasificación de clase social realizada por Erick Olin Wright. En este esquema, las personas se clasifican de acuerdo a la interacción de tres formas de explotación: (a) la propiedad de bienes de capital, (b) el control de los activos organizacionales, y (c) la posesión de habilidades o credencial de bienes (Wright, 1995).

Por su parte, Max Weber desarrolló una visión diferente de la clase social. Según Weber, la posición diferencial en la sociedad se basa en tres dimensiones: clase, status y poder. Se supone que la clase social tiene una base económica que implica propiedad y el control de los recursos y se indica mediante medidas de ingresos. El status o situación considera el prestigio u honor en la comunidad. Weber considera que el status implica “el acceso a oportunidades de vida” basada en factores sociales y culturales, tales como antecedentes familiares, estilo de vida. Desde la dimensión social se considera la visión de los determinantes sociales de la desigualdad en salud, en ella el contexto social y político, incluidas las instituciones políticas y los procesos económicos (cultura, sociedad, relaciones de producción, mercado laboral, por ejemplo) dan lugar a un marco general de desigualdad tanto en el status, como en el ingresos y el poder.

Así, las sociedades se estratifican según los niveles de ingresos, la educación, la ocupación, el sexo. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica son llamados determinantes estructurales de la salud o determinantes de las desigualdades en salud y configuran tanto las oportunidades como los resultados de salud de los individuos o grupos sociales, esto sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder y prestigio. En este marco se debe mencionar que justamente el trabajo se inclina en abordar esta esfera de determinantes sociales estructurales, pues siguiendo la línea del modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales en esta dimensión estructural es donde se producen las desigualdades injustas o inequidades, se aborda por tanto el eje de desigualdad de poder que se genera en el contexto de estructura social¹¹ que se da en los determinantes estructurales. Por otra parte, se aprecia que los factores estructurales determinantes y sus desigualdades impactan en forma diferencial en la exposición específica y la vulnerabilidad, es decir, en los determinantes intermedios que reflejan los recursos materiales que influyen en los procesos psicosociales como la falta de control, de apoyo social, y las situaciones de estrés y también en las conductas con influencia en la salud y los procesos biológicos que de todo ello derivan.

Ahora bien, dentro de los determinantes sociales estructurales nos encontramos con dos elementos centrales, el primero es el contexto sociopolítico, que corresponde a todas aquellas instituciones, sistema de gobierno, tradición y cultura política, además de la multiplicidad de actores sociales, políticos y económicos que intervienen en la sociedad. Por otro lado está la estructura

¹¹ Se debe recordar que la dimensión determinantes estructurales tiene dos componentes generales, el contexto sociopolítico y la estructura social y es justamente en esta última donde se centra el foco de este trabajo.

social y la posición socioeconómica que los grupos o individuos ocupan en ella. En cada sociedad, los recursos son distribuidos de manera desigual, esta desigualdad puede ser retratada como un sistema de estratificación social o jerarquía social (Giddens E. 1993 Citado por A Kunst). Las personas alcanzan distintas posiciones en la jerarquía social en función de su clase social, categoría profesional, rendimiento o logro escolar y nivel de ingresos.

Así, el efecto de clase social o la posición socioeconómica no es directo y además es diferente según cada uno de estos elementos estratificadores. El nivel educativo crea diferencias entre las personas en términos de acceso a la información y el nivel de para beneficiarse de los conocimientos asociados a salud. Los ingresos crean diferencias en el acceso a los bienes materiales de salud. El status profesional, a su vez, incluye a los dos aspectos señalados y suma a ellos los beneficios derivados del ocupar determinados puestos de trabajo, que daría privilegios en salud particulares para ese trabajador. Estos elementos revisados nos permiten aproximarnos al entendimiento de cómo operan estos estratificadores en el esquema de la Comisión. Otros autores de la epidemiología social, como Kunst y Mackenbach, han argumentado que los indicadores más importantes de posición socioeconómica serían el status profesional, el nivel de educación y el nivel de ingresos, corroborando lo señalado en forma precedente. Como señalamos, cada indicador se refiere a un aspecto diferente de la estratificación social y, por lo tanto, siempre es recomendable considerar varios de ellos en lugar de uno solo cuando existe la disponibilidad de los indicadores, de manera de utilizarlos de forma complementaria, cuestión que se realiza así a continuación en la parte metodológica del trabajo.

Los principales grupos de factores intermediarios que juegan un papel fundamental en la explicación de las inequidades en salud son los recursos y condiciones materiales, los factores psicosociales y los patrones de conductas. Los recursos o condiciones materiales están vinculados a condiciones de privación económica, así como a las condiciones del medio ambiente físico, por ejemplo: la vivienda, el vecindario, las condiciones físicas del trabajo, etc. Para los investigadores que hacen hincapié en este aspecto, las desigualdades de salud son el resultado de la acumulación diferencial de exposiciones y experiencias negativas en este ámbito que tienen su origen en el mundo material. A la vez, las condiciones materiales y sociales de (des)ventajas y ventajas previsible se entrelazan, de modo tal, que “las personas que tienen más recursos en términos de conocimientos, dinero, poder, prestigio, y de relaciones sociales están en mejores condiciones de evitar el riesgo y de adoptar las estrategias de protección que están disponibles en un momento dado

y en un determinado lugar” (Link y Phelan 1998.) Desde esta perspectiva no sólo hablamos de ingresos y bienes, sino de un proceso político de distribución de poder que afecta la provisión de servicios, la calidad de los ambientes físicos y las relaciones sociales, entre otros (Bartley M. 2004). Entre los factores psicosociales pertinentes se incluye el estrés asociado a acontecimientos negativos de la vida, circunstancias de vida estresantes, la falta de apoyo social, etc. Los investigadores que hacen hincapié en este enfoque sostienen que las desigualdades socioeconómicas en la morbilidad y la mortalidad no pueden ser completamente explicadas por las condiciones materiales conocidas o por los factores de riesgo tradicionales de la enfermedad. Finalmente el último elemento a considerar del esquema es el sistema de salud, el que constituye un importante factor intermediario de las inequidades en salud, a pesar de que a menudo no ha recibido suficiente atención en la literatura, dado que solo se le ha reducido a su función de prestación de servicios curativos y preventivos, es decir, se ha analizado en base a su rol en las consecuencias de las inequidades en salud y no en las causas de ésta, es decir, no se releva su rol en cuanto a promotor o reductor de las exposiciones y vulnerabilidades desiguales en salud presentes en los grupos sociales, a propósito del sistema segmentado y mixto que tiene Chile.

Entonces, esta aproximación a la desigualdad social en salud se realiza desde la consideración de la complejidad, multidimensionalidad y dinamismo propio del fenómeno, pero se aborda desde una adaptación proveniente del modelo de determinantes sociales de la salud(2008), pues da una óptica desde la incidencia de lo social en la desigualdad en salud y a diferencia del modelo, que enfoca las desigualdades en un nivel individual, esta adaptación considera los elementos y mecanismo del proceso en función de su repercusión a nivel comunal o intercomunal, es decir, se produce una estratificación comunal relacionada a los determinantes estructurales, la que genera a su vez exposición y vulnerabilidad diferencial entre y para las comunas (además de entre y para los individuos). Además esta adaptación que se utiliza en el trabajo permite determinar una matriz o estructura de desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile¹², indagando netamente en los determinantes sociales estructurales (no así en los intermedios o el contexto sociopolítico de los determinantes estructurales) y lo que ocurre en los resultados de salud, es decir, indaga en los diversos elementos que configuran los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social (ocupación, ingreso, educación y territorio, sumando también vivienda), y que ponen en evidencia la existencia de desigualdades en

¹² Es importante tener presente que se configura, determina y analiza en este trabajo una estructura particular de desigualdad de entre muchas otras posibles.

salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Así se constituye una estructura de desigualdad que puede ser determinada y analizada y que proviene de los postulados y el modelo entregado por la comisión y que permite conocer la posición y características que asumen los elementos, factores y mecanismos estructurales que configuran el patrón o estructura de desigualdad social en salud.

II.4. PERSPECTIVAS SOBRE LAS PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN CHILE.

II.4.1. Acercamiento a la formación del actual Sistema de Salud Chileno.

La Constitución de la República de Chile declara que la salud es un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos¹³, en este marco, el país presenta una larga tradición de políticas sociales de salud que han buscado su promoción. La política pública de salud de nuestro país se configura en base a la realidad política, social e histórica de cada época particular, por lo tanto va asumiendo distintas formas especiales. En la actualidad el sistema de salud y las políticas que se impulsan para su promoción y desarrollo tienen un desarrollo particular desde el retorno a la democracia, pues a partir de 1990 los gobiernos sucesivos de la Concertación por la Democracia¹⁴ han administrado el sistema de salud heredado del régimen militar, introduciendo algunas modificaciones en él.

En el periodo de dictadura (1973 – 1990) en términos muy generales se destaca el fuerte impulso de reformas neoliberales que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector de los actores e instituciones privadas en la dimensión de los servicios de salud. Entre 1973 y 1979 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al sistema nacional de salud, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos. A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud, reorganizándose el Ministerio de Salud y sus

¹³ Constitución de la república de 1980, artículo 19 N° 9. Este derecho impone al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Reconoce, a continuación, el derecho a elegir el sistema de salud, estatal o privado al que acogerse, siendo este último inciso el único que podría garantizarse por la vía judicial, a través del Recurso de Protección.

¹⁴ Coalición de partidos de centro izquierda que lideran por más de 20 años el gobierno del país tras la dictadura militar.

instituciones relacionadas, creándose además el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), lo que mostraba la impronta de la perspectiva de salud centrada en torno al gasto, atención y acceso a la salud (en contraparte con miradas más solidarias de determinantes sociales y equidad desarrolladas en la actualidad por ejemplo). También se crea el régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, del año 1985), el que fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

Ahora bien, con el retorno a la democracia se inician una serie de estrategias tendientes a modificar la situación heredada del régimen precedente, los cambios resultan lentos, difíciles y complejos, debido a los enclaves autoritarios heredados de la dictadura, así como también debido al rol que ejercen fuertemente los poderes económicos ligados a la salud privada (clínicas, ISAPRES y AFPs). El sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo, en cuanto a financiamiento, organización y funcionamiento del modo en que fue estructurado en el período militar anterior.

II.4.2. El sistema de salud chileno en la actualidad.

El Sistema de Salud chileno se puede caracterizar como un sistema mixto, pues posee más de un tipo de financiamiento y más de un tipo de servicios. Sin embargo, desde el punto de vista normativo, tiene un carácter unitario, dado que es el sector público el encargado de elaborar las políticas y directrices generales de las acciones de salud en todo el país. Desde el punto de vista del financiamiento, en el sistema de salud participan instituciones, organismos y entidades tanto del sector público como del sector privado. Ambos sub-sectores funcionan con la cotización obligatoria del 7% de la renta imponible de los trabajadores activos y pasivos, la cual es asignada por cada cotizante al sistema previsional (público o privado). En el caso del sector público se inyecta además un fondo estatal que, entre otros aspectos, está destinado a entregar servicios ambulatorios y hospitalarios gratuitos a beneficiarios que no son cotizantes. Desde el punto de vista de los servicios ofrecidos, el sistema de salud en Chile está constituido principalmente por una industria de seguros

o previsional-financiera y otra industria prestadora de servicios asistenciales. El eje previsional-financiero, recauda, administra y distribuye los recursos de los cotizantes y demás beneficiarios de acuerdo a los servicios de salud estipulados por cada institución previsional (pública o privada), si bien las ISAPRES y FONASA constituyen el centro de esta cadena, también participan de ella las mutuales de empleadores, las compañías de seguros y las cajas de compensación, entre otros. La entrega directa del servicio asistencial, por su parte, se lleva a cabo a través de una gama de prestadores que pueden ser públicos (hospitales, consultorios, SAPU, etc.) y privados (Clínicas privadas y centros médicos, por ejemplo), siendo esta dicotomía (públicos-privados) sustancial para entender la organización del sistema de salud¹⁵.

II.4.3. Las Reformas en Salud de las últimas décadas.

En 1990 con la llegada de la democracia, se planteó desarrollar una reforma de salud que centrara gran parte de sus esfuerzos en optimizar los mecanismos de rectoría y regulación en salud y que además pudiera recuperar la infraestructura hospitalaria y de servicios de salud que habían caído en desmedro de la instalación del sistema privado (de financiamiento y servicios de salud) durante el período de dictadura precedente. Dichas modificaciones como se ha señalado anteriormente, no resultaron sencillas, pero fueron un primer esfuerzo por darle otra cara a la configuración fuertemente neoliberal que había tomado el sistema de salud. Una década después, a inicios del año 2000 comienza un segundo proceso de Reformas en Salud, que buscan hacerse cargo de las nuevas necesidades que aparecen producto de la transición demográfica (aumento de la esperanza de vida y reducción de la natalidad por ejemplo) y de la transición epidemiológica (enfermedades que aparecen como amenazas de gran connotación como el SIDA, drogadicción, enfermedades mentales, enfermedades crónicas no trasmisibles, etc.). Esta reforma en salud del año 2000 se plantea en términos generales en torno a tres ejes centrales:

¹⁵ La caracterización del sistema de salud chileno se desarrolla en base a datos y categorías propuestos por la Fundación Sol 2009, en su documento “Caracterización del sistema de salud chileno: Enfoque laboral, sindical e institucional.”

1. Separación de funciones:

- **Ministerio de Salud:** Con un rol fortalecido. Se crean 2 subsecretarías, la de redes asistenciales y la de Salud Pública.
- **Autoridad Sanitaria Regional:** Asume rectoría regional de salud y descentraliza los servicios de salud.
- **Superintendencia de Salud:** Supervisa y controla a las ISAPRES y FONASA. Propende a la regulación en términos de fiscalización normativa y finalmente promueve información y educa a la ciudadanía.

2. El modelo de atención se modifica:

- Las personas de objetos a sujetos.
- Centrado en las necesidades.
- De curativo a preventivo.
- De biomédico a biopsicosocial.
- De hospitalario a atención primaria en salud.
- De asistencialista a comunitario.
- De jerárquico a redes asistenciales.

3. Garantías Explícitas de Salud (GES).

- Se pasa de acciones individuales a resolución integral de los problemas de salud, incluyendo promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de las enfermedades.
- Contiene garantías explícitas exigibles, en el acceso, cobertura, oportunidad y calidad.
- Tiene carácter incremental, es decir, hay patologías que se incorporaran progresivamente.
- Es universal, protegiendo a todos los usuarios por igual.
- Optimiza el uso de recursos mediante la utilización de redes de atención públicas complementadas con prestadores privados.

Este último es uno de los cambios más profundos y trascendentales que se dio al sistema de salud y corresponde a la incorporación de las GES (Garantías Explícitas en Salud) en el llamado plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Este es un instrumento diseñado para alcanzar los objetivos sanitarios y lograr mayor acceso y equidad en la salud de la población, incorporando garantías para cada uno de los problemas de salud consideradas en esta política¹⁶, como derechos exigibles por toda persona, en relación al acceso, utilización, protección financiera, integralidad, calidad y tiempos de espera exigibles. En este plano se evidencia un fuerte giro de la política pública de salud hacia el trabajo sobre las desigualdades injustas, innecesarias y evitables, es decir, una notoria intención a mejorar las inequidades en salud.

II.4.4. Las estrategias de salud pública para la reducción de las desigualdades sociales en salud en Chile en el marco de los Objetivos de Salud para la Década.

Como ya se ha señalado, el sector salud impulsó en las últimas décadas dos profundas reformas, pero la última reforma del año 2000, (ya habiéndose desarrollado una plataforma nueva para el sistema de salud durante los primeros 10 años de transición democrática) buscó posicionar la idea de salud de la población y sus necesidades de atención en el centro de su quehacer, además intentó impulsar una nueva estructura en la organización del sistema de salud en Chile, la reforma buscó en definitiva fortalecer las actividades del sector y enfrentar los nuevos desafíos planteados para la salud del país.

Ahora bien, el primer eje que dirige esta reforma plantea la definición de objetivos sanitarios (Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010)¹⁷. Los Objetivos Sanitarios para la Década, son una estrategia directriz que da cuenta de los resultados que el sistema de salud chileno busca alcanzar durante el decenio, pues el disponer de una definición de objetivos de salud claros, medibles y practicables constituyó un componente esencial de la reorientación de las políticas

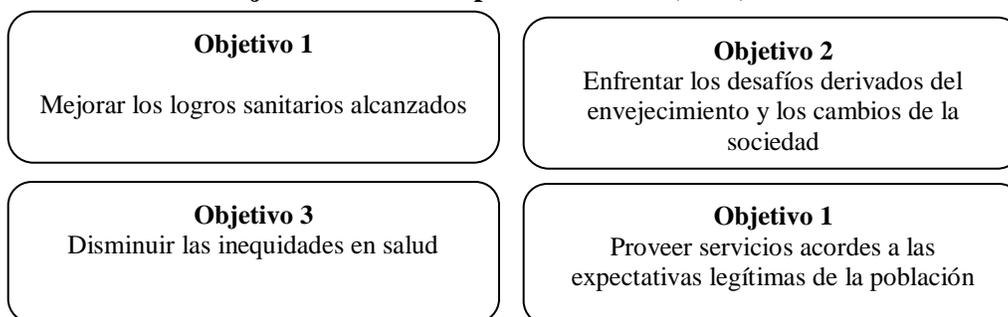
¹⁶ Las patologías AUGE han propendido a aumentar progresivamente en los últimos años, incorporando 40 patologías en 2006 y 69 en la actualidad.

¹⁷ La aproximación a los OSD se realizó mediante una revisión de dos documentos. El primero es: “Objetivos Nacionales de Salud (2010-2020): Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de la salud”. División de planificación MINSAL 2011. El segundo es: “OSD 2000 – 2010: Evaluación final del periodo. Objetivos de impacto”.

públicas en salud de Chile y hasta ahora, pueden considerarse una herramienta de gestión y la referencia fundamental al momento de establecer intervenciones y acciones prioritarias para el sistema de salud. La formulación de estos objetivos es el producto de un trabajo, que incluyó el estudio de la experiencia internacional, el análisis de la situación de salud del país y la reflexión conjunta de los equipos técnicos del Ministerio de Salud y los integrantes de las mesas de discusión de la reforma. Así, para la década recién pasada se definieron cuatro grandes objetivos que establecían la base de la planificación sanitaria del decenio (2000 – 2010), los Objetivos Sanitarios para esta década son:

Esquema 6

Objetivos Sanitarios para la Década (OSD) 2000 – 2010.



Como se puede observar existe un objetivo (el Objetivo Sanitario 3) que apunta específicamente a la reducción de las desigualdades injustas, innecesarias y evitables, es decir, apunta a las inequidades en salud. En otro sentido, al revisar los resultados relativos a la evaluación del Objetivo 3 de los Objetivos para la década 2000 – 2010¹⁸, se evidencia que efectivamente se pretende orientar las políticas del sector hacia la disminución de las desigualdades en salud entre grupos poblacionales, mejorando la salud de aquellos más desfavorecidos de la sociedad chilena. En esta evaluación se establecen tres indicadores de salud a través de los cuales monitorear su avance: Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida y Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP).

¹⁸Evaluación coordinada e impulsada desde el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, con la colaboración de los equipos técnicos de las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, y los organismos autónomos, especialmente FONASA y la Superintendencia de Salud.

Si bien la situación de estos indicadores a nivel nacional ha mejorado considerablemente, no se ha producido la disminución de la desigualdad esperada para las brechas entre los grupos poblacionales, considerando además que el segundo objetivo está focalizado en la población más vulnerable, cuestión que tampoco apunta exclusivamente a la reducción de la desigualdad propiamente tal. A continuación se explicita la evaluación general según objetivo, indicador y grado de cumplimiento.

Tabla 1

Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010. Metas y Grado de Cumplimiento.

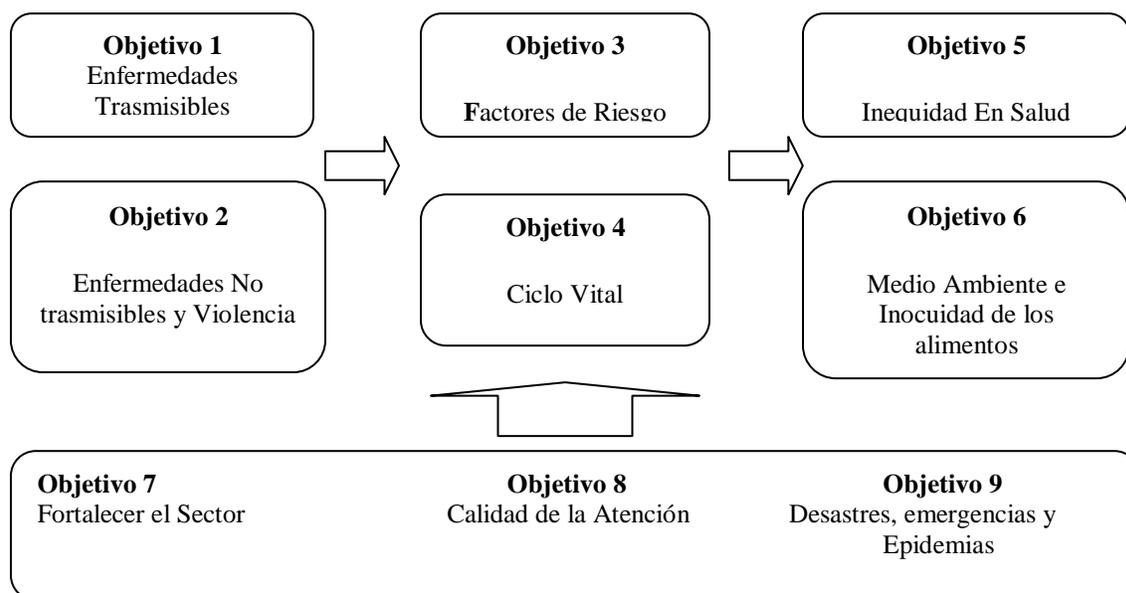
Objetivo	Meta 2010	Grado de cumplimiento
Reducir la Mortalidad Infantil.	Reducir en un 10% el diferencial de mortalidad infantil entre hijos de madres de grupos educacionales extremos.	Con retroceso
Aumentar en la esperanza de vida en grupos más desposeídos.	Aumentar en 2 años la esperanza de vida en grupos más desposeídos	Avance importante
Reducir la brecha de Años de Vida Potenciales Perdidos entre comunas.	Reducir en un 30% la brecha de Años de Vida Potenciales Perdidos entre comunas.	Con retroceso

Para la configuración de los Objetivos de Salud que orientarán la presente década 2011-2020, se demostró como esencial la inserción de éstos en un sistema de planificación sanitaria mayor que integrase todos los niveles de la organización de salud, lo que permita avanzar en la formulación y gestión efectiva de metas en un plan maestro denominado el Plan Nacional de Salud. Para ello se hace necesaria la implementación, seguimiento y evaluación, que incluya la definición de indicadores, actividades, recursos y responsables. Se propone en esta estrategia nacional de salud que contiene los Objetivos de Salud para la década entrante, un conjunto de políticas y directrices necesarias de impulsar desde el nivel central, así como un conjunto de condiciones o factores críticos que debieran cumplirse y que son imprescindibles para el logro de aquellos objetivos. El proceso de planificación que surge de estas definiciones se ha entendido como descentralizado, con base regional, con las necesidades de los ciudadanos al centro y con un fuerte marco valórico. El componente central de esta estrategia nacional de salud corresponde al análisis y elaboración de propuestas consensuadas en los diferentes ámbitos relacionados a la salud, agrupados en nueve

áreas temáticas. Cada área está constituida por temas específicos seleccionados y se presenta a continuación.

Esquema 7

Esquema general de los Objetivos Estratégicos para el logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.



Con todo lo señalado, se evidencia que este trabajo de investigación se posiciona como un elemento crucial, tanto frente a la evaluación del tercer objetivo para la década recién pasada (2000–2010) como para el desarrollo de nuevas metas, objetivos e indicadores para la década entrante (2011 – 2020), en el marco de todos sus objetivos, pero puntualmente en el quinto. Por otro lado, también se debe destacar que los Objetivos planteados para la década 2000 – 2010 no incorporaban la visión que hoy en día se posiciona como foco de trabajo y acción tanto en el mundo como en Chile en relación a la salud, que es la perspectiva de los determinantes sociales, la que emerge con fuerza ya en el año 2008. De este modo la evaluación de las desigualdades en salud debe plantearse en el marco de lo que nos han dejado como aprendizaje los resultados de los cuatro Objetivos de Salud para la Década 2000 – 2010, pero también frente a los desafíos que se nos presentan para esta década 2011 – 2020. Por lo tanto, hoy nos encontramos en un punto de coyuntura, de evaluación y levantamiento de propuestas y perspectivas que se abren para la salud de nuestro país, tendiendo a una visión amplia de ella en la perspectiva de la producción social y el enfoque de los determinantes sociales e intentando plantear que los Objetivos de Salud deben ser

una política de Estado, y no solo sectorial. Estas miradas ponen en relieve la importancia y la complejidad del tema, pero también de la intersectorialidad y la participación ciudadana como focos de trabajo.

Según la estrategia de salud que se plantea el país, los principales determinantes sociales de la salud son desarrollados de forma transversal en todos los Objetivos de Salud 2011-2020, además, en la quinta área temática se profundiza en algunos aspectos específicos relativos a inequidad y determinantes sociales. En este Objetivo Estratégico número 5 se abordan específicamente seis factores determinantes de inequidades en salud: nivel socioeconómico, zona geográfica (lugar), pertenencia a pueblos indígenas, género, trabajo y condiciones de empleo y pertenencia a otras poblaciones de interés (inmigrantes, personas privadas de libertad y personas en situación de calle). Este trabajo de investigación apunta a los dos primeros factores (nivel socioeconómico y territorio), pues su perspectiva metodológica en esta instancia de coyuntura, de evaluación y generación de nuevas propuestas de los Objetivos de Salud para la Década, busca desarrollar un insumo con una mirada analítica particular que unifica el estudio de dos factores relevantes para el análisis, evaluación y trabajo en inequidad social en salud.

II.4.5. La posición social y la perspectiva geográfica territorial en el análisis de las desigualdades sociales en salud.

Ahora bien, como se ha señalado existen dos elementos centrales en la aproximación a las desigualdades sociales en salud en el objetivo 5 sobre de los OSD 2011-2020, la posición social y el territorio. Así, la existencia de diferencias prevenibles en salud según posición social es una realidad indiscutible. La posición o nivel socioeconómico es una variable ampliamente utilizada en investigación en salud, además es un concepto multidimensional y no existe un único estándar para su medición (Mackenbach, 1992). Se reconocen para este concepto tres indicadores clásicos: ingreso, educación y ocupación. Otras variables estrechamente relacionadas a la posición social son etnicidad, estatus migratorio, género y clase social (ver por ejemplo las definiciones sociológicas funcionalistas y materialistas de clase social según Weber y Marx que ya fueron revisadas en capítulos anteriores), todos ellos elementos determinantes sociales de la salud.

Respecto de las inequidades en morbilidad según posición social, existen dos fenómenos de relevancia. El primero es que existe una brecha en la morbilidad entre aquellos

sujetos en mejor y peor posición social en el país. Por ejemplo, la mortalidad infantil en niños cuyas madres tiene menos de 3 años de educación es 3,4 veces superior a madres con más de 13 años de educación (CASEN 2009). Resultados similares se observan para diversos indicadores de resultados de salud en el país. La reducción de esta brecha es urgente en Chile, pues se mantiene estable e incluso se amplía a lo largo del tiempo. El segundo fenómeno corresponde a la existencia de una gradiente social en salud. Esto significa que existe una asociación continua entre posición social y morbimortalidad (Marmot, 2010). Esta gradiente ha sido observada de manera consistente en la literatura, e implica establecer estrategias que mejoren la situación de salud de manera proporcional a cada grupo afectado (Wilkinson y Marmot, 2006; Marmot y Bell, 2009).

Por otra parte, la investigación desde una visión geográfica en epidemiología y salud pública ha demostrado que el lugar donde la gente vive afecta de manera significativa sus resultados de salud (Tunstall et al., 2004). La idea de lugar se ha vuelto cada vez más relevante en esta materia pues incorpora aspectos sociodemográficos, culturales e históricos determinantes para dichos resultados (Tunstall et al., 2004). El análisis por situación geográfica se puede realizar en distintos niveles, entre ellos el regional, el comunal, o bien por atributos como el de ruralidad.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

III.1. Objetivo General.

Describir y caracterizar la desigualdad social en salud asociada a indicadores de determinantes sociales estructurales y de resultados de salud a nivel intercomunal en Chile.

III.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar y describir indicadores clave sobre determinantes sociales y de resultados de salud para el nivel intercomunal en Chile.
2. Determinar la existencia de una configuración estructural de la desigualdad intercomunal en Chile en base a variables asociadas a determinantes sociales y resultados de salud.
3. Clasificar las comunas de Chile a partir de su disparidad frente a un conjunto de variables asociadas a desigualdad en determinantes sociales y de resultados de salud.
4. Caracterizar a nivel intercomunal la desigualdad en la distribución de los indicadores de determinantes sociales y de resultados de salud.
5. Proponer directrices desde la perspectiva de la Sociología que permitan orientar las estrategias en la disminución de las desigualdades intercomunales en salud para los diversos actores e instituciones que trabajan en esta área.

III.3. Tipo de Investigación.

La investigación es de carácter mixto y de perfil fundamentalmente descriptivo, con una perspectiva de análisis documental que es desarrollada en la caracterización y descripción de datos secundarios asociados a desigualdades sociales en salud en Chile. Por otro lado, el carácter descriptivo se sostiene también desde una dimensión cuantitativa, pues en ella se desarrolla un análisis multivariable de conglomerados que tiene un carácter exploratorio descriptivo. Los estudios exploratorios permiten aproximarnos e indagar fenómenos desconocidos o con perspectivas poco exploradas, en general estas investigaciones establecen el patrón a seguir para investigaciones posteriores. También es descriptiva porque se enfoca en caracterizar un fenómeno, sus elementos y procesos, y su importancia radica en la posibilidad de analizar cómo se manifiesta el fenómeno de la desigualdad social en salud desde la visión de los determinantes sociales de la salud, los componentes que influyen para que éste pueda darse y su interrelación con otros elementos, acontecimientos y/o procesos (Rodríguez, 2005). De esta manera, el trabajo busca caracterizar y analizar la ocurrencia del fenómeno de las desigualdades sociales en salud en el nivel intercomunal en Chile y las relaciones de factores determinantes, perspectiva poco abordada desde la visión de las ciencias sociales y la salud pública en el país, pero que si ha sido profundizada en otros países (Canadá y España por ejemplo). También se puede señalar que la investigación es de tipo ecológica por cuanto la unidad de análisis son territorios geográficos, en este caso las comunas de Chile y no individuos o grupos de individuos.

III.4. Universo, Muestra y Unidad de análisis.

La investigación dimensiona el análisis en el nivel intercomunal, así, la unidad de análisis del trabajo son las comunas (y en un segundo nivel grupos de comunas). Por su parte, el universo lo conforman todas las comunas de Chile (346 comunas. CASEN 2009). La muestra es de 331 comunas, pues fueron relegadas del trabajo aquellas comunas para las cuales no había información en más de alguno de los indicadores estudiados, por lo que no permitían una correcta estructuración de la matriz general de datos. Sin embargo esta exclusión de algunas comunas no constituye un problema de representatividad de la muestra porque las 331 comunas incluidas en el trabajo representan el 95,6% del total de comunas del país.

III.5. Dimensiones y Variables.

El trabajo trata de determinar y caracterizar la configuración de algunas estructuras de distribución de desigualdad social en salud asociado a indicadores de determinantes sociales y de resultados de salud a nivel intercomunal en Chile, en este marco se considera la evaluación de los resultados de salud y los determinantes sociales como dimensiones generales del modelo de estudio, asociados a estas dimensiones se presentan 5 indicadores de resultados de salud y 7 de determinantes sociales.

Tabla N°2

Dimensiones, Subdimensiones, Indicadores y Fuentes

Dimensión	Subdimensión	Indicador	Fuente
RESULTADOS DE SALUD	Mortalidad	Tasa de Mortalidad Infantil.	DEIS. MINSAL. 2006
		Tasa de Mortalidad General.	DEIS. MINSAL. 2006
	Expectativas de vida	Esperanza de Vida.	DEIS. MINSAL. 2006
		Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos.	DEIS. MINSAL. 2006
	Autopercepción de Salud	Percepción de Mala Salud	DEIS. MINSAL. 2006
DETERMINANTES SOCIALES	Determinante geográfico-territorial	Porcentaje de población Rural	CASEN 2009
		Porcentaje de población Étnica	CASEN 2009
		Densidad Poblacional.	CASEN 2009
	Determinante Estructural	Ingreso	MIDEPLAN 2009
		Educación	MIDEPLAN 2009
		Ocupación	MIDEPLAN 2009
		Vivienda	MIDEPLAN 2009

Ahora bien, los indicadores de determinantes sociales que fueron seleccionados se presentan en la Tabla 2 y son los descritos en términos generales en el modelo de determinantes sociales de la salud¹⁹ y contemplan dos subdimensiones, que son los elementos sociodemográficos y los elementos de estructura social propiamente tal. Los primeros son; Densidad, Etnicidad y Ruralidad y por otro lado los segundos son; Educación, Ocupación, Ingreso, Vivienda. Los

¹⁹ Modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud 2008.

determinantes sociales Estructurales (Educación, Ingresos, Ocupación y Vivienda) son indicadores extraídos del índice de vulnerabilidad comunal²⁰.

Las variables **sociodemográficas** consideradas en el trabajo son:

- **Densidad Poblacional:** Cantidad de población que habita por kilómetro cuadrado en cada territorio de estudio (2009).
- **Población Rural:** Porcentaje de viviendas concentradas o dispersas con población menor a 1.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes donde menos del 50% de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias o terciarias (al 2009).
- **Población Étnica:** Indica el porcentaje de población indígena en la comuna. En el país existen ocho pueblos originarios formalmente reconocidos: Aymara, Quechua, Atacameño y Colla en la zona norte, Mapuche en la zona centro sur, Yámana y Alacalufe en la zona sur, y Rapa Nui en la zona insular (al 2009).

En cuanto a las variables de **determinantes sociales** se puede decir que se estas van de 0 a 1, pues son un valor estandarizado y corresponden cada indicador a un índice configurado por una serie de variables (2 o 3), cuyos valores son del año 2009. Aquellos valores que están más cercanos al 1 indican una cifra positiva o de buen nivel en el determinante social, y mientras más cercano al 0, su valor es peor nivel en cuanto al indicador.

- El indicador **Educación** está compuesto por tres variables:
 1. Porcentaje de alfabetismo.
 2. Promedio de años de escolaridad en personas de 25 años y más.
 3. Porcentaje de cobertura educacional.

²⁰ Estos elementos fueron extraídos del índice de vulnerabilidad comunal desarrollado por MIDEPLAN 2009, en él los índices van de 0 a 1 y se componen de 3 o 2 indicadores cada uno. El Índice de Vulnerabilidad considera cuatro dimensiones (educación, ingreso, ocupación y vivienda) y utiliza una metodología adaptada del Índice de Desarrollo Humano 2003. Este índice busca determinar el grado de vulnerabilidad que las regiones y sus comunas presentan en cuanto a estos cuatro determinantes.

- El indicador **Ingresos** está constituido también por tres variables:
 1. Ingreso monetario.
 2. Porcentaje de población en situación de pobreza.
 3. Coeficiente de Gini (desigualdad en la distribución de los ingresos).

- El indicador **Ocupación** se compone de dos elementos:
 1. Porcentaje de población ocupada
 2. Situación contractual de los asalariados.

- El indicador **Vivienda** está compuesto también por tres elementos:
 1. Porcentaje de viviendas con saneamiento deficitario.
 2. Porcentaje de hogares con materialidad de las viviendas de carácter irrecuperable.
 3. Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico.

Por otro lado las 5 variables que se utilizaron en **resultados de salud** fueron seleccionadas (mortalidad General e infantil, Esperanza de Vida, AVPP²¹ y autopercepción de salud) por ser las variables sociodemográficas que mayormente se utilizan en la literatura e investigación en salud a nivel poblacional, éstas son medidas de amplio espectro que se utilizan para determinar los resultados más generales de la salud pública de una nación. Además fueron seleccionadas porque son los indicadores de salud que desarrolla el Ministerio de Salud en cuanto al tercer Objetivo de Salud para la Década (2000-2010) que se asocia a la disminución de las desigualdades en salud. La mortalidad general y la mortalidad infantil, como sus nombres indican, hacen alusión a mortalidad, la esperanza de vida y los AVPP tienen que ver más bien con expectativas de vida. Finalmente se consideró un indicador referido a autopercepción de salud²², es decir, un indicador que busca ir más allá de los resultados objetivos de los anteriores indicadores mencionados, para pasar al abordaje de

²¹ Sigla que significa Años de Vida Potencialmente Perdidos por cada 100.000 habitantes.

²²Se ha señalado en la literatura científica que este indicador es un gran predictor de salud, pero ha sido muy poco estudiado en Chile.

la percepción subjetiva de la situación de salud y es propio de la subdimensión Percepción Subjetiva. Cabe también señalar que esta investigación centra su mirada en estos indicadores de resultados de salud, pero para futuros análisis se debe mencionar que existen otras variables a considerar, como por ejemplo la morbimortalidad según patología, las variables de acceso a los servicios de salud, de gasto en salud, de calidad, solo por nombrar algunas, sin embargo el trabajo incorpora aquellas variables que son las más reconocidas en la investigación de salud pública.

1. **La tasa de mortalidad General** es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 100.000 habitantes, durante el período 1997 – 2006.
2. La **Tasa de mortalidad infantil** es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población por cada 1.000 nacidos vivos registrados, durante el primer año de su vida durante el periodo 1997 – 2006.
3. El indicador **Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)** ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de fallecimientos prematuros. En nuestro país corresponde a la Tasa de años de vida potencialmente perdidos antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 personas en el periodo 1997 – 2006²³.
4. La **Esperanza de vida** al nacer es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes. Este indicador sintético es uno de los más utilizados para comparar el nivel general de la mortalidad entre países y a lo largo del tiempo. Este indicador también es al 2006.
5. El indicador de **Autopercepción de salud como mala o muy mala** corresponde a un indicador de percepción de salud que determina el porcentaje de población mayor de 15 años que concibe su salud como mala o muy mala 2006.

²³El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud. El análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables.

III.6. Fuentes de información.

Las fuentes de información y datos secundarios se recolectan y contrastan por medio de una revisión de documentos institucionales del Estado de Chile y de organismos internacionales. La información y los datos que se utilizan en el trabajo proceden en su mayoría de: La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Ahora bien, la matriz de datos fue desarrollada especialmente para esta investigación, por tanto, los datos asociados específicamente con la matriz, son extraídos del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del MINSAL, del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) y de microdatos comunales provenientes de MIDEPLAN en torno a la encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN. Se determinó utilizar los indicadores del 2006 y 2009, debido a que en esta mixtura se presenta la mayoría de las cifras para todos los indicadores seleccionados para el nivel comunal. Es importante señalar que si bien los datos utilizados son relativamente anacrónicos, es debido a que existen escasos datos actualizados para el nivel intercomunal en todos los indicadores abordados, ya sean de determinantes estructurales o de resultados de salud.

III.7. El Método de Análisis: *Análisis mixto de datos secundarios y de conglomerados.*

En la primera aproximación analítica, se procede a la caracterización y descripción de los indicadores de resultados de salud y de determinantes sociales que fueron recabados desde fuentes secundarias, acción que permite conocer que ocurre en la situación actual de Chile en cuanto a las variables estudiadas. Así en base a los indicadores y variables obtenidos se puede comenzar a interrelacionar en el análisis los distintos elementos a trabajar en la investigación, como es el caso de las variables de salud con las determinantes sociales, lo que ya da luces no sólo del estado actual de cada variable, sino de lo que ocurre socialmente en la interacción de éstas.

En segundo lugar se aplica la técnica de análisis de conglomerados (o análisis de tipologías o cluster). El propósito de este conjunto de técnicas (el análisis de conglomerados) es agrupar objetos en conglomerados basándose en las características que poseen, la idea básica es que los objetos pertenecientes a un mismo grupo o conglomerado sean muy parecidos entre sí con respecto a algún criterio de selección predeterminado y que dichos grupos sean, en cuanto a ese criterio, tan diferentes entre ellos como sea posible (Hair y otros, 2000), por tanto los objetos en cada grupo

(conglomerados) tienden a ser similares entre sí (alta homogeneidad interna, dentro del Cluster) y diferentes a los casos u objetos de los otros grupos (alta heterogeneidad externa, entre Conglomerados). De este modo, si la clasificación es exitosa, los objetos dentro del conglomerado estarán muy cercanos unos de otros en la representación geométrica, y los conglomerados diferentes estarán muy apartados. Como señala Vivanco “Una tipología corresponde a una región continua del plano que contiene alta densidad de puntos, separada de otras regiones densas, por áreas con baja densidad de puntos” (Vivanco, 1999, pág. 38). Así, la característica común a todas las tipologías sería la alta densidad, entendida como baja dispersión de los puntos de la nube medida a través de la varianza.

El Análisis de Tipologías o de Conglomerados tiene como propósito esencial, agrupar aquellos objetos que reúnan similares característica, en este caso se aplica como una técnica de análisis exploratorio²⁴ diseñada para revelar las agrupaciones naturales dentro de un grupo de datos. Este análisis no hace ninguna distinción entre variables dependientes y variables independientes sino que calcula las relaciones interdependientes de todo el conjunto de variables (Pardo y Ruiz, 2002). Así, se entiende que el análisis de tipologías es una técnica fundamentalmente exploratorio-descriptiva, que no establece relaciones de dependencia entre las variables y que permite reunir a los elementos de la muestra en grupos denominados conglomerados, de tal forma que, cada conglomerado sea lo más homogéneo posible y, los conglomerados sean entre sí muy distintos, es decir, tiene como objetivo metodológico cuantificar las características de un conjunto de observaciones. Por ello, tiene fuertes propiedades matemáticas, pero no fundamentos estadísticos (presenta un fuerte contraste con el análisis de la varianza, la regresión, el análisis discriminante y el análisis factorial).

El procedimiento de clasificación que se utiliza en el trabajo corresponde a una técnica de optimización de k medias, en donde se trata de dividir el conjunto de casos en grupos mediante un algoritmo que tiene como propósito optimizar una medida numérica que indica la solución adecuada (Vivanco, 1999, pág. 47) donde se presentan grupos homogéneos en su interior y lo más heterogéneos entre ellos, por lo tanto esta método de agrupación considera las similitudes y desigualdades de los casos en cuestión, por lo que es un mecanismo muy pertinente en este estudio sobre desigualdades sociales en salud.

²⁴También podría ser de carácter confirmatorio.

El análisis de tipologías o conglomerados mediante la técnica de optimización de k medias presenta las siguientes etapas.

1. Definición del número k de tipologías a establecer entre los n elementos considerados. (en este caso son 7 tipologías y 331 casos)
2. Establecer los centroides iniciales de las k tipologías.
3. Asignar los elementos al centroide más cercano.
4. Calcular el valor del centroide de cada tipología en función de los elementos asignados.
5. Optimizar la clasificación reasignando elementos y calculando el valor de los centroides correspondientes.
6. Realizar iteraciones sucesivas hasta maximizar la calidad de la clasificación.

III.8. Etapas del método de análisis.

El desarrollo metodológico se estructuró en ocho etapas sucesivas y complementarias.

1. En el primer momento del análisis, se procede a la caracterización y descripción de los indicadores de resultados de salud y de determinantes sociales que fueron recabados desde fuentes secundarias. En este paso se busca generar un paneo general acerca de la situación actual de Chile en cuanto al comportamiento de estas variables.
2. En segundo lugar se procede a la construcción de una matriz de datos con los indicadores de resultados de salud y de determinantes sociales.
3. El tercer momento metodológico corresponde a la caracterización y descripción intercomunal de cada indicador que es extraída de la matriz general de trabajo.
4. El cuarto momento se procede a la caracterización de la estructura de desigualdad intercomunal.

5. En quinto lugar se configura el patrón de clasificación a nivel intercomunal mediante el desarrollo de un análisis de conglomerados. Este procedimiento se realiza mediante el análisis de cluster de optimización de k medias.
6. La sexta etapa consiste en el análisis de y entre los conglomerados de las características que asumen los indicadores de determinantes sociales y resultado de salud. Cabe señalar en este punto que a posteriori del diseño de la tipología se realizan cruces sucesivos de variables en tablas de doble entrada con el fin de indagar en lo que sucede entre cluster y al interior de ellos, y en general en las características generales de la desigualdad social en salud.
7. En séptimo lugar se procede a la caracterización de la estructura de desigualdad en y entre los conglomerados.
8. Finalmente se enfatiza en un análisis integrado que desmenuza a partir de las diversas miradas analíticas desarrolladas, las principales ideas directrices del trabajo, es decir, se propone la mixtura del análisis secundario y multivariable asociados a desigualdades sociales en salud en una sola visión.

III.9. Preparación de los datos

El primer paso en el procedimiento de análisis requiere de la construcción de una matriz de datos con las variables que ya se han señalado en el apartado precedente, así el trabajo desarrolla una matriz con 12 indicadores organizados en 2 dimensiones: Determinantes sociales y de resultados de salud. Dicha matriz incorpora los datos de 331 de las 346 comunas de Chile. La base de datos (matriz) se construyó a partir de datos generados por MIDEPLAN asociados a los resultados obtenidos a nivel comunal para la encuesta CASEN 2006 y 2009, la matriz también se configuró con datos obtenidos de DEIS y SINIM. Luego los datos fueron trabajados en el programa estadístico SPSS 18.0, por medio de un análisis de corte multivariable (de conglomerados k media) con características exploratorio descriptivas.

III.10. Justificación y relevancia de la investigación.

Esta investigación resulta relevante como aporte para el mejoramiento y reducción de las desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal, en este plano, sirve como herramienta de trabajo y acción en esta línea. El trabajo intenta abordar desde su multidimensionalidad el problema de las desigualdades en salud, así como también las relaciones que se dan entre los diversos actores, procesos y mecanismos involucrados en ellas. Se busca desentrañar la lógica propia de dichas relaciones, analizando sus elementos y la asociación subyacente que se establece entre las diversas aristas del fenómeno. Se busca entregar insumos conceptuales y analíticos para incrementar la calidad de las políticas referidas a la igualdad en salud, que contribuyan a la equidad social y la justicia en términos más generales.

Por otro lado, como fenómeno social y como foco de trabajo, es un tema relevante y asiduamente propuesto desde la ciudadanía y la acción social, pues este debate contiene la posibilidad de indagar en la idea del orden social, pero también en la idea del conflicto social, es decir, es relevante en la medida que permita determinar una estructura de desigualdad que impone un ordenamiento, pero que abre la posibilidad de transformación. En definitiva el ocuparse de esta discusión va generando una multiplicidad de perspectivas disciplinarias y analíticas que incitan al debate y la discusión al interior mismo de las Ciencias Sociales en términos generales y de la Sociología en términos particulares.

El tema que aquí se plantea viene a ser un aporte teórico a los estudios de desigualdad social, debido a que revisa la idea de salud y enfermedad desde un marco conceptual que reconoce el carácter social que esta diada contiene. Además incorpora la perspectiva multidimensional que involucran los elementos centrales del debate, como son las nociones de salud, desigualdad social y determinantes sociales, rescatando diferentes visiones y las directrices más significativas de cada enfoque para generar así una revisión general y una propuesta particular para el abordaje de la desigualdad social en salud. En definitiva, se busca hacer un paneo general de la teoría en torno a las disparidades sociales en salud, revisando puntos de convergencia y divergencia, entre los elementos conceptuales, sus teorías y modelos y a su vez armonizando posturas teórico analíticas que permitan generar perspectivas de entrada particulares para el estudio de la salud desde la Sociología.

Desde el punto de vista metodológico y práctico el estudio busca desarrollar una postura novedosa para el abordaje de las desigualdades en salud que considera las múltiples dimensiones del fenómeno, incluyendo en este plano los elementos socioeconómicos, de resultados de salud y también los elementos territoriales centrales a nivel intercomunal. De esta forma se releva, caracteriza y describe información significativa para el debate y se plantea una propuesta exploratorio descriptiva, pero cuantitativa desde la sociología, que puede resultar novedosa para la investigación de la desigualdad en salud para espacios geográficos específicos en Chile. De este modo, permite reactualizar el debate y generar una aproximación particular con un prisma propio para la realidad de las comunas de Chile. Finalmente se debe destacar que este trabajo se constituye como un elemento relevante tanto para la disciplina como para los actores involucrados en la toma de decisiones en salud pública a nivel nacional, regional y local.

CAPITULO IV: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Un análisis sobre la desigualdad social en salud por medio de la caracterización y descripción de los resultados de salud y los determinantes sociales estructurales a nivel intercomunal en Chile.

IV.1. Marco general de análisis sobre la desigualdad intercomunal en salud.

En este trabajo se entiende que el foco de análisis central debe ser puesto en las desigualdades sociales en salud, por tanto para develar como se manifiesta este fenómeno a nivel intercomunal en Chile, se consideran los indicadores de resultados de salud y de determinantes sociales como unos de sus elementos centrales. Ahora bien, el trabajo busca la caracterización y descripción de la desigualdad social en salud, para ello utiliza una técnica mixta de análisis, en donde se realiza un análisis de datos secundarios provenientes de diversas fuentes de información, que permiten caracterizar y describir las desigualdades para cada indicador y para la relación de los indicadores de resultados de salud con los de posición socioeconómica (como se describe en la primera parte del desarrollo metodológico donde se desarrolla la evaluación y presentación de los OSD 2000-2010 y OSD 2010-2020 respectivamente). El análisis secundario permitirá dar cuenta acerca de lo que pasa en términos generales en el país frente a los indicadores de resultados de salud y determinantes sociales y la relación existente entre éstos.

Por otras parte, se desarrolla una matriz de datos para una muestra de 331 comunas, que fue trabajada en el programa estadístico SPSS 18.0 y Microsoft Excel, lo que permite también describir y caracterizar la desigualdad social en salud, desde una perspectiva más amplia y profunda en cuanto al comportamiento de las variables y las comunas, tanto a nivel intercomunal como mediante la caracterización de las desigualdades por medio de la descripción de las agrupaciones o conglomerados, lo que permite dar cuenta de una estructura más compleja de desigualdad social en salud, que efectivamente existe y puede ser develada y caracterizada. Es decir, el método utilizado trasciende las perspectivas descriptivas univariantes y bivariantes, para dar cuenta de una estructura subyacente de desigualdad que describe un contexto y la posición de los elementos y las relaciones existentes, en el marco de la interrelación múltiple de todas las variables en cuestión. Por lo tanto este trabajo permite develar aquella estructura de desigualdad subyacente que se manifiesta en una perspectiva unidimensional, bidimensional y multidimensional. Además en este trabajo se enfatiza en una adaptación del modelo de la comisión de los determinantes sociales, pues en él más allá de

considerar los elementos y relaciones también se plantea la desigualdad como un criterio multidimensional, complejo y dinámico que puede ser aprehendido desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. De este modo, el presente análisis se sostiene en base a las etapas de desarrollo que ya fueron revisadas en el acápite sobre las etapas de la metodología y que en definitiva se presentan a continuación.

IV.1.1. Los resultados de Salud en Chile: Una mirada a los indicadores globales de salud considerados en el objetivo III sobre inequidad en salud correspondiente a los Objetivos de Salud para la década 2000-2010.

En base a la multiplicidad de antecedentes recabados provenientes tanto de datos secundarios generados por el MINSAL, DEIS, CASEN, como desde la evaluación del tercer objetivo correspondiente a los Objetivos de Salud para la Década 2000-2010, se evidencia en términos generales que en los últimos 20 años Chile ha transitado un camino de transformación tanto en términos epidemiológicos como demográficos, con una población más envejecida, con menos natalidad y donde las enfermedades crónicas no transmisibles se han posicionado como aquellas que producen mayor mortalidad. Además, se destaca que las cifras tienden progresivamente en el tiempo a mejorar en promedio en todos los indicadores de resultados de salud estudiados en este trabajo (Tasa de Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida y Mortalidad General, Años de Vida Potencialmente Perdidos)²⁵. El acercamiento que se realiza a los resultados en salud nos muestra que las cifras para todos los indicadores estudiados en el trabajo (anteriormente señalados) se posicionan con muy buenos resultados en el contexto Latinoamericano y además como ya se mencionó, dichos resultados van en constante mejoría con el tiempo, pero cabe revisar si este contexto de buenos resultados y progresivos avances va aparejado con una reducción de las desigualdades que hay detrás de los promedios, las que se develan al relacionar las variables de salud con determinados grupos o determinantes sociales, cuestión que se revisará a continuación.

²⁵ Como ya se ha señalado, la utilización de estos indicadores de resultados de salud obedece a que éstos son los mayormente utilizados en la investigación demográfica y socio-geográfica en salud, además que son los que el Estado de Chile fija como indicadores prioritarios en sus metas sobre reducción de inequidades en salud.

Con respecto al primer objetivo de salud que se refiere a la reducción del diferencial de mortalidad infantil entre hijos de madres de grupos educacionales extremos, se puede decir en primer lugar que las medias de los indicadores progresivamente mejoran en el tiempo, pero las brechas entre grupos educacionales específicos van aumentando. Así, se aprecia que desde el año 2000 Chile exhibe una mortalidad infantil que ha descendido a cifras de sólo un dígito. Para el trienio 2006-2009 la Mortalidad Infantil era de 7,9, en el trienio anterior 2003 – 2006 la mortalidad infantil alcanzó a 8,1 por cada 1.000 nacidos vivos, y en el anterior trienio 1998-2000 esta tasa alcanzó un valor de 9,9, lo que representa una disminución de 21,1% entre estos tres periodos. Estas cifras²⁶ confirman el mejoramiento sostenido que han experimentado en las últimas décadas algunos de los indicadores globales que dan cuenta de la situación general de la salud de la población en Chile, y entre estos por supuesto la mortalidad infantil. Sin embargo, la disminución observada no es homogénea cuando se analiza según indicador de posición social o de determinante estructural de la salud.

En efecto, la mortalidad infantil según nivel urbano o rural es disímil según cada uno de los criterios, pues a nivel rural este indicador alcanza una tasa de 10,4 por cada 1.000 nacidos vivos, y en el nivel urbano la tasa de mortalidad infantil es de 7,6, habiendo una diferencia entre ambos de 26,92%. Además en el periodo 1998-2000, la tasa de mortalidad infantil observada de los hijos de madres con hasta 3 años de escolaridad fue de 15,7 por 1.000 nacidos vivos, mientras que para las madres con 13 o más años de escolaridad este indicador era de 6 niños por 1.000 nacidos vivos. Es decir, el riesgo de fallecer antes de alcanzar un año de vida era de 2,6 veces mayor en los niños de madres con menor escolaridad. En el periodo 2001-2003, la tasa de mortalidad infantil observada de los hijos de madres con hasta 3 años de escolaridad fue de 15,1 por 1.000 nacidos vivos, mientras que para las madres con 13 o más años de escolaridad este indicador era de 5 niños por 1.000 nacidos vivos. En el trienio 2004-2006, la tasa de mortalidad infantil observada de los hijos de madres con hasta 3 años de escolaridad fue de 19 por 1.000 nacidos vivos, mientras que para las madres con 13 o más años de escolaridad este indicador era de 5,6 niños por 1.000 nacidos vivos. La relación entre la tasa de mortalidad infantil y la escolaridad de las madres muestra una clara relación, a menor escolaridad mayor nivel de mortalidad infantil, con una gradiente de mayor desigualdad que se acentúa progresivamente en el tiempo entre los trienios estudiados. Con todo, se

²⁶ Las presentes cifras así como las que se revisarán a continuación que están asociadas a datos secundarios relativos a resultados de salud fueron extraídas del documento “Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación de final del período y Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto”.

puede señalar que este Objetivo de impacto de Salud para la Década no se ha cumplido, pues si bien si se ha reducido sustancialmente la Mortalidad Infantil, (en un 21,1%), la brecha de la Mortalidad Infantil entre grupos educacionales extremos no se redujo, por el contrario ésta aumentó en un 30% entre el trienio 1998-2000 y el trienio 2003-2006, pasando de 2,6 veces a 3,39 veces más mortalidad infantil en el grupo de madres con educación que va entre 0 a tres años respecto de aquellas que tienen más de 13 años de educación.²⁷

Con respecto al segundo objetivo, se puede señalar que este busca aumentar en dos años la esperanza de vida. Como ya es conocido, la esperanza de vida es considerada como uno de los indicadores que reflejan de mejor manera la situación de salud de una población. En nuestro país, la esperanza de vida al nacer va mejorando incluidos los grupos poblacionales más desposeídos. Para el periodo 2006-2009 para las mujeres ya sobrepasó los 82 años y para los hombres los 76 años. Sin embargo, ello no se refleja de manera homogénea en el resto de la población, es decir, ocurre lo mismo que en la Mortalidad Infantil, las personas con menos educación presentan una esperanza de vida inferior a las con mayor educación, tendencia que se observa en todos los periodos calculados e incluso aumenta la gradiente progresivamente en dicho periodo de tiempo. En los hombres sin educación la esperanza de vida entre los dos periodos (1998-2000 y 2004-2006) aumentó sólo en 0,8 años, mientras que en el grupo de 13 y más años de escolaridad el aumento es de 2,8 años promedio, acentuándose la desigualdad según educación en el aumento de la esperanza de vida. Para las mujeres la situación muestra un panorama distinto y más favorable en cuanto a la desigualdad. Se observa un aumento de la esperanza de vida para el total de la población mayor de 20 años que es de 1,6 años. Por su parte para el grupo de menos escolaridad el aumento es de 1,5 años y para los de 13 y más años de educación es de 1,7 años, respectivamente. En este marco se evidencia que si se ha avanzado en el cumplimiento de esta meta, pero a su vez esta meta no involucra reducción de las desigualdades, por tanto tampoco hay cumplimiento cabal de la meta en este objetivo.

El tercer objetivo de impacto dice relación con la reducción de un 30% de las brechas de Años de Vida Potenciales Perdidos entre comunas. El análisis de la información muestra una

²⁷ Cabe señalar que el DEIS para el año 2009 considera ya no el grupo de menor educación como aquel que va de 0 a 3 años de escolaridad de la madre, pasando en este año (2009) al rango de 0 a 8 años de escolaridad, por lo tanto, la comparación resulta imposible de realizar en este año y reduciéndose con esto la desigualdad entre grupos extremos.

tendencia al descenso de la tasa de AVPP a nivel nacional y regional, pues mientras en 1998 la tasa de AVPP nacional fue de 86,6 por cada mil habitantes, en 2003 fue de 76,6 por mil, y en 2009 los AVPP alcanzan los 75,7 años, es decir, ha habido una reducción sostenida de la tasa llegando al 12,58% en estos 11 años. Sin embargo, en el quinquenio 2003-2007, si se considera sólo las comunas con más de 10 mil habitantes, el rango se encuentra entre 146,5 AVPP en Independencia y 25,8 AVPP por mil habitantes en Pica. Así, la comuna con la peor situación pierde 120,7 AVPP por mil habitantes más que la comuna con mejor situación, lo que nuevamente nos plantea que el objetivo no se cumple, pues éste indicador mejora en el tiempo, pero aumenta la desigualdad geográfica entre comunas.

Así, al analizar los datos desde una mirada geográfico territorial vemos que a nivel regional no muestran patrones uniformes de comportamiento, ya que algunas regiones que registran tasas altas en morbilidad no necesariamente lo hacen en otras. Asimismo, las características epidemiológicas no parecen explicarse claramente por factores de ruralidad y/o etnicidad a nivel de región. Como se señalaba anteriormente, la mortalidad infantil en la mayoría de las regiones de Chile registró una disminución de su tasa durante la década pasada (analizada por trienios). Algunas regiones, como la de Tarapacá, de Antofagasta, de Atacama y de Aysén, experimentaron importantes reducciones entre 5 y 3,5 muertes por 1.000 nacidos vivos, mientras que el promedio de disminución nacional fue de 1,8. Por su parte, el indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) también permite comparar adecuadamente distintas realidades geográficas. El análisis por sexo y región muestra que en el trienio 2004-2006, las regiones de O'Higgins y la de Magallanes, además de la región de Arica y Parinacota, registraron las mayores tasas de AVPP en hombres (por sobre los 100 AVPP por 1.000 habitantes). En este mismo sentido, a nivel comunal, al ordenar los municipios de acuerdo a variables de salud es posible identificar que las comunas con mayor mortalidad infantil se concentran en las regiones del Maule, Atacama y Aysén. Por otra parte, al ordenar las comunas según tasas de AVPP, se evidencian importantes diferencias ya que el decil de comunas con mayor tasa de AVPP presenta un promedio de 92,1 AVPP por 1.000 habitantes, mientras que las comunas con menores AVPP que se agrupan en el último decil de la población presentan un promedio de 33,5 AVPP por 100.000.

IV.2. El acontecer actual de los determinantes sociales de la salud: Una revisión a los indicadores de determinantes sociales de la salud, la posición social y la dimensión geográfico territorial.

Según las proyecciones demográficas calculadas por el INE en el 2009, la población estimada alcanzaba casi los 17 millones de habitantes (16.928.873), de los cuales 49,5% correspondían a población masculina y 50,5% a femenina. La densidad de la población de Chile alcanzó a los 8,5 habitantes por kilómetro cuadrado. La distribución de la población dentro del territorio nacional es muy dispar, concentrándose el 62,5% de la población nacional en tres regiones: Valparaíso, Metropolitana y Bio Bio. Por su parte la región de Chile que concentra la mayor cantidad de población del territorio nacional fue la Metropolitana con 6.883.563 habitantes, lo que representa el 40,3% del total país. La misma región, es la que presenta la menor superficie del territorio nacional, razón por la que se constituye en la de mayor porcentaje de densidad de Chile (446,9 hab. Por Km²).

Alrededor del 87% de la población habita en zonas urbanas, sólo el 13% vive en sectores rurales, lo que equivale a 2.226.103 habitantes del total de la población de Chile. Las regiones que proporcionalmente tienen los mayores índices de población rural son Maule con 32,9 % y La Araucanía con 32,1%, seguidas por la de Los Ríos con 31% y Los Lagos con 30%. Con respecto a la distribución de la población por grupos de edad, Valparaíso es la que presenta la población más envejecida, con un 14% de mayores de 60 años en 2009. Le siguen la región de Los Ríos con un 13% y Arica-Parinacota con un 12,9%. Las regiones con menores índices de dependencia demográfica, que significa una mayor proporción de población en edad productiva, son Magallanes, Tarapacá, Antofagasta y la Región Metropolitana.

De acuerdo a los antecedentes proporcionados por la encuesta CASEN 2009, la población que se autoidentifica como perteneciente a alguno de los pueblos originarios en Chile alcanza al 6,9% de la población total, esto es 1.146.922 personas. Los pueblos Indígenas reconocidos por el Estado a través de la Ley Indígena y sus posteriores modificaciones son los siguientes: Mapuche, Aymara, Atacameño, Quechua, Colla, Diaguita, Rapa Nui, Kawesqar y Yagan. En todas las regiones del país es posible encontrar población indígena. La mayor concentración de población étnica del país se da en la Región de la Araucanía (24,6%) y en la Región Metropolitana cuya población indígena es de 24%. A continuación se presenta una tabla que permite ver la evolución de la autoidentificación étnica de la población chilena (Tabla 3).

Tabla 3**Porcentaje de autoidentificación étnica según pueblo indígena (1996 – 2009)**

Pueblo	1996	2000	2003	2009
Aymara	14,5	9,6	8,1	7,8
Rapa Nui	1,2	0,4	0,5	0,5
Quechua	0,5	2,2	1,5	1,5
Mapuche	81,0	85,5	87,7	85,8
Atacameño	1,6	1,0	1,8	2,3
Coya	0,9	0,7	0,2	0,5
Kawésqar	0,0	0,6	0,1	0,2
Yagan	0,2	0,1	0,1	0,2
Diaguita	0,0	0,0	0,8	1,3
Total	100	100	100	100

Por su parte el ingreso promedio del hogar es de \$735.503 pesos, con una fluctuación que va desde \$64.361 en el primer decil hasta \$2.958.175 pesos en el último decil, es decir, se presenta una desigualdad entre ambos deciles que alcanza una magnitud de 46 veces. Además se debe señalar que la evolución de este indicador entre el 2006 y 2009 muestra que en el decil de mayor ingreso se presenta el más significativo aumento, en contraste con los nueve restantes, por lo tanto, se evidencia en este indicador también que las cifras aumentan y mejoran en los promedios, pero las desigualdades también aumentan progresivamente y favorecen a los grupos mejor posicionados en la escala socioeconómica.

En cuanto a los indicadores de vivienda²⁸, se puede señalar en términos generales que mantienen la misma línea que los revisados previamente, es decir, las cifras van mejorando progresivamente en las últimas décadas. El índice de viviendas con saneamiento deficitario²⁹ ha disminuido en un 10% entre 1998 y 2009, pasando de 17% de viviendas con este indicador en niveles deficitarios al 7%. Además se ha pasado en el nivel urbano de 22% a 2% de hogares con niveles deficitarios de saneamiento entre 1990 y 2009. Si la mirada se inclina desde la perspectiva rural, la disminución es mayor, pero también se desentraña una fuerte desigualdad en favor de las viviendas urbanas, pues se reduce de 84% a 34% de viviendas en estado deficitario de saneamiento entre 1990 y 2009 a nivel rural, muy fuerte reducción, pero que aún deja a casi un tercio de la

²⁸ Indicadores extraídos de: “Estudio de vivienda y urbanismo 2009” preparado para la Universidad Andrés Bello por Data Voz consultores. Santiago, 2009.

²⁹ Índice que se construye en base al acceso a agua potable y alcantarillado de la vivienda.

población rural en la actualidad en niveles deficientes. Por su parte el indicador relativo a la materialidad de la vivienda muestra que el porcentaje de viviendas con una aceptable materialidad pasan del 63% al 77% entre los años 1990 y 2009.

El determinante educación muestra según CASEN 2009 que las cifras han mejorado y van avanzando positivamente. Frente al indicador de años de escolaridad existe un aumento de 1,4 años, pasando de 9 años a 10,4 años promedio de escolaridad entre el año 1990 y el 2009³⁰. Existe también en este indicador una desigualdad entre la dimensión urbana y rural, pues la media de años de escolaridad entre la población rural es 7,8 años, en contraste con los 10,9 años que hay a nivel urbano. Además en 1990 a nivel urbano la media de años de escolaridad era 9,6 años (hoy es de 10,9 años) mostrando una variación de 1,3 años. A nivel rural se produce un mayor aumento pasando en 1990 de 6,1 años a 9,8 en 2009 con una variación de 2,7 años.

IV.3. Descripción de las características que asumen los indicadores de resultados de salud y determinantes sociales estructurales a nivel intercomunal.

Luego de haber realizado esta primera aproximación descriptiva a los indicadores centrales que se plantean en el objetivo III sobre reducción de inequidades sociales en salud vinculados a los OSD 2000-2010, se puede establecer un paneo general de lo que ocurre en salud en el país frente a dichos resultados. Pero por otro lado, esta instancia es un punto de encuentro en el análisis comparativo de los resultados institucionales que se despliegan para los OSD (evaluativos en el caso de los OSD 2000-2010 y estratégico-organizativos frente a los OSD 2010-2020). En este primer acercamiento se caracteriza una serie de indicadores de resultados de salud en un nivel unidimensional, también se establecen relaciones entre variables de posición socioeconómica o determinantes sociales estructurales y de resultados de salud, generándose de esta manera aproximaciones más bien de carácter bivariante (por ejemplo, mortalidad infantil v/s educación de la madre). Ahora bien, las características que se producen en las interacciones entre las variables en cuestión plantean también un desafío metodológico que permita caracterizar y describir desde su multidimensionalidad el fenómeno de las desigualdades sociales en salud. De esta manera a

³⁰ Cabe señalar que uno de los indicadores de educación que más aumentó en este periodo es la cobertura educacional.

continuación se realiza una descripción y caracterización específica de las desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal. Con esta segunda aproximación se busca generar nuevos resultados pertinentes para el análisis en el marco de lo que éstos mismos arrojen en cuanto a resultados de salud frente a determinantes sociales o posición social y también frente a lo que ocurre en el nivel geográfico intercomunal, es decir, se realiza una caracterización de la desigualdad social en salud, considerando para el análisis de la salud la visión de posición social y el nivel territorial, elementos que son determinantes sociales de la salud por una parte, y por otra, son elementos que se consideran tanto en los OSD 2000-2010 como en los OSD 2010-2020.

A continuación se revisa la propuesta de descripción y análisis a nivel intercomunal que se extrae de la revisión que se realiza en torno a los indicadores señalados para las 331 comunas que son la muestra del trabajo.

IV.3.1. Determinantes de resultados de salud.

IV.3.1.1. Mortalidad infantil

La media de mortalidad infantil a nivel intercomunal (331 comunas) es de 9,3 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, existen comunas que no presentan mortalidad infantil como: Camarones, Putre, General Lagos, Ollagüe, San Gregorio, Cabo de Hornos y Primavera, cuestión que debe mirarse con detención según cada caso, pues por ejemplo son comunas muy pequeñas de muy bajos índices de natalidad y que además se ubican geográficamente en los extremos, donde probablemente menos madres dan a luz en su localidad de residencia³¹. También hay otras comunas que alcanzan cifras por sobre 13 muertes, como Sierra Gorda (13,16) y Rio Ibáñez (13,29), situaciones que deben ser revisadas con cuidado y prestando la debida atención a cada localidad. A continuación en la tabla 4 se muestran aquellas comunas con mayor y con menor AVPP.

³¹ Este tipo de hechos nos plantean la necesidad de remitirnos a lo que ocurre en cada localidad o comuna, pues las posibles explicaciones son variadas y responden a contextos y realidades diversas, además se muestra la importancia de continuar o complementar este trabajo con estudios sobre desigualdad en salud desde esta mirada local, es decir, en torno a lo que ocurre en cada micro realidad, es decir, a lo que pasa in situ en cada comuna.

Tabla 4

Comunas con mayor y con menor Mortalidad Infantil

Comunas del extremo inferior	Mortalidad Infantil	Comunas del extremo superior	mortalidad infantil
Camarones	0	Copiapó	11,45
Putre	0	Vallenar	11,48
General Lagos	0	Caldera	11,57
Ollagüe	0	Chañaral	11,58
San Gregorio	0	La Estrella	11,73
Cabo de Hornos	0	Cochrane	11,74
Primavera	0	Tierra Amarilla	11,78
Huara	5,1	Sierra Gorda	13,16
Iquique	6,71	Río Ibáñez	13,29

El 51,4% de las comunas estudiadas (o lo que equivale a 170 comunas) están en el rango de alta mortalidad infantil que va de 9,51 a 11,4 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos y 139 comunas están en el rango de media alta mortalidad infantil, lo que corresponde al 41,9% del total de comunas del país. Tan sólo 7 comunas están en el rango de muy baja mortalidad infantil.

Tabla 5

Porcentajes y frecuencias intercomunales según rango del indicador de Mortalidad Infantil

Rango Mortalidad Infantil	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 – 1,9 (Muy baja)	7	2,2
1,91 – 3,8 (Baja)	0	0
3,81 – 5,7 (Media Baja)	1	0,4
5,71 – 7,6 (Media)	3	1
7,61 – 9,5 (Media Alta)	139	41,9
9,51 – 11,4 (Alta)	170	51,4
11,41 – 13,3 (Muy Alta)	9	2,8
Total	331	100,0

IV.3.1.2. Mortalidad General

La media intercomunal de Mortalidad General es de 556,26 muertes generales por cada 100.000 habitantes, con 2 comunas que presentan menos de 100 muertes generales como San Gregorio (35) y Cabo de Hornos (62) y otras como Independencia que tiene una mortalidad superior

a 1.000 muertes con 1.299 muertes generales. Como se aprecia en la Tabla 6, el rango con mayor frecuencia es el de Media Alta mortalidad general, el que va de 501 a 600 muertes generales, con una frecuencia de 99 casos, es decir, el 29,9% de las comunas del país presenta una media alta mortalidad general. El 16% del total de comunas se encuentra en el rango de Muy Alta mortalidad y tan sólo 2 comunas se encuentran en el rango inferior o Muy Baja mortalidad. Ahora bien, cerca del 85% de las comunas se encuentra en los 4 rangos de mayor mortalidad (Media, Media Alta, Alta y Muy Alta).

Tabla 6

Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Mortalidad Gral.

Rango Mortalidad General	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy Baja (1 – 100)	2	,6
Baja (101 -300)	16	4,8
Media Baja (301 – 400)	24	7,3
Media (401 – 500)	67	20,2
Media Alta (501 – 600)	99	29,9
Alta (601 – 700)	70	21,1
Muy Alta (701 – 1300)	53	16,0
Total	331	100,0

A continuación, en la tabla 7 se presentan la 8 comunas ubicadas en los extremos del espectro de desigualdad.

Tabla 7

Comunas con mayor y con menor Mortalidad General

Comunas del extremo Inferior	Muertes Generales	Comunas del extremo superior	Muertes Generales
San Gregorio	35	Ninhue	820
Cabo de Hornos	67	Quinta Normal	825
Primavera	111	Gorbea	835
Camarones	117	Quirihue	861
Sierra Gorda	123	Providencia	886
Ollagüe	189	Ranquil	896
General Lagos	191	San Miguel	972
Santa Bárbara	196	Independencia	1299

IV.3.1.3. Años de Vida Potencialmente Perdidos

El promedio de este indicador a nivel intercomunal es de 84,68 años de vida potencialmente perdidos, con valores que van de los 15,7 AVPP en la comuna de Camarones hasta los 154 AVPP en Treguaco (Tabla 8).

Tabla 8

Comunas con mayor y con menor AVPP

Comunas extremo inferior	AVPP	Comunas extremo superior	AVPP
Camarones	15,7	Yumbel	126
San Gregorio	21,5	Portezuelo	126,7
Cabo de Hornos	22,2	Saavedra	129,2
Sierra Gorda	33,5	Coelemu	130,5
Primavera	36,7	Ninhue	130,9
Pica	36,9	Quirihue	136,1
Lo Barnechea	42	Independencia	141,5
Vitacura	46,6	Ránquil	142,1
Las Condes	48,1	San Juan de La Costa	153,4
Papudo	49,7	Treguaco	154

Se evidencia en la Tabla 9 que en el nivel intercomunal, 131 comunas (o 39,6%) están en el rango alto de AVPP que va de 80,1 a 100 años, además 65 comunas o (19,6%) se encuentran en el rango muy alto de AVPP que va de 100,1 a 156 años lo que significa que cerca del 60% de las comunas presentan malos o muy malos resultados en este indicador de salud, De las restantes comunas, 125 de ellas están en el rango medio que va de 50,1 a 80 años. Tan solo una comuna (Camarones) está en el rango muy bajo de AVPP que va de 0 a 16 AVPP.

Tabla 9

Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de AVPP.

Rango de AVPP	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo (0 – 16)	1	,3
Bajo (16,1 – 50)	9	2,7
Medio (50,1 – 80)	125	37,8
Alto (80,1 – 100)	131	39,6
Muy Alto (100,1 -156)	65	19,6
Total	331	100,0

IV.3.1.4. Esperanza de Vida

La esperanza de vida promedio a nivel intercomunal en Chile es de 76,1 años, con cifras mínimas de 66,24 años y máximas de 83,04 años. El 32,9% de las comunas (109 de ellas) están en el rango medio que va de 73,5 a 75,7 años de esperanza de vida, además 164 comunas (49,5%) están en el rango medio alto. Sólo 2 comunas están en el rango Muy Bajo y 1 en el rango bajo. Por su parte 27 comunas están en el rango alto y sólo 3 comunas están en el rango muy alto. (Tabla 10).

Tabla 10

Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Esperanza de Vida

Rango Esperanza de vida en años	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy Bajo (66,2 – 68,6)	2	0,6
Bajo (68,7 – 71)	1	0,3
Medio Bajo (71,1 – 73,4)	21	6,34
Medio (73,5– 75,7)	109	32,9
Medio Alto (75,8 – 78,1)	164	49,5
Alto (78,2 – 80,6)	27	8,15
Muy Alto (80,7 – 83)	3	0,9
Total	331	100

A continuación en el cuadro 11 se muestran las comunas que se ubican con una mayor esperanza de vida. Por un lado, se muestran las comunas de Vitacura, Las Condes, Providencia, Macul, Ñuñoa, Calera de Tango y Chillan Viejo, como aquellas con mejor esperanza de vida, superando los 80 años y largamente la media nacional. Por su parte Ollagüe (66,24 años), Angol (67,82 años) y Porvenir (69,88 años) son las comunas con menor esperanza de vida.

Tabla 11

Comunas con mayor y menor Esperanza de Vida

Comunas extremo inferior	Años de esperanza de Vida	Comunas extremo superior	Años de Esperanza de Vida
Ollagüe	66,24	Vitacura	83,04
Angol	67,82	Las Condes	82,87
Porvenir	69,88	Providencia	80,92
Treguaco	71,27	Macul	80,44
Natales	71,44	Ñuñoa	80,33
Quirihue	71,53	Calera de Tango	80,3
Huasco	71,86	Chillán Viejo	80,29

IV.3.1.5. Autopercepción de Mala Salud

La autopercepción de mala salud presenta una media entre las comunas de Chile que es de 8,53%, siendo la mínima 1,4% y la máxima 20,6%. La mayoría de las comunas (212 de ellas o el 64%) están en rango correspondiente a una muy buena, buena o medianamente buena autopercepción de salud (Tabla 12). De este grupo, 23 comunas presentan una muy buena salud. Por otra parte tan solo 13 comunas o el 3,9% de las comunas presentan una mala o muy mala autopercepción de salud.

Tabla 12**Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Autopercepción de mala salud**

Rango porcentual de mala salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
1,4% – 4,14% (Muy Baja)	23	6,94
4,15% - 6,88% (Baja)	74	22,3
6,89% -9,62% (Media Baja)	115	34,7
9,63% - 12,36% (Media)	56	16,9
12,37% - 15,10% (Media Alta)	26	7,85
15,11% - 17,84% (Alta)	10	3
17,85% - 20,6% (Muy Alta)	3	0,9
Total	331	100,0

Las comunas con mayor percepción de mala salud son Peralillo (20,6%), Quirihue (19,6%) y Quillón (19,2%). Por otro lado, aquellas comunas con menor autopercepción de mala salud son Vitacura (1,4%), Algarrobo (2,5%), Coltauco (2,5%) y Providencia (2,5%).

Tabla 13**Comunas con mayor y menor porcentaje de autopercepción de mala salud**

Comunas extremo Inferior	Porcentaje	Comunas extremo superior	Porcentaje
Vitacura	1,4%	Peralillo	20,6 %
Algarrobo	2,5%	Quirihue	19,6%
Coltauco	2,5%	Quillón	19,2%
Providencia	2,5%	Puerto Saavedra	17,6%
Quillota	2,7%	Petorca	17,3%

IV.3.2. Determinantes sociales de la salud**IV.3.2.1. Densidad Poblacional.**

La Densidad media intercomunal en Chile es de 828,3 habitantes por kilómetro cuadrado. A nivel intercomunal se presentan comunas con 0,1 habitantes por kilómetro cuadrado (Ollagüe,

Primavera, San Gregorio) y otras con gran densidad como Lo Espejo que tiene 14.200,3 habitantes por kilómetro cuadrado. También se debe señalar que el 87% de las comunas o 288 del ellas presentan cifras inferiores a los 825 habitantes por kilómetro cuadrado.

Tabla 14

Frecuencia y Porcentaje según rango de densidad poblacional

Rango de habitantes por km²	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja (0,1 – 825)	288	87,0
Media (825,1 – 2000)	12	3,6
Alta (2000,1 – 14999)	31	9,4
Total	331	100,0

IV.3.2.2. Población Rural

Como se aprecia en la Tabla 15, la media de población rural entre las 331 comunas estudiadas es de 37,02%, existiendo comunas a lo largo de todo el espectro porcentual, hasta en los extremos con 0 y 100% de ruralidad. Por su parte, del 100% de comunas (331 en total) el 52,6% de éstas, es decir, 174 comunas, presentan indicadores de ruralidad hasta de un 36% correspondiente a una baja ruralidad.

Tabla 15

Porcentajes y frecuencias según rango porcentual de ruralidad intercomunal

Rango Porcentual Ruralidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
(Bajo) 0% - 36%	174	52,6
(Medio) 37% - 60%	78	23,6
(Alto) 61% - 100%	79	23,9
Total de Comunas	331	100,0

IV.3.2.3. Población Étnica

A nivel intercomunal se aprecia que hay una media de 10,9% de población de origen étnico. En la tabla siguiente se ve que del total de comunas (331) 192 o el 68,6% de ellas presentan una muy baja población de origen étnico (rango de 0% a 11%). En contraparte, 16 comunas tienen un nivel de población étnica que está en el rango muy alto que va de 51% a 100%.

Tabla 16

Porcentajes y frecuencias según rango porcentual de población étnica intercomunal

Rango Porcentual Etnia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo (0 – 11)	192	68,6
Medio (12 – 25)	39	13,9
Alto (26 – 50)	33	11,8
Muy Alto (51 – 100)	16	5,7
Total	331	100,0

IV.3.2.4. Dimensión Educación

La media intercomunal en el indicador de educación es de 0,6932, con valores que van de 0,5466 hasta 0,9532 en este índice. Del total de comunas (331) 104 de ellas, lo que equivale al 64,2% presentan una baja o media baja educación y tan solo 12 comunas o el 4% del total presenta un alto o muy alto valor (Tabla 17), siendo Las Condes y Vitacura las únicas dos comunas en el rango muy alto.

Tabla 17

Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango en el indicador de educación

Rango indicador Educación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo (0,5466 – 0,7)	194	64,2
Medio (0,71 – 0,8)	96	31,8
Alto (0,81 – 0,9)	10	3,3
Muy Alto (0,91 – 1)	2	,7
Total	331	100,0

IV.3.2.5. Dimensión Ocupación

La media en el indicador de ocupación a nivel intercomunal en Chile es de 0,891, presentando el país comunas con cifras que van 0,747 a 1 en este indicador, lo que podría considerarse buenas cifras en comparación con el resto de los determinantes sociales analizados. Del total de comunas (331) 187 de ellas se encuentra en el rango de ocupación media que va de 0,81 a 0,9 y solo tres comunas están en el rango bajo (Curepto, Quilaco y San Ignacio).

Tabla 18

Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de ocupación

Rango indicador Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo 0,73 – 0,8	3	1,0
Medio 0,81 – 0,9	187	64,7
Alto 0,91 – 0,1	99	34,3
Total	331	100,0

A continuación se expone en el cuadro 19 aquellas 8 comunas situadas en cada uno de los extremos del espectro de desigualdad.

Tabla 19

Comunas con mayor y menor porcentaje de ocupación

Comunas Extremo Inferior	Valor Índice	Comunas Extremo Superior	Valor Índice
San Ignacio	0,747	Ollagüe	1
Quilaco	0,7996	Primavera	0,9986
Curepto	0,7999	San Gregorio	0,994
Longaví	0,8091	Quemchi	0,97
Coihueco	0,8123	Cisnes	0,9679
Ninhue	0,815	Camiña	0,9653
San Fabián	0,8166	Cochrane	0,9647
Gorbea	0,8168	Porvenir	0,9646

IV.3.2.6. Dimensión Vivienda

La media en el índice de vivienda a nivel intercomunal en las comunas seleccionadas es de 0,779, con un valor de 0,302 en la comuna más baja a 0,992 en la más alta. Cinco comunas presentan un bajo nivel en este indicador, pues se ubican en el rango de 0,31 a 0,5, dichas comunas son: Camarones, Putre, Huara, Camiña y Colchane. Como se evidencia en la tabla 20, la mayoría de las comunas, esto es el 78,3% o 252 de ellas, se encuentran en el rango superior del índice de vivienda.

Tabla 20

Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de Vivienda

Rango indicador vivienda	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo (0,31 – 0,5)	5	1,6
Medio (0,51 – 0,7)	65	20,2
Alto (0,71 – 1)	252	78,3
Total	331	100,0

A continuación se expone en el cuadro 21 aquellas 8 comunas situadas en los extremos del espectro de desigualdad.

Tabla 21

Comunas con mayor y menor porcentaje de vivienda

Comunas Extremo Inferior	Valor Índice	Comunas Extremo Superior	Valor Índice
General Lagos	0,3026	Vitacura	0,9929
Colchane	0,315	Las Condes	0,9852
Huara	0,4182	Cabo de Hornos	0,9735
Putre	0,4191	Ñuñoa	0,9718
Camiña	0,4353	La Reina	0,966
Camarones	0,4528	La Cisterna	0,9565
Curepto	0,5202	Maipú	0,9511
Paredones	0,5216	Quilicura	0,9399

IV.3.2.7. Ingresos

La media de los ingresos intercomunales alcanza en el índice de ingresos los 0,5028, con cifras en sus comunas que fluctúan entre 0,366 como mínimo y 0,826 como máximo. Por su parte 232 comunas están en el rango bajo de ingresos, lo que corresponde al 70% de ellas. En el rango de muy bajos ingresos hay 83 comunas o un 25,1% del total de comunas, por lo tanto tan solo 4,8% de las comunas están entre los rangos medio, alto y muy alto de ingresos (Tabla 22).

Tabla 22

Porcentajes y frecuencias intercomunal según rango del indicador de ingresos

Rango indicador Ingresos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy Bajo (0,36 – 0,46)	83	25,1
Bajo (0,47 – 0,56)	232	70,1
Medio (0,57 - 0,66)	11	3,3
Alto (0,67 – 0,76)	3	,9
Muy Alto (0,77 – 0,87)	2	,6
Total	331	100,0

A continuación se expone en el cuadro 23, las 8 comunas situadas en los extremos del espectro de desigualdad.

Tabla 23

Comunas con mayor y menor porcentaje de Ingresos

Comunas extremo Inferior	Valor Índice	Comunas Extremo Superior	Valor Índice
San Fabián	0,3666	Sierra Gorda	0,6089
Tirúa	0,38	Santiago	0,6343
Colchane	0,3934	San Miguel	0,6523
Lebu	0,3969	Primavera	0,6722
Los Sauces	0,4008	Ñuñoa	0,6921
Los Álamos	0,4034	Providencia	0,7684
El Carmen	0,4042	Las Condes	0,7982
San Ignacio	0,4126	Vitacura	0,8362

IV.3. La estructura de desigualdad frente a los indicadores de Resultados de Salud y de Determinantes Sociales Estructurales de la salud en el nivel intercomunal.

En cuanto a resultados de salud se puede señalar el indicador autopercepción de mala salud va de 1,4% en la comuna Vitacura a 20,6% en Peralillo, con una media intercomunal de 8,53% de autopercepción de mala salud. Existiendo una diferencia de 19,2% entre las comunas de los extremos del eje, y además una magnitud de 14,7 veces, lo que indica que en Peralillo hay 14,7 veces más percepción de mala salud que en Vitacura. Además cerca de un 30% de las comunas (97 de ellas) presentan una percepción baja o muy baja de mala salud, y 13 comunas a su vez presentan una Alta o Muy Alta autopercepción de mala salud.

Con respecto a la mortalidad general se denota una media de 556 muertes generales por cada 100.000 habitantes, además existe una disparidad intercomunal de más de 1.000 muertos entre comunas con mayor y con menor mortalidad, pues hay comunas como Independencia con 1.299 muertes generales y San Gregorio y Cabo de Hornos con 35 y 67 muertes generales por cada 100.000 habitantes. Además se debe contemplar que la mayoría de las comunas se ubican en los rangos de valores medios y altos de mortalidad. Frente a este indicador es importante señalar que las comunas con mayor mortalidad general se encuentran de preferencia en zonas urbanas y mayormente en la región Metropolitana, la del Bio Bio y la Araucanía. En contraparte, las comunas de menor mortalidad se ubican en zonas de menor densidad y de muy alta población rural ubicadas en los extremos Norte y Sur.

El análisis de los AVPP indica que existe una media de 84,68 años de vida potencialmente perdidos por cada 1.000 habitantes, además las cifras extremas van de 15,7 AVPP (Camarones) a 154 AVPP (Treguaco), existiendo una desigualdad de 138,3 años de diferencia entre las comunas ubicadas en los extremos del espectro de disparidad y a su vez una magnitud de 9,8 veces. La mayoría de las comunas se encuentran en los rangos medio (125), alto (131) y muy alto (65).

La media en el indicador esperanza de vida es de 76,17 años. Se denotan diferencias de casi 18 años entre las comunas ubicadas en los extremos del eje de desigualdad y con una magnitud de su diferencia de 1,25 veces. La comuna con menor esperanza de vida es Ollagüe con 66,24 años y Vitacura es la que presenta mayor esperanza de vida 83,04 años. Por su parte sólo 2 comunas están ubicadas en el rango de menor esperanza de vida y 3 en el rango mayor. El resto de las comunas

(300) presentan mayormente una ubicación en los rangos medio, medio alto y alto de esperanza de vida.

La mortalidad infantil presenta en algunos casos o comunas 0 muertes infantiles (Camarones, Putre, General Lagos, Ollagüe, San Gregorio, Cabo de Hornos, Primavera), cuestión que debe ser revisada con detención y otras como Rio Ibáñez y Sierra Gorda con 13,16 y 13,29 muertes en niños menores de un año respectivamente. Puede destacarse que 9 comunas se ubican en el rango de muy alta mortalidad infantil, 7 en el rango de muy baja mortalidad infantil y 309 comunas están en el rango medio alto y alto.

A nivel intercomunal se dan cifras que denotan fuertes contrastes en determinantes socio-geográficos como son la etnicidad, ruralidad y densidad poblacional, sin ir más lejos, estos tres indicadores del total de indicadores abordados en la investigación son los que presentan mayores desigualdades entre las comunas que se posicionan en los extremos del eje de desigualdad. También es importante señalar que de la generalidad de resultados y posiciones que se encuentran en la estructura, se denota que los valores de etnicidad y ruralidad muy alta y además de muy baja densidad poblacional se dan en comunas del extremo norte y sur (comunas como Huara, Colchane, General Lagos y Camiña por ejemplo), por el contrario, las comunas con muy alta densidad y muy baja ruralidad y etnicidad se encuentran en la región metropolitana de Santiago, pues la mayoría de las comunas no presenta ruralidad y su densidad es alta (a excepción de Lo Barnechea), además la media de etnicidad en todas las comunas de esta región es inferior a la media nacional (10,98%). Sin embargo es en la región Metropolitana donde se ubica la mayor cantidad de población étnica del país. Las comunas de menor densidad poblacional presentan una alta ruralidad, pero no necesariamente las comunas de mayor ruralidad son las menos densas, como ejemplo de lo anterior tenemos a Camarones en la región de Arica y Parinacota, que presenta 0,4 personas por Km. Cuadrado con un 100% de ruralidad y Putre que si bien tiene una muy baja densidad (0,2 habitantes por Km cuadrado) no presenta tan alta ruralidad con un 49,1% (siendo la media nacional de 37,02%). Por otro lado existe una gran masa de comunas de la región de la Araucanía y el Bio Bio que presentan una ruralidad significativa y altos niveles de etnicidad, pero con valores no tan altos como las comunas señaladas anteriormente³², lo particular de este grupo de comunas es que es un grupo numeroso, de una gran cantidad de comunas (cerca de un tercio de las comunas del país y no

³²Este grupo de comunas se caracterizan en profundidad a continuación, en las aproximaciones a los conglomerados desarrollados en la investigación.

solo unas cuantas aisladas) y que además presentan características de posiciones desventajosas tanto en resultados de salud como en determinantes estructurales de la salud.

Los determinantes sociales (educación, ingreso, ocupación y vivienda) están organizados en la matriz con valores que van de 0 a 1, pues cada uno de ellos es un índice estandarizado compuesto por tres variables³³. Ahora bien, por el hecho de estar estandarizados estos valores reducen en una primera impresión las magnitudes de las desigualdades, pero en definitiva representan las mismas disparidades, pues no es lo mismo evidenciar las desigualdades de ingreso autónomo medio comunal (que van desde los \$240.890 en San Fabián a \$3.120.479 en Vitacura) cifras que impresionan y son más potentes, que mostrar por otra parte, el valor del índice que en el indicador Ingresos va de 0,3666 a 0,8362 (revisar anexo 1). Además en este indicador de ingresos se presentan las mayores diferencias entre las comunas de los extremos del espectro de desigualdad de determinantes sociales después de vivienda, con una magnitud de 12,95 veces más ingresos promedio en Vitacura que en San Fabián y con una diferencia de 0,4696 en el índice.

De estos cuatro índices, el que presenta un promedio más alto es el de ocupación con 0,8919, seguido por vivienda (0,7799) y educación (0,69), por su parte el ingreso es el índice que presenta el menor promedio (0,50), lo que puede estar dado en el caso de los ingresos por la gran cantidad de comunas con valores bajos y muy bajos y la pequeña cantidad de comunas que suben el promedio (altos o muy altos), por lo tanto se evidencia que las desigualdades no solo son entre comunas ni se distribuyen homogéneamente, sino que en las posiciones más desventajosas se concentran más cantidad de comunas que en las posiciones más aventajadas donde hay una pequeña cantidad de comunas.

El indicador Vivienda tiene una media de 0,779 y presenta la mayor desigualdad en determinantes sociales entre las comunas extremas del espectro, incluso superior al ingreso, pues su diferencia es de 0,6903 entre las comunas extremas (General Lagos 0,3026 y Vitacura 0,9929).

En el indicador Educación la media intercomunal es de 0,6932, y las diferencias no son tan fuertes como en los dos indicadores ya revisados, la desigualdad entre valores extremos es de 0,4066. Los valores van de 0,5466 en Paredones hasta 0,9532 en la comuna de Vitacura en este índice.

³³ Estos indicadores ya fueron descritos en el capítulo de metodología en el acápite sobre dimensiones, indicadores y variables.

Por el contrario la dimensión de ocupación es la que presenta las menores desigualdades en sus cifras asociadas. La media es de 0,891 con una disparidad de 0,253, donde la comuna de San Ignacio es la del extremo con menor índice de ocupación (0,747) y Ollagüe en el extremo mayor con valor de 1 en este índice lo que supone la existencia de pleno empleo.

Con todo, se entiende que las mayores desigualdades entre las comunas extremas del espectro de desigualdad en determinantes sociales de la salud se dan en vivienda y en ingresos, junto con un promedio que es bajo justamente en el indicador ingreso, por lo que se denota que esta dimensión presenta las medias más bajas y las mayores desigualdades. En contraparte, la ocupación es el determinante con la media más alta y con las menores cifras de desigualdad en el espectro. Finalmente se evidencia que hay comunas como Vitacura, Las Condes y Providencia que se instalan en la mayoría de estos indicadores (a excepción de la ocupación) en posiciones extremas de mejores cifras, las comunas que presentan cifras extremas pero tendientes hacia lo bajo son heterogéneas y varían según el indicador analizado.

IV.4. Hacia una nueva caracterización de las desigualdades sociales en salud en Chile: El análisis de conglomerado como método de aproximación a la realidad intercomunal de la salud chilena.

Ya habiendo revisado la generalidad de las características de cada uno de los indicadores de salud, sus cifras asociadas y sus desigualdades más relevantes a nivel intercomunal, es importante dar cuenta acerca de lo que sucede frente a las disparidades sociales en salud desde una mirada a nivel grupal. En este marco se revisará lo que ocurre en el nivel intercomunal en Chile desde una perspectiva de conglomerados, contemplando la interrelación de los determinantes sociales estructurales y los resultados de salud que se produce entre ellos y en su interior. En base a lo mencionado, el siguiente paso en esta investigación es la aplicación de un método de análisis que consiste en un procedimiento de aglomeración no jerárquico el análisis de clúster k-medias³⁴. Este procedimiento permite generar una diferenciación socio-espacial a nivel intercomunal en Chile, pues forma grupos de comunas que son homogéneos en cuanto a las características socioeconómicas y de salud que resumen dichos grupos y a su vez estas características difieren

³⁴ Procedimiento estadístico que ya fue descrito en su utilización y funcionamiento en el capítulo sobre la metodología de investigación utilizada en el trabajo.

tanto como es posible para municipios pertenecientes a distintos grupos³⁵. En este marco cabe señalar que se analizarán las características propias de cada conglomerado en cuanto a sus particularidades y desigualdades más relevantes frente a dichos determinantes, esto es, entre cada conglomerado y entre las comunas que componen cada uno de ellos.

IV.4.1. Análisis de las características generales de la tipología y de los conglomerados.

En la realización de la tipología se revisaron distintas soluciones, de 3; 5; 6; 7 y 10 conglomerados, finalmente se optó por la solución de 7 conglomerados, porque en ella se constituye un patrón determinado de las diferencias entre determinantes sociales y de resultados de salud. La elección de la solución de 7 conglomerados se debe a que una configuración con menor cantidad de conglomerados no expresa algunas desigualdades relevantes entre comunas, por ejemplo, en el caso de una tipología de 5 Conglomerados, se pierde la categorización del conglomerados de Comunas Aventajadas³⁶ que presenta un grupo claramente diferenciado con mucho mejores resultados tanto en determinantes estructurales e intermedios como en resultados de salud, es decir, el grupo de comunas más aventajadas del país. En un sentido contrario, una configuración mayor, de 10 grupos por ejemplo, genera conglomerados con información redundante de los conglomerados más pequeños, lo que significa que se generan grupos no con tantas diferencias entre sí y que son conformados por una muy baja cantidad de comunas. Por ello, se consideró que la solución de 7 conglomerados es la más adecuada, pues permite identificar un conjunto mayor de características desiguales entre grupos y menor cantidad de características desigualdad al interior de éstos.

En primer lugar, es necesario revisar los resultados expresados en la tabla ANOVA que surge de la construcción de esta tipología (Anexo 2). Los datos de esta tabla permiten analizar si la configuración de estos 7 conglomerados en torno a las 12 variables, producen diferencias significativas en los valores de la varianza de cada variable original. En este plano se evidencia que todas las variables presentan un nivel de significación de 0,000 lo que representa que la constitución

³⁵Cuestión que se ha desarrollado con mayor profundidad en el acápite sobre los métodos de medición y análisis de la información del capítulo de metodología de investigación

³⁶Elemento que se caracteriza y detalla en el acápite sobre descripción general de los conglomerados.

de la tipología y la configuración de sus 7 conglomerados producen diferencias relevantes en los valores de cada una de las variables originales.

Ahora bien, en cuanto a las características que asume la tipología, se puede decir que se evidencia la existencia de 7 conglomerados diferentes entre sí, se presentan 3 conglomerados de mayor tamaño, cercanos éstos a los 100 casos cada uno, además presenta tres conglomerados pequeños de 7, 6 y 4 comunas en su conformación, el séptimo conglomerado tiene 18 casos.

Además para la caracterización de lo que ocurre entre conglomerados y en cada uno de ellos en relación a sus comunas, se determinan entre otras características una serie de criterios estructuradores que establecen estratos de rasgos altos, medios y bajos. En este plano para conocer esta estructura de estratificación se determinó el rango existente entre el mayor y menor valor de cada uno de los indicadores, y luego este rango fue dividido en 5 (1.- Muy alto, 2.- Alto, 3.- Medio, 4.- Bajo, 5.- Muy bajo) esto genera 5 estratos para cada indicador lo que permite saber en qué estrato se ubica el valor que alcanza el indicador para cada grupo y entre ellos, constituyéndose así una posibilidad para la caracterización entre e inter grupos. La tabla que muestra el Anexo 7 permite graficar lo anteriormente expuesto.

Cada uno de los conglomerados fue denominado según sus características específicas y se describen a continuación:

1. Conglomerado “Comunas étnico rurales del extremo norte”: *Determinantes sociales bajos y buenos resultados de salud.*

Las comunas que lo componen son 4 (Tabla 24). Además, como su nombre lo dice, este conglomerado presenta en promedio población mayormente rural (90,4%) y predominantemente de conformación étnica (83,5%). En cuanto a la dimensión de resultados de salud se evidencia que en comparación con las medias de los otros conglomerados, se dan cifras bajas (o buenas en este caso) en tres indicadores, buenos valores en la autopercepción de salud (7%), mortalidad general (329) y mortalidad infantil (8,71), las cifras son de valores medios en relación a AVPP (76,8) y la esperanza de vida (74,13).

En cuanto a los determinantes sociales se puede señalar que en el indicador educación presenta un valor 0,6075 lo que corresponde a un nivel muy bajo³⁷ en comparación con los promedios de los otros conglomerados. En ingresos presenta un 0,4854 que es un valor muy bajo. En ocupación se da un 0,9271, único valor sobre la media entre los 7 conglomerados, este valor se ubica en el rango alto.³⁸ En vivienda este conglomerado tiene un 0,4373 lo que corresponde a un nivel muy bajo.

Tabla 24

Comunas del Conglomerado Étnico Rural Extremo Norte: Muy bajo en determinantes sociales y buena salud			
Huara	Colchane	San Pedro de Atacama	Camiña

2. Conglomerado “Comunas muy aventajadas”: *Resultados de salud y determinantes sociales muy buenos.*

Este conglomerado está compuesto por 7 comunas (Tabla 25) y casi todas ellas presentan un patrón determinado en cuanto a sus características socio-demográficas (a excepción de la comuna de Cabo de Hornos que se ubica en los polos contrarios respecto de los valores de las otras 6 comunas). Las restantes comunas son: Vitacura, Lo Barnechea, Las Condes, Providencia, La Reina, Ñuñoa y corresponden a la región Metropolitana, presentan una alta densidad poblacional (3933,4) y son mayormente urbanas (con ruralidad de 0,8%) y de baja población étnica en promedio (4%). Por su parte en los indicadores relativos a resultados de salud se evidencia una buena salud general, pues la autopercepción de mala salud es muy baja (3,8%), lo que resulta ser un muy buen indicador.

Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) presentan un valor de 50 años, cifra baja, lo que representa una buena salud general de la población. La esperanza de vida al nacer alcanza los 80,63 años, lo que sitúa a este indicador en el rango de muy alta esperanza de vida. La mortalidad infantil es de 7,2 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa un

³⁷ Para determinar cuándo un indicador es bajo, muy bajo o alto, se ha realizado una estratificación que sitúa cada valor o cifra de su indicador en su respectivo lugar según corresponda. Esta estratificación se expone en el anexo 6.

³⁸ Se debe recordar como se manifiesta en el acápite III.5 relativo a dimensiones y variables, que los indicadores de determinantes estructurales (ingreso, educación ocupación y vivienda) van de 0 a 1 y provienen del índice de vulnerabilidad desarrollado por MIDEPLAN el 2009.

valor de carácter medio. Finalmente la mortalidad general es alta, siendo este el único indicador no favorable en salud, y alcanza las 506 muertes generales por cada 100.000 habitantes.

Los valores promedio asociados a los determinantes sociales en este conglomerado son muy altos en todos los indicadores lo que se evidencia en los siguientes datos. En la dimensión educación se presenta un valor de 0,8667. En ingresos el valor del conglomerado es de 0,7008. En ocupación el valor del indicador es de 0,9272. Finalmente en vivienda el valor que alcanza el indicador es de 0,9632. Se puede señalar que en determinantes sociales este conglomerado presenta valores muy altos y significativamente superiores a la media, lo que representa buenas condiciones sociales de determinantes sociales estructurales y de vivienda.

Tabla 25

Comunas del conglomerado muy aventajado: Resultados de salud y determinantes sociales muy buenos.						
Cabo de Hornos	Vitacura	Lo Barnechea	Las condes	La Reina	Nuñoa	Providencia

3. Conglomerado “Gran masa de comunas urbanas intermedias”: *Valores medios tanto en resultados de salud como en determinantes sociales.*

Este conglomerado está compuesto por 106 comunas (se pueden revisar en la tabla 26), las que en general son principalmente urbanas, distribuidas a lo largo de todo Chile. En salud este conglomerado cuenta con resultados generales de salud de carácter medio, así se ve que la autopercepción de mala salud es inferior a la media, pero cercana a ella y encontrándose en el rango bajo con un valor de 6,5%. La mortalidad general (477), los AVPP (75,8) y la esperanza de vida (77,06) se encuentran en el rango medio. La mortalidad infantil en este conglomerado resulta ser muy alta, con 9,36. Este grupo presenta valores cercanos a la media general en sus determinantes sociales, pero con situaciones heterogéneas, es decir, con posiciones en diversos rangos, tanto de buenos como malos resultados según indicador, situación que se revisa a continuación.

La dimensión educación tiene una cifra promedio de 0,7371, que resulta estar en el rango bajo. En ingresos y ocupación los valores son de 0,5194 y 0,8955, ambos valores que se podrían

catalogar de intermedios. La dimensión vivienda presenta un valor de 0,8509, cifra que se halla en el rango alto. Así, se denota la heterogénea composición del conglomerado en determinantes sociales, pero con tendencias medias, siendo sólo el indicador de vivienda el único con características buenas en determinantes sociales en este conglomerado. La densidad es de 603,2 habitantes por kilómetro cuadrado, la población rural es de 13,2% y la población étnica llega al 5,9%.

Tabla 26

Comunas del Conglomerado Gran Masa Urbana Intermedia					
Arica	Vicuña	Calera	San Fernando	Puerto Varas	Pudahuel
Iquique	Illapel	La Cruz	Talca	Castro	Quilicura
Pozo Almonte	Ovalle	Limache	Curicó	Ancud	Renca
Pica	Valparaíso	Nogales	Linares	Quellón	Pirque
Antofagasta	Casablanca	San Antonio	Concepción	Osorno	San José
Mejillones	Concón	Algarrobo	Coronel	Chaitén	de Maipo
Taltal	Puchuncaví	Cartagena	Chiguayante	Coihaique	Colina
Calama	Quilpué	El Quisco	Penco	Aisen	Lampa
María Elena	Quintero	El Tabo	San Pedro de	Cisnes	Tiltil
Copiapó	Villa Alemana	Santo Domingo	la Paz	Cochrane	San Bernardo
Caldera	Viña del Mar	San Felipe	Talcahuano	Chile Chico	Buin
Chañaral	Los Andes	Llailay	Los Ángeles	Punta Arenas	Calera de
Diego de	Rinconada	Rancagua	Chillán	Cerrillos	Tango
Almagro	San Esteban	Coltauco	Chillán Viejo	Huechuraba	Paine
Vallenar	La Ligua	Doñihue	Temuco	La Florida	Curacaví
Huasco	Papudo	Graneros	Valdivia	La Pintana	Talagante
La Serena	Zapallar	Machalí	Puerto Montt	Maipú	El Monte
Coquimbo	Peñaflor	Rengo	Llanquihue	Peñalolén	Isla de Maipo
	Quillota	Padre Hurtado			

4. Conglomerado “Comunas rurales del extremos norte y sur”: *Resultados heterogéneos en salud y determinantes sociales*

Está compuesto por 6 comunas (revisar Tabla 27) y es altamente rural (91,5%), con baja densidad poblacional (0,3) y con un alto porcentaje de población étnica (59,8%). En salud se presentan situaciones ambivalentes pues se dan muy buenos resultados de salud en algunos indicadores y en otros se dan cifras que hablan de una mala salud. Este conglomerado tiene la menor esperanza de vida de todos los conglomerados (73,85 años) y la peor autopercepción de

salud (11,5%) y a su vez 146 muertes generales, 48 AVPP y 0 en mortalidad infantil, lo que habla de muy buenos resultados de salud.

Este conglomerado presenta resultados de carácter heterogéneo en indicadores de determinantes sociales, pues en educación está en el rango muy bajo con un valor de 0,6535. En ingresos está en el rango bajo con un 0,5569, al igual que en vivienda con un 0.6013, sin embargo en ocupación alcanza un valor alto con 0,9609.

Tabla 27

Comunas del conglomerado Rural del Extremo Norte y Sur: Resultados heterogéneos en determinantes sociales y salud					
Primavera	Ollagüe	Putre	Camarones	General Lagos	San Gregorio

5. Conglomerado de gran masa de comunas rurales bajas: Malos resultados de salud y determinantes sociales medio bajos

Este conglomerado es principalmente rural y en todos los indicadores ronda la media, pero con diversos resultados tendientes tanto a lo negativo. Además está compuesto por 95 comunas (Tabla 28). Así, se evidencia que la densidad poblacional es de 35,1 habitantes por kilómetro cuadrado y la población es principalmente rural con un 57,4% y con bajo porcentaje de población étnica con un 6,8%.

En resultados de salud todos los valores están por sobre la media de los conglomerados, con valores en dichos indicadores de: 9,4% en la autopercepción de mala salud, 543 muertes generales y 79,9 Años de vida perdidos por cada 100.000 habitantes en la media de este conglomerado, lo que denota resultados bajos en estos indicadores. La esperanza de vida es de 76,64 años, cifra que está por sobre la media y en el rango alto. La mortalidad infantil está en 9,66 en este indicador, correspondiendo al rango alto. Por lo tanto, se evidencian malos resultados generales de salud en éste conglomerado en comparación con la media de los restantes.

Ahora bien, todos los indicadores de determinantes sociales de este conglomerado se encuentra muy cercanos a la media pero bajo ella, sin embargo al realizar un examen más acucioso

se evidencia que el indicador de educación está en el rango muy bajo con un 0,659. En ingresos este conglomerado tiene un valor que lo sitúa también en el rango muy bajo que es de 0,5079. Los indicadores de ocupación y la vivienda son medios (0,9046 y 0,7335 respectivamente).

Tabla 28

Comunas del Conglomerado Gran Masa Rural Baja					
Sierra Gorda	Olmué	La Estrella	Río Claro	Santa Bárbara	Puqueldón
Tierra Amarilla	Catemu	Litueche	San Clemente	Padre las Casas	Queilén
Alto del Carmen	Panquehue	Marchihue	San Rafael	Pucón	Quemchi
Freirina	Putando	Navidad	Pelluhue	Villarrica	Quinchao
La Higuera	Santa María	Chépica	Licantén	Corral	Puerto Octay
Paiguano	Codegua	Chimbarongo	Molina	Los Lagos	Puyehue
Canela	Coinco	Lolol	Rauco	Paillaco	Río Negro
Los Vilos	Las Cabras	Nancagua	Romeral	Futrono	Futaleufú
Salamanca	Malloa	Palmilla	Sagrada Familia	Calbuco	Hualaihué
Combarbalá	Mostazal	Peralillo	Teno	Cochemo	Palena
Monte Patria	Olivar	Placilla	Vichuquén	Frutillar	Río Ibáñez
Punitaqui	Peumo	Santa Cruz	Colbún	Los Muermos	Melipilla
Río Hurtado	Pichidegua	Constitución	Retiro	Mauñín	Alhué
Calle Larga	Quinta de Tilcoco	Empedrado	Yerbas Buenas	Chonchi	María Pinto
Cabildo	Requínoa	Maule	Arauco	Curaco de Véléz	
Petorca	San Vicente	Pelarco	Cabrero	Dalcahue	
	Pichilemu	Pencahue	Hijuelas	San Pedro	

6. Conglomerado “Comunas metropolitanas”: *Resultados de salud heterogéneos con alta mortalidad, bajos ingresos, ocupación y densamente pobladas.*

Está compuesto por 18 comunas (Tabla 29) y presenta cifras por sobre el promedio entre conglomerados en educación y vivienda, pero a su vez bajas en el promedio de ingresos y ocupación. Este conglomerado es el que presenta la mayor densidad promedio por kilómetro cuadrado (9823,4), además las comunas que lo componen no presentan ruralidad (0%) y una muy baja proporción de población étnica promedio (4,7%). En este marco cabe señalar que en determinantes sociales el indicador de educación se encuentra en el rango medio, con un 0,7565. En ingresos (0,5344) y ocupación (0,891) este conglomerado está en el rango bajo. En vivienda es muy alto con cifras 0,8829. Los resultados de salud son variados pues presenta cifras con características de buena y mala salud, pero en general tienden a resultados medios altos, por ejemplo, en

autopercepción de salud se presenta una buena salud con una cifra de 7,4%, pero que de igual forma la ubica en el rango medio al igual que la esperanza de vida (76,06). La mortalidad general alcanza las 668 muertes siendo una cifra muy alta o negativa para la salud. Los AVPP (92,3) y la mortalidad infantil (8,4) son altas, lo que también denota mala salud.

Tabla 29

Comunas del Conglomerado Metropolitano					
Santiago Cerro Navia Conchalí	El Bosque Estación Central Independencia	La Cisterna La Granja Lo Espejo	Lo Prado Macul Pedro Aguirre Cerda	Quinta Normal Recoleta San Joaquín	San Miguel San Ramón Puente Alto

7. Conglomerado “Gran masa de comunas desaventajadas”: *De muy mala salud y bajos resultados en determinantes sociales.*

Está compuesto por 92 comunas (Tabla 230), además este conglomerado tiene cifras sobre el promedio de los conglomerados en porcentaje de población rural (46,9%) y étnica (16,7%), además su densidad poblacional es muy baja (26,4 hab. Por km. cuadrado). En cuanto a los resultados de salud este conglomerado presenta muy malas cifras, pues tanto en autopercepción de salud (10,6%) como en mortalidad general (680), AVPP (103,8) y mortalidad infantil (10,03) se dan valores en el rango muy alto, sumado a una esperanza de vida muy baja, es decir, este conglomerado presenta una muy mala salud en la consideración de todos sus indicadores. En determinantes sociales se presentan cifras bajo la media, tanto en educación (0,659), como en ingresos (0,4544) y ocupación (0,8657), dándose resultados muy bajos en todos ellos. En vivienda (0,7401) la cifra se encuentra en un nivel bajo.

Tabla 30

Comunas del Conglomerado Gran Masa muy Desaventajada					
Tocopilla	Tomé	Yumbel	San Ignacio	Saavedra	Máfil
Andacollo	Lebu	Bulnes	San Nicolás	Teodoro	Mariquina
Paredones	Cañete	Cobquecura	Treguaco	Schmidt	Panguipulli
Pumanque	Contulmo	Coelemu	Yungay	Toltén	La Unión
Curepto	Curanilahue	Coihueco	Carahue	Vilcún	Lago Ranco
Cauquenes	Los Álamos	El Carmen	Cunco	Angol	Río Bueno
Chanco	Tirúa	Ninhue	Curarrehue	Collipulli	Fresia
Hualañé	Antuco	Ñiquén	Freire	Curacautín	Purranque
Longaví	Laja	Pemuco	Galvarino	Ercilla	San Juan de
Parral	Mulchén	Pinto	Gorbea	Lonquimay	la Costa
San Javier	Nacimiento	Portezuelo	Lautaro	Los Sauces	San Pablo
Villa Alegre	Negrete	Quillón	Loncoche	Lumaco	Porvenir
Florida	Quilaco	Quirihue	Melipeuco	Purén	Natales
Hualqui	Quilleco	Ránquil	Nueva Imperial	Renaico	
Lota	San Rosendo	San Carlos	Perquenco	Traiguén	
Santa Juana	Tucapel	San Fabián	Pitrufquén	Victoria	
				Lanco	

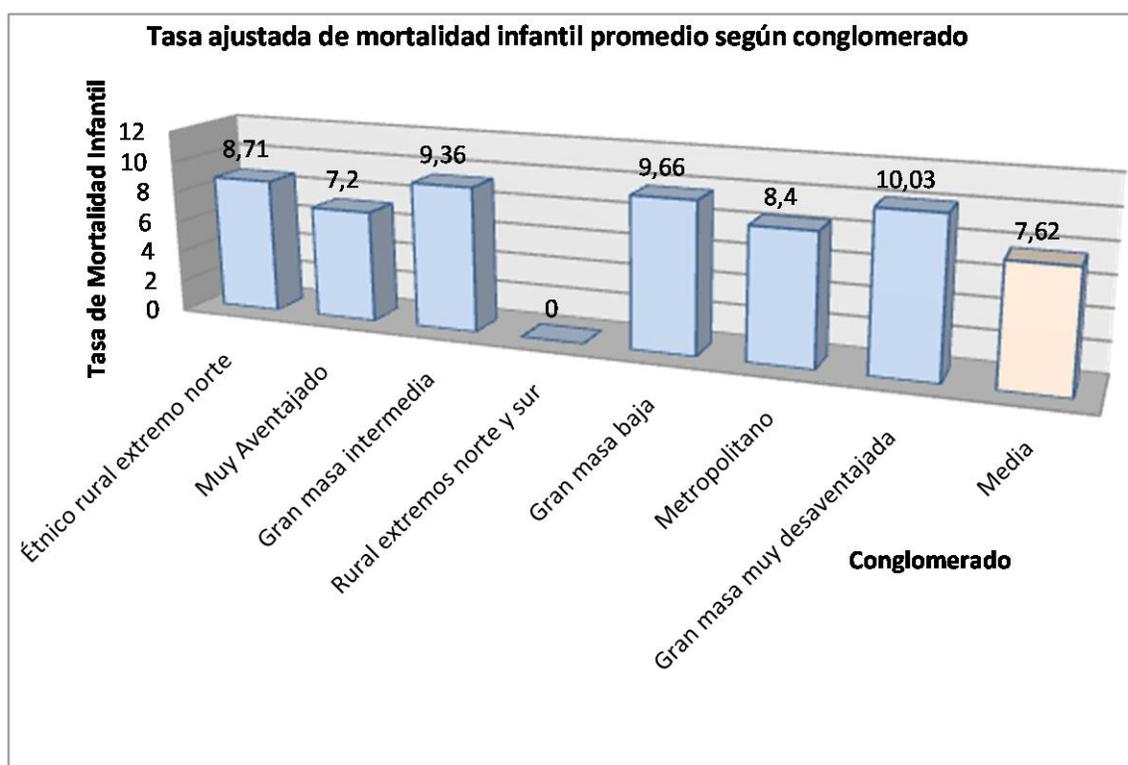
IV.4.2. Características que asumen los indicadores de salud y de determinantes sociales en cada conglomerado y entre éstos.

A continuación se presentan y describen las características que tienen los indicadores tanto de salud, como de terminantes sociales en el contexto de los conglomerados obtenidos de la aplicación del método multivariable.

IV.4.2.1. Mortalidad Infantil

La media entre conglomerados es de 7,6 muertes infantiles, con conglomerados extremos que presentan 0 muertes (Rural Extremos Norte y Sur) y 10,03 muertes infantiles en promedio (Gran Masa Muy Desaventajada), como se aprecia en el siguiente gráfico (gráfico 3) la media es reducida notoriamente por el conglomerado que no presenta muertes. Además se evidencia que cinco de los siete conglomerados superan la media de muertes infantiles.

Gráfico 3



Como puede verse en la Tabla 32, el conglomerado que no presenta muertes tiene el 100% de sus comunas en el rango de menor tasa de mortalidad infantil. El conglomerado Metropolitano tiene 100% de comunas en el rango que va de 8,1 a 10 muertes. El 53% de las comunas de clúster Gran Masa Muy Desaventajada está en el rango de alta mortalidad Infantil que va de 10,1 a 14 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos. El 50% de las comunas del conglomerado Extremo Norte étnico está en el rango de alta mortalidad infantil.

Tabla 32
Porcentaje promedio de Mortalidad Infantil de cada conglomerado según rango

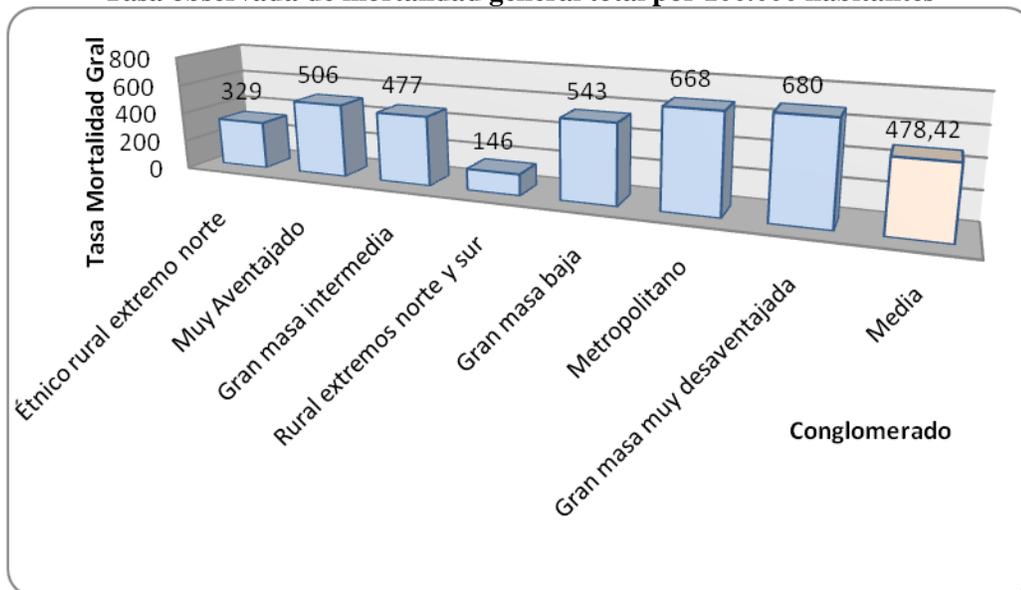
Rango Porcentual	Conglomerados						
	Extremo Norte Étnico	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0 – 4	,0%	14,3%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%
4,1 – 8	25,0%	,0%	4,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%
8,1 – 10	25,0%	85,7%	73,0%	,0%	79,3%	100,0%	47,0%
10,1 - 14	50,0%	,0%	23,0%	,0%	19,6%	,0%	53,0%

IV.4.2.2. Mortalidad General

Al revisar lo que ocurre entre los conglomerados (gráfico 4) se evidencia que existe una media de 478,42 muertes generales por cada 100.000 habitantes. Tres conglomerados son inferiores a la media, y entre éstos, el conglomerado Rural Extremo Norte y Sur es el que presenta la menor mortalidad general con 146 muertes, seguido por el grupo de comunas del Extremo Norte (329 muertes generales). Por otro lado, dos conglomerados presentan cifras altas, el conglomerado Metropolitano (668) y el conglomerado Gran Masa Muy Desaventajada con 680 muertes generales, es decir los grupos con peores resultados de salud en este indicador.

Gráfico 4

Tasa observada de mortalidad general total por 100.000 habitantes



Si nos remitimos a la tabla 33 se evidencia que el conglomerado Rural Extremos del Norte y Sur, como se señalaba anteriormente, es el que presenta la menor mortalidad general y además, el 83,3% de sus comunas están en el rango que va de 101 a 300 muertes generales y el 16,7% de sus comunas están en el rango de menor mortalidad que va de 1 a 100 muertes generales por cada 100.000 habitantes. Por su parte, el 83,7% de las comunas del conglomerado Gran Masa Muy Desaventajadas que es el que presenta mayor mortalidad, están en los dos últimos rangos que son los de mayor mortalidad, éstos van de 601 a 700 y de 701 a 1300 muertes generales, la misma situación ocurre en el conglomerado Metropolitano, pues la mayoría de las comunas que lo componen (55,5%) se encuentran en los dos rangos superiores, lo que rectifica que ambos conglomerados son los de mayor mortalidad. Los conglomerados Muy Gran Masa Baja y Gran Masa Intermedia son más bien heterogéneos en su distribución de comunas en los rangos, pero sus mayorías se concentran en los rangos que van de 401 a 500 y de 501 a 600 muertes. Otra cifra que cabe señalar es el 28,6% de comunas del conglomerado Muy Aven tajado que está en el rango alto de mortalidad que va de 700 a 1300 muertes generales.

Tabla 33
Porcentaje promedio de Mortalidad General de cada conglomerado según rango

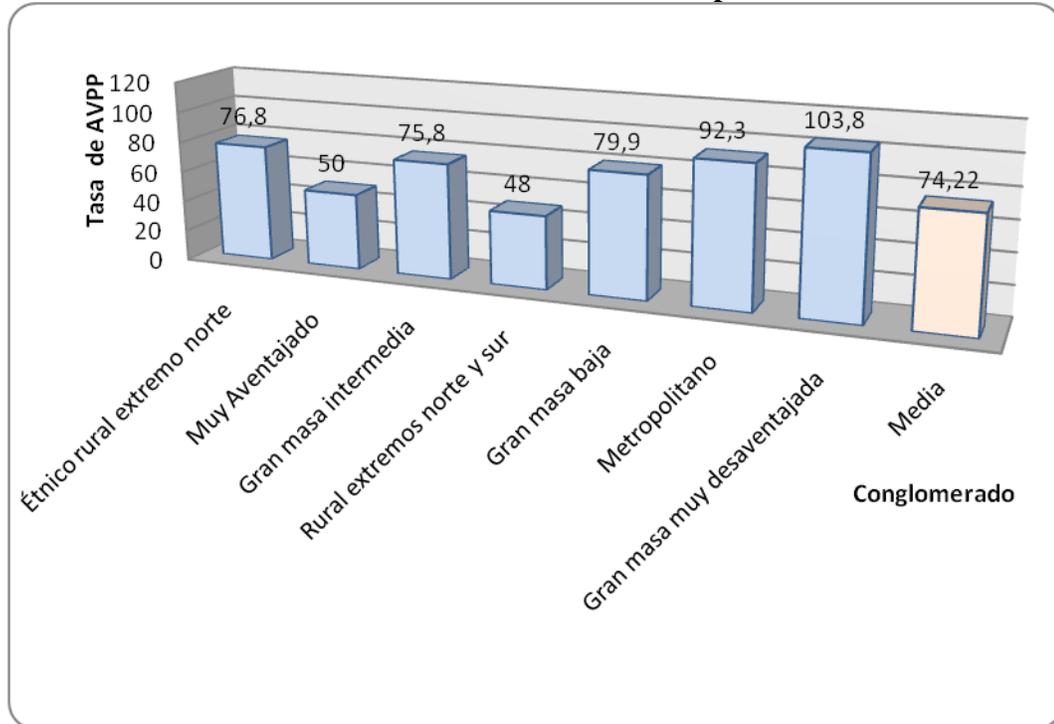
Rango Porcentual	Conglomerados						
	Étnico Rural Extremo Norte	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
1 – 100	,0%	14,3%	,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%
101 -300	25,0%	14,3%	5,7%	83,3%	2,0%	5,6%	,0%
301 – 400	75,0%	,0%	17,0%	,0%	3,1%	,0%	,0%
401 – 500	,0%	14,3%	32,1%	,0%	30,6%	11,1%	,0%
501 – 600	,0%	28,6%	36,8%	,0%	38,8%	27,8%	16,3%
601 – 700	,0%	,0%	7,5%	,0%	18,4%	11,1%	45,7%
701 - 1300	,0%	28,6%	,9%	,0%	7,1%	44,4%	38,0%

IV.4.2.3. Años de Vida Potencialmente Perdidos

Entre conglomerados se evidencia que la media alcanza los 74,22 Años de Vida Potencialmente Perdidos, donde los conglomerado con las mejores cifras de salud (o en este caso las más bajas) son: el Rural Extremos del Norte y Sur y el conglomerado Muy Aventajado con 48 y 50 AVPP respectivamente. Por el contrario existen dos conglomerados con una cifra elevada de AVPP, el conglomerado Gran Masa Desaventajada con 103,8 años y el conglomerado Metropolitano con 92,3 AVPP, cifras negativas y que suponen que los conglomerados con comunas más urbanas son las que presentan la mayor pérdida de años antes de alcanzar los 80 años de edad.

Gráfico 5

Tasa de AVPP antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 habitantes



Por otra parte, la tabla 34 muestra que al interior del conglomerado con mayor AVPP (el cluster Gran Masa Muy Desaventajada) se evidencia que 56,5% de las comunas que lo componen están en el rango muy alto de AVPP que va de 100,1 a 156 años. El 41,3% de las comunas de este conglomerado están en el rango alto que va de 80,1 a 100 años. En el conglomerado Metropolitano se ve que el 66,7% de sus comunas están en el rango alto de AVPP. En el conglomerado Gran Masa Baja cerca de la mitad (49%) de las comunas están en el rango medio que va de 50,1 a 80 AVPP y 45,9% están en el rango alto. El 75% de las comunas del conglomerado Étnico Rural Extremo Norte están en el rango medio. El conglomerado de comunas Muy Aventajado tiene un 57,1% de comunas en el rango bajo que va de 16,1 a 50 AVPP y el 42,9% en el rango medio. La mayoría de las comunas (61,3%) del conglomerado Gran masa intermedia presentan valores en el rango medio. El conglomerado Rural Extremos del Norte y Sur tiene cifras más bien heterogéneo en cuanto a sus rangos.

Tabla 34
Porcentaje promedio de AVPP de cada conglomerado según rango

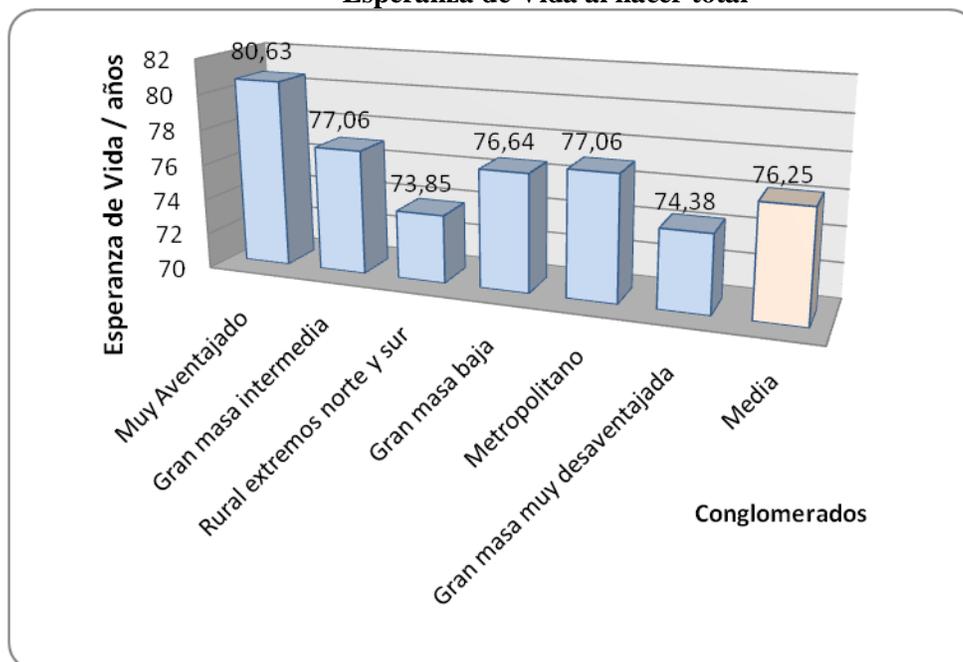
Rango Porcentual	Conglomerado						
	Étnico Rural Extremo Norte	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0 – 16	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%
16,1 – 50	,0%	57,1%	1,9%	33,3%	1,0%	,0%	,0%
50,1 – 80	75,0%	42,9%	61,3%	33,3%	49,0%	11,1%	2,2%
80,1 – 100	,0%	,0%	34,0%	,0%	45,9%	66,7%	41,3%
100,1 -156	25,0%	,0%	2,8%	16,7%	4,1%	22,2%	56,5%

IV.4.2.4. Esperanza de Vida

Entre conglomerados (gráfico 6) la media de esperanza de vida es de 76,2 años, con un conglomerado (Rural Extremos Norte y Sur) con 73,8años y otro (Muy Aventajado) con una esperanza de vida de 80,6años, los que da cuenta de la disparidad existente entre los conglomerados. Cuatro conglomerados están por sobre la media y tres bajo ella.

Gráfico 6

Esperanza de Vida al nacer total



La mayoría de las comunas que componen los conglomerados se encuentran en el rango medio de esperanza de vida que va de 73,1 a 80 años, a excepción del conglomerado Muy Aventajado que presenta un 57,1% de comunas en el rango alto de esperanza de vida que va de los 80,1% a los 87 años (Tabla24).

Tabla 35

Porcentaje promedio de Esperanza de Vida de cada conglomerado según rango

Rango Porcentual	Conglomerados						
	Extremo Norte Étnico	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
66,1 – 73	25,0%	,0%	1,9%	16,7%	,0%	,0%	13,3%
73,1 – 80	75,0%	42,9%	96,2%	83,3%	100,0%	94,4%	86,7%
80,1 – 87	,0%	57,1%	1,9%	,0%	,0%	5,6%	,0%

IV.4.2.5. Autopercepción de Mala Salud

Ahora bien, al revisar el gráfico 7, se ve que la autopercepción de mala salud presenta una media entre conglomerados que es de 8,02% y el conglomerado menor tiene una media de 3,8% y el mayor tiene una media de 11,5%. Ahora bien, como muestra la tabla 18, sólo el conglomerados Muy Aventajado tiene la mayor parte de sus comunas (83,3%) en el rango bajo de autopercepción de mala salud, seguido en segundo lugar por el conglomerado Étnico Rural Extremo Norte, pero con un 50% de las comunas en dicho rango. Por su parte el 42,5% de las comunas del conglomerado Gran Masa Desaventajada y el 25% de Étnico Rural Extremo Norte están en un rango alto de autopercepción de mala salud.

Gráfico 7

Porcentaje de personas de 15 años y más que percibe su salud como mala o muy mala.

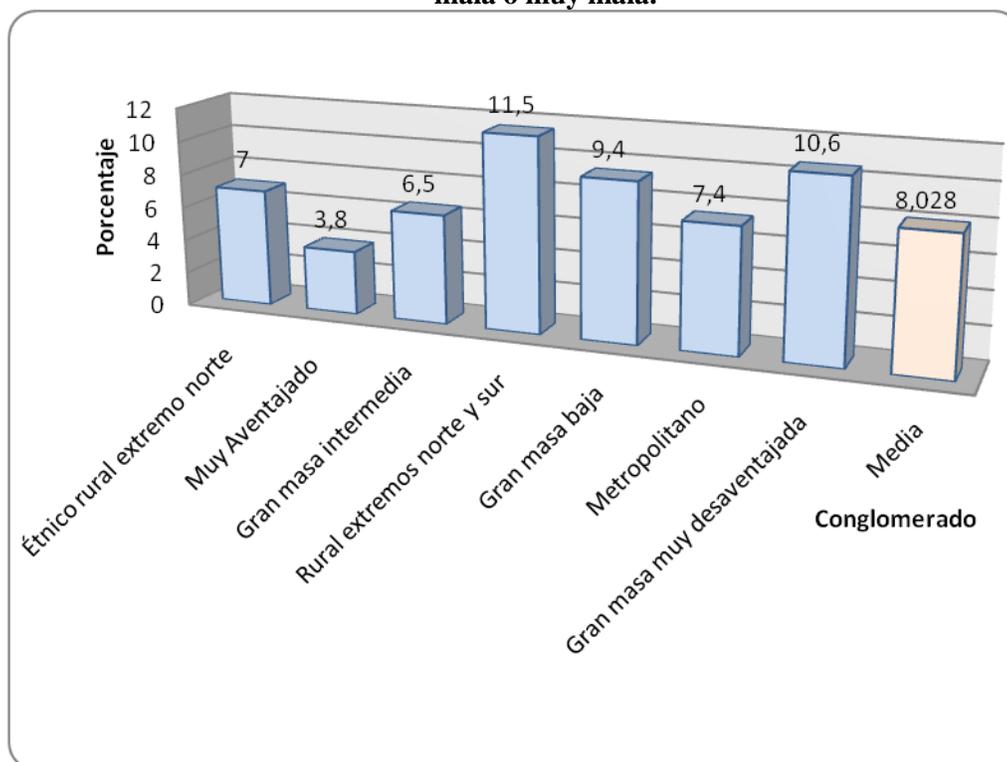


Tabla 36
Porcentaje promedio de Autopercepción de mala salud de cada conglomerado según rango

Rango Porcentual	Conglomerados						
	Étnico Rural Extremo Norte	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0% – 5%	50,0%	83,3%	29,7%	,0%	8,1%	30,8%	5,0%
6% - 10%	25,0%	16,7%	68,1%	82,0%	62,2%	61,5%	45,0%
11% -15%	25,0%	,0%	2,2%	18,0%	24,3%	7,7%	42,5%
16% - 25%	,0%	,0%	,0%	,0%	5,4%	,0%	7,5%

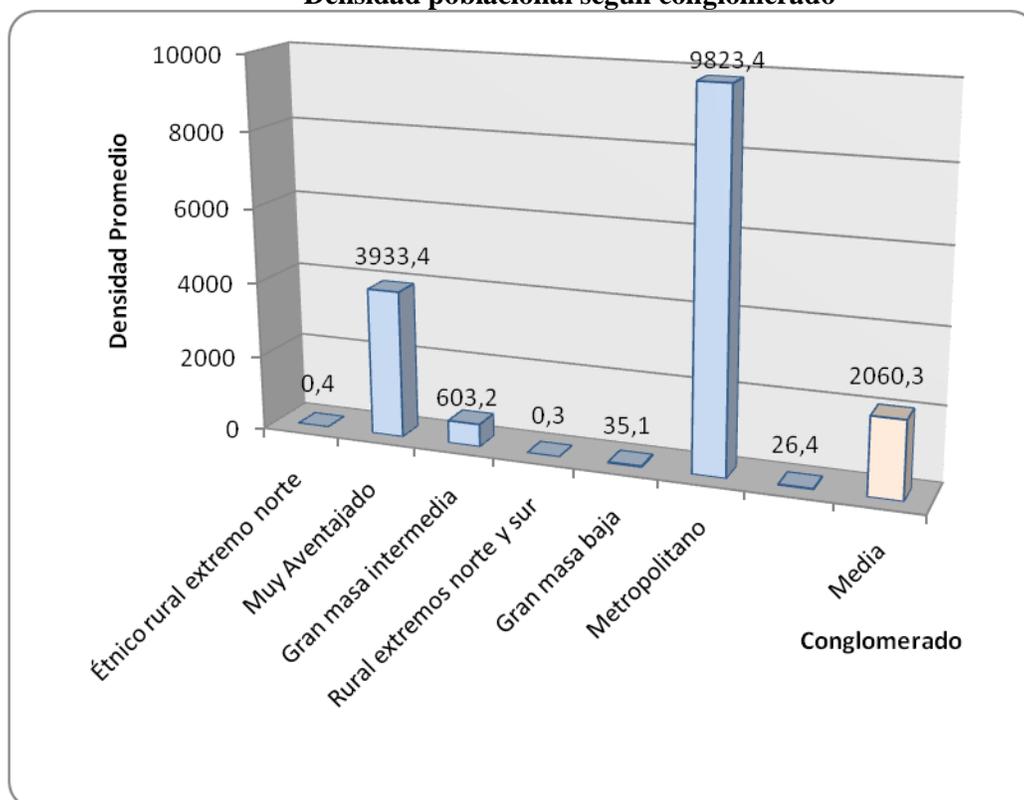
IV.4.3. Determinantes Sociales de la Salud

IV.4.3.1. Densidad

Por su parte, entre los conglomerados se evidencia una densidad media de 2060,31 habitantes por kilómetro cuadrado, habiendo un conglomerado de 0,3 habitantes por kilómetro cuadrado promedio (Rural Extremo del Norte y Sur) y otro con cifras promedio en el polo contrario con 9.823,4 habitantes por km. (Metropolitano) (Gráfico 8). Respecto de las particularidades características de este indicador se puede decir que existen 2 conglomerados sobre la media, el de comunas Muy Aventajadas con una densidad poblacional de 3933,4 habitantes por kilómetro cuadrado y el de comunas Metropolitanas con 9823,4 habitantes por kilómetro cuadrado. También hay dos conglomerados con menos de un habitante por kilómetro cuadrado, y estos son los conglomerados Étnico Rural Extremo Norte y Rural Extremo Norte y Sur con 0,4 y 0,3 habitantes por kilómetro cuadrado respectivamente.

Gráfico 8

Densidad poblacional según conglomerado



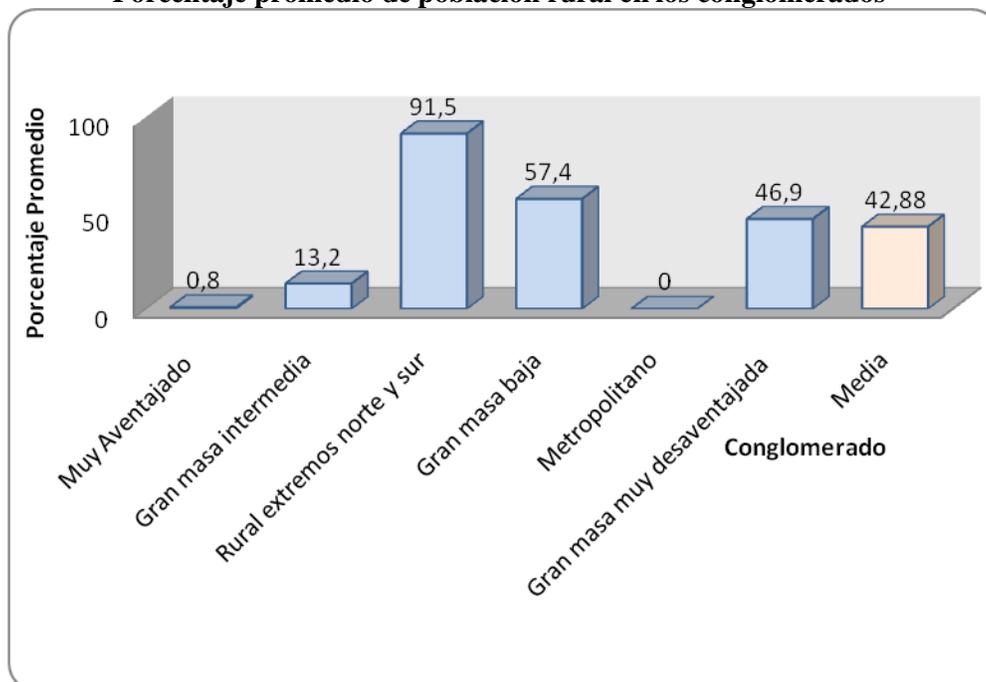
En el análisis relativo a lo que ocurre entre los conglomerados y al interior de ellos (Anexo 10) se evidencia que 4 de ellos tienen el 100% de comunas en el rango bajo de densidad poblacional que va de 1 a 825 habitantes por kilómetro cuadrado, estos conglomerados son: Extremo Norte Étnico, Extremos Norte y Sur, Gran Masa Baja y Gran Masa Desaventajada, presentando también el de Gran Masa Intermedia 81,1% de comunas en el rango de baja densidad. Por su parte el 71,4% de comunas del conglomerado de comunas Muy Aventajado y el 100% de comunas del Metropolitano tienen una muy alta densidad poblacional, pues la mayoría de las comunas que lo componen están en el rango mayor que va de 2.000,1 a 14.999 habitantes por kilómetro cuadrado.

IV.4.3.2. Ruralidad

Frente a lo que ocurre entre los conglomerados, el siguiente gráfico (Gráfico 9) muestra que en este indicador de ruralidad existe una media de 42,8%, habiendo conglomerados con menos de un 1% de ruralidad y otros que presentan sobre el 90% de población rural. En este caso existen dos conglomerados que no alcanzan el 1% de ruralidad, estos son el conglomerado de comunas Muy Aventajadas y el Metropolitano, es decir, son conglomerados altamente urbanos. Por su parte, cuatro conglomerados superan la media entre conglomerados, pero dos de ellos presentan particularmente una muy alta ruralidad y estos son: el Étnico Rural del Extremo Norte y el Rural Extremos del Norte y Sur.

Gráfico 9

Porcentaje promedio de población rural en los conglomerados



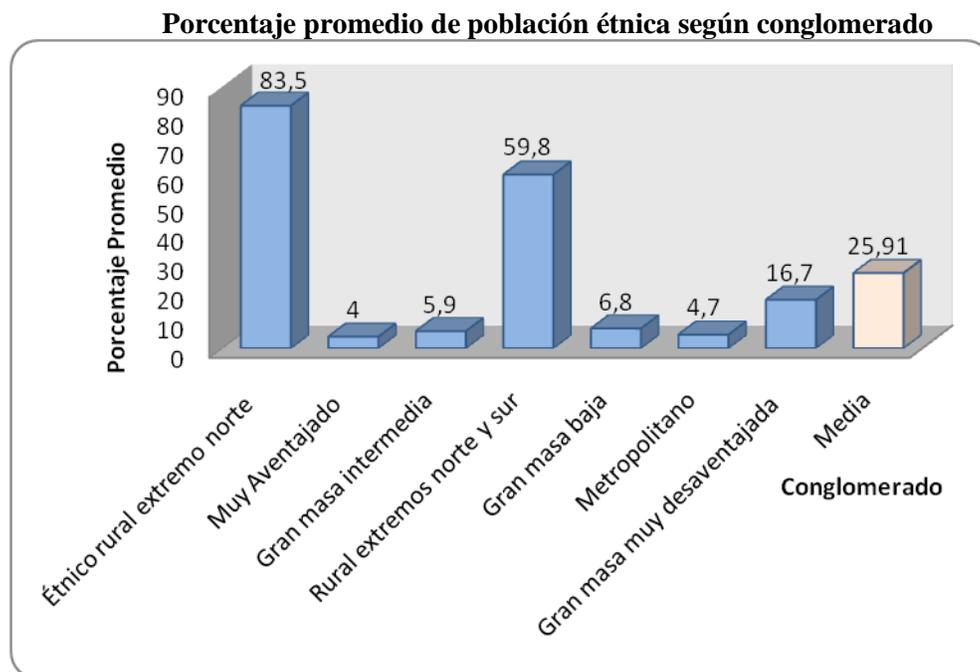
En cuanto a lo que ocurre al interior de los conglomerados se evidencia que tanto el conglomerado Muy Aventajado (100%) como el Metropolitano (100%) y el de Gran masa intermedia (94,3%) presentan casi la totalidad de su población en el rango de baja ruralidad, inferior al 36%, es decir, son conglomerados más bien de corte urbano (Tabla Anexo 11), por el contrario,

los conglomerados Extremo Norte Étnico (100%) y Rural Extremos del Norte y Sur (83,3%) presentan casi la totalidad de sus comunas en el rango de alta o muy alta ruralidad, es decir, por sobre el 61% y hasta el 100% de ruralidad.

IV.4.3.3. Población Étnica.

La media de población étnica entre los conglomerados es de 25,9% muy por sobre la que se da a nivel intercomunal, además se presentan cuatro conglomerados de baja cantidad de población étnica, uno de 4%, otro de 4,7%, uno de 5,9% y otro de 6,8% de población étnica y también se presenta un conglomerado con un promedio de 83,5% de población étnica y otro de 58,8% que son aquellos que superan por bastante la media entre conglomerados. Los conglomerados con mayor cantidad de población étnica son los conglomerados Extremos, tanto del Norte Étnico como el Rural del Norte y Sur, por el contrario, los conglomerados de comunas Aventajado, Metropolitano, los de Gran Masa Intermedia y Baja, son los que presentan baja cantidad de población étnica.

Gráfico 10



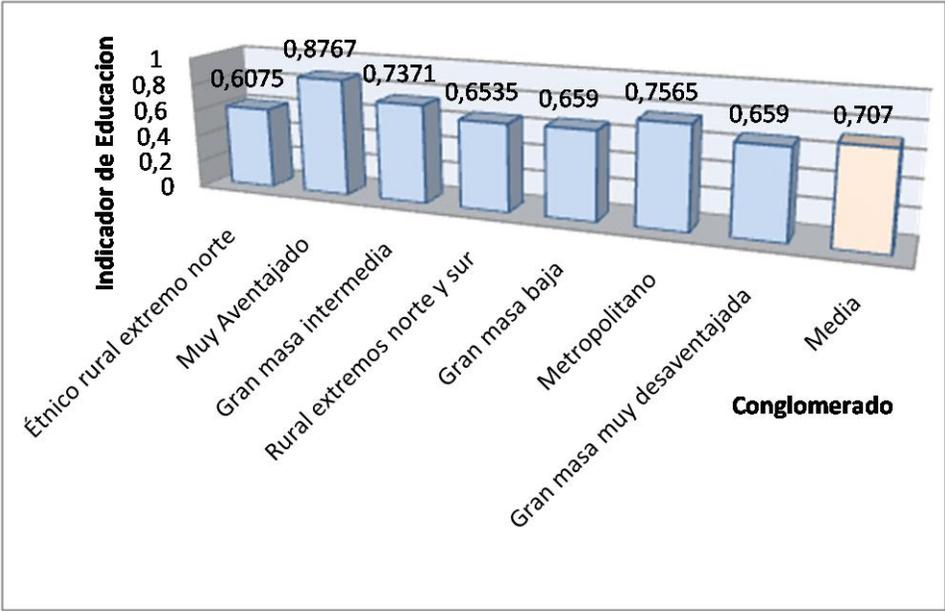
El conglomerado Extremo Norte Étnico presenta un 100% de comunas en el rango de mayor etnicidad que va de 51% a 100% de población étnica. Respecto de las comunas del

conglomerado Rural Extremos del Norte y Sur el 66,7% de ellas están en el rango de muy alto porcentaje de población étnica (Anexo 12. Por otro lado, la gran mayoría de las comunas que pertenecen a los conglomerados Muy Aventajado, Gran Masa Intermedia, Gran Masa Baja y Metropolitano presentan cifras en el rango bajo de porcentaje de población étnica.

IV.4.3.4. Educación

Como se ve en gráfico 11, la media en este indicador entre los conglomerados de comunas es de 0,707 y existen tres conglomerados cuyas cifras superan la media, el conglomerado de comunas Muy Aventajadas (0,876), el de Gran Masa Intermedia (0,737) y el conglomerado Metropolitano. Cuatro conglomerados están bajo la media entre conglomerados, pero sólo uno de ellos es muy bajo y que corresponde al conglomerado Extremo Norte Étnico con 0,6075.

Gráfico 11
Índice de educación según conglomerado



Correspondiéndose con los datos anteriores se ve que también los mismos cuatro conglomerados (Extremo Norte Étnico, Extremo del Norte y Sur, Gran Masa Baja y Gran Masa

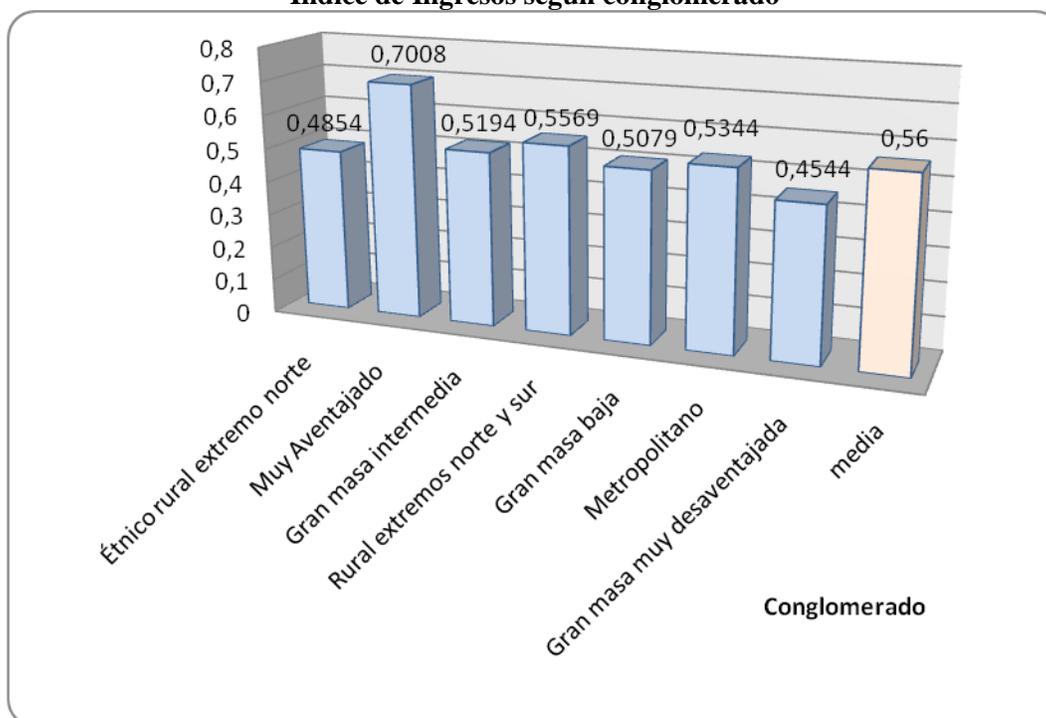
Muy Desaventajada) presentan la mayor parte de sus comunas en el rango bajo del indicador de educación. Tan solo el conglomerado Muy Aventajado tiene el 80% de sus comunas en los rangos alto o muy alto en la dimensión educación (Anexo 13).

IV.4.3.5. Ingresos

La media entre los conglomerados es de 0,537, cifra superior a la media intercomunal. Cinco conglomerados presentan medias inferiores al promedio entre conglomerados y sólo el conglomerado de comunas Muy Aventajadas supera holgadamente la media, con un valor de 0,70 (Cifras que pueden revisarse en el gráfico 12).

Gráfico 12

Índice de Ingresos según conglomerado



En este plano se pueden destacar varios elementos que se visualizan en el anexo 14, el primero es que el conglomerado Gran Masa Desaventajada presentan la mayor parte de sus comunas (el 73,9% de ellas) en el rango de muy bajos valores en el índice de ingresos. La gran parte de las comunas de Chile en los cinco conglomerados señalados anteriormente se encuentran

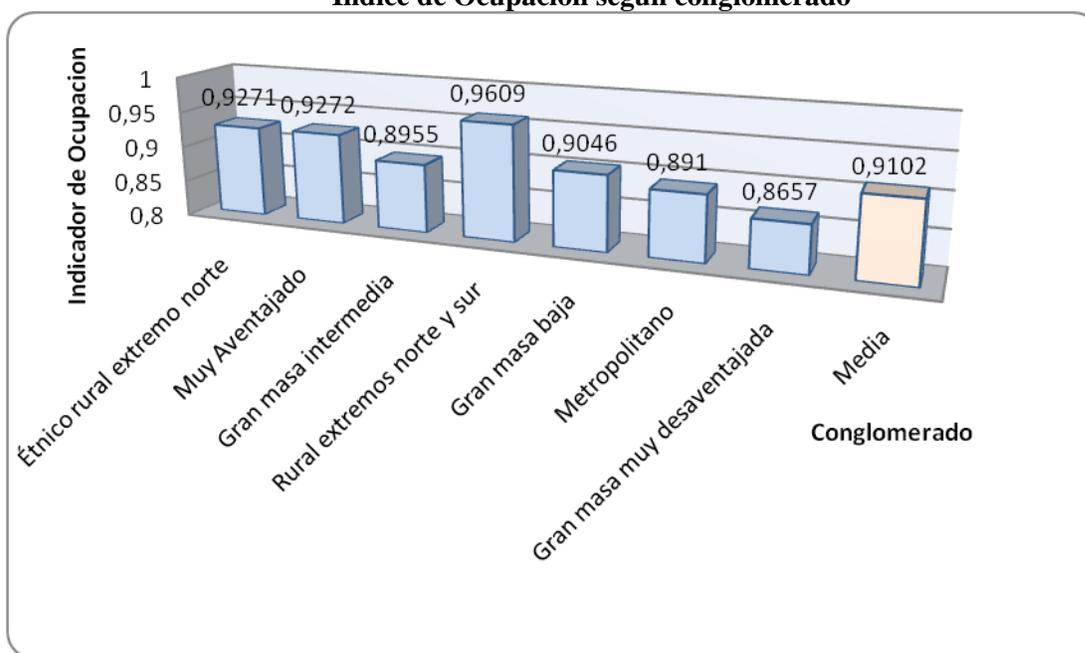
en el rango de ingresos bajos que van de 0,47 a 0,56 en este indicador (Étnico Rural Extremo Norte, Gran Masa Intermedia, Rural Extremos del Norte y Sur, Gran Masa Baja, Metropolitano y Gran Masa Desaventajada). El 42,9% de las comunas del Conglomerado Muy Aventajado están en el rango medio y 28,6% en el rango alto, cifra que se repite en el rango muy alto y que corresponde a sólo dos comunas Las Condes y Vitacura.

IV.4.3.6.Ocupación.

Como se ve en el gráfico 13 La media entre conglomerados es de 0,91, estando próximos a la media todos los conglomerados, destacando entre éstos el conglomerado de comunas con valores muy altos Extremo del Norte y Sur, con 0,96 en este índice, siendo el más alto en educación. Además de los tres conglomerados que se encuentran bajo la media, el Metropolitano es el de menor indicador en ocupación con un 0,865, o en definitiva el de peores resultados. Como se ve en el anexo 15, tres conglomerados presentan el 100% de comunas en el rango alto del indicador, a su vez en el conglomerado Metropolitano y de media más baja, el 78,6% de las comunas está en el rango medio en el índice.

Gráfico 13

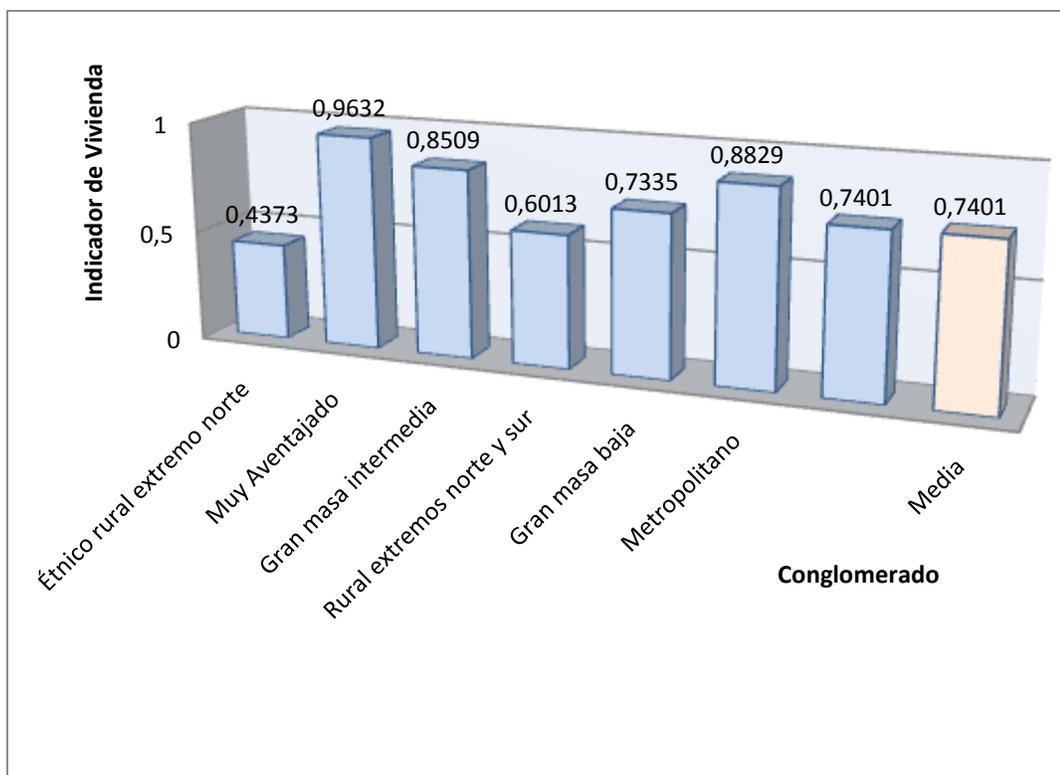
Índice de Ocupación según conglomerado



IV.4.3.7. Vivienda

El siguiente gráfico (gráfico 14) refleja que la media entre los conglomerados es 0,744 con conglomerados heterogéneos, con medias que van de 0,437 en el conglomerado de menor cifra a 0,963 en el de mayor resultado. Dos conglomerados tienen cifras considerables bajo la media, esto son tanto el conglomerado Étnico Rural Extremo Norte (0,437) como el Rural Extremos del Norte y Sur (0,601). Los conglomerados que superan largamente la media son el Muy Aventajado (0,963) y el Metropolitano (0,882).

Gráfico 14
Índice de Vivienda según conglomerado



Si no remitimos al anexo 16 se aprecia que los conglomerados Muy Aventajado, Metropolitano y Gran Masa Intermedia presentan el 100% de comunas en su rango mayor que va de

0,71 a 1. Además tanto el conglomerado Gran Masa Baja como el conglomerado Gran Masa Muy Desaventajada presentan la mayoría de sus comunas en el rango superior. El 75% de las comunas del Conglomerado Étnico Rural Extremo Norte están en el rango bajo del índice de vivienda que va de 0,31 a 0,5.

IV.5. La estructura de desigualdad frente a los conglomerados

Como se ha podido revisar, el análisis de los conglomerados nos remite a la descripción y caracterización de la estructura de las desigualdades o disparidades que asumen las comunas en el marco de la consideración de la interrelación conjunta de todas las variables que conforman grupos o conglomerados según la similitud de éstas en las comunas. En este sentido, se puede señalar que se evidencia que el análisis de conglomerados permite develar otra dimensión subyacente de desigualdad, que va más allá de la jerarquización establecida precedentemente en el análisis intercomunal. Se devela una estructura que configura los contextos y determina las posiciones de las comunas en el marco de la interdependencia existente en el conjunto de variables tanto de determinantes sociales, como de resultados de salud. Esta estructura no es jerárquica propiamente tal, sino que manifiesta las disparidades y similitudes en el contexto de una estructura que agrupa a las comunas más similares entre sí y separa a las más disimiles, creando conglomerados que configuran y determinan una matriz o estructura subyacente que supera la unidimensionalidad de las características de cada indicador por sí solo y la bidimensionalidad de la interrelación de cada una de las variables de salud con algún determinante social, para proponer un análisis desde la multidimensionalidad y complejidad de la interrelación de todas las variables incorporadas en el análisis, lo que es una de las características centrales de la problemática de estudio. Además la matriz se constituye en una “fotografía” de la realidad, que se encuentra en movimiento y constante desarrollo. En definitiva esta matriz que es develada es compleja, multidimensional y dinámica, como el mismo fenómeno de trabajo y es altamente susceptible de los datos que se incorporan en el análisis.

Cuando se habla de estructura intercomunal de la desigualdad social en salud, la investigación se remite a una matriz o estructura que por un lado genera el contexto y luego determina las posiciones de las comunas en dicho espacio contextual lo que configura los conglomerados o agrupaciones de comunas, es decir, se puede determinar el contexto y las

posiciones y las agrupaciones subyacentes a nivel intercomunal por medio del análisis del conjunto de indicadores utilizados y de la forma en que se distribuyen y agrupan los datos que presentan. En este análisis se intenta develar la desigualdad social por medio de la determinación de una estructura de desigualdad, la que se configura en la caracterización de las variables y su interrelación, desde los tres niveles dimensionales que se señalan en el párrafo anterior, es decir, desde la descripción unidimensional de los indicadores utilizados, desde la interrelación bidimensional entre dos indicadores, de resultados de salud y de determinantes sociales, y desde la consideración conjunta de la interrelación de las variables y la conformación de grupos de comunas similares en un contexto social determinado, lo que determina una estructura compleja, es decir, se manifiesta el contexto, las posiciones y las formas que se establecen entre y en los grupos de comunas, lo que devela diversas caras de la desigualdad intercomunal en salud.

Ahora bien, la estructura que se configura luego de la aplicación del análisis de conglomerados muestra que se presentan 3 conglomerados de gran cantidad de comunas que representan más del 90% del total de comunas (Gran masa intermedia, Gran masa desaventajada, Gran masa rural baja). Aquí tenemos un grupo de comunas (Gran masa urbana intermedia) que como señala su nombre tiene cifras medias que en todos sus indicadores, sus resultados están muy cerca del promedio entre conglomerados, tanto en resultados de salud como en determinantes sociales. Este conglomerado está compuesto por 106 comunas principalmente de carácter urbano. Por otro lado se presenta un grupo de comunas (95 comunas) que se denominan Gran masa rural baja que son principalmente rurales cuyas cifras promedio son en general medias y bajas en cuanto a resultados de salud y determinantes sociales. Finalmente hay un conglomerado denominado Gran masa desaventajada que está compuesto por 92 comunas cuyos valores son bajos o muy bajos tanto en determinantes sociales como en resultados de salud, por lo tanto es el grupo de comunas más desfavorecido y vulnerable. Ahora bien, estos tres conglomerados son similares en cuanto a la masa de comunas o a la cantidad de comunas que los componen, pero notoriamente presentan desigualdades entre sí en cuanto a sus resultados de salud y de determinantes sociales.

Por otro lado, tenemos 2 grupos o conglomerados de comunas que son similares en cuanto a que están compuesto por un reducido número de comunas y son mayormente rural y étnicos, los conglomerados son el Étnico Rural del extremo norte (4 comunas) y el Rural del extremo norte y sur (6 comunas) se distinguen en que el primero tiene una media muy superior en el indicador de etnicidad y valores más bajos tanto en autopercepción de salud como en AVPP y esperanza de vida,

pero siempre con valores cercanos a la media entre conglomerados. También se distinguen porque geográficamente las comunas del primero sólo están en el extremo norte y las del segundo se dividen en el extremo norte y sur, elemento que a su vez también determina una similitud particular y es que en ambos clúster las comunas son geográficamente extremas.

Por otro lado hay otro conglomerado de comunas muy aventajadas que presenta muy buenas cifras en todos los indicadores de salud y también de determinantes sociales, pero la cantidad de comunas que lo componen son sólo 7, en contraste con las 92 del grupo desaventajado, por lo tanto, se devela en este dato la desigualdad existente en la distribución de los resultados positivos y negativos, es decir, la desigualdad favorece con buenos resultados de salud y determinantes sociales sólo a algunos y éstos a su vez son una fracción mínima de la totalidad de comunas estudiadas.

IV.6. Perspectivas integradas para el estudio de las desigualdades sociales en salud: Una aproximación a la desigualdad intercomunal en Chile desde la información recabada.

En el siguiente acápite del trabajo se revisan desde una perspectiva comparada las principales resultados desarrollados en la investigación, éstas permitieron abordar las diferentes estructuras presentes en el fenómeno de la desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile desde la perspectiva de los determinantes sociales. En este plano se analiza la contextualización que se plantea desde la revisión de los resultados principales y de corte más global extraídos de los tres momentos centrales en el desarrollo metodológico que ya se ejecutó, en segundo lugar se indaga en algunos aportes a los OSD 2011–2020 desde esta nueva perspectiva de abordaje que plantea este trabajo para estudiar las desigualdades intercomunales en salud en el análisis integrado (de análisis de datos secundarios como del trabajo en las 331 comunas estudiadas) y finalmente se plantean algunas consideraciones a tener en cuenta para la futura investigación en desigualdad social en salud desde la visión de los determinantes sociales a nivel intercomunal.

IV.6.1. Las alternativas metodológicas y las estructuras asociadas al análisis de la desigualdad social en salud.

Como ya se ha manifestado, el foco de este trabajo es la desigualdad social en salud y este fenómeno se asocia a elementos, mecanismos y factores que intervienen en la generación, sostenimiento y reproducción de disparidades en salud asociadas a un orden social determinado. De este modo, el análisis en esta parte del trabajo busca develar una estructura subyacente de desigualdad social de salud a nivel intercomunal en Chile, lo que requiere dar cuenta y caracterizar la existencia de desigualdades tanto en resultados de salud, como desde un orden social determinado que propicia y reproduce dicha desigualdad. De esta manera en el trabajo se busca develar diversas características de las desigualdades sociales en salud. Así, tanto la revisión de antecedentes secundarios recabados (DEIS, CASEN y MINSAL principalmente) en la primera parte del desarrollo metodológico, que permiten una primera contextualización acerca de lo que ocurre en términos generales en el país, como la descripción intercomunal de las variables en cuestión y la configuración extraída del análisis multivariable, se transforman en tres momentos metodológicos que permiten dar cuenta acerca de la desigualdad social en salud existente en el país.

Bajo el marco anteriormente presentado fue posible determinar una primera estructura de desigualdad global de los indicadores analizados, esto por medio de una descripción general de la situación actual de Chile en cuanto a un conjunto de datos secundarios que remiten a las características que asumen los indicadores que se consideran en el trabajo. En este plano se genera un paneo general acerca de cómo se encuentra el país en base al análisis de las medias de cada uno de los indicadores y como éstos se han desenvuelto en las últimas décadas, lo anterior por medio de la inclusión de los resultados de la evaluación de los OSD 2000-2010 que muestra la relación entre resultados de salud y determinantes sociales, y también de la consideración de los resultados de CASEN 2009 y del INE, los que nos muestran también una de las caras respecto de cómo se configuran estos indicadores en torno a los determinantes sociales.

El procedimiento anterior da pie a un posterior análisis de los indicadores a nivel intercomunal en base a la matriz de datos desarrollada en forma específica para esta investigación, que es un segundo momento del análisis de la desigualdad social en salud, es decir, se pasa de la descripción de datos secundarios, a la descripción de la matriz de datos que se configuró para este

trabajo, lo que nos introduce en otra nueva dimensión de la desigualdad intercomunal. En esta etapa se determina una matriz de datos que permite caracterizar y describir las desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal en cuanto a un eje de desigualdad según la posición de las comunas respecto de las variables, lo que permite establecer por ejemplo las comunas mejor y peor posicionadas y la magnitud de sus diferencias, así como otras características relevantes.

En tercer lugar se procede, mediante el análisis de tipologías de k medias, a establecer la estructura subyacente de la agrupación intercomunal de las variables en relación a la multiplicidad de indicadores considerados, lo que abre la posibilidad de una nueva mirada para el análisis. Es importante destacar que una de las características de esta técnica es que permite agrupar los casos en conglomerados o grupos de variables homogéneos en su interior y heterogéneos entre sí, lo que ya es una primera aproximación a las similitudes y desigualdades sociales en salud. Los casos o comunas se representan como puntos en un hiperplano formado por ejes que corresponden a las variables, a su vez la dimensión del espacio está determinado por el número de variables. La clasificación considera la distancia entre casos, entre casos y grupos y entre grupos, tres partes que se desarrollaron en el trabajo (en el análisis intercomunal y en el de conglomerados). En este sentido, se devela la dimensión de las agrupaciones o conglomerados y lo que ocurre entre ellos y en su interior, es decir, se reconoce y determina el contexto y las posiciones de las comunas como elementos que conforman grupos subyacentes o conglomerados de comunas con posiciones cercanas por su similitud y desigualdad en cuanto a la distribución de los valores de todas sus variables a la vez.

Ahora bien, las estructuras de desigualdad a analizar son las que se configuran en un contexto social y político determinado, donde los actores e instituciones sociales y políticas, y los procesos económicos, dan lugar a un marco general donde se determinan los límites y posiciones socioeconómicas y de resultados de salud desiguales, esto según los niveles de ingresos, la educación, la ocupación, la vivienda, ruralidad, densidad, etnia, etc. Estos elementos de la estratificación socioeconómica en salud son llamados determinantes estructurales de la salud y configuran, como ya se señaló, no sólo los resultados sino también las oportunidades de salud de los grupos sociales, es decir, desde aquí emanan las desigualdades sociales en salud de carácter injustas, esto sobre la base de su ubicación y de los mecanismos relacionales de articulación dentro

de las jerarquías de poder, el prestigio y el dinero. Las posiciones de desigualdad social en salud se traducen en determinantes específicos del estado de salud de cada comuna, las que reflejan su posición socioeconómica y de salud dentro de un sistema ordenado que puede definirse como una estructura o matriz. De acuerdo con la posición que ocupan las comunas se experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud, definiéndose de este modo las desigualdades sociales en salud en el marco de los determinantes intermedios, o las desigualdades que surgen como consecuencia de una anterior o causal que es la estructura que configuran los determinantes estructurales.

IV.6.2. Acerca de los principales resultados y hallazgos de la investigación.

El primer punto a señalar radica en que los indicadores de salud que se presentan en el país en comparación con el resto de Latinoamérica son muy buenos y son similares a los de los países desarrollados, por ejemplo se presentan valores de mortalidad infantil en cifras de un solo dígito y una esperanza de vida cercana los 80 años. Además estas cifras mejoran sustancialmente en el tiempo, cuestión que queda puesta de manifiesto al revisar las cifras de los últimos 20 años (entregadas en la evaluación de los OSD 2000 – 2010), pero de ningún modo esto es sinónimo de reducción de las desigualdades, pues estos excelentes resultados quedan opacados por la nula reducción e incluso el aumento de las desigualdades en salud según nivel de escolaridad, grupos poblacionales o niveles geográfico.

En el objetivo III de los OSD 2000-2010 se consideran 3 indicadores de impacto en salud (mortalidad infantil, AVPP y esperanza de vida) y también la relación que establecen éstos con algunos indicadores de posición social, principalmente la educación (esperanza de vida-años de educación y mortalidad infantil-años de educación de la madre) y ubicación geográfica (AVPP-comuna de residencia). Ahora bien, por ser parte de las estrategias institucionales del Estado de Chile, estos indicadores son lo que se consideraron para el análisis multivariable, pero la propuesta de análisis de conglomerados considera 2 indicadores más de salud: mortalidad general y autopercepción de salud. En este sentido se buscó generar una propuesta que considerara los indicadores de salud señalados desde los OSD, incorporando nuevos puntos de discusión por medio de la inclusión de dos indicadores de resultados de salud más, así como también aquellos de

determinantes sociales o de posición social que consideran los mismos objetivos OSD, incorporando desde una perspectiva global la visión territorial intercomunal.

En la revisión general de los resultados de salud extraídos de los OSD 2000 – 2010 y también de los resultados generales de determinantes sociales, se puede establecer que los promedios de los indicadores estudiados en salud han mejorado sustantivamente en los últimos 20 años, no así las desigualdades asociadas a las comunas ubicadas en los grupos extremos, además las desigualdades en salud vinculadas a la posición socioeconómica favorecen a grupos de individuos con mejor posición socioeconómica (principalmente en educación) y perjudican a los de peor posición. En cuanto a otros determinantes sociales (como ingreso, ocupación, etnia, etc.) se identifica cómo se distribuyen los promedios en el país, entregándose un paneo general más bien del contexto de la desigualdad que de la desigualdad misma. Con todo, esta primera aproximación da luces acerca de la generalidad de la problemática donde la mejora en los promedios genera un velo que impide una correcta apreciación del sostenimiento e incluso incremento de las desigualdades sociales en salud, las que son ampliamente graficadas en los datos secundarios expuestos.

En relación a las desigualdades intercomunales en salud, se debe señalar que se analizó las desigualdades de cada uno de los indicadores estudiados, además se planteó la existencia de una estructura asociada a un eje de desigualdad en cada indicador, así como una estructura más compleja vinculada a la configuración de conglomerados. En primer lugar se debe señalar que los datos indican una variedad de resultados, es decir, los resultados son heterogéneos con particularidades según cada indicador. En cuanto a indicadores de resultados de salud se observa que en ambos indicadores nuevos incluidos en este trabajo (Mortalidad General y Autopercepción de mala salud) se presentan mayores desigualdades que en los otros tres indicadores estudiados (mortalidad Infantil, Esperanza de Vida y AVPP), por tanto se releva la importancia de su inclusión en el análisis. El 30% de las comunas tienen una baja (o buena) autopercepción de mala salud y tan sólo 13 tienen alta o muy alta percepción de mala salud. Además el indicador de mortalidad infantil, si bien presenta desigualdades, éstas se vuelven menos nítidas, pues gran cantidad de comunas se ubican en los rangos medios al igual que el indicador Esperanza de Vida. También la desigualdad puede verse evidenciada en la medida que una gran cantidad de comunas se encuentran en posiciones de desventaja y muy pocas en posiciones ventajosas en cuanto a resultados de salud. Finalmente es prudente señalar que esta son aproximaciones a los resultados globales, pues para remitimos a lo que acontece en términos específicos en cada comuna y en cada indicador a nivel

intercomunal es importante volver a revisar cada uno de los datos expuestos en su nivel local, pues es ahí donde cada particularidad va quedando develada, sin embargo existen determinados patrones que repiten a comunas con peores y mejores resultados en salud en los extremos del espectro de desigualdad, patrones que quedan expuestos en el acápite que analiza las desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal.

Entre los indicadores de determinantes sociales, destacan el ingreso y la ocupación, el primero se caracteriza por presentar las medias más bajas y las mayores desigualdades entre las comunas y entre grupos, por lo tanto se transforma en un fuerte determinante de desigualdad, determinante que no se utiliza mayormente en términos estratégico en cuanto a las metas propuestas en los OSD, por lo tanto pueden existir desigualdades más sustantivas ocultas en la no consideración del ingreso³⁹. Por el contrario, la ocupación es un determinante social con una media elevada y con muy escasa diferencia entre los extremos de su espectro, tanto entre comunas, como entre grupos de comunas. Por su parte la vivienda, la densidad, la ruralidad y la etnicidad generan fuertes puntos de disimilitud entre las comunas, pero propiamente tal no son causas de los malos resultados de salud. En este sentido cabe señalar dos cosas, por un lado, el nivel de desarrollo que alcanza el país, sumado a los indicadores que considera el índice de vivienda que suponen que la mayoría de la población urbana habita en condiciones habitacionales buenas a diferencia de la rural. En segundo lugar se debe señalar que si se revisan los datos se evidencia que frente a estos indicadores no existe un patrón claro que relacione mala salud con mala vivienda o mayor ruralidad o etnicidad, por lo tanto son factores no causales, cuestión que se comprueba al analizar las similitudes y diferencias que existen entre las comunas del conglomerado étnico del extremo norte y el rural del norte y del sur. Con todo, se entiende que estas variables de orden sociodemográfico presentan desigualdades pero no son causales como si los son los elementos estratificadores o de determinantes estructurales. En este sentido, en la investigación intercomunal se debe ser cuidadoso pues se debe considerar que cada comuna o territorio es una unidad particular, con características propias, así, es relevante poner una mirada en las configuraciones específicas de desigualdad tanto de resultados de salud como de determinantes sociales que se dan en todo el espectro, tanto en las medias como en los resultados extremos, haciendo un constante seguimiento de las fluctuaciones que ahí se dan (en la estructura) y además en el posicionamiento y configuración que se va dando en cada comuna.

³⁹ Pues se debe recordar que más bien se considera la variable educación en el análisis.

En cuanto a lo que ocurre en el análisis intercomunal de los conglomerados y según lo revisado a lo largo de la investigación se ve que existe un grupo de comunas (Gran masa desaventajada) que presenta malas cifras tanto en determinantes sociales como en resultados de salud, este conglomerado es de 92 comunas, lo que revela que casi un tercio de las comunas del país no ofrecen las condiciones que permiten el desarrollo pleno de la salud en términos equilibrados entre los determinantes sociales y los resultados de salud. En este sentido por medio de este análisis se puede caracterizar y agrupar según dichas características a las comunas más deprivadas o más aventajadas y su vez establecer planes para determinar la focalización de acciones, recursos e intervenciones hacia ellas. Además se debe señalar que existe otro conglomerado que presenta indicadores bajos y medios en cuanto a resultados de salud y determinantes sociales, compuesto por 95, lo que nos permite suponer que si sumamos ambos conglomerados, la mayoría de las comunas del país en promedio no cuentan con buenos indicadores de salud y de determinantes sociales. Por otra parte son sólo 7 las comunas que presentan muy buenos resultados en la mayoría de los indicadores estudiados, lo que denota la existencia de desigualdad y a su vez de una gradiente que favorece en cuanto a resultados de salud y determinantes sociales sólo a un puñado de comunas, y perjudica a una gran cantidad o la mayoría en su distribución. En este marco se debe señalar que la mayoría de las comunas más deprivadas en resultados de salud y determinantes sociales se encuentran en las regiones del Bio Bio y la Araucanía, por lo que en dichas regiones se debe prestar atención y urgencia a la cuestión de las desigualdades sociales en salud.

Finalmente es importante señalar que mediante este trabajo se buscó identificar y caracterizar algunas de las dimensiones subyacentes de las diversas estructuras de desigualdad que se desenvuelven en el fenómeno de estudio. Por una parte se revisó el contexto de las desigualdades sociales en salud por medio de un análisis de datos secundarios, lo que grafica una perspectiva general del fenómeno, posteriormente se jerarquizó y organizó a las comunas en base a los datos de determinantes sociales y resultados de salud, mostrándose otra cara de la desigualdad en base a la magnitud de sus diferencias en sus casos extremos, para finalmente mediante el desarrollo del análisis de tipología de k medias se buscó indagar en la multidimensionalidad característica de las desigualdades sociales intercomunales en salud, lo que pone en evidencia la complejidad y multifactorialidad del fenómeno de la desigualdad social en salud, así como una nueva estructura de

análisis y estudio. De esta manera se está en condiciones de proponer algunas cuestiones que pueden ser de uso alternativo para las metas propuestas por los OSD 2011 – 2020.

IV.6.3. Hacia el desarrollo de nuevas metas de salud para la década asociada a desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal.

En primer lugar desde la mirada de este trabajo se destaca el esfuerzo de la política pública por medio de los OSD de considerar como uno de sus pilares de trabajo la reducción de desigualdades mediante los determinantes sociales de la salud, pues tanto en los OSD 2000 – 2010 como en los OSD 2011 – 2020, existe un objetivo específico de reducción de las desigualdades y que además se plantee explícitamente la obligatoriedad de trabajar en la reducción de desigualdades en todos los objetivos restantes, por tanto, existe una intención general desde la política pública y también de este mismo trabajo de avanzar en ese sentido. Ahora bien, se debe señalar que las propuestas de las metas de impacto de los OSD (2000 – 2010 y 2011 – 2020) enfatizan más bien en grupos humanos específicos (como según educación, etnias, inmigrantes, niños, etc.), pero dejan de lado la perspectiva territorial y mayormente no se consideran las desigualdades intercomunales en salud (sólo en un objetivo de impacto. Además se manifiesta que las desigualdades sociales deben ser tratadas mediante el enfoque de determinantes sociales no solo en la perspectiva del objetivo de reducción de las inequidades, sino que como pilar de todos los objetivos restantes de para la década, cuestión que no se especifica estratégicamente cómo se llevará a cabo, por tanto sería conveniente la existencia de un ordenamiento tácito acerca del cómo trabajar en la reducción de desigualdades en salud por medio de determinantes sociales en cada uno de los OSD.

Como objetivo se debería también tender a la reducción de la gradiente de desigualdad o a la armonización de la curva de desigualdad, cambiando el foco desde los promedios a la consideración de la totalidad de la gradiente, es decir, a la totalidad de comunas e indicadores considerados en el espectro, es decir, contemplando la multifactorialidad y la complejidad del fenómeno abordado. En este sentido se debería tender a la reducción de las disparidades tanto en resultados de salud como en determinantes sociales, mediante el control y seguimiento sobre las diversas posiciones jerárquicas que ocupan las comunas y grupos de comunas en cada indicador estudiado, así como en el conjunto de éstos. Esto es, por un lado en la consideración de la dimensión intercomunal, reduciendo las brechas de comunas con resultados extremos y a su vez mejorando los promedios del eje de desigualdad social en salud, también aumentando la cantidad de

comunas que se acercan a buenos resultados y disminuyendo aquellas con malos resultados tanto en determinantes sociales como en resultados de salud. En la dimensión de conglomerados, mejorando los resultados promedio de todos los conglomerados y en particular de los conglomerados Muy Desaventajado y de Bajos Resultados y a su vez reduciendo el número de comunas que pertenecen a éstos. En definitiva se debe monitorear la reducción constante de los promedios más desventajados para la salud, se debe reducir la diferencia entre grupos y comunas extremas y se debe atenuar la curva de desigualdad homogeneizando a las comunas hacia resultados medios y buenos en los indicadores estudiados. Se puede decir en resumen, que en base a los datos analizados en pasos previos, los objetivos para la década podrían considerar los siguientes puntos en términos muy generales del siguiente modo.

1. Mantener como foco de trabajo el análisis de la estructura de desigualdad.

Sostener el foco de trabajo hacia la reducción de desigualdades por medio del análisis de la estructura de desigualdad en resultados y determinantes sociales de la salud.

2. Generar acciones estratégicas globales en desigualdad por medio de determinantes sociales.

Definir estratégicamente cómo se abordarán desde los determinantes sociales las desigualdades en salud en el resto de los objetivos de salud para la década⁴⁰.

3. Trabajar sobre la Gradiente.

Atenuar la gradiente de desigualdad social a nivel intercomunal en Chile.

4. Monitoreo constante de resultados.

Mejorar y monitorear constantemente en cada comuna y grupo de comunas los promedios de todos los indicadores estudiados.

5. Reducción de desigualdades sociales en salud extremas.

Reducir las brechas entre comunas y grupos de comunas extremos.

6. Focalización del trabajo en comunas desaventajadas

⁴⁰Aquellos que no son directamente relacionados con la reducción de inequidades en salud.

Focalizar acciones en comunas y grupos de comunas con resultados más desventajosos para la salud.

IV.6.4. La investigación como aporte al trabajo intersectorial en salud

Como se ha podido revisar en el marco teórico del trabajo, la desigualdad social en salud es una cuestión estructural, es decir, al implementar políticas y programas tendientes a su reducción se debe considerar su acción en el marco de una estructura general de acción, por lo que si se actúa sólo en el nivel de los servicios de salud (acceso, utilización y gasto en servicios de salud) no se resolverán los nodos donde la desigualdad se genera y reproduce en la sociedad. De este modo el abordaje desde los determinantes sociales de la salud resulta primordial para el análisis de la desigualdad social en salud, además es adecuado en su utilización como marco de acción desde una multiplicidad de perspectivas de política pública, no siendo específica para la salud, por tanto su utilización puede ser desde lo global o lo particular como marco de acción institucional del Estado en su reducción. De esta manera una buena perspectiva de acción es el trabajo intersectorial, es decir, desde el Ministerio de Salud como organismo central responsable de las políticas de salud a nivel nacional y los OSD como su estrategia de trabajo, se deben promover instancias que articulen el trabajo de los distintos ministerios, servicios, programas, actores sociales e instituciones sociopolíticas en pos de la reducción de las desigualdades en salud en términos específicos y el bienestar a la salud en términos generales mediante el trabajo en determinante sociales, incorporando una directriz global, pero también la realidad local y de lo que ocurre entre las regiones y comunas de Chile.

Por otro lado para la reducción de desigualdad social en salud se requiere de una fuerte acción sobre la totalidad de elementos y mecanismos que están involucrados en su configuración. De este modo se requiere trabajar tanto en los determinantes sociales estructurales (contexto sociopolítico, ocupación, ingreso, educación, capital social, etc.). Elementos que son según la OMS donde se generan las desigualdades en resultados y oportunidades de salud, como también es importante avanzar en acciones sobre los determinantes intermedios en relación a la exposición y vulnerabilidad diferencial que hay entre ciertos grupos de la sociedad. Lo que indica actuar sobre las condiciones de vida y trabajo que se constituyen en base a esta desigualdad estructural. Finalmente se requiere perfeccionar el propio sistema de salud, conduciéndolo a que en sus objetivos centrales y metas incluya el ser un promotor de la mejora constante de los promedios de

los resultados de morbilidad, pero también de la reducción de las desigualdades y no un agente reproductor de éstas.

El trabajo sobre la cuestión de la desigualdad en salud también debe ir acompañado de un impulso hacia la participación social colectiva en la construcción tanto de la noción de salud misma, como de los criterios que determinan la desigualdad en Chile, incorporando todos los elementos propios de los determinante sociales y mediante la articulación de actores, redes e intercambio de conocimiento en torno a este tema. Junto con lo anterior, también es importante que desde el nivel central se impulsen y financien diversas instancias de investigación, transferencia de información y trabajo relativo a las desigualdades en salud, que se articulen con diversos actores y que en definitiva se constituyan plataformas de trabajo que articulen la temática de la desigualdad social en salud y de los determinantes sociales como foco de trabajo en toda la política pública del Estado y no sólo en la de salud, y también que también permitan que se debata el tema de la desigualdad social en salud al interior de la propia sociedad.

Ahora bien, con lo ya señalado anteriormente queda claro que no basta sólo con actuar sobre las comunas con peores resultados en salud, sino que se debe considerar la perspectiva global que entrega la visión de determinantes sociales de la salud, es decir, actuar con prioridad sobre aquellas que en el conjunto de condiciones presentan resultados negativos y también trabajando sobre la gradiente de desigualdad y sobre todo en base a la estructura multifactorial en que se desarrolla la desigualdad. Para lo anterior es importante desarrollar investigaciones de largo aliento y de carácter longitudinal y también investigaciones más específicas por comunas y según diversos indicadores (incorporando las comunas ausentes en este trabajo e incorporando otros elementos de salud como acceso, gasto, utilización, cobertura, bienestar, calidad de vida, etc.) que consideren la multiplicidad de factores que actúan en la desigualdad en salud, con equipos multidisciplinarios de trabajo que puedan dar miradas amplias en la investigación y en la acción.

IV.6.5. Cuestiones a considerar para la futura investigación en desigualdades sociales en salud.

Luego del trabajo desarrollado en esta investigación se entiende que efectivamente existen configuraciones de desigualdad social en salud develables en cuanto estructuras de desigualdad.

(Eje de desigualdad, configuración en cuanto conglomerados desiguales, etc.) Sin embargo, la investigación se desarrolla en ámbitos y caminos complejos, donde se entroncan una multiplicidad de elementos, factores, procesos y mecanismos intervinientes. De este modo realizar cualquier aproximación a las desigualdades sociales en salud desde una perspectiva intercomunal requiere tener en cuenta una multiplicidad de elementos, por un lado, catalizadores del trabajo de investigación y por otro cuestiones que limitan el trabajo, de esta manera es importante tener presente una serie de consideraciones en el futuro trabajo e investigación en determinantes sociales de la desigualdad en salud. Dichas consideraciones, son altamente heterogéneas en cuanto a sus trasfondos y serán revisadas aleatoriamente a continuación.

Los enfoques mediante los que se puede aprehender el fenómeno de la desigualdad social en salud y su abordaje de determinantes sociales es múltiple y variado, es este trabajo un intento por definir una manera de aproximación al fenómeno muy susceptible de los datos utilizados. En este marco se debe constatar que existe poco o un muy acotado levantamiento de información en salud, esto se da en todos los niveles, tanto en el nacional, como en el comunal o regional. En este sentido, para generar cierto nivel de desarrollo en la investigación sobre desigualdad social en salud, se requiere de más y mejor información. También se puede señalar que no existen mayormente base de datos completas en resultados de salud y determinantes sociales, por tanto, ocurre que por un lado se requiere aumentar y mejorar el levantamiento de información compleja, actualizada y estandarizada en resultados de salud para toda las comunas de Chile, y por otro lado, se requiere de superar esta dificultad construyendo matrices de datos que permiten abordar de la forma más completa el fenómeno de salud con la incorporación de información de fuentes variadas, lo que puede constituir un sesgo en el trabajo de investigación.

Por otra parte es importante generar un análisis que incorpore todas las comunas de Chile, además de considerar las variables utilizados en este trabajo y otras variables de salud, tanto en determinantes sociales como en resultados de salud, esto es, seguir considerando las variables de determinantes sociales estructurales de la salud (ingreso, ocupación, educación, etc.), incorporando además los determinantes intermedios (como condiciones de vida, trabajo, espacios públicos, violencia etc.). Por otro lado, incorporando otras variables de resultados de salud (como por ejemplo otros diferentes tipos de indicadores de morbimortalidad), además de considerar también

otros indicadores de salud y no solo de resultados de salud (como por ejemplo el acceso, utilización, gasto, calidad y cobertura de los servicios de salud), es decir, ampliar la mirada a toda la dimensión de salud, superando los indicadores de resultados en salud.

En cuanto a los indicadores se puede señalar que se ha demostrado que la etnicidad, la ruralidad y la densidad, si bien determinan de cierto modo las desigualdades en salud, no son sinónimo de por sí de mala salud. Es así como se presentan casos de comunas con muy buenos indicadores de salud que presentan malos resultados en determinantes (sobre todo en comunas étnico rurales del extremo norte) y otras altamente urbanas que por el contrario presentan malos resultados de salud. Por tanto estas variables deben ser estudiadas en la especificidad de cada caso. En este plano para futuros trabajos se sugiere poner más énfasis tanto en determinantes sociales estructurales e intermedios, no enfatizando sino sólo descriptivamente en estos tres indicadores, pues su incidencia radica más en la cobertura, acceso y utilización de los servicios que se dan en cada comuna, más que en los resultados finales de salud.

Por su parte el ingreso es la variable que más desigualdad presenta, en el análisis de conglomerados así como en el intercomunal, se aprecian promedios bajos y brechas muy altas entre grupos y comunas extremas. De este modo este indicador representa las mayores desigualdades y en la actualidad en los OSD no se cruza con ninguna variable de salud, por lo que quedan está desigualdades sin salir a la luz. Además la vivienda es otro indicador que presenta alta desigualdad, con promedios superiores al ingreso y con menores desigualdades, pero aun así se posiciona como el segundo indicador de mayor desigualdad en determinantes sociales. Ahora bien, el indicador vivienda propiamente es un determinante intermedio y no uno estructural, por lo tanto en él no están las causas de las desigualdades sino que se expresan las vulnerabilidades y exposiciones diferenciales a la mala salud.

En cuanto a los indicadores de resultados de salud se puede señalar que se debe poner atención en las comunas que presentan dos dígitos en Mortalidad Infantil (por sobre una tasa de 10 Muertes Infantiles por cada 1.000 nacidos vivos), pero en general este indicador presenta cifras cercanas a la media lo que no muestra mayores desigualdades en salud, lo que puede significar que ya alcanzado cierto nivel de desarrollo, los indicadores de salud debe ir cambiando porque ya sólo

representan cifras generales de salud a nivel sociodemográfico y no muestra mayores o sustantivas desigualdades en el nivel intercomunal. Lo mismo ocurre con la Esperanza de Vida, que aunque presenta mayores desigualdades que la mortalidad infantil, también es un indicador que en su mayoría presenta cifras medias, lo que puede significar como se señalaba que al alcanzar cierto nivel de desarrollo estas cifras solo mostrarían parámetros macro y no son tan sustantivas en evidenciar desigualdades en salud a nivel más reducido o micro. Por su parte los nuevos indicadores utilizados (Mortalidad General y Autopercepción de Mala Salud) presentan tendencias similares a los AVPP (indicador que ya ha sido utilizado para la medición de desigualdades intercomunales en salud en base a los OSD) por lo que se propone que son buenos indicadores en el estudio de la desigualdad intercomunal en salud arrojando interesantes resultados.

La presente investigación aporta con una perspectiva nueva de análisis para las desigualdades sociales en salud y las configuraciones que éstas adoptan en el nivel intercomunal en Chile. Es importante realizar un seguimiento de la estructura de desigualdad en salud, esto por medio de evidenciar cómo se posicionan los promedios, las diferencias extremas y la gradiente en cuanto a un sistema de desigualdad social en salud intercomunal, pero también mediante el análisis de las potenciales agrupaciones de comunas similares en cuanto a sus características. En este sentido, este trabajo podría constituirse en una perspectiva realizable en el futuro, mediante el desarrollo de estudios longitudinales que permitan realizar un seguimiento de las diversas formas que adquiere la desigualdad en diversos momentos de tiempo. Además este trabajo puede por un lado mejorarse en futuros trabajos ampliándose el número de comunas y variables, poniendo más énfasis en algunos elementos como los determinantes intermedios y los servicios de salud o restando elementos del análisis en base al aprendizaje desarrollado en este trabajo. También esta investigación da luces acerca de cómo se configura la desigualdad social en salud, planteándose directrices de abordaje, trabajo y acción que pueden utilizarse y son ad hoc a la realidad actual intercomunal del país, en este sentido pueden ser una directriz para estudios comunales sobre desigualdades sociales en salud, cuestión que permitiría un levantamiento más preciso y homogéneos sobre información en desigualdad social en salud.

En cuanto a los conglomerados se puede señalar que cabría incluir un análisis más específico de los conglomerados que combinan malos resultados en salud y en determinantes

sociales (conglomerados muy desaventajado y gran masa baja), además de analizar y desagregar los tres conglomerados de gran masa de comunas que representan casi el 92% de las comunas. También sería interesante mediante la aplicación de estudios longitudinales, poder dar cuenta de la transformación de los conglomerados, lo que pondría de relieve las transformaciones de la estructura de desigualdad en cuanto a las características de sus conglomerados. Además por medio de otros estudios multivariable se podría dar un buen complemento al trabajo, como por ejemplo realizando regresiones logísticas con el fin de ponderar el peso específico de cada indicador de determinantes sociales en los resultados de salud, pudiéndose así determinarse las variables más preponderantes a revisar o demostrarse que los determinantes estructurales generan más incidencia que los intermedios. O por otro lado, simplemente generar un análisis de tipología de carácter jerárquico, lo que podría agrupar y jerarquizar las agrupaciones desarrolladas.

Finalmente se debe considerar que cada comuna o grupo de comunas es una unidad específica, con características y dinámicas particulares, en este sentido el trabajo de investigación tiene que ser de corte global para la generación de políticas y programas públicos de salud, pero también estas investigaciones deben aflorar desde la particularidad de cada comuna, pues es ahí en donde se entroncan las acciones desde la política, es decir, el trabajo debe venir también desde la realidad local, tanto a nivel de investigación, como de ejecución de las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud. También en este plano es importante realizar la distinción del Chile rural y el urbano en cuanto a la noción de desarrollo que se presenta en el país, pues hay comunas altamente rurales que efectivamente tienen buenos resultados de salud, es decir, no necesariamente se deben seguir los patrones de desarrollo urbano para contar con buena salud, pues más población urbana no significa más desarrollo o mejor salud, pues basta con mirar los indicadores de mortalidad general o AVPP para darse cuenta que son muy malos en unidades territoriales urbanas. Un punto relevante a destacar es que siempre en estos estudios de corte ecológico o geográfico se debe prestar atención en no caer en la falacia ecológica, que supone extrapolar resultados que son comunales a la realidad de cada individuo.

V. CONCLUSIONES

Par iniciar esta reflexión es importante poner de relieve que el tema de la desigualdad social en salud ha sido el foco central del trabajo. Esta temática debe ser comprendida como una cuestión dinámica, compleja y multidimensional, además debe ser entendida como un debate que trasciende lo médico, es una problemática de investigación y trabajo que se inserta netamente en el orden social. Desde ahí, el trabajo intentó analizarse con una perspectiva de corte más global que incorporó tanto los elementos como los mecanismos que se involucran en su configuración y reproducción. En definitiva el presente trabajo de investigación fue motivado por la indagación en las desigualdades sociales en salud a nivel intercomunal en Chile. El trabajo buscó enfatizar en una adaptación del modelo de la comisión de los determinantes sociales, pues en él más allá de considerar los elementos y relaciones involucrados, también se plantea la desigualdad como un criterio multidimensional, complejo y dinámico que puede ser aprehendido desde la mirada de los determinantes sociales estructurales de la salud, para ello se consideran indicadores de resultados de salud y de determinantes sociales como sus elementos centrales y las comunas como las unidades de análisis.

Ahora bien, el trabajo se desarrolló mediante una aproximación conceptual acerca de la salud como noción compleja y dinámica desde la visión de las ciencias sociales. Se entendió como un proceso de constante equilibrio entre dos ideas centrales, salud y enfermedad, proceso que se desarrolla y constituye en forma diferente según cada época y sociedad, asumiendo criterios sociales particulares en su definición según el momento socio histórico en que se desenvuelve. Por otro lado, se realiza una aproximación teórica a una idea fundamental en la teoría social, que es la idea de desigualdad, en este marco se busca relevar la idea de desigualdad social como marco de análisis para el estudio de la salud, en este sentido, se desarrolla la idea de desigualdad social, luego se genera una revisión del significado de desigualdad en salud propiamente tal, para finalmente plantear una distinción entre las ideas de desigualdad e inequidad. En tercer lugar se revisan los determinantes sociales de la salud y la relación que se produce entre la desigualdad social en salud y éstos. En este marco se genera una aproximación teórica a la determinación social de la salud y a sus determinantes, como elementos factores y procesos con condicionantes sociales y no sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, para luego relevar los modelos explicativos de desigualdad en determinantes sociales de la salud, en este punto se analiza el modelo presentando por la comisión de los determinantes sociales de la salud, se explica en profundidad y se determina

por tanto una aproximación al modelo a utilizar en el análisis posterior. Finalmente se realiza una aproximación a la política pública de salud por medio de los OSD, tratando de poner de relieve los aspectos primordiales en cuanto a sus objetivos de reducción de las desigualdades en salud.

En cuanto a al desarrollo metodológico del trabajo se utiliza una técnica mixta de análisis, en donde se realiza un análisis de datos secundarios provenientes de diversas fuentes de información el que permite dar cuenta acerca de lo que pasa en términos generales en el país frente a los indicadores de resultados de salud y determinantes sociales, la relación existente entre éstos, así como las desigualdades que se plantean en términos muy generales. Por otra, parte en un segundo momento se desarrolla una matriz de datos para una muestra de 331 comunas, que permite también describir y caracterizar la desigualdad social en salud, desde una perspectiva más amplia en cuanto al comportamiento de las variables y las comunas, tanto a nivel intercomunal como mediante las agrupaciones o conglomerados que se conforman, lo que permite dar cuenta de una estructura más compleja de desigualdad social en salud, que efectivamente existe y puede ser develada y caracterizada. El método utilizado trasciende las perspectivas descriptivas univariadas y bivariadas, para dar cuenta de una estructura subyacente de desigualdad que es multivariable en donde se describe el contexto, la posición de los elementos y las relaciones existentes, lo anterior en el marco de la interrelación múltiple y simultánea de todas las variables en cuestión.

El trabajo de investigación efectivamente permite establecer y generar tanto por medio de su análisis secundario como del análisis multivariable de conglomerados, una descripción y caracterización sobre la configuración que asumen las desigualdades sociales en salud, este cuestionamiento fue la fuente de inicio del trabajo, es decir, la pregunta de investigación apuntaba justamente a evidenciar y relevar las características primordiales de este fenómeno. Además se pudo generar una aproximación que plantea la existencia de diversas dimensiones de la desigualdad social en salud, las que pueden ser develadas en cuanto a lo que ocurre con las cifras de desigualdad en el país en términos generales, en cuanto a un eje de desigualdad social en salud que posiciona a las comunas en ubicaciones jerarquizadas (donde se pueden determinar los promedios, las distancias respecto de los promedios, las distancias entre grupos o casos extremos y las magnitudes de las diferencias, por ejemplo). Finalmente estas desigualdades también pueden ser develadas en cuanto a una estructura más compleja que involucra una multiplicidad de variables de resultados de salud y de determinantes sociales simultáneamente, esta estructura de desigualdad describe la similitud y la desigualdad de las agrupaciones existentes a nivel latente entre las comunas, es decir, se configura una estructura de distribución de desigualdad social. El patrón desarrollado describe y

caracteriza la desigual organización en la agrupación de elementos en una estructura intercomunal con siete tipos de comunas en relación a las 12 variables seleccionadas, en este sentido esta investigación se vuelve un estudio que establece la existencia de una estructura que organiza en grupos heterogéneos a las comunas diferentes y que también determina la alta homogeneidad o similitud de las comunas al interior de cada grupo.

Así, el trabajo pudo llevar a cabo los objetivos que se trazó en un inicio, frente a la exploración de las desigualdades sociales en salud, en primer lugar identificando, seleccionado y describiendo una serie de variables tanto de resultados de salud como de determinantes estructurales de la salud (12 variables), determinando la existencia de una multiplicidad de dimensiones vinculadas al fenómeno, por tanto estableciendo la posibilidad de la existencia de múltiples configuraciones estructurales (en tanto ejes o agrupaciones de desigualdad por ejemplo), organizando a las comunas según indicador, estableciendo la posición de cada una de ellas, determinando las desigualdades más sustantivas entre comunas, grupos de comunas y entre comunas y su media según indicado, además estableciendo las magnitudes de dichas desigualdades. De este modo se pudo caracterizar y describir las desigualdades sociales en salud en las diversas configuraciones que se estructuran en torno a este fenómeno.

Los resultados que se desprenden de este trabajo son múltiples y en su especificidad fueron expuestos y analizados a lo largo del desarrollo metodológico de la investigación, por tanto, la exposición en este punto se realizará sólo en términos generales. De este modo se evidencia que en resultados de salud, los promedios han ido progresivamente mejorando, pero en este proceso no se han reducido las desigualdades. Al analizar tres de los cinco indicadores de resultados de salud (AVPP, Mortalidad Infantil y Esperanza de Vida) se evidencia que en los últimos 20 años se han mantenido y han aumentado incluso sus desigualdades según grupo social o determinante social (según educación de la madre, según quintiles de ingreso, según comunas, etc.) Así queda manifiesto el contexto de trabajo y a su vez la pertinencia de la mirada que se desarrolla en él, es decir, se releva empíricamente como fenómeno de estudio la problemática de la desigualdad social en salud (desde los resultados de salud) y también se releva la importancia del foco de trabajo en los determinantes sociales como perspectiva analítica, pues es bajo esta mirada que se puede entender el entroncamiento de los resultados de salud con el orden social. El trabajo devela la existencia de variadas configuraciones de desigualdad social en salud en nuestro país a nivel intercomunal, las que quedan ocultas tras la mejora de los promedios en los resultados de salud, cuestión que también

se repite entre las comunas como unidades de análisis, frente a agrupaciones mayores como son las regiones.

A nivel intercomunal se dan resultados heterogéneos en cuanto al posicionamiento de cada comuna y la magnitud de las desigualdades según cada indicador, es decir, cada indicador presenta sus particularidades y cada comuna también va asumiendo su propio posicionamiento según indicador. Ahora bien, detrás de ello también se genera una gradiente estructural de desigualdad que progresivamente va favoreciendo a algunas comunas por sobre otras y a cierto grupo de comunas por sobre otros, de este modo se va constituyendo y reforzando una estructura de desigualdad, que tiene distintas características según las variables utilizadas, pero que efectivamente existe y puede ser descrita en base a las diversas dimensiones que presenta. El indicador AVPP que utilizan los OSD para trabajar sobre salud intercomunal, presenta fuertes desigualdades y es caracterizado como un buen indicador para la medición de los resultados de salud de una población, los indicadores Esperanza de Vida y Mortalidad Infantil también son indicadores ampliamente utilizados en investigación en salud, pero no presentan tan fuertes desigualdades y son más relevantes en los estudios entre unidades territoriales mayores a las comunas, principalmente la Mortalidad Infantil. Además los dos indicadores incorporados (Mortalidad General y Autopercepción de mala salud) presentan en términos generales las mismas tendencias que el indicador AVPP, pero con algunas consideraciones, lo que agrega nuevas dimensiones para el análisis.

Por su parte se revisan una serie de indicadores de determinantes estructurales de la salud, que son (educación, ocupación, ingreso, etc.) en definitiva las instancias donde se producen los resultados y las oportunidades desiguales en cuanto a salud, y es por eso mismo que el foco de trabajo apunta en este sentido, pues los determinantes intermedios o el mismo sistema de salud como determinante intermedio de la desigualdad social en salud, son solo consecuencias de una organización desigual que les precede y que está dada por los determinantes estructurales. En cuanto a los resultados que se desprenden se puede señalar que el ingreso es el indicador que presenta las medias más bajas y las mayores desigualdades en los casos y grupos extremos, por lo tanto es el indicador que contiene mayor desigualdad, y que esta desigualdad establece que pocas comunas o grupos de comunas alcancen los mejores resultados y que muchas tengan más bien malos resultados. A nivel intercomunal la educación y la ocupación no presentan tan fuertes desigualdades como el ingreso. Indicadores como la densidad, la ruralidad o la etnicidad presentan fuertes desigualdades, pero que no son sinónimo de malos resultados de salud (sólo en algunos

casos), pero probablemente si de un deficiente acceso a los servicios de salud, lo que determina tal vez a otros indicadores de salud y de morbilidad (como pueden ser calidad o acceso a la atención según necesidad). Como se señaló previamente, los indicadores de ruralidad, etnicidad y densidad presentan amplias desigualdades, pero éstas no necesariamente se condicen con mala salud, como bien se expresa en el conglomerado de comunas Étnicas del extremo norte que presentan alta ruralidad, etnicidad y muy baja densidad y a su vez buenos resultados de salud.

También debe destacarse que cuando se agrupan las comunas según sus características en el análisis multivariable, se desprende la caracterización de 7 conglomerados, de los cuales tres están conformados por una gran masa de comunas, y de estos tres, dos conglomerados (el conglomerado de comunas muy desventajadas y el de comunas con resultados bajos y medio bajos) presentan resultados bajos tanto en salud como en determinantes sociales, entre ambos alcanzan cerca de las 200 comunas, lo que representa casi un tercio de comunas con resultados muy desfavorables para la salud, además se presentan muy pocas comunas con muy buenos resultados en todos los indicadores estudiados, lo que denota nuevamente la gradiente de desigualdad, la que favorece con mejores posiciones a un grupo muy pequeño de comunas y posiciona a su vez a una gran masa de comunas en las lugares de mayor desventaja social y de salud. Finalmente se proponen algunas alternativas de acción para la política pública en específico para los OSD que permiten incorporar esta nueva perspectiva multidimensional de análisis.

Con todo, se recalca que la desigualdad social en salud es un fenómeno social complejo, dinámico y multidimensional, cuyo debate está abierto. En este sentido, el trabajo de investigación busca ser una reflexión respecto a dicho fenómeno desde una perspectiva sencilla para la aproximación a las posibles configuraciones que adopta la desigualdad social en salud a nivel intercomunal, buscando estudiar, pero también trascender, las visiones imperantes que proponen la organización de la desigualdad en base a promedios y a un eje que posiciona a las comunas jerárquicamente, para proponer una mirada que contempla la interacción de los indicadores tanto de los resultados de salud como los determinantes sociales simultáneamente, lo que devela agrupaciones subyacentes de desigualdad e igualdad entre conglomerados de comunas. Para cerrar se debe señalar que el trabajo de investigación y acción en desigualdades sociales en salud es una cuestión contingente que requiere de perspectivas amplias y profundas en su tratamiento, donde se da un campo de interacción entre diversos, elementos mecanismo y procesos, también de actores y relaciones, y que a su vez presenta una importancia radical porque como señala la literatura la salud es un bien especial, un derecho inalienable y por entregar la capacidad de agencia, elementos que no

son otra cosa que el sustrato de la vida política y social. En este marco, se entiende que tratar el tema de la desigualdad social en salud tiene la finalidad no sólo de mejorar la salud de la población, sino como señala Sen, de debatir acerca de la justicia en los acuerdos sociales, lo que en definitiva nos invita a mirar hacia las configuraciones que adopta la desigualdad social en salud, pero más genéricamente a reflexionar acerca de los acuerdos de justicia que se dan en nuestra sociedad.

GLOSARIO DE SIGLAS

ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

APS: Atención Primaria de Salud.

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos.

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica.

CDSS: Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.

DEIS: Departamento de estadística e investigación en salud.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación.

MINSAL: Ministerio de Salud Chile

ODM: Objetivos de Desarrollo Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PLADECO: Plan de Desarrollo Comunal.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

RAC: Riesgo Atribuible Comunal.

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional.

SCL: Salud Colectiva latinoamericana.

S-E: Proceso Salud Enfermedad.

SINIM: Sistema Nacional de Información Municipal.

SPSS: Statistics Program for Social Science.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ-DARDET, C. COLOMER, C. (1990). “La nueva salud pública en España”. En: Ashton, J. y Seymour, H. “La nueva salud pública”. Barcelona. Masson, S.A.
2. AROCHA, J. (1996). “El marco ideológico y normativo. La salud y la salud pública en la sociedad y las leyes”. Primera edición. Las Palmas. ICEPSS Editores S.L.
3. ARTEAGA, O. et. al. (2002). “Información para la equidad en salud en Chile”. Revista Panamericana de Salud Pública. vol. 11, 5/6 mayo/junio.
4. ATRIA, R. (2004). “Estructura ocupacional, estructura social y clases sociales” (Serie Políticas Sociales N° 96). Santiago de Chile: División de Desarrollo Social. CEPAL.
5. BARRIGA, S. y LEÓN, M. (1993). “Psicología de la Salud”. Editorial Eudema S.A. Sevilla.
6. BARTLEY M, PLEWIS I. (1997). “Salud selectiva para la movilidad en las diferencias socioeconómicas en la salud” Prueba de Inglaterra y Gales, 1971 y 1991. Dec; 1997.
7. BATTISTELLA, G. (2008). “El Proceso Salud-enfermedad”. Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud (CEDSS). Disponible en: www.cedess.com.ar/trabajos/aps/el-proceso-salud-enfermedad.pdf.
8. BEHM, H. (1968). “Mortalidad infantil y nivel de vida”. Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago.
9. BERSH, D. (987) “El fenómeno de la salud”. OPS-OMS. Bogotá.
10. BONGERS, W. (2006). “Literatura, cultura y enfermedad. Una introducción”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
11. BOURDIEU, P. (1997). “Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción”. Capítulo I y IV. Barcelona, España: Editorial Anagrama S.A

12. BORRELL, C. (1996). "Les desigualtats socials en la salut Barcelona". Institut Municipal de la Salut. En: Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud". Colección Derechos Humanos "Juan San Martín". Ediciones Ararteko, 2007.
13. BORRELL, C. BENACH, J. (2003). "Les desigualtats en la salut a Catalunya". Barcelona. Editorial Mediterrània. Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud". Colección Derechos Humanos "Juan San Martín". Ediciones Ararteko, 2007.
14. BORTMAN, M. et. al. (1999). "Situación de la equidad en salud". Disponible en: www.ops.org.
15. BRAVEMAN, P. (1998). "Monitoring Equity in Health: A policy oriented approach in Low and Middle- Income Countries". Mimeograph. Geneva. WHO, 1998. En: Diderichsen, Evans and Whitehead (2001). "Desafío a la falta de equidad en salud: ética para la acción". OPS/OMS. Nueva York, 2001.
16. BREILH, J. (2003). "De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica: determinación epidemiológica e inequidad". En: Breilh, J. "Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad". Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar.
17. CIAR. Canadian Institute for Advanced Research. (1989). "Factores determinantes de la salud". En: OPS XXI en acción. Disponible en: www.docstoc.com/docs/24635210/Abordaje-de-los-factores-determinantes-de-la-salud-en/
18. CASAS, J. (2000). "Health disparities in Latin America and the Caribbean: the role of social and economic determinants". Equity and Health, 2001. Occasional Publication N 8. OPS. Disponible en: www.medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/...dr.../11_equidad.pdf
19. CORTES, F. (2006) "Desigualdad económica y poder en Mexico". Artículo preparado para Cepal. Editorial México D.F.

20. CRUCES, PASTOR M. A. “Análisis estadístico de la realidad socioeconómica en Andalucía. Una aproximación a escala municipal” Investigaciones Regionales 18. Páginas 107 a 138. 2009. Universidad de Málaga.
21. DAHLGREN, G. WHITEHEAD, M. (1991). “Policies and strategies to promote social equity in health”. Stockholm. Institute of Future Studies. En: Linares-Pérez, N. y López-Arellano, O. “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva”. Revista de medicina Social. número 3, año 2008. México.
22. DIDERICHSEN, EVANS AND WHITEHEAD. (2001) “Las bases sociales de las disparidades en salud”. En: “Desafío a la falta de equidad en salud: ética para la acción”. OPS/OMS. Nueva York, 2002.
23. DOYAL, L. GOUGH, I. (1994). “Una teoría de las necesidades humanas”. Editorial Icaria, Barcelona.
24. EVANS, T. WHITEHEAD, M. DIDERICHSEN, F. BHUIYA A. WIRTH, M. (2002). “Desafío a la falta de equidad en salud”. Washington DC. Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud. Nueva York 2002.
25. FINKELMAN, J. (2000). “Análise de equidade en Saúde: Brasil”. PAHO. 2001. Equity and Health. Occasional Publication N 8.
26. FLEURY S. 1997. “Universalidad o focalización: dilema de estados sin ciudadanos”. Salud, Problema y Debate.
27. FOUCAULT, M. (1978). “El nacimiento de la clínica”. Siglo Veintiuno Editores. México.
28. FRENZ, P. (2007). “Desafíos en Salud Pública de la Reforma. Equidad Y Determinantes Sociales de la Salud”. Disponible en: www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantessociales.pdf
29. FUNDACIÓN SOL (2009) “Caracterización del sistema de salud chileno: Enfoque laboral, sindical e institucional”.

30. GARCÍA, P. LÓPEZ, A. (2006). “La evolución de la inequidad en el acceso a los servicios de salud en España: 1987-2001”, Working Paper 756. Departament d’ economia i empresa. Universitat Pompeu Fabra. Disponible en: www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/756.pdf
31. GEIGER, P. (1996). “Desterritorialização e espacialização”. Territorio: Globalização e Fragmentação. Editorial Hucitec. Sao Paulo. Brasil.
32. Giddens, A. (1993): “Consecuencias de la modernidad”. Primera edición. en Alianza, Universidad de Madrid.
33. GÓMEZ, E. (2002). “Equidad, género y salud: retos para la acción”. Revista Panamericana de Salud Pública 11 (5-6): 454-461.
34. GUTIÉRREZ, MD. MÁRQUEZ, S. COLOMER C. (1994). “Desigualdades sociales y alimentación: estudio ecológico de las ventas de alimentos de una cadena de supermercados”. Gaceta Sanitaria. 8:304-309.
35. HOLLSTEIN. RD, y VEGA, J. (1998). “Desigualdades sociales y salud: nivel socioeconómico y mortalidad infantil en Chile 1985-1995”. Revista Médica Chile.
36. INFANTE (2002). “Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia el proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud”. 22 de mayo de 2002. Disponible en: www.congreso.cl
37. KAWACHI, I. KENNEDY, BP. (1999). “Income inequality and health: Pathways and Mechanisms”. Health services research. 34:215-227. En: Evans, T. Whitehead, M. Diderichsen, F. Bhuiya, A. Wirth, M. “Desafío a la falta de equidad en salud”. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud. 2002.
38. LA PARRA, D. (2002). “La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias”. Alicante: Universidad de Alicante.

39. LAFRAMBOISE, H. (1991). "Health policy: Breaking the problem down in more manageable segments". Canadian Medical Association Journal. Reimpreso en: G. E. A. Epidemiología y administración de servicios de salud. OMS/OPS. Gaithersburg.
40. LALONDE, M. (1992). "A new perspective on the health of Canadians". A working document. Ottawa, Canada. Department of Health and Welfare.
41. LARREA, C. et. al. (2002). "Desigualdad social y malnutrición en cuatro países andinos". Revista Panamericana de Salud Pública número 11 (5-6): 356-364.
42. LEON, D. WALT, G. GILSON, L. (2005). "International perspectives on health inequalities and policy". British Medical Journal, 322: 591-594. Disponible en: www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_701_3.pdf
43. LINARES, N y LÓPEZ, O. (2008). "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva". Revista de Medicina Social. Volumen 3, Numero 3. México. Disponible en: www.journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/226
44. LINK, B. Y COL.: La medición de la clase social en epidemiología. Examen de epidemiología 1988; 10:87-121.
45. LOPEZ ACUÑA D. et. al. (2000). "Acceso y financiamiento del sistema de salud: formas de medir la inequidad y mecanismos para reducirla". PAHO, 2001. Equity and Health. Occasional Publication N° 8.
46. MARMOT, M. (2001). "Economic and social determinants of disease". Bulletin of the World Health Organization, Number 79. pág. 988 -989.
47. METZGER, X. (1996). "Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud". Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

48. MONTOYA-AGUILAR, C. (1997). “La equidad: usos del concepto como criterio de progreso”, Cuadernos Médico Sociales (Chile).6-12.
49. MONTOYA-AGUILAR, C. (2005). “Estudio y manejo de las desigualdades en la sociedad. Diversidad de enfoques. Premisas lógicas del Monitoreo de la inequidad en salud”, en Medición y Monitoreo de las Desigualdades intercomunales en salud, Ministerio de Salud, Chile, pp 29 – 52.
50. OCDE (2000). “Capital social y humano, desarrollo y crecimiento sostenido: Reconciliando las nuevas economías y las sociedades: El rol del capital social”. Paris: Directorate for Education, Employment and Labour and Social Affairs.
51. OMS (2002). “Equidad en salud y etnia desde el enfoque de la perspectiva de género”. Disponible en: www.who.int
52. OMS (1997). “La Salud de las Américas”. Washington, D.C.: OPS/OMS. Disponible en: www.who.int
53. OBJETIVO NACIONALES DE SALUD (2010-2020): Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de la salud. División de planificación MINSAL 2011.
54. OPS (1998). “Gobernabilidad y Gobernancia: hacia el Desarrollo Humano y la Salud”. División de Salud y Desarrollo Humano. Octubre. Washington D.C.
55. OPS. (1999). “La situación de salud en la región de las Américas”. Informe Anual del Director. Washington.
56. OSD 2000 – 2010 (2010): Evaluación final del periodo. Objetivos de impacto.
57. ORTÚN, V. MENEU, R. PEIRÓ S. (2004). “El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud” Economics working paper 752. Working paper nº 37. Research Centre on Health and

Economics (CRES), Universitat Pompeu Fabra. Disponible en:
<http://www.econ.upf.es/docs/papers/downloads/752.pdf>

58. PARDO Y RUIZ (2002). “Análisis de conglomerados (I). El procedimiento de conglomerados K-medias”. En A. Pardo, & M. Á. Ruiz, SPSS 11: Guía para el análisis de datos. Madrid: McGraw-Hill.
59. PARSONS, T. (1966). “El sistema social”. Biblioteca de la Revista de Occidente, Madrid.
60. PIEDROLA GIL, G. (1988). “Concepto de medicina preventiva y salud pública”. Octava Edición. Barcelona. Salvat editores S.A.
61. PIÑA (1990). En: ARREDONDO, A. “Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad”. Cuadernos de Salud Pública. Rio de Janeiro, 8 (3): 254-261, jul/set, 1992.
62. PNUD. (2005). Informe Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD.
63. PONTE, C. (2008). “Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente”. Salud y ciudadanía. Teoría y práctica de la innovación, publicado por el CPR de Gijón. Disponible en:
www.cpraviles.com/proyectos/REDES/articulos/C._PONTE._Conceptos_de_la_salud.doc .
64. PORTO, S. (2002). “Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud”. Cuadernos de Salud Pública. Río de Janeiro, 18 (4) 939-957. jul.ago. Río de Janeiro
65. RAMÍREZ, B. (1996). “Los Paradigmas contemporáneos en el análisis de la relación Territorio y Sociedad”. Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, México.
66. RODNEY, MC. (1973). “Sociología de la medicina”. Editorial Aliance Universal, Madrid.
67. ROJAS SORIANO, R. (1985). “Sociología médica”. Tercera edición, corregida y aumentada. Folios universitarios. México Plaza y Valdés.

68. ROSE, G. (1985). "Sick Individuals and Sick Populations International" Journal of Epidemiology Vol. 14 n° 1. En: Bongers, Wolfgang: "Literatura, cultura y enfermedad. Una introducción". Buenos Aires, Argentina. Paidós. 2006.
69. SACK, R. (1991). "El significado de territorialidad". Instituto Mora, UAM. México.
70. SEN A. (1995). "Nuevo examen de la desigualdad". Editorial Alianza S.A.
71. SEN A. (2002). "Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios". En: Evans, T. "Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción". Fundación Rockefeller/OPS. Publicación Científica y Técnica N° 585.
72. SOSA, G. (2006). "Un Médico Más Cercano al Hombre y a la Salud". Clemente Editores. Valencia. Venezuela.
73. SPINELLI, H. et. al. (2002). "Equidad en salud. Teoría y praxis". Universidad Nacional de Lanús. Serie: Seminarios, Salud y política. Seminario. VII. Argentina. Disponible en: www.medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/clases/2010_06_10_dr_mendez_valdemarin/11_equidad.pdf
74. STANSFELD, SA. (1999). "Social support and social cohesion". En: MARMOT M. WILKINSON RG. Editores. "Social determinants of health". Oxford: Oxford University Press.
75. TARLOV, A. (1996). "Social determinants of health: the sociobiological translation". En Frenz, P. "Determinantes sociales de la salud en Chile en la perspectiva de la equidad". Disponible en: www.equidadchile.cl
76. TERRIS, M. (1980). "La revolución epidemiológica y la medicina social". Editorial Siglo XXI, México.
77. VEGA, J. (2005). "Determinantes sociales de la salud en Chile en la perspectiva de la equidad" Primera Edición octubre 2005. Disponible en: www.equidadchile.cl

78. VÉLEZ, A. (1990). "Conceptos básicos del proceso salud enfermedad". Vicerrectoría Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales: Fondo Editorial monografías Universitarias.
79. VIVANCO, M. (1999). "Análisis Estadístico Multivariable. Teoría y práctica". Santiago: Editorial Universitaria.
80. VIVEROS, M. "La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad". Revista Colombiana de Antropología. 1993. Pág. 237 a 260.
81. WAGSTAFF, A. (2002). "Pobreza y desigualdades en el sector de la salud". Revista Panamericana de Salud Pública. Año 81, vol. 11.Nº5/6, mayo-junio. OPS.
82. WHITEHEAD, M. (1991). "Los conceptos y principios de la Equidad en la Salud". Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP), OMS.
83. WHITEHEAD, M. (1992) "The Concept and Principles of Equity and Health". International Journal of Health Services. En: Revista de medicina Social. "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva". Nivaldo Linares-Pérez a y Oliva López-Arellano. número 3 año 2008. México.
84. WILKINSON, RG. (1997) "Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards". British Medical Journal, 314: 591-595. En: Bacigalupe de la Hera, Amaia. Rocero, Martín. "Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud". Colección Derechos Humanos "Juan san Martín". Ediciones Ararteko, 2007.

VI. ANEXOS

ANEXO 1

ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS PROMEDIOS DE LAS 331 COMUNAS

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Densidad poblacional 2009	,1	14200,3	828,300	2477,9808
Porcentaje de población rural 2006	,0	100,0	37,028	29,2575
Porcentaje de población étnica CASEN 2006	,0	99,4	10,989	17,6309
Dimensión educación 2009	,5466	,9532	,693216	,0625016
Dimensión ingresos 2009	,3666	,8362	,502816	,0539993
Dimensión ocupación 2009	,7470	1,0000	,891911	,0343532
Dimensión vivienda 2009	,3026	,9929	,779919	,1122669
Porcentaje de personas de 15 y más años que percibe su salud como muy mala o mala	1,4	20,6	8,539	3,3944
Tasa observada de mortalidad general total por 100.000 habitantes	35	1299	556,26	152,444
Tasa de años de vida potencialmente perdidos antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 personas 1997 - 2006	15,7	154,0	84,681	19,5191
Esperanza de vida al nacer total 1997 - 2006	66,24	83,04	76,1729	1,99157
Tasa ajustada de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos decenio 1997 - 2006	,00	13,29	9,3593	1,64809

ANEXO 2
TABLA ANOVA

	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Porcentaje de personas de 15 y más años que percibe su salud como muy mala o mala	15,069	6	,721	303	20,888	,000
Tasa observada de mortalidad general total por 100.000 habitantes	25,452	6	,547	324	46,514	,000
Tasa de años de vida potencialmente perdidos antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 personas 1997 – 2006	27,181	6	,515	324	52,763	,000
Esperanza de vida al nacer total 1997 - 2006	25,413	6	,548	324	46,382	,000
Tasa ajustada de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos decenio 1997 – 2006	38,497	6	,306	324	125,962	,000
Dimensión educación 2009	32,958	6	,408	324	80,741	,000
Dimensión ingresos 2009	31,935	6	,427	324	74,765	,000
Dimensión ocupación 2009	17,281	6	,698	324	24,741	,000
Dimensión vivienda 2009	26,158	6	,534	324	48,973	,000
Densidad poblacional 2009	44,973	6	,186	324	242,213	,000
Porcentaje de población rural 2006	33,621	6	,396	324	84,921	,000
Porcentaje de población étnica CASEN 2006	23,471	6	,584	324	40,199	,000

Las pruebas F sólo se deben utilizar con una finalidad descriptiva puesto que los conglomerados han sido elegidos para maximizar las diferencias entre los casos en diferentes conglomerados. Los niveles críticos no son corregidos, por lo que no pueden interpretarse como pruebas de la hipótesis de que los centros de los conglomerados son iguales.

ANEXO 3

CENTROS INICIALES DE LOS CONGLOMERADOS

	Conglomerado						
	Étnico rural extremo norte	Aventajado	Gran masa intermedia	Étnico rural extremo norte y sur	Gran masa medio baja	Metropolitano	Gran masa desaventajada
Porcentaje de personas de 15 y más años que precibe su salud como muy mala o mala	-1,33720	-2,10316	1,60880	,13580	,40094	-1,18990	2,05071
Tasa observada de mortalidad general total por 100.000 habitantes	-1,83842	-,56583	-,40839	-2,39601	,31974	4,87223	1,23811
Tasa de años de vida potencialmente perdidos antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 personas 1997 – 2006	-,81363	-1,95097	,03682	-1,73580	-1,35668	2,91092	3,52058
Esperanza de vida al nacer total 1997 - 2006	-1,03583	3,44806	,45043	-,97055	-4,19414	-1,34714	-1,44254
Tasa ajustada de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos decenio 1997 – 2006	,88023	-,58207	-,58207	-5,67887	,43122	-,55173	,46763
Dimensión educación 2009	-2,05620	4,15964	,37733	-1,61622	,31654	1,59170	-1,81461
Dimensión ingresos 2009	-2,02626	6,17386	,01636	-,67253	-,77809	,88490	,00711
Dimensión ocupación 2009	,47416	1,86267	-,76590	,57895	,01423	,30823	,05207
Dimensión vivienda 2009	-4,14120	1,89709	,49953	-4,25165	,44341	,39531	-1,92238
Densidad poblacional 2009	-,33410	,81506	4,70516	-,33402	-,31699	2,60628	-,33213
Porcentaje de población rural 2006	2,15234	-1,26559	-1,26559	2,15234	-,90671	-1,26559	1,77636
Porcentaje de población étnica CASEN 2006	4,85576	-,56086	-,21488	5,01457	-,30563	-,42474	3,69870

ANEXO 4

CENTROS DE LOS CONGLOMERADOS FINALES

	Conglomerado						
	Étnico rural extremo norte	Aventajado	Gran masa intermedia	Étnico rural extremo norte y sur	Gran masa medio baja	Metropolitana	Gran masa desaventajada
Porcentaje de personas de 15 y más años que percibe su salud como muy mala o mala	-,46813	-1,40103	-,58751	,88212	,26529	-,32738	,59545
Tasa observada de mortalidad general total por 100.000 habitantes	-1,49404	-,33248	-,51718	-2,69338	-,08817	,73593	,81173
Tasa de años de vida potencialmente perdidos antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 personas 1997 – 2006	-,40377	-1,77459	-,45539	-1,88181	-,24250	,39260	,98149
Esperanza de vida al nacer total 1997 - 2006	-1,02453	2,23940	,44631	-1,16471	,23539	,44681	-,90228
Tasa ajustada de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos decenio 1997 – 2006	-,39549	-1,31278	-,00187	-5,67887	,18282	-,58342	,40900
Dimensión educación 2009	-1,37062	2,93498	,70191	-,63517	-,54676	1,01323	-,54685
Dimensión ingresos 2009	-,32345	3,66615	,30641	1,00249	,09354	,58530	-,89746
Dimensión ocupación 2009	1,02505	1,02640	,10307	2,00677	,37040	-,02685	-,76160
Dimensión vivienda 2009	-3,05227	1,63280	,63206	-1,59102	-,41335	,91704	-,35512
Densidad poblacional 2009	-,33410	1,25307	-,09085	-,33416	-,32008	3,62999	-,32360
Porcentaje de población rural 2006	1,82507	-1,23874	-,81323	1,86238	,69623	-1,26559	,33641
Porcentaje de población étnica 2006	4,11133	-,39719	-,28829	2,77041	-,23485	-,35510	,32259

ANEXO 5

RESUMEN FINAL DE LOS PROMEDIOS DE LOS CONGLOMERADOS SEGÚN INDICADOR

	Conglomerados						
	Étnico rural extremo norte	Aventajado	Gran masa intermedia	Étnico rural extremo norte y sur	Gran masa medio baja	Metropolitana	Gran masa desaventajada
	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Densidad poblacional 2009	,4	3933,4	603,2	,3	35,1	9823,4	26,4
Porcentaje de población rural 2006	90,4	,8	13,2	91,5	57,4	,0	46,9
Porcentaje de población étnica CASEN 2006	83,5	4,0	5,9	59,8	6,8	4,7	16,7
Puntaje IV dimensión educación 2009	,6075	,8767	,7371	,6535	,6590	,7565	,6590
Puntaje IV dimensión ingresos 2009	,4854	,7008	,5194	,5569	,5079	,5344	,4544
Puntaje IV dimensión ocupación 2009	,9271	,9272	,8955	,9609	,9046	,8910	,8657
Puntaje IV dimensión vivienda 2009	,4373	,9632	,8509	,6013	,7335	,8829	,7401
Población total beneficiaria de FONASA 2009	1236	42843	60362	618	10395	104771	11377
Porcentaje de población que tiene ISAPRE 2006	3,5	44,4	10,0	6,2	3,6	14,6	3,0
Porcentaje de población que no tiene previsión de salud (particulares) 2006	8,5	5,5	5,3	3,7	5,2	6,5	2,8
Porcentaje total de personas que declara haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en el último mes y que no recibió atención, 2006	18,4	11,9	15,3	23,3	15,2	13,9	16,6

Porcentaje de personas de 15 y más años que percibe su salud como muy mala o mala	7,0	3,8	6,5	11,5	9,4	7,4	10,6
Tasa observada de mortalidad general total por 100.000 habitantes	329	506	477	146	543	668	680
Tasa de años de vida potencialmente perdidos antes de alcanzar los 80 años de edad por cada 1.000 personas 1997 - 2006	76,8	50,0	75,8	48,0	79,9	92,3	103,8
Esperanza de vida al nacer total 1997 – 2006	74,13	80,63	77,06	73,85	76,64	77,06	74,38
Tasa ajustada de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos decenio 1997 - 2006	8,71	7,20	9,36	,00	9,66	8,40	10,03

ANEXO 6

DENSIDAD POBLACIONAL

Número de personas por Km ²	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
0-824	288	87,0	87,0
825-2000	12	3,6	3,6
2001-14500	31	9,4	9,4
Total	331	100,0	100,0

ANEXO 7

RANGO DE CADA INDICADOR ENTRE LAS COMUNAS Y LOS CONGLOMERADOS DE COMUNAS

INTERCOMUNAL				ENTRECONGLOMERADOS			
densidad	0,1	2840,4	Muy bajo	densidad	0,4	1965	Muy bajo
	2840,5	5680,4	Bajo		1966	3929,6	Bajo
	5680,5	8520,4	Medio		3929,7	5894,2	Medio
	8520,5	11360,4	Alto		5894,3	7858,8	Alto
	11360,5	14200,4	Muy Alto		7858,9	9823,4	Muy Alto
Ruralidad	0	20	Muy bajo	Ruralidad	0	18,3	Muy bajo
	21	40	Bajo		18,4	36,6	Bajo
	41	60	Medio		36,7	54,9	Medio
	61	80	Alto		55	73,2	Alto
	81	100	Muy Alto		73,1	91,5	Muy Alto
Etnia	0	19,9	Muy bajo	Etnia	4	19,9	Muy bajo
	20	49,9	Bajo		20	35,8	Bajo
	40	69,9	Medio		35,9	51,7	Medio
	60	89,9	Alto		51,8	67,6	Alto
	80	100	Muy Alto		67,7	83,5	Muy Alto
Educación	0,54	0,62	Muy bajo	Educación	0,6	0,66	Muy bajo
	0,63	0,7	Bajo		0,67	0,72	Bajo
	0,71	0,78	Medio		0,71	0,77	Medio
	0,79	0,86	Alto		0,78	0,83	Alto
	0,87	0,94	Muy Alto		0,82	0,87	Muy Alto
Ingresos	0,36	0,46	Muy bajo	Ingresos	0,48	0,52	Muy bajo
	0,47	0,56	Bajo		0,53	0,57	Bajo
	0,57	0,66	Medio		0,58	0,62	Medio
	0,67	0,76	Alto		0,63	0,66	Alto
	0,77	0,86	Muy Alto		0,67	0,72	Muy Alto

Ocupación	0,74	0,78	Muy bajo	Ocupación	0,86	0,87	Muy bajo
	0,79	0,83	Bajo		0,88	0,89	Bajo
	0,84	0,88	Medio		0,9	0,91	Medio
	0,89	0,93	Alto		0,92	0,93	Alto
	0,93	0,98	Muy Alto		0,94	0,95	Muy Alto
Vivienda	0,3	0,43	Muy bajo	Vivienda	0,43	0,56	Muy bajo
	0,44	0,57	Bajo		0,57	0,66	Bajo
	0,58	0,71	Medio		0,77	0,76	Medio
	0,72	0,85	Alto		0,87	0,86	Alto
	0,86	1	Muy Alto		0,87	0,96	Muy Alto
			Muy bajo	Autopercepción	3,8	5,3	Muy bajo
			Bajo		5,4	6,8	Bajo
			Medio		6,9	8,4	Medio
			Alto		7,3	9,9	Alto
			Muy Alto		10	11,5	Muy Alto
Mortalidad Gral.	35	288	Muy bajo	Mortalidad Gral.	146	253	Muy bajo
	289	541	Bajo		252	360	Bajo
	542	794	Medio		362	467	Medio
	795	1047	Alto		468	574	Alto
	1048	1399	Muy Alto		575	681	Muy Alto
AVPP	15,7	43,36	Muy bajo	AVPP	48	59,1	Muy bajo
	43,37	71,02	Bajo		59,2	70,2	Bajo
	71,03	98,68	Medio		70,3	81,3	Medio
	98,6	126,34	Alto		81,4	92,4	Alto
	126,35	154	Muy Alto		92,5	103,8	Muy Alto
Esperanza de vida	66,29	69,6	Muy bajo	Esperanza de vida	73,8	75,2	Muy bajo
	69,61	72,96	Bajo		75,3	76,6	Bajo
	72,97	76,32	Medio		76,7	78	Medio
	76,33	79,68	Alto		78,1	79,4	Alto
	79,69	83,04	Muy		79,5	80,8	Muy Alto

			Alto				
			Muy bajo	Mortalidad Infantil	0	2	Muy bajo
			Bajo		3	4	Bajo
			Medio		5	6	Medio
			Alto		7	8	Alto
			Muy Alto		9	10	Muy Alto

ANEXO 8

Rangos a nivel intercomunal de Autopercepción de Mala Salud y de Mortalidad Infantil

Autopercepción de mala salud

Muy Buena	1,4	4,14
Buena	4,15	6,88
Media Buena	6,89	9,62
Media	9,63	12,36
Media Mala	12,37	15,1
Mala	15,2	17,84
Muy Mala	17,85	20,6

ANEXO 9

Mortalidad Infantil

Muy Baja	0	1,9
Baja	1,91	3,8
Media Baja	3,81	5,7
Media	5,71	7,6
Media Alta	7,61	9,5
Alta	9,51	11,4
Muy Alta	11,41	13,3

ANEXO 10

Porcentaje promedio de habitantes por km. cuadrado de cada conglomerado según rango

Rango de habitantes por km2	Conglomerados						
	Étnico Rural Extremo Norte	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
1 – 825	100,0%	28,6%	81,1%	100,0%	100,0%	,0%	100,0%
825,1 – 2000	,0%	,0%	11,3%	,0%	,0%	,0%	,0%
2000,1 - 14999	,0%	71,4%	7,5%	,0%	,0%	100,0%	,0%

ANEXO 11

Porcentaje promedio de población rural de cada conglomerado según rango

Rango Porcentual	Conglomerados						
	Étnico Rural Extremo Norte	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0% - 36%	,0%	100,0%	94,3%	,0%	18,4%	100,0%	34,1%
37% - 60%	,0%	,0%	5,7%	16,7%	40,8%	,0%	34,1%
61% - 100%	100,0%	,0%	,0%	83,3%	40,8%	,0%	31,9%

ANEXO 12

Porcentaje promedio de población étnica de cada conglomerado según rango

Rango Porcentual	Conglomerados						
	Étnico Rural Extremo Norte	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
1 – 11	,0%	83,3%	83,2%	16,7%	71,4%	100,0%	48,1%
12 - 25	,0%	16,7%	12,6%	16,7%	15,7%	,0%	17,3%
26 - 50	,0%	,0%	4,2%	,0%	12,9%	,0%	24,7%
51 - 100	100,0%	,0%	,0%	66,7%	,0%	,0%	9,9%

ANEXO 13

Puntaje promedio del indicador educación de cada conglomerado según rango

Rango Indicador Educación	Conglomerados						
	Extremo Norte Étnico	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0,5466 – 0,7	100,0%	,0%	22,6%	83,3%	94,7%	5,9%	89,2%
0,71 – 0,8	,0%	20,0%	73,1%	,0%	5,3%	76,5%	10,8%
0,81 – 0,9	,0%	40,0%	4,3%	16,7%	,0%	17,6%	,0%
0,91 – 1	,0%	40,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%

ANEXO 14

Puntaje promedio del indicador ingresos de cada conglomerado según rango

Rango Indicador Ingresos	Conglomerados						
	Extremo Norte Étnico	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0,36 – 0,46	25,0%	,0%	3,8%	16,7%	9,2%	,0%	73,9%
0,47 – 0,56	75,0%	,0%	92,5%	66,7%	88,8%	88,9%	26,1%
0,57 - 0,66	,0%	42,9%	3,8%	,0%	2,0%	11,1%	,0%
0,67 – 0,76	,0%	28,6%	,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%
0,77 – 0,87	,0%	28,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%

ANEXO 15

Puntaje promedio del indicador ocupación de cada conglomerado según rango

Rango Indicador Ocupación	Conglomerados						
	Extremo Norte Étnico	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0,73 – 0,8	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,4%
0,81 – 0,9	,0%	,0%	64,0%	,0%	46,5%	78,6%	90,8%

0,91 – 0,1	100,0%	100,0%	36,0%	100,0%	53,5%	21,4%	5,7%
------------	--------	--------	-------	--------	-------	-------	------

ANEXO 16

Puntaje promedio del indicador vivienda de cada conglomerado según rango

Rango Indicador vivienda	Conglomerados						
	Étnico Rural Extremo Norte	Muy Aventajado	Gran Masa Intermedia	Rural Extremos del Norte y Sur	Gran Masa Baja	Metropolitano	Gran Masa Muy Desaventajada
0,31 – 0,5	75,0%	,0%	,0%	40,0%	,0%	,0%	,0%
0,51 – 0,7	25,0%	,0%	,0%	20,0%	36,2%	,0%	33,0%
0,71 – 1	,0%	100,0%	100,0%	40,0%	63,8%	100,0%	67,0%