

Pobreza Multidimensional, Salud Auto- percibida y Acceso a Salud en Chile:

Generando Conocimiento Crítico para la Acción en Red
en Salud Pública

Pobreza Multidimensional, Salud Auto-percibida y Acceso a Salud en Chile:
Generando Conocimiento Crítico para la Acción en Red en Salud Pública

Universidad del Desarrollo

Facultad de Medicina Clínica Alemana (Programa de Estudios Sociales en Salud)

Facultad de Psicología (Centro de Estudios del Bienestar y Convivencia Social)

En colaboración con el Ministerio de Salud de Chile

Derechos Reservados

Se autoriza la reproducción de la información aquí contenida siempre que se cite esta publicación como fuente. El uso de las imágenes requiere autorización de sus propietarios.

© 2017. Agosto. Universidad del Desarrollo.

Protegido por derechos de autor

Impreso en Chile / Printed in Chile

ISBN versión digital : 978-956-374-008-0



AUTORES

Este documento fue elaborado a partir del trabajo de investigación del Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA-UDD) y el Centro de Estudios del Bienestar y Convivencia Social (CEBCS-UDD) de la Facultad de Psicología UDD.

Estudio financiado por el Fondo Concursable Interfacultad de la Universidad del Desarrollo (2016-2017) en colaboración con el Ministerio de Salud de Chile y el Department of Health Sciences de la University of York, Inglaterra y el apoyo del proyecto Fondecyt 11130042 de Conicyt Chile.

Los autores de este trabajo son:

Báltica Cabieses, PhD, epidemióloga social, profesora titular, directora Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA-UDD), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Victor Pedrero, MSc, psicometrista, profesor asistente, investigador Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA-UDD), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Marcela Oyarte, MSc(c), estadística, investigador Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA-UDD), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

David Sirlopu, PhD, psicólogo, profesor asistente, investigador Centro de Estudios del Bienestar y Convivencia Social (CEBCS-UDD), Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo

Jaime Alfaro, PhD, psicólogo, profesor asociado, investigador Centro de Estudios del Bienestar y Convivencia Social (CEBCS-UDD), Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo Universidad del Desarrollo

Margarita Bernales, PhD, psicóloga de la salud, profesor asistente, investigador PROESSA-UDD, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Javiera Flaño, MD, MSc, investigador PROESSA-UDD, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Los autores agradecen los comentarios y valiosos aportes de:

Cristián Herrera, MD, MSc, Jefe División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile

Kate E. Pickett, Professor of Epidemiology, University of York, England

PRÓLOGO

“La educación debe sanar y la salud educar”. Así resume el premio Nobel de Economía Amartya Sen, la relación íntima entre estos ámbitos básicos para el desarrollo de las capacidades humanas. Es esta relación sinérgica, compartida también con otros ámbitos del desarrollo como la vivienda o el trabajo, lo que llevó a nuestro país, tras años de estudios, debates y levantamiento de evidencia, a instalar una medición de pobreza multidimensional que superara, por fin, la necesaria pero insuficiente medición de la pobreza por ingresos. Ahora, a partir de los datos de pobreza multidimensional podremos diseñar, ejecutar y evaluar políticas de una manera más integral, incorporando indicadores y políticas con foco en la falta de oportunidades que impiden vivir una vida larga y saludable a gran parte de la población.

Contar con información adecuada nos permite comprender de mejor forma las causas detrás de nuestra mala salud. Estamos también frente al enorme desafío de ocuparnos de posibles salidas que aborden la multidimensionalidad y multifactorialidad de muchas de las privaciones de la población.

En otras palabras, nuestro enorme desafío es ¿cómo podemos lograr que todos los chilenos desarrollen adecuadamente las capacidades que les permitan escoger libremente vivir la mejor vida que puedan? Esta pregunta no puede responderse sino desde una mirada integradora de la realidad, una mirada que integre diversos factores e información disponible y que apunte precisamente a la responsabilidad que tenemos como sociedad de proveer las oportunidades que permitan desplegar las capacidades de todos, en especial de los que viven en un injusto contexto de acumulación de privaciones, entre las cuales, la mala salud, resulta vital.

Sabemos que en nuestro país las diversas y dolorosas desigualdades sociales producen sentimientos de injusticia. Según el estudio "Desiguales" del PNUD dado a conocer en junio de 2017, la desigualdad que más sentimientos de injusticia provoca entre los chilenos es que "algunas personas accedan a mucho mejor salud que otras".

Por ello el presente estudio es muy relevante, en tanto que utiliza, por primera vez y de manera integrada, indicadores de pobreza multidimensional, auto-percepción de salud y de barreras de acceso al sistema. Hasta aquí, el trabajo del que da cuenta la presente publicación, no ha sido realizado en ninguno de los ámbitos del desarrollo que estamos midiendo bajo la metodología de pobreza multidimensional en el país. De esta manera, las recomendaciones que se hacen tienen su anclaje en una innovadora y necesaria mirada que vincula la salud y la pobreza en sus múltiples manifestaciones. A quienes trabajamos en el ámbito de la pobreza, no nos queda más que agradecer profundamente el esfuerzo del equipo de investigación y reconocer el gran aporte que hacen al desarrollo del país.

Leonardo Moreno
Director Nacional
Fundación para la Superación de la Pobreza

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Prólogos	4
Mensajes clave	6
Resumen ejecutivo	7
Capítulo 1: Antecedentes	11
Capítulo 2: Pregunta de investigación y objetivos	30
Capítulo 3: Metodología	31
Capítulo 4: Resultados	39
Capítulo 5: Discusión	72
Capítulo 6: Recomendaciones para políticas de salud	78
Capítulo 7: Referencias	82

MENSAJES CLAVE

¿Cuál es la importancia de este estudio?

Pobreza y salud son dos conceptos estrechamente relacionados. A nivel internacional esta relación ha sido ampliamente estudiada indicando que los más pobres presentan peores niveles de salud, aunque la fuerza con la que ambas se relacionan puede variar según sea medida la pobreza. Es así como ante la introducción de una nueva medición de pobreza en el país (Multidimensional, PMD), surge la necesidad de explorar como esta se relaciona con la salud de la población.

¿Cuáles son los principales resultados?

- Las personas en pobreza multidimensional tienen un 9% menos de posibilidad de auto reportar una salud moderada o buena salud que las personas no pobres multidimensionales, tras ajustar por variables sociodemográficas.
- Las personas que presentaron problemas en el acceso a servicios de salud tienen un 67% de menor posibilidad de auto reportar una salud buena o moderada que las personas no presentaron problemas en el acceso.
- Dentro de la población de personas en situación de pobreza multidimensional, ser mujer, mayor edad, menor escolaridad y menores ingresos por persona equivalente del hogar son los factores principales que se asocian a una peor auto percepción de salud.
- Presentar problemas en el acceso a servicios tiene un impacto negativo siete veces mayor sobre la auto percepción de salud que la pobreza multidimensional. Además, presentar problemas en el acceso de servicios es responsable del 30% del efecto negativo total de la pobreza multidimensional sobre la salud auto percibida.
- De los indicadores que componen el indicador de pobreza multidimensional, escolaridad, malnutrición, atención en salud, ocupación y los tres indicadores de vivienda son los que se asocian significativamente con pobre auto percepción de salud.

¿Qué recomendaciones se pueden establecer a partir de este estudio para Chile?

- El sistema de salud chileno tiene la oportunidad de incorporar en sus métricas los indicadores de pobreza multidimensional, auto percepción de salud y cinco indicadores de barreras de acceso al sistema, tanto para registro continuo en salud pública como para la construcción de metas sanitarias que promuevan el estudio y medición poblacional de estas variables.
- Existe la posibilidad de agregar además estos indicadores desde la perspectiva de las comunidades, por ejemplo desde los diagnósticos participativos que realizan los Centros de Atención Primaria de Salud cada dos años en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, de tal forma de obtener estimaciones comunales que complementen aquellas de base individual señaladas previamente.
- Se recomienda promover la creación de un Observatorio Nacional de Pobreza y Salud, así como una Red Nacional de Estudios sobre Pobreza y Salud, desde los Ministerios de Desarrollo Social y/o Salud (idealmente ambos en estrecha colaboración)
- A partir de la recomendación anterior, se propone potenciar el trabajo intersectorial en materia de pobreza y salud, en particular vivienda, trabajo, educación y desarrollo social. También se podría considerar deporte, mujer, adulto mayor y otros organismos disponibles en la actualidad en el país.

RESUMEN EJECUTIVO

ANTECEDENTES

- Pobreza y salud son dos conceptos estrechamente relacionados. La salud es uno de los más importantes componentes del capital humano. Es así como, al verse afectada la salud de una persona o población por la situación de pobreza en que se encuentra, se ven interferidas las oportunidades de esta persona o población de alcanzar su máximo potencial.
- Existen estudios internacionales sobre la relación entre salud auto-percibida (SAP) y pobreza. Si bien la fuerza de esta asociación varía entre las diferentes naciones –según como sea medida la pobreza–, la pobreza absoluta o relativa logra explicar en gran parte las diferencias existentes entre los niveles de SAP entre los individuos, siendo los más pobres quienes presentan peores niveles de SAP. En Chile se ha estudiado la relación entre SAP e ingresos, utilizando datos de la CASEN para los años 2000 y 2004, evidenciando una relación directa entre ambos indicadores.
- Además, se ha observado que el acceso a servicios de salud juega un rol crítico en esta relación, ya que si quienes son catalogados como pobres no son capaces de acceder de manera efectiva a servicios de salud, su nivel SAP se ve aún más afectado.
- Dado que el problema de la pobreza es más complejo que la sola carencia de recursos monetarios, en Chile se incorporó hace algunos años el enfoque de pobreza multidimensional (PMD).
- En Chile el estudio de la relación entre SAP y PMD solo ha sido explorada considerando algunas de sus dimensiones en forma independiente. En estos estudios se ha evidenciado que carencias en las diferentes dimensiones del PMD se asocian a un menor nivel de SAP.
- Urge una mirada que considere el PMD en forma integrada, concordante con su conceptualización teórica y pertinencia empírica, de modo de dar cuenta de las complejidades de este fenómeno. Esto contribuiría a posicionar la PMD como una herramienta que permita identificar no solo a quienes se encuentran en situación de pobreza, sino también a quienes presentan una pobre autopercepción de su salud y que enfrentan barreras de acceso efectivo al sistema de salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre salud auto-percibida y pobreza multidimensional, cruda y mediada por acceso efectivo a salud, para adultos chilenos en el año 2013?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre salud auto-percibida y pobreza multidimensional, cruda y mediada por acceso efectivo a salud, para adultos chilenos en el año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población adulta (mayores de 15) en Chile 2013, en forma global y según los diferentes niveles de salud auto-percibida y pobreza multidimensional.

2. Caracterizar el acceso efectivo de los chilenos, en 2013 mayores de 15 años, en forma global y según nivel de salud auto-percibida, características sociodemográficas y pobreza multidimensional.
3. Analizar la asociación entre pobreza multidimensional y salud auto-percibida, en forma cruda y ajustada por características demográficas (pertenencia étnica, nacionalidad, región, sexo, edad).
4. Analizar la asociación entre pobreza multidimensional (global y cada una de sus dimensiones) y salud auto-percibida, mediada por acceso efectivo a atención en salud y ajustada por características demográficas (pertenencia étnica, nacionalidad, región, sexo, edad).
5. Transferir en forma efectiva y oportuna los resultados del estudio a actores clave para el país en ámbitos públicos, políticos y académicos.

SÍNTESIS DE METODOLOGÍA

- Esta investigación corresponde a un estudio analítico de corte transversal, basado en los datos de la encuesta multipropósito de caracterización socio-económica nacional (CASEN) 2013. Dicha encuesta es estadísticamente representativa de las viviendas particulares de Chile a nivel nacional, regional y por zonas geográficas (urbano/rural).
- La muestra de este estudio corresponde a un total de 84.833 sujetos (representativa de 6.703.354 sujetos) mayores de 15 años residentes de viviendas particulares de las 324 comunas incluidas en el marco muestral del Instituto Nacional de Estadística (excluye algunas comunas de difícil acceso geográfico e individuos institucionalizados) y que hubiesen contestado al menos una de las preguntas del módulo de salud de la encuesta CASEN 2013.
- Variables: La variable dependiente de este estudio es autopercepción de salud correspondiente a la pregunta “Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?”. La principal variable independiente corresponde a la situación de pobreza multidimensional (pobre/no pobre) la cual considera como pobre multidimensional (PMD) a todo individuo que resida en un hogar en situación de PMD, es decir presente carencias en el hogar en al menos 3 de los 12 indicadores de bienestar definidos para la estimación de la PMD en el país en el año 2013. Destaca como principal covariable de interés (posible mediadora) problemas para el uso efectivo de servicios de salud (sí/no). Para la construcción de esta variable se consideró que un individuo presentó problemas de acceso en el caso de que en los 12 meses previos a la encuesta (exceptuando consultas de urgencia) hubiese tenido al menos uno de los siguientes problemas: dificultades para llegar a la consulta, hospital, consultorio, etc.; dificultades para conseguir una cita/atención(hora) o para ser atendido; dificultades para pagar por la atención debido al costo; dificultades para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo. Diversas variables socioeconómicas se consideraron para el ajuste.
- Se realizó análisis descriptivo y de asociación cruda entre variables de interés. Luego se realizaron modelos de regresión siguiendo las bases del análisis epidemiológico clásico. Vale decir, para el análisis de asociación entre autopercepción de salud, pobreza multidimensional y acceso a atención en salud, se ajustaron un total de 6 modelos.
- Se realizó además Path Analysis o Análisis de Senderos, método que permite evaluar el ajuste de modelos teóricos en los que se proponen un conjunto de relaciones de dependencia entre variables. En este caso se analizó la relación entre pobreza multidimensional, problemas de uso de servicios de salud y salud auto-percibida. Las hipótesis que guiaron este análisis fueron:
 - La PMD y los problemas de acceso influyen negativamente sobre la salud auto-percibida. Para este estudio particular, esto se traduce en que personas en situación de pobreza o con problemas para acceder a servicios de salud, al mismo tiempo reportan niveles más bajos de SAP.
 - Los problemas de acceso poseen un efecto mediador de la relación entre pobreza y SAP, esto implica que
 - Existen variables como género, educación, ingreso o ruralidad que también poseen un efecto sobre la SAP tanto directo, como mediado por pobreza y/o problemas de uso efectivo de servicios.

RESULTADOS PRINCIPALES

- **Descriptivos:** el 51,8% corresponden a jefes de hogar o a sus parejas. El 54,2% de este grupo tiene ≥ 45 años de edad, en su mayoría son mujeres (65,6%) y posee educación básica o media (71,5%). El 13,6% habita zonas rurales. Sólo el 8,5% declara tener alguna pertenencia étnica y el 2,4% son migrantes internacionales. Respecto de la pobreza multidimensional el 17,5% de los sujetos de la muestra puede ser clasificado como pobre. La región de la Araucanía presenta las cifras más altas de este indicador llegando a un 25,8% y le sigue Arica y Parinacota con un 21,7%. Los peaks de edad con mayor PMD son 18-24 años, 60-64 años (ambos en torno al 25%) y mayor de 95 años con 30-35% de PMD.
- **Factores asociados a PMD:** existe una relación inversa entre nivel educacional y PMD. Así, entre quienes no poseen estudios formales el 36,0% está en situación de pobreza versus el 5% de la población con estudios universitarios. Personas que declaran pertenecer a algún grupo étnico es donde se observa la mayor proporción de PMD la que alcanza el 28,7% del total de dicha población. La autopercepción de salud en escala de solo 3 categorías, el 53% de los sujetos de la muestra calificaron su salud con nota 6 o 7 y tan solo un 7% con nota menor a 3. La salud auto-percibida (SAP) disminuye con la edad en pendiente suave, pero se vuelve más errático luego de los 60 años.
- **Barreras de acceso efectivo a salud:** un 4,9% presentó problemas para llegar al centro asistencial, el 16,4% tuvo problemas para conseguir una hora, el 12,2% tuvo dificultades para ser atendido y el 5,4% tuvo problemas para pagar por la atención. Desde la perspectiva de la pobreza multidimensional, la mayoría de la población de 15 años o más posee algún sistema previsional (79,9% FONASA y 13,6% ISAPRE). Sin embargo, hay un 2,7% sin cobertura de ningún tipo, valor que permanece estable para los diferentes grupos de la población, salvo subgrupos como inmigrantes internacionales y personas con estudios de postgrado completos. De aquellas personas que estuvieron en tratamiento por alguno de los problemas de salud AUGE/GES consultado durante el año previo a la encuesta, un 14,8% no fue cubierto por este sistema.
- **Relación entre sistema previsional y SAP:** quienes tuvieron algún problema en el acceso reportaron niveles más bajos de salud que aquellos que no estuvieron en dicha situación. El grupo de beneficiarios de FONASA A y especialmente quienes no poseen ninguna cobertura presentaron las cifras más altas de pobreza multidimensional, 31,6% y 41,3% de estos grupos, respectivamente.
- **Asociación entre SAP y PMD:** se observó que el encontrarse en situación de PMD disminuye la probabilidad de pasar a un mejor estado de salud de manera estadísticamente significativa. Al ajustar por variables socio-demográficas los resultados aún siguieron siendo desfavorecidos para aquellos en situación de pobreza multidimensional. En el modelo ajustado por covariables se aprecia que condición de inactividad de tipo de ocupación fue la que presentó la mayor fuerza de asociación con SAP seguido de situación de pobreza multidimensional y sexo.
- **Asociación entre SAP y barreras de acceso a salud:** las personas que presentaron problemas en el acceso tienen 33% (OR: 0,67; IC95%:0,66 - 0,69) menor chance de pasar de una nota 1-3 de autopercepción de salud a una nota mayor que las personas que no presentaron problemas. Del mismo modo, las personas que presentaron problemas en el acceso tienen 46% (OR: 0,54; IC95%:0,52 - 0,55) menor chance de pasar de una nota 1-5 de autopercepción de salud a una nota mayor (Nota 6-7) que las personas que no presentaron problemas. Se observaron además diferencias significativas en modelos explicativos de la relación entre PMD y autoreporte de salud para hombres y mujeres, que requieren de especial atención y consideración a la hora de diseñar estrategias de políticas y de salud específicas para cada población.
- **Análisis de mediación o de senderos:** sugiere que tanto la PMD como las barreras de acceso a salud tienen un efecto directo significativo sobre la SAP. Al analizar los efectos totales (directo e indirectos) de otras covariables presentes sobre la SAP se observa que la zona de residencia (rural o urbana), sexo, nivel educacional, ingreso, actividad y edad son las que afectan de manera más importante este indicador. Mientras que la previsión de salud, pertenencia étnica y estatus migratorio poseen un efecto pequeño e incluso en algunos casos no significativo. Más aún, variables relativas a la posición socioeconómica como: años de escolaridad, ingreso o poseer previsión de salud, presentan un efecto principalmente directo sobre SAP. De estas variables las que influyen en mayor medida sobre la SAP son el ingreso y los años de escolaridad: en ambos casos el efecto sobre la SAP es favorable y de gran magnitud, independiente de la existencia de problemas para el uso de servicios o PMD. En el caso de la previsión de salud, la

presencia de problemas para el uso de servicios parece incidir directamente sobre la SAP y además posee un efecto mediado por problemas de acceso a salud. De esta manera el poseer previsión de salud tiende a incrementar la SAP, lo cual baja en un 50% cuando existen problemas de acceso.

RECOMENDACIONES PARA CHILE (RESUMEN)

1. El sistema de salud chileno tiene la oportunidad de incorporar en sus métricas los indicadores de pobreza multidimensional, salud auto-percibida y cinco indicadores de barreras de acceso al sistema, tanto para registro continuo en salud pública como para la construcción de metas sanitarias actualizadas que promuevan el estudio y medición poblacional de estas variables desde su real complejidad.
2. Existe la posibilidad de agregar además estos indicadores desde la perspectiva de las comunidades, por ejemplo en los diagnósticos participativos comunales que se realizan periódicamente, u otros de pertinencia territorial local, de tal forma de obtener estimaciones de base comunal que complementen aquellas de base poblacional señaladas previamente.
3. Se recomienda promover la creación de un Observatorio Nacional de Pobreza y Salud, así como una Red Nacional de Estudios sobre Pobreza y Salud. Desde estas plataformas de colaboración, se propone potenciar el trabajo intersectorial en materia de pobreza y salud, en particular vivienda, trabajo, educación y desarrollo social.
4. Explorar la posibilidad de incluir el indicador de salud auto-percibida en algunas evaluaciones y diagnósticos del sector de Desarrollo Social, de manera que se establezcan desde otros sectores derivaciones cruzadas a salud que propicien el trabajo intersectorial entre actores clave, con el fin de mejorar la vida y bienestar de quienes hoy viven en pobreza y al mismo tiempo experimentan bajo nivel de salud general en nuestro país.
5. Avanzar en los resultados de este estudio mediante la estimación de pobreza multidimensional y salud auto-percibida para grupos vulnerables de especial interés social y político, como pueblos originarios, migrantes internacionales, población infantil y adultos mayores, entre otros.

1. POBREZA Y ACCESO A SALUD COMO DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN CHILE

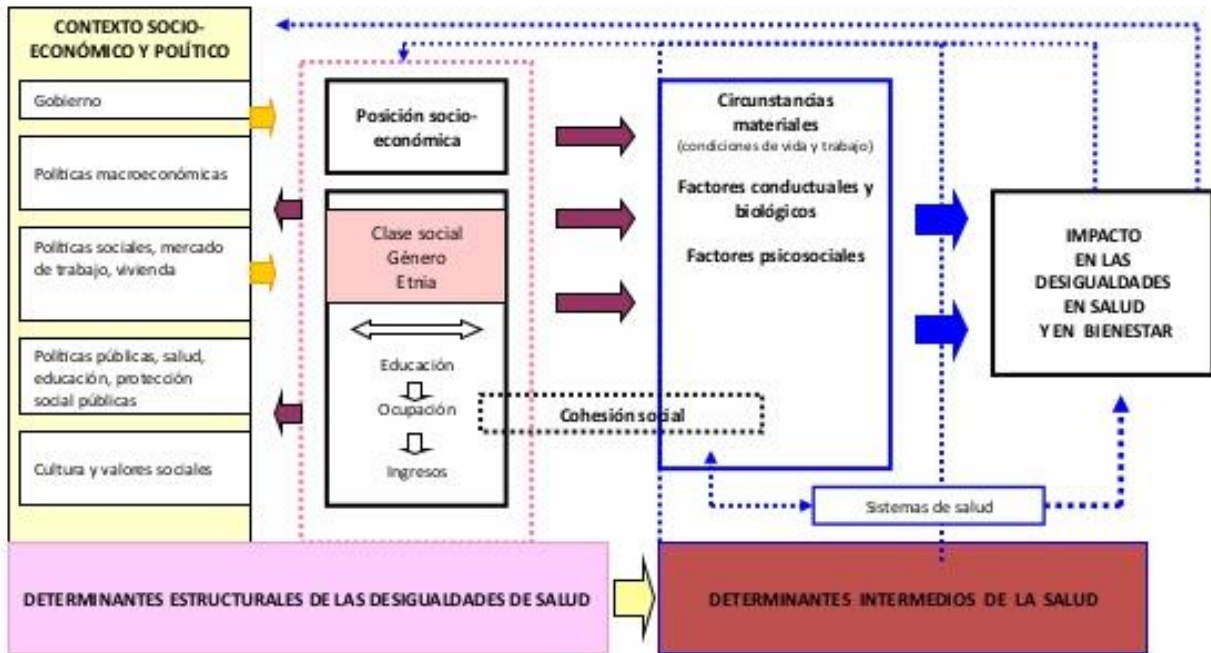
Los determinantes sociales se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y, por distintos mecanismos, tienen un impacto en su salud (1-3). El concepto de inequidad en salud se refiere a todas aquellas diferencias en salud que son evitables e injustas (4, 5). Gran parte de las inequidades en salud entre distintos grupos de la población son explicables por estos determinantes sociales (6). Por lo tanto, las inequidades son posibles de revertir, para lo cual es necesario contar con políticas públicas que logren reducir la fuerte asociación que existe entre condiciones sociales de vida y la salud en la población.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un marco conceptual, el cual identifica y categoriza los diversos DSS identificando de qué forma interactúan y generan las inequidades en salud (7). Se distinguen dos categorías: DSS estructurales y DSS intermedios. El DSS intermedio se refiere a la interacción entre salud y factores psicosociales, biológicos y de condiciones materiales de vida. También incluye los efectos del sistema de salud. Los DSS estructurales incluyen, por su parte, el nivel macro / contextual (político y cultural) y la posición socioeconómica (PSE), mediada por dimensiones como clase social, género y etnia, ocupación, nivel educacional e ingreso. La Figura 1 da a conocer los distintos componentes del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, creado por Irwin y Solar (8, 9).

Reducir las inequidades en salud ha sido un eje prioritario en el trabajo desarrollado por la OMS y en múltiples países, incluido Chile (10). Este país ha liderado la inclusión explícita de este objetivo en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población (11). Otros ejemplos han sido los dos últimos documentos de Objetivos Sanitarios, de las décadas 2001-2010 y 2011-2020, junto a otros reportes ministeriales y académicos que dan cuenta del amplio cuerpo de evidencia que existe a nivel mundial y el creciente conocimiento que se ha desarrollado en Chile en esta temática (12).

Dos determinantes sociales de la salud a nivel mundial y en Chile son la pobreza y el sistema de salud. La pobreza no aparece en forma explícita en el modelo de DSS más frecuentemente utilizado, pero es un resultado de la distribución del ingreso y el poder al interior de una sociedad, en especial dada la centralidad de la posición socioeconómica como determinante intermedio de la relación entre factores macro-estructurales y factores individuales. El sistema de salud es también un determinante social de la salud, en tanto la forma en cómo se concibe, diseña e implementa un sistema de salud en una sociedad define las oportunidades de acceso, la diversidad de prestaciones de servicios disponibles, los costos individuales asociados, y el grado de satisfacción final así como de recuperación de la salud de las personas, comunidades y naciones. Las secciones siguientes describen cada uno de estos componentes del modelo de DSS por separado, así como también describen el estado del arte acerca de la salud auto-percibida o autoreportada, del inglés *self-reported health* (SAP).

Figura 1: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud según el último reporte de OMS, 2008.



1.1 BRECHA Y GRADIENTE SOCIOECONÓMICA EN SALUD

El nivel socioeconómico es un reconocido determinante social de salud poblacional. Existe consenso internacional respecto a la existencia de una gradiente socioeconómica en la salud, en el cual mientras más bajo sea el nivel socioeconómico de un individuo peores son sus condiciones sanitarias y estado de salud (1–3). Esta “gradiente social” es fina, es decir, afecta a toda la distribución socioeconómica de una población o sociedad y no solo a grupos socioeconómicos extremos. La existencia de esta gradiente social en salud no solo repercute en el individuo en sí, sino que también afecta a casi todas las naciones, ya sean de altos, medio o bajos ingresos (1).

En particular, las personas pobres son las que tienden a presentar los peores resultados de salud comparado con las más ricas (brecha socioeconómica en salud). A su vez los individuos con mala salud, o con miembros de su hogar con mala salud, tienden a presentar limitaciones a la hora de generar ingresos, lo que puede llevar a que incidan en situación de pobreza o se mantengan en ella, en el caso de haberlo estado desde un comienzo (13-15).

Existe en Chile y Latinoamérica preocupación por la reducción de la pobreza absoluta (personas viviendo debajo de la línea de la pobreza) y relativa (personas que no reportan el mejor nivel socioeconómico posible en dicha sociedad aun sin vivir en pobreza absoluta). Reducir la pobreza en un país se asocia en forma directa a mayor esperanza de vida, mejor calidad de vida, mayor bienestar social general y mayor desarrollo.



2. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DESDE EL ENFOQUE DE BIENESTAR SUBJETIVO

2.1 BIENESTAR SUBJETIVO

Tal y como se señala en el libro de Alfaro y col. (2016), en el 2016 se van a cumplir 50 años del nacimiento del denominado “movimiento de los indicadores sociales” (16). En el seno de este movimiento se impulsó el estudio científico del concepto de calidad de vida, conectando los estudios mediante indicadores sociales con el estudio del bienestar subjetivo: *“Todo esto significó que las informaciones subjetivas proporcionadas por los ciudadanos, principalmente a partir de grandes muestras representativas de poblaciones específicas, pasaban a tener entidad científica...”* (pág. 7).

Durante las últimas décadas, se ha desarrollado un interés creciente por el estudio del bienestar subjetivo. Este interés ha estado inserto en un contexto más amplio como es el estudio de la calidad de vida. Este concepto ha sido propuesto por los investigadores para conocer y comprender mejor el desarrollo positivo y otras dimensiones relacionadas con la prevención de comportamientos de riesgo, así como con situaciones de exclusión social y vulnerabilidad. Pero especialmente se ha enfatizado en el estudio de sus correlatos con la salud física y mental así como el desarrollo humano integral, tanto a nivel individual como colectivo. En este sentido, bienestar subjetivo y salud se convierten en conceptos estrechamente interconectados y vinculantes, en tanto bienestar y salud dependen la una de la otra. Según el autor que se revise, la dimensión de salud alcanza gran relevancia y utilidad en el campo del bienestar subjetivo, incluyendo indicadores de auto-percepción de salud. Así lo declaran Alfaro et al. el 2016 (16):

“El bienestar subjetivo está integralmente vinculado a una amplia gama de indicadores físicos, emocionales y sociales de funcionamiento personal y social... Así, el bienestar subjetivo es una valiosa herramienta que permite extender el alcance de los indicadores más allá de los indicadores objetivos, a menudo utilizados exclusivamente en la toma de decisiones gubernamentales... Se contribuye a las políticas públicas y programas de intervenciones en general, por medio de la integración de una visión positiva, que aporta a los programas sociales que tienden a poner énfasis en la identificación de los elementos que afectan negativamente la vida de las personas...” (pág. 11-12) (16).

2.2 AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

La medición subjetiva del estado general de salud o también llamada autopercepción de salud (SAP, por su sigla en inglés) es de amplia utilidad para conocer el estado de salud general tanto a nivel individual como poblacional. La SAP es medida usualmente a través de una sola pregunta, lo que hace fácil su implementación permitiendo su aplicación a gran escala (17-20).

La SAP no solo refleja la presencia o ausencia de enfermedad sino que devela condiciones psicosociales, demográficas y de estilos de vida que tienen efectos desfavorables sobre el estado general de salud (17, 21). Así, la SAP se relaciona con la salud psicológica, sexual reproductiva y con la presencia de multi-morbilidad asociada a enfermedades crónicas (19, 22, 23). Probablemente la característica más importante de la SAP es que constituye un predictor robusto de mortalidad a corto plazo, principalmente en el contexto de países industrializados y en vías de desarrollo (24, 25). Esta asociación ha sido utilizada como argumento para apoyar la validez de este indicador, dado

que la mortalidad es considerada una de las mediciones más objetivas de la salud general de la población (17).

Dada la amplitud del concepto de SAP, es posible comprender que los factores que influyen sobre ella varían acorde a la situación específica de cada país (26). Pese a esto, la literatura concuerda en que variables como el sexo, edad, raza, estatus migratorio, etnia, nivel socioeconómico (ocupación, ingreso y nivel educacional como indicadores clásicos) son algunos de sus principales determinantes (24, 25, 27). Así, por ejemplo, aquellas personas pertenecientes a grupos más desventajados o en situación de pobreza poseen también menores niveles de SAP que la población general (28).



3. MEDICIONES DE POBREZA EN CHILE

En Chile, desde 1980, la pobreza ha sido medida empleando el llamado “*método tradicional*”, el cual utiliza el ingreso como proxy de la capacidad de satisfacción de necesidades básicas de las personas. Esta medición cataloga como pobre a todo aquel sujeto cuyo ingreso per cápita mensual esté por debajo de la llamada “línea de la pobreza”. Esta línea es estimada a partir de la encuesta de presupuesto familiar (EPF) y corresponde al ingreso mínimo requerido para cubrir la canasta básica alimentaria y no alimentaria (29). Esta conceptualización, centrada solo en el ingreso, es limitada ya que este solo representa un aspecto de este fenómeno, dejando fuera otras dimensiones como acceso a salud, educación o estado de la vivienda. Más aun, inclusive desde la perspectiva del ingreso como medio para satisfacer las necesidades básicas de un hogar, esta medición no logra abarcar la economía de escalas de equivalencia en el consumo al interior del hogar, reconocida hoy en día como un punto importante a considerar al momento de analizar ingresos del hogar (6, 30). En respuesta a estas desventajas y ante la necesidad de una mirada más integral del fenómeno de la pobreza, en el 2010 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (31) desarrolló el Índice de Pobreza Multidimensional (PMD).

3.1 POBREZA MULTIDIMENSIONAL

La medición de “*pobreza multidimensional*”, tal como su nombre lo dice, considera diferentes aspectos asociados a las condiciones de vida de las personas. Las dimensiones incluidas en este indicador son idiosincráticas, por lo que varían entre países, de acuerdo a lo que cada país considere socialmente necesario para establecer un mínimo de bienestar social a su población. Usualmente cada una de estas dimensiones es subdividida en indicadores más específicos de bienestar. De esta manera, un individuo será clasificado como pobre acorde a las carencias que presente en tales indicadores (29, 31).

En Chile el PMD se implementó a partir del 2013 y la información requerida para su estimación fue recabada en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). En el caso de Chile las dimensiones de este indicador fueron seleccionados en base a juicios normativos, disponibilidad de información, revisión de literatura internacional y consenso de los participantes del proceso, definiendo así cuatro dimensiones compuestas de tres indicadores de bienestar específicos cada una (ver Figura 2). A partir de este enfoque se definió como pobre a todo aquel que posea carencias en al menos 3 de los 12 indicadores de bienestar, otorgándole igual importancia o ponderación a cada uno de estos (29).

Figura 2: Dimensiones e indicadores de bienestar, pobreza multidimensional Chile 2013.



Fuente: Documento metodológico: "Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional", CASEN 2013

En detalle, se considera que un hogar es carente en un determinado indicador de bienestar si posee al menos un miembro con las siguientes características:

- **Dimensión de Educación:**
 - Asistencia: Al menos un miembro del hogar niño o adolescente (14-18 años) que no asista a una institución educacional.
 - Rezago escolar: Al menos un miembro menor de 21 años que presente rezago escolar, es decir se encuentra retrasado en dos años o más años en relación al nivel que le corresponda según su edad.
 - Escolaridad: Al menos un miembro mayor de 18 años que no haya alcanzado el mínimo de años de escolaridad establecidos por ley acorde a su edad (4 años antes de 1930, 6 años entre 1930 y 1966, 8 años entre 1967 y 2002 y 12 años desde 2003).
- **Dimensión de Salud:**
 - Malnutrición en niños: Al menos un miembro de hogar menor de 7 años cuyos padres reporten que su estado nutricional es distinto a la categoría Normal.
 - Adscripción a Sistema de Salud: Al menos un miembro del hogar no afiliado a un sistema de salud u otro seguro de salud.
 - Atención: Al menos un miembro del hogar que no consultó ante un problema de salud (en los 3 meses previos a la encuesta) producto de: no tener tiempo, no tener dinero, dificultad para llegar al lugar de atención o no obtener hora pese a haberla pedido. O al menos un miembro del hogar cuyo tratamiento AUGÉ-GES no se encuentre cubierto producto de: no poder esperar por la consulta, pensar que el tratamiento sería de baja calidad, el trámite es muy difícil, el AUGÉ o GES no cubría las necesidades de su enfermedad, desconocimiento de cobertura, no pertenecer al tramo etario u otra razón no especificada.
- **Dimensión de Trabajo y seguridad social:**
 - Ocupación: Al menos un miembro mayor de 18 años o menores de 19 con educación media completa que esté sin trabajo pero buscando durante el periodo de referencia.

- Seguridad social: Al menos una persona ocupada de 15 años o más (excluyendo trabajadores independientes con educación completa) que no cotiza en el sistema previsional
- Jubilación: Al menos una mujer mayor de 59 años u hombre mayor de 64 años que no reciba jubilación (pensión contributiva, no contributiva o ingresos por arriendos, retiro de utilidades o dividendos e intereses). (16).
- *Dimensión de Vivienda:*
 - Hacinamiento: Hogar en situación de hacinamiento leve o superior, es decir el cociente entre el número de personas del hogar y el número de dormitorios del hogar es mayor o igual a 2,5.
 - Estado de la vivienda: La vivienda se encuentra en mal estado de conservación o es una vivienda precaria.
 - Servicios básicos: La vivienda no cuenta con servicios básicos como: acceso a agua potable de red pública con llave dentro de la vivienda y sistema de eliminación de excretas adecuado.



3.2 POBREZA Y SALUD

Pobreza y salud son dos conceptos estrechamente relacionados y de manera bidireccional. La salud es uno de los más importantes componentes del capital humano. Es así como al verse afectada la salud de una persona o población por la situación de pobreza en que se encuentra, se ven interferidas las oportunidades de esta persona o población de alcanzar su máximo potencial. Esto a su vez le impide llevar una óptima vida social, económica y productiva, interfiriendo además en su capacidad para enfrentar posibles adversidades (32).

Las personas que viven en situación de pobreza perciben más afectada su salud en términos de acceso y atención en salud, y asimismo en la prevalencia de patologías y problemáticas de salud. Sumado a esto, también destacan sus peores indicadores de salud (33-35). La salud de una persona o población está determinada, al menos en parte, por las condiciones en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estas condiciones son los llamados determinantes sociales de la salud y son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, los cuales a su vez dependen de las políticas globales y particulares adoptadas (1).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre las poblaciones. Esto es lo que conocemos como inequidades en salud (1). La salud es indispensable para poder trabajar. Al ser incompatible o limitante, la salud conduce a un alto riesgo individual y familiar de enfrentar una situación de pobreza. Y en retorno, las personas en situación de pobreza tienen un riesgo aumentado de experimentar pérdidas en su nivel de bienestar o empobrecer a causa de enfermedades y gastos inesperados, impostergables o imprescindibles en salud, pues disponen de menos recursos y se encuentran más desprotegidas para enfrentar estas situaciones, ya sea por privaciones económicas o sociales. Esto es lo que denominamos riesgo de empobrecimiento por catástrofe (34, 36).

En el marco de esta investigación, que busca explorar la relación entre SAP y pobreza en Chile, sabemos que a nivel mundial existen diferentes estudios que ya han descrito esta relación. Si bien la fuerza de esta asociación varía entre las diferentes naciones –según como sea medida la pobreza–, la pobreza absoluta o relativa logra explicar en gran parte las diferencias existentes entre los niveles de SAP entre los individuos, siendo los más pobres quienes presentan peores niveles de SAP. En Chile se ha estudiado la relación entre SAP e ingresos, utilizando datos de la CASEN para los años 2000 y 2004, evidenciando una relación directa entre ambos indicadores (27, 37, 38). Además, se ha observado que el acceso a servicios de salud juega un rol crítico en esta relación, ya que si quienes son catalogados como pobres no son capaces de acceder de manera efectiva a servicios de salud, su nivel SAP se ve aún más afectado (13). Sin embargo, dado que el problema de la pobreza es más complejo que la sola carencia de recursos, explorar estas relaciones considerando el enfoque del PMD parece más apropiado.

En Chile el estudio de la relación entre SAP e PMD solo ha sido explorada considerando cada una de las dimensiones en forma independiente. En estos estudios se ha evidenciado que carencias en las diferentes dimensiones del PMD se asocian a un menor nivel de SAP. Pese a esto urge una mirada que considere el PMD en forma integrada, concordante con su conceptualización teórica y pertinencia empírica, de modo de dar cuenta de las complejidades de este fenómeno. Esto contribuiría a posicionar el PMD como una herramienta que permita identificar no solo a quienes se encuentran en situación de pobreza sino también a quienes presentan una pobre auto percepción de su salud. Si este estudio logra confirmar la estrecha relación entre salud auto-percibida y pobreza

multidimensional en Chile, entonces el indicador de SAP adquiere mayor relevancia no solo para el sistema de salud sino para políticas más amplias e intersectoriales como aquellas vinculadas a pobreza, desarrollo social y bienestar.

4. ACCESO A ATENCIÓN EN SALUD

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales, fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976. En la actualidad, este tratado ha sido firmado y ratificado por 160 países y la protección social se inscribe en el marco de los derechos ciudadanos. En el año 2002, los países de América Latina y el Caribe acordaron iniciar esfuerzos para extender la protección social en salud. Protección Social en Salud se definió por OPS, en la 36ª Sesión Comité Ejecutivo del 25 de Marzo de 2002 en Washington, DC como *“garantía que la sociedad otorga, por conducto del Sistema de Seguridad Social en Salud y por medio de sus instituciones públicas, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus demandas de salud, al obtener acceso a los servicios de manera adecuada al sistema de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”* (39).

La protección social se especifica a través de tres dimensiones principales: (i) la de la cobertura horizontal (la proporción de la población que tiene acceso (cobertura) a alguno de los subsistemas de la seguridad social en salud o del sistema nacional de salud); (ii) la de la cobertura vertical (acceso a prestaciones, es decir, a qué prestaciones tienen derecho efectivo, oportuno y razonablemente garantizado tales afiliados); y, (iii) la de la protección financiera (en qué medida la cobertura impide que los gastos totales o complementarios en salud que pagan los individuos directamente exacerben la desigualdad en ingresos o estados de salud) (39). Más recientemente se incorporó la dimensión de calidad.

En Chile el derecho a la salud fue establecido por primera vez en la Constitución de 1925. En la reformulación de 1980 se consagró el derecho a la protección de la salud pero deslindó al Estado de la obligatoriedad de hacerse cargo de la provisión de los medios para el ejercicio de este derecho, otorgándole un rol subsidiario en la materia y brindando un papel más importante al sector privado. A partir de este marco conceptual, la última Reforma de Salud de Chile implementada el 2005 intentó abordar estos pilares de protección social y considerando cinco conceptos esenciales: (i) derecho a la salud, (ii) equidad en salud, (iii) solidaridad en salud, (iv) eficiencia en uso de recursos y (v) participación social en salud (40, 41).

4.1 MODELOS CONCEPTUALES PROPUESTOS SOBRE ACCESO A SALUD

El **acceso a la asistencia sanitaria** es una definición compleja y multidimensional que ha evolucionado con el tiempo (42). Una de las primeras definiciones y más ampliamente usadas de este concepto se refiere a la capacidad de alcanzar, obtener o proporcionar entrada a los servicios de salud disponibles en un país (43). Esta definición se centró en el "lado de la demanda", es decir, la población que necesita atención. Un enfoque en el "lado del proveedor", es decir, la oferta de cuidado de la salud, se ha desarrollado mediante la definición de acceso como la disponibilidad de los servicios, o la oportunidad de utilizar los servicios (44).

Otros autores han sugerido que la presencia de los servicios de salud por sí sola no implica el acceso a la asistencia sanitaria; más bien, el acceso se debe conceptualizar en términos de **utilización de los servicios** (45). Esta conceptualización de acceso incorpora dos dimensiones, la oferta y la demanda. Más recientemente, el acceso ha sido definido como el ajuste entre las necesidades de los individuos y la capacidad del sistema de salud para satisfacer dichas necesidades. McIntyre et al. (46) definieron acceso como un concepto multidimensional basado en la interacción entre los sistemas sanitarios e individuos, en el que las dimensiones de la **disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad** interactúan para afectar a la salud final de las personas y comunidades.

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población (47). En el ámbito de los servicios médicos, acceso a salud en general se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. No obstante, es importante reconocer que existen diversas acepciones y marcos conceptuales referidos al concepto de acceso en salud y que este ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. La Figura 3 describe una síntesis de los componentes o dimensiones identificadas en los diversos modelos teóricos sobre el concepto de acceso a salud y que fue desarrollado por Cabieses y Bird el 2014 (42).

Los conceptos relacionados a acceso más frecuentemente utilizados a nivel internacional son: (i) necesidad de salud, (ii) acceso a servicios de salud, (iii) componentes esenciales de acceso a servicios (acceso geográfico o "availability of healthcare", acceso financiero o "affordability of healthcare", acceso socio-cultural o "acceptability of healthcare"), (iv) barreras de acceso, (v) conceptos asociados a metas sanitarias (confianza y otros). El Cuadro 1 define cada uno de estos conceptos de manera sintética (42).

Cuadro 1: Descripción de principales conceptos relacionados con acceso salud (42).

Necesidad de atención de salud: se ha definido como la capacidad de beneficiarse de la atención de salud. Existe capacidad de beneficiarse cuando hay pruebas de que la atención ofrece beneficios similares entre individuos que comparten una condición particular de salud. En este sentido, la necesidad de atención está vinculada con la eficacia de las intervenciones de mantener o recuperar el estado de salud de las personas. Se han descrito diferentes dimensiones de necesidad de salud, incluidas la necesidad normativa (definida por una relación de expertos para una norma o estándar), la necesidad sentida (percibida por una persona o población), la necesidad expresada (cuando una necesidad sentida es manifestada en el sistema de salud), y la necesidad evaluada (juzgada por un profesional o experto).

Acceso geográfico o “availability of healthcare”: La disponibilidad de la asistencia sanitaria refleja si los profesionales de la salud y los servicios de salud apropiados se suministran en el lugar correcto y en el momento adecuado para satisfacer las necesidades de salud de una población. Esto incluye la facilidad o dificultad para acceder según condiciones territoriales como distancia entre el hogar y el centro de salud.

Acceso financiero o “affordability of healthcare”: incorpora todos los costos para el individuo de utilizar el servicio y la capacidad del individuo para pagar en el contexto del presupuesto familiar y otras demandas de ese presupuesto. Estos pueden incluir los costos directos de la atención como pago de la atención directa, el costo de los medicamentos y el costo de transporte. También incluye costos indirectos, como la pérdida de salarios por concepto de días no trabajados por enfermedad, o el no trabajar para ser cuidador informal de algún familiar enfermo.

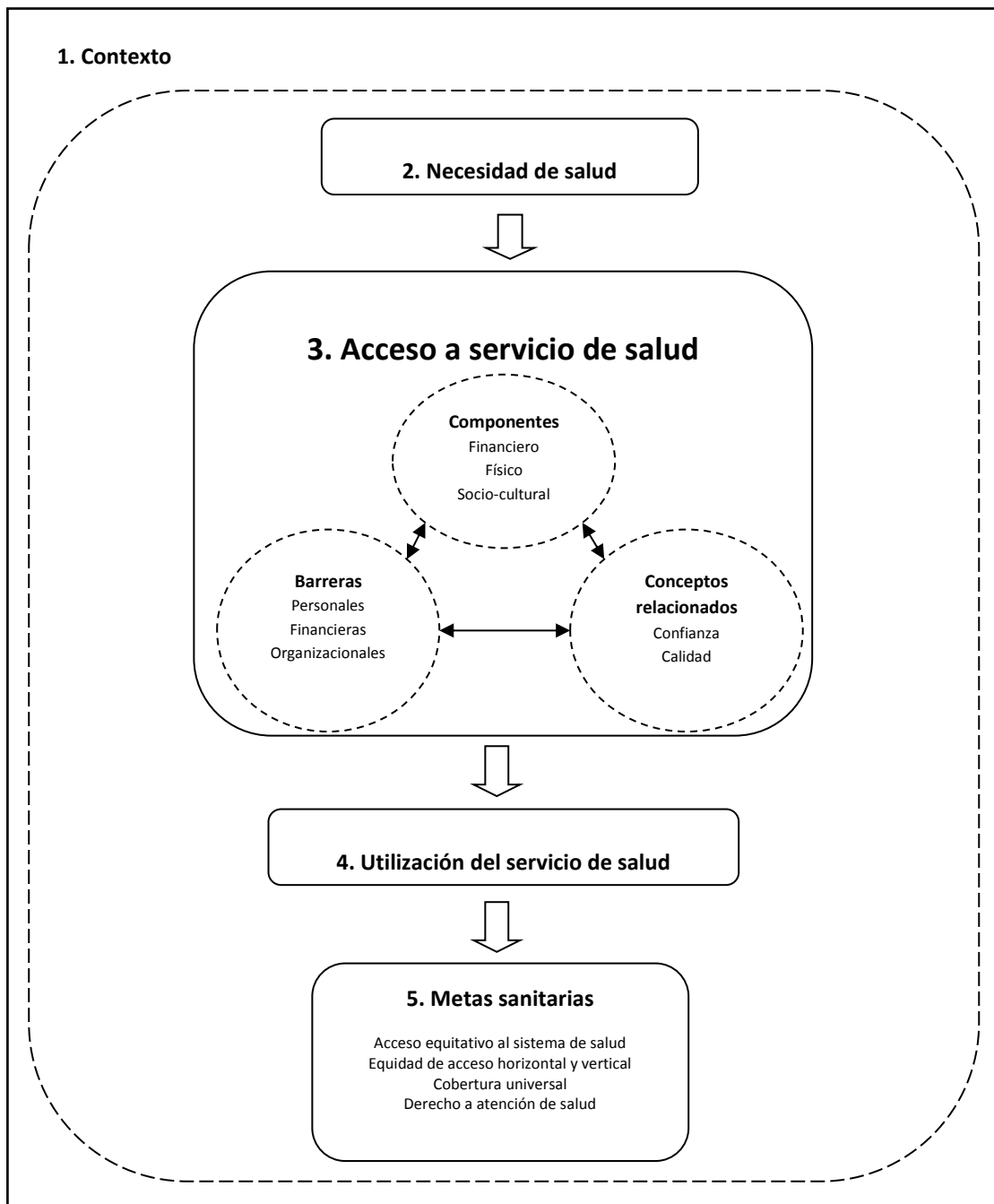
Acceso socio-cultural o “acceptability of healthcare”: se ha definido como el "ajuste entre las actitudes del proveedor y las expectativas de cada uno de los pacientes". Las actitudes de los proveedores son por ejemplo hacia las características del paciente, tales como características demográficas o conocimientos. Las expectativas de los pacientes dicen relación con procesos de derivación, diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, las creencias, actitudes y normas subjetivas de los individuos hacia la salud y la asistencia sanitaria también determinan la aceptabilidad y la utilización final de los servicios de salud disponibles.

Barreras de acceso a salud: son factores que impiden que las personas accedan a la atención de salud. Pueden ocurrir en diferentes puntos de la vía de acceso, desde el pobre reconocimiento de las necesidades de salud y hasta el logro de los resultados deseados. Las barreras incluyen tanto los factores de lado de la “oferta” (costos y organización de los servicios), así como los factores de la “demanda” (conocimiento, creencias culturales, actitudes relativas a las condiciones médicas, preferencias del paciente). La literatura distingue al menos entre barreras personales/individuales, barreras financieras, barreras organizacionales y barreras geográficas.

Confianza: concepto complejo y multidimensional que incluye factores de juicio racional o cognitivos y factores afectivos. Incluye por ejemplo la confianza en la competencia de los trabajadores de la salud (por ejemplo, la habilidad y el conocimiento de un trabajador de la salud) y la creencia de que el agente de salud está trabajando centrado en el beneficio del paciente y no sobre la base de intereses propios.



Figura 3: Componentes del concepto de acceso a salud, a partir de revisión de literatura, Cabieses y Bird 2014. Traducido al español por los autores.



4.2 INTERÉS EN ACCESO A SALUD Y RESULTADOS DE SALUD PARA HOMBRES Y MUJERES

La relación entre género y salud es compleja y multidimensional, así como un foco de interés en investigación y en políticas públicas a nivel mundial. El concepto amplio de género considera aspectos de diversidad de identidad de género, que van mucho más allá a lo “femenino” y “masculino” como categorías excluyentes. No obstante, para efectos de este estudio y dadas las limitaciones de construcción de la variable, se podrá trabajar únicamente con la variable sexo (hombre y mujer) y no con otras categorías de identidad de género.

La OMS por ejemplo, considera la equidad de género como parte de sus principios rectores. En la salud en particular, la igualdad de género significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género. Según la OMS: *“La equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. Las estrategias de equidad de género se utilizan para finalmente lograr la igualdad. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.”*

Pese a los importantes esfuerzos de alcanzar estabilidad macroeconómica, paz y sustentabilidad por parte de todos los países del mundo, las diferencias de acceso y uso efectivo de servicios de salud, así como de resultados de salud siguen siendo distintivas entre hombres y mujeres. Respecto de la salud de mujeres, las mujeres de muchos países del mundo no tienen un acceso equitativo a los servicios básicos de salud. De acuerdo a Mujeres y Salud de la plataforma de acción #Beijing20i de la ONU Mujeres (2015) las niñas en el mundo a menudo reciben menos atención que los niños en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles. En Chile, existe evidencia sobre el mayor uso de prestaciones de salud por parte de mujeres comparado con hombres, con el consecuente mayor diagnóstico en el grupo femenino en muchas de las enfermedades, pero al mismo tiempo las profundas inequidades de ingreso y trabajo que las mujeres presentan cuando se las compara con los hombres (48). Esto se ha observado en forma consistente para distintas fuentes de información de representación nacional en Chile y en distintos años de análisis, las cuales han incluido la medición de SAP para hombres y mujeres por separado (49).

Respecto de la salud de hombres, a nivel mundial se observa una tendencia respecto a la diferencia entre los promedios de esperanza de vida de (50). Las mujeres viven aproximadamente entre 6 a 7 años más que los hombres, situación que se repite en Latinoamérica y en Chile (51). En un esfuerzo por entender la salud masculina en Chile, el Ministerio de Salud realizó el 2011 un perfil de salud de los hombres chilenos utilizando los datos epidemiológicos disponibles (52). Las principales causas de muerte en la población masculina fueron: enfermedades cardiovasculares (25,6), tumores (24,5), causas externas, incluyendo accidentes y suicidio (12,8) y enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio (9,3). En lo referente a morbilidad, el mayor número de consultas de salud por hombres al sistema formal es debido a lesiones y envenenamientos, enfermedades relacionadas con el sistema digestivo, enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio, enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio y enfermedades relacionadas con el sistema genitourinario.

Finalmente, en relación a factores de riesgo en salud, el reporte hace mención al elevado consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad o sobrepeso, y sedentarismo.

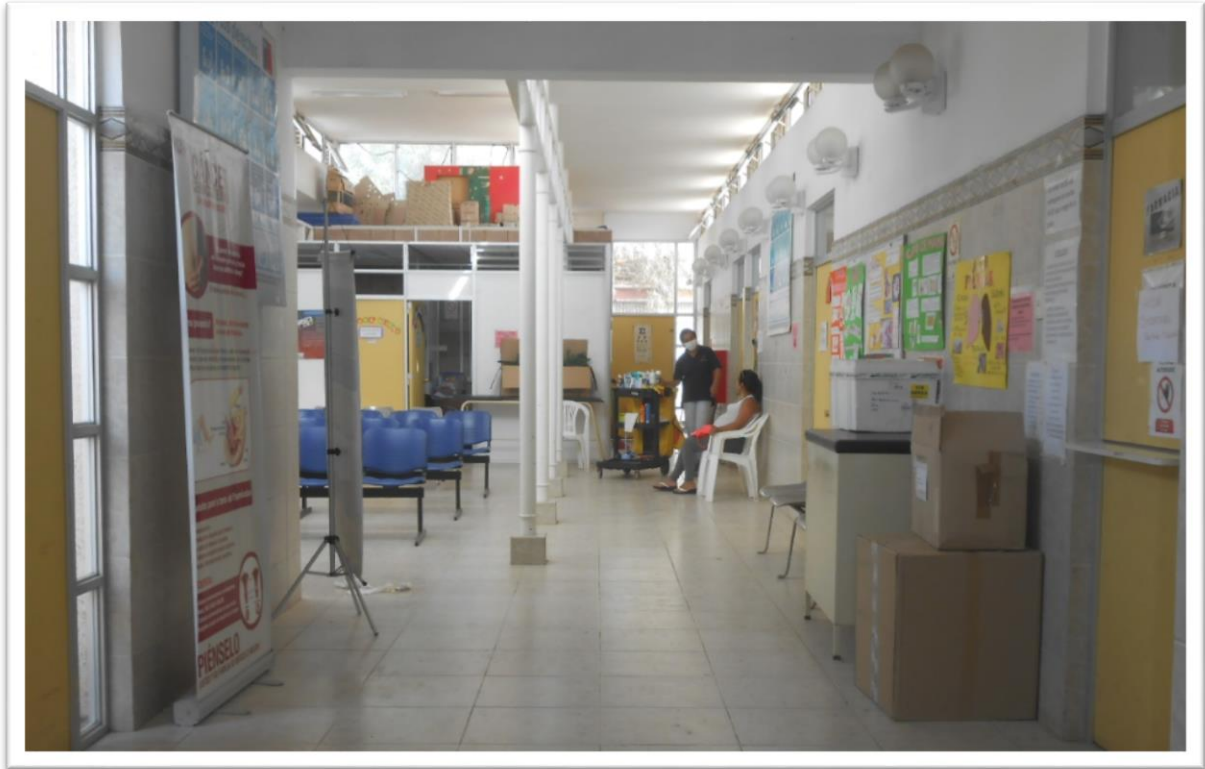
Con estos antecedentes de la estrecha relación entre salud y género, es necesario que un estudio que explore salud auto-percibida, acceso al sistema de salud y pobreza incorpore la variable de sexo/género en su análisis. Así, género es un importante determinante social de la salud que interactúa con el sistema de salud, el nivel socioeconómico y pobreza y el bienestar y estado de salud.

VACÍO DE CONOCIMIENTO Y PROPÓSITO

Pobreza y salud son dos conceptos estrechamente relacionados y de manera bidireccional. La salud es uno de los más importantes componentes del capital humano. Es así como, al verse afectada la salud de una persona o población por la situación de pobreza en que se encuentra, se ven interferidas las oportunidades de esta persona o población de alcanzar su máximo potencial. Esto a su vez, le impide llevar una óptima vida social, económica y productiva, interfiriendo además en su capacidad para enfrentar posibles adversidades.

A nivel mundial existen estudios que han explorado la relación entre SAP y pobreza. Si bien la fuerza de esta asociación varía entre las diferentes naciones –según como sea medida la pobreza–, la pobreza absoluta o relativa logra explicar en gran parte las diferencias existentes entre los niveles de SAP entre los individuos, siendo los más pobres quienes presentan peores niveles de SAP. En Chile se ha estudiado la relación entre SAP e ingresos, utilizando datos de la CASEN para los años 2000 (15) y 2004 (2), evidenciando una relación directa entre ambos indicadores. Además, se ha observado que el acceso a servicios de salud juega un rol crítico en esta relación, ya que si quienes son catalogados como pobres no son capaces de acceder de manera efectiva a servicios de salud, su nivel SAP se ve aún más afectado (2). Sin embargo, dado que el problema de la pobreza es más complejo que la sola carencia de recursos, explorar estas relaciones considerando el enfoque de pobreza multidimensional (PMD) parece más apropiado y urgente de caracterizar.

En Chile el estudio de la relación entre SAP y PMD solo ha sido explorada considerando cada una de las dimensiones en forma independiente. En estos estudios se ha evidenciado que carencias en las diferentes dimensiones del PMD se asocian a un menor nivel de SAP (2,4,6–9,12–15). Pese a esto urge una mirada que considere el PMD en forma integrada, concordante con su conceptualización teórica y pertinencia empírica, de modo de dar cuenta de las complejidades de este fenómeno. Esto contribuiría a posicionar la PMD como una herramienta que permita identificar no solo a quienes se encuentran en situación de pobreza sino también a quienes presentan una pobre autopercepción de su salud. Si este estudio logra confirmar la estrecha relación entre salud auto-percibida y pobreza multidimensional en Chile, entonces el indicador de SAP adquiere mayor relevancia no solo para el sistema de salud, sino para políticas más amplias e intersectoriales como aquellas vinculadas a pobreza, desarrollo social y bienestar.



CAPÍTULO 2: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre **salud auto-percibida** y **pobreza multidimensional**, cruda y mediada por acceso efectivo a salud, para adultos chilenos en el año 2013?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre salud auto-percibida y pobreza multidimensional, cruda y mediada por acceso efectivo a salud, para adultos chilenos en el año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población adulta (mayores de 15) en Chile 2013, en forma global y según los diferentes niveles de **salud auto-percibida y pobreza multidimensional**.
2. Caracterizar el **acceso efectivo** de los chilenos, en 2013 mayores de 15 años, en forma global y según nivel de salud auto-percibida, características sociodemográficas y pobreza multidimensional.
3. Analizar la **asociación entre pobreza multidimensional y salud auto-percibida**, en forma cruda y ajustada por características demográficas (pertenencia étnica, nacionalidad, región, sexo, edad).
4. Analizar la asociación entre pobreza multidimensional (global y cada una de sus dimensiones) y salud auto-percibida, **mediada por acceso efectivo a atención** en salud y ajustada por características demográficas (pertenencia étnica, nacionalidad, región, sexo, edad).
5. **Transferir** en forma efectiva y oportuna los resultados del estudio a actores clave para el país en ámbitos públicos, políticos y académicos.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

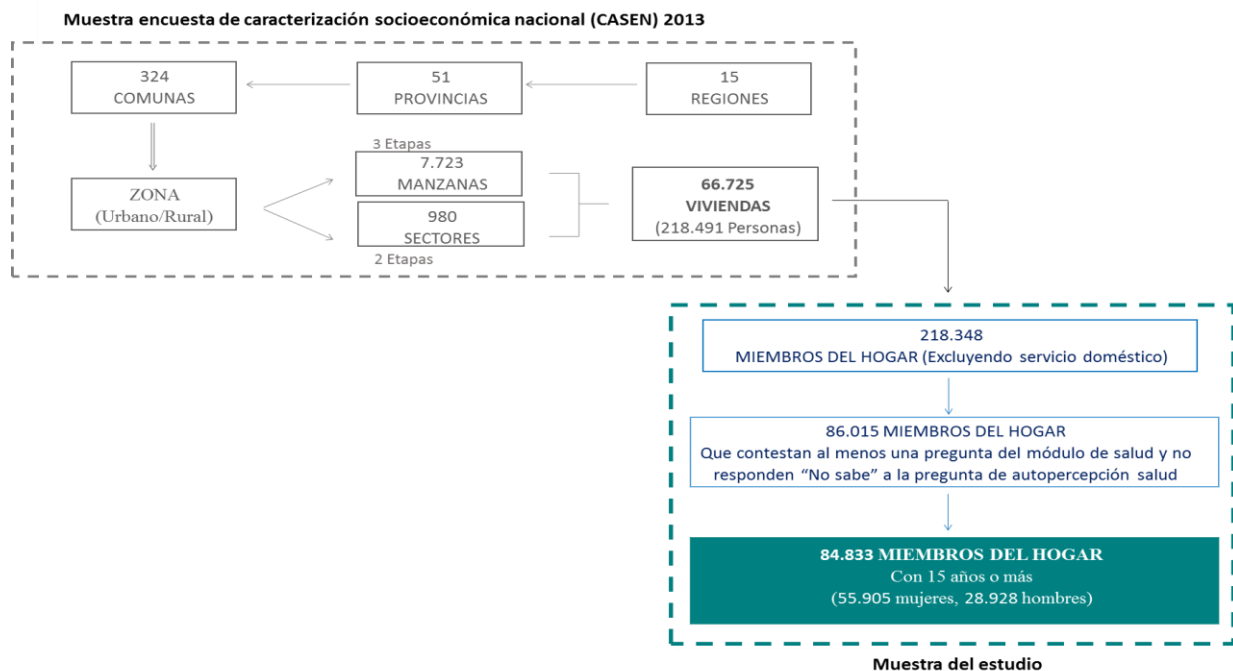
TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación corresponde a un estudio analítico de corte transversal, basado en los datos de la encuesta multipropósito de caracterización socio-económica nacional (CASEN) 2013. Dicha encuesta es estadísticamente representativa de las viviendas particulares de Chile a nivel nacional, regional y por zonas geográficas (urbano/rural). Su tamaño muestral fue el estimado considerando como variable de interés la tasa de pobreza, por lo que fijó un error absoluto para esta estimación de 0.69 puntos porcentuales a nivel nacional y su diseño muestral corresponde a un diseño complejo: probabilístico, estratificado, por conglomerados y polietápico, el cual fue tomado en cuenta en todos los análisis realizados a lo largo de este estudio.

MUESTRA

La muestra de este estudio corresponde a un total de 84.833 sujetos (representativa de 6.703.354 sujetos) mayores de 15 años residentes de viviendas particulares de las 324 comunas incluidas en el marco muestral del Instituto Nacional de Estadística (excluye algunas comunas de difícil acceso geográfico e individuos institucionalizados) y que hubiesen contestado al menos una de las preguntas del módulo de salud de la encuesta CASEN 2013. Esta muestra no incluye a los miembros de núcleos compuestos por el servicio doméstico puertas adentro, los cuales acorde a la metodología de la encuesta CASEN, no se consideran para la estimación de la pobreza multidimensional (53). También se excluyeron del estudio aquellos sujetos que respondieron “no sabe” a la pregunta de autopercepción de salud, correspondiente a una de las principales variables de interés del estudio (ver Figura 4).

Figura 4: Construcción de la muestra del estudio



Elaboración propia a partir de la encuesta y documentos metodológicos CASEN 2013. Inspirado en Oshio & Kan 2014.

VARIABLES

La variable dependiente de este estudio es **autopercepción de salud** correspondiente a la pregunta “Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?” de la encuesta CASEN 2013. Para efectos del análisis descriptivo y de asociación se utilizó esta variable recodificada en 3 posibles categorías: **Nota 1 a 3, Nota 4 o 5 y Nota 6 o 7**.

Por otro lado, la principal variable independiente corresponde a la **situación de pobreza multidimensional (pobre/no pobre)** la cual considera como pobre multidimensional (PMD) a todo individuo que resida en un hogar en situación de PMD, es decir presente carencias en el hogar en al menos 3 de los 12 indicadores de bienestar definidos para la estimación de la PMD en el país en el año 2013 (ver Figura 1).

Destaca como principal covariable de interés (posible mediadora) **problemas para el uso efectivo de servicios de salud (sí/no)**. Para la construcción de esta variable se consideró que un individuo presentó problemas de acceso en el caso de que en los 12 meses previos a la encuesta (exceptuando consultas de urgencia) hubiese tenido al menos uno de los siguientes problemas: dificultades para llegar a la consulta, hospital, consultorio, etc.; dificultades para conseguir una cita/atención(hora) o para ser atendido; dificultades para pagar por la atención debido al costo; dificultades para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo.

Además se incluyeron las siguientes covariables de control: **sexo** (hombre/mujer), **edad**, **estado civil** (Casado o conviviente o pareja/ Anulado o separado o Divorciado/ Viudo/ Soltero), **zona geográfica** (urbano/rural), **ocupación** (ocupados/ desocupados/ inactivos), **nivel educacional** (años de estudio declarados como efectivamente cursados), **pertenencia étnica** (sí/no), **condición migratoria** (chileno/inmigrante), **previsión de salud** (FONASA/ ISAPRE/Ninguna, particular/ Otra) e **ingreso “equivalizado” del hogar** de acuerdo a metodología OECD (CLP Noviembre 2012).

El ingreso estandarizado o “equivalizado” del hogar (del inglés *equivalized*), a diferencia del ingreso total, toma en cuenta las economías de escalas de consumo y las necesidades económicas de los distintos miembros del hogar. Se obtiene dividiendo el ingreso total del hogar por el valor de equivalencia del hogar, obtenido a partir del tamaño y la composición de este (54). Para ello, se utilizó la “escala modificada” de la organización para la cooperación económica y el desarrollo (OECD), la cual asigna un puntaje de 1 al jefe del hogar, 0,5 a cada miembro adulto adicional y 0,3 a cada niño, así finalmente el valor de equivalencia del hogar se obtiene de sumar el total de puntos por cada miembro en el hogar (54, 55).

Las variables anteriormente mencionadas fueron utilizadas tanto para los análisis descriptivos como los análisis de asociación del presente estudio. Adicionalmente, y solo para el análisis descriptivo, se consideraron las variables: región de residencia (15 regiones del país), quintiles y deciles de ingreso autónomo per cápita del hogar, pobreza por ingresos (pobre extremo/ pobre/no pobre), necesidades de salud a largo y corto plazo, satisfacción de necesidades a largo y corto plazo. Cabe destacar que estas dos últimas se encuentran consideradas dentro del indicador de atención de salud de la pobreza multidimensional.

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En primera instancia se realizó un análisis exploratorio de la base de datos que investigó la existencia de datos perdidos, outliers y posibles errores de digitación. En general, la encuesta CASEN 2013 se encontraba en muy buenas condiciones, con muy bajas tasas de datos perdidos. Tras este chequeo que realizaron re-codificaciones de variables de interés para poder conducir el análisis epidemiológico intencionado.

Cada una de las variables del estudio fue descrita utilizando medidas de tendencia central, posición y dispersión para variables de naturaleza continua y medidas de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Además, las variables dependiente (autopercepción de salud), independiente principal (pobreza multidimensional) y covariable principal (acceso a servicios de salud) se estratificaron según variables socio-demográficas de interés tales como edad, años de escolaridad e ingreso equivalizado del hogar.

2. ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN CRUDA Y AJUSTADA

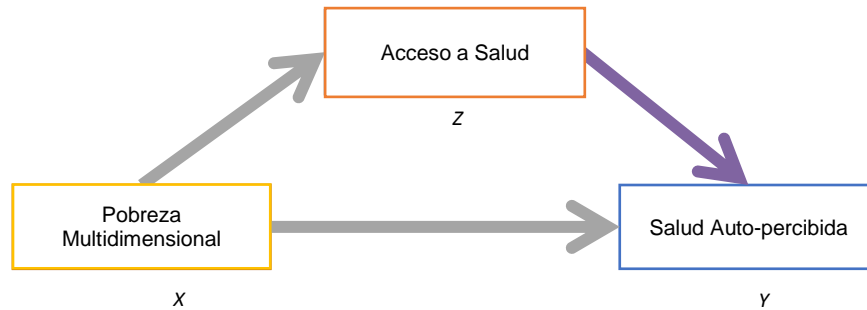
Para el análisis de asociación entre autopercepción de salud, pobreza multidimensional y acceso a atención en salud, se ajustaron un total de 6 modelos de la forma:

- (i) $SAP \sim PMD$
- (ii) $SAP \sim PMD + \text{co-variables}$
- (iii) $SAP \sim \text{Problemas de acceso}$
- (iv) $SAP \sim \text{Problemas de acceso} + \text{co-variables}$
- (v) $SAP \sim PMD + \text{Problemas de acceso}$
- (vi) $SAP \sim PMD + \text{Problemas de acceso} + \text{co-variables}$

Donde SAP corresponde a autopercepción de salud, PMD: situación de pobreza multidimensional, problemas de acceso: problemas en el uso y acceso a servicios de salud y co-variables: sexo, edad, estado civil, zona geográfica, nivel educacional, pertenencia étnica, condición migratoria, previsión de salud e ingreso equivalizado del hogar.

El modelo teórico epidemiológico inicial a testear fue representado en el grafo de asociación o DAG (directed acyclic graph) expresado en la Figura 5. Este modelo sienta la base para el análisis de asociación epidemiológico, pero además es el modelo que luego se comprobará y complejizará en el análisis de ecuación estructural y path analysis.

Figura 5: Grafo de asociación propuesto para este estudio



Debido a que la variable dependiente (SAP) corresponde a una variable de tipo ordinal se utilizó un modelo acorde para el análisis de la asociación de esta con pobreza multidimensional. Dentro de este tipo de modelos el más utilizado es la regresión ordinal o modelo de odds proporcionales, el cual debe cumplir con el supuesto de líneas paralelas para la correcta interpretación de sus resultados (o supuesto de disparidad proporcional del modelo de regresión ordinal) (56-58). Para confirmar el cumplimiento de este supuesto en este estudio, en una primera instancia se ajustaron modelos de regresión ordinal y mediante un test de Wald (considerando un nivel de significancia del 0,5) se observó ninguno de los modelos de regresiones propuestos cumplía con tal supuesto.

Por tanto, una vez comprobada la violación del supuesto de líneas paralelas, se optó un modelo ordinal de odds parcialmente proporcionales (PPOM por su sigla en inglés). Los PPOM relajan el supuesto de líneas paralelas, así para las variables que no cumplen con este supuesto se estiman razones de cambio u odds diferentes en las distintas categorías de la variable respuesta. Por el contrario, en el caso de las variables que si cumplen con el supuesto se estima un único odds para todas las categorías (57, 58). De manera más formal el modelo puede ser representado de la forma:

$$P(Y > j) = \frac{e^{\alpha_j + X\beta + Z\beta_j}}{1 + e^{\alpha_j + X\beta + Z\beta_j}} \quad ; j = 1,2$$

Con α_j es un parámetro estimado desconocido, X corresponde a la matriz de variables sujetas al supuesto de líneas paralelas, Z a la matriz de variables que no cumplen el supuesto de líneas paralelas β corresponde al vector de coeficientes estimados, que definen el cambio de incremento en el logit, en el caso de las variables que cumplen el supuesto (i.e. es el mismo valor de β para los distintos valores de j); En el caso de las variables que no cumplen el supuesto este corresponde a β_j . Y $P(Y > j)$ es la probabilidad de pertenecer a una categoría mayor a la j -ésima.

Los modelos se ajustaron utilizando una función de enlace log-log complementaria, apropiada para los casos en que la distribución de la variable respuesta presenta una evidente asimetría a la izquierda. Este es el caso de la autopercepción de salud, en donde la mayor proporción de personas suele concentrarse en los valores intermedios o más altos de salud.

Para los modelos de regresión ordinal se utilizó el modelo el comando ologit de STATA. Para la estimación de los PPOM se utilizó el package **gologit2** de STATA, desarrollado por Richard Williams, para definir las variables que se atienen al supuesto de líneas paralelas se utilizó la opción autofit del comando gologit2 (58).

Los modelos se ajustaron utilizando el software STATA en su versión 13.0, en todos los modelos se analizaron las medidas de bondad de ajuste y multicolinealidad, esta última basada en el análisis del factor de inflación de la varianza (VIF). En general se consideró una confianza del 95% y una significancia de 0.05 para todos los análisis.

3. PATH ANÁLISIS O ANÁLISIS DE SENDEROS

El Path Analysis (PA) o Análisis de Senderos, es un método que permite evaluar el ajuste de modelos teóricos en los que se proponen un conjunto de relaciones de dependencia entre variables. En este caso se analizó la relación entre pobreza multidimensional, problemas de uso de servicios de salud y salud auto-percibida. Las hipótesis que guiaron este análisis fueron:

- La PMD y los problemas de acceso influyen negativamente sobre la salud auto-percibida. Para este estudio particular, esto se traduce en que personas en situación de pobreza o con problemas para acceder a servicios de salud, al mismo tiempo reportan niveles más bajos de SAP.
- Los problemas de acceso poseen un efecto mediador de la relación entre pobreza y SAP, esto implica que
- Existen variables como género, educación, ingreso o ruralidad que también poseen un efecto sobre la SAP tanto directo, como mediado por pobreza y/o problemas de uso efectivo de servicios

Técnicamente cada una de estas hipótesis corresponde a una o más ecuaciones de regresión, las cuales pueden ser de diversa naturaleza dependiendo de la variable dependiente. En este caso cuando las variables dependientes son discretas se emplean regresiones Probit y en caso de que la variable sea continua una regresión lineal. La razón para utilizar regresiones Probit es que para la estimación se asume que las variables discretas representan a una variable continua que ha superado cierto umbral. Por ejemplo consideremos la variable de problemas para el uso de servicios cuyas categorías son poseer o no problemas de acceso (dos categorías, un solo umbral), bajo esta idea se podría afirmar que cuando una persona ha percibido suficientes problemas de acceso, dejará de marcar sin problemas y marcará con problemas de acceso. Dado esto, es posible afirmar que las variables existentes en el modelo son siempre tratadas como continuas.

Tal como se plantea en las hipótesis de este estudio un modelo estructural puede considerar efectos directos e indirectos. Los efectos directos son aquellos que operan directamente de una variable sobre otra. Mientras que los efectos indirectos ocurren cuando la relación entre dos variables es mediada por una o más variables, es decir existe una variable que modifica la relación existente entre otras dos variables. Una variable mediadora puede ser dependiente en una ecuación de regresión e independiente en otra. Por ejemplo, en el caso de la relación entre PMD, SAP y problemas para uso de servicios, esta última variable es independiente al analizar su efecto sobre SAP, pero dependiente al analizar el efecto de la PMD sobre ella.

Este detalle metodológico no resulta de fácil comprensión y aún menos las ecuaciones tras los modelos estructurales. Por estas razones es que frecuentemente se utilizan modelos gráficos para representar tales relaciones. En la Figura 6 a continuación se presenta el modelo de path que da cuenta de las hipótesis planteadas anteriormente, en donde las flechas o senderos representan las relaciones entre las variables. Para cada path se estima un coeficiente path que es análogo a un coeficiente beta en el análisis de regresión múltiple. En efecto, estos coeficientes indican en qué medida un cambio en la variable al comienzo de una flecha se relaciona con un cambio en la variable al final de la flecha.

Además de evaluar los efectos de una variable sobre otra, el PA permite evaluar el ajuste del modelo completo, es decir, el grado en que el modelo propuesto representa las relaciones entre las variables

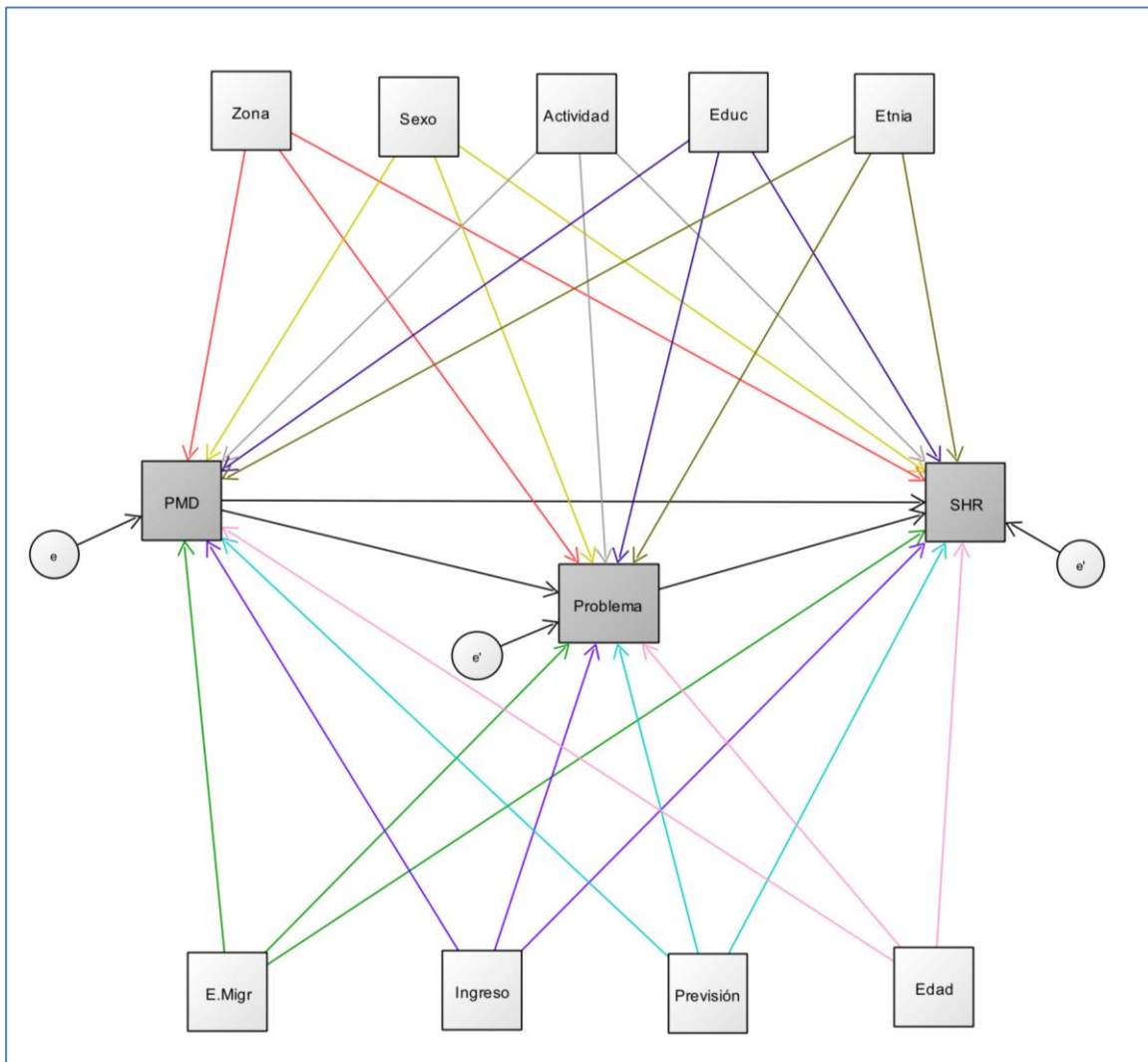
bajo estudio. Un modelo “correcto” conduce a diferencias reducidas entre las varianzas y covarianzas observadas y las reproducidas por el modelo. La estimación del modelo de path análisis se llevó a cabo utilizando Mplus 7.4, con ajuste para muestras complejas y bootstrap para obtener los intervalos de confianza de los estimadores. El algoritmo de estimación fue WLMSV dado que las variables dependientes son discretas.

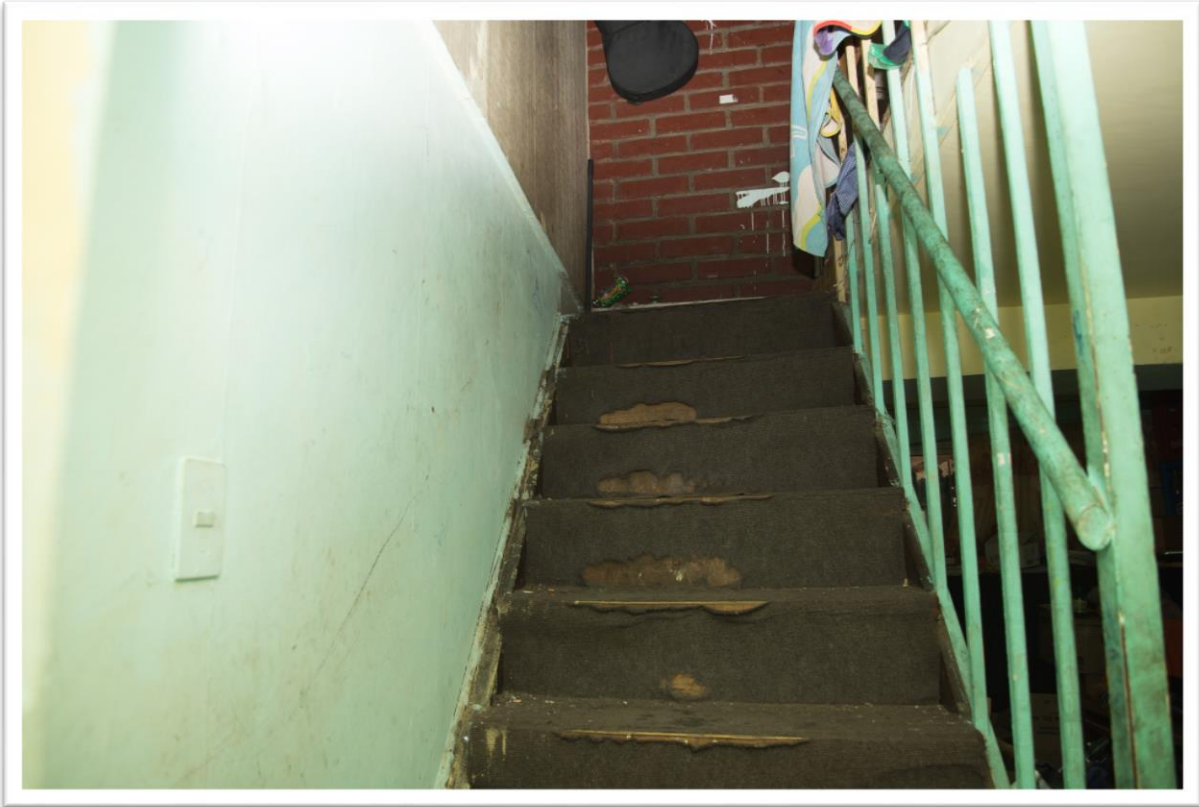
ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio cumple con leyes chilenas vigentes en protección de derechos y deberes de sujetos de investigación. El equipo de investigación conoce la Declaración de Helsinki y declara no tener conflictos de interés. La obtención e interpretación de resultados se ha realizado teniendo en consideración los requerimientos éticos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) para poblaciones vulnerables.

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina CAS-UDD, de la Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

Figura 4: Diagrama de Path análisis que relaciona pobreza Multidimensional (PMD), Problemas para el uso de servicios (Problemas) y Salud Auto-percibida (SAP). Además se encuentran representadas otras variables importantes: ruralidad (Zona), sexo (Sexo), años de escolaridad (Educación) encontrarse empleado (Actividad), pertenencia étnica (Etnia), estatus migratorio (E. Migr), Ingreso equivalizado del hogar (Ingreso), previsión de salud (Previsión) y edad (Edad). Se estimó el efecto directo y mediado de cada una de estas variables sobre PMD, Problemas y SAP.





CAPÍTULO 4: RESULTADOS

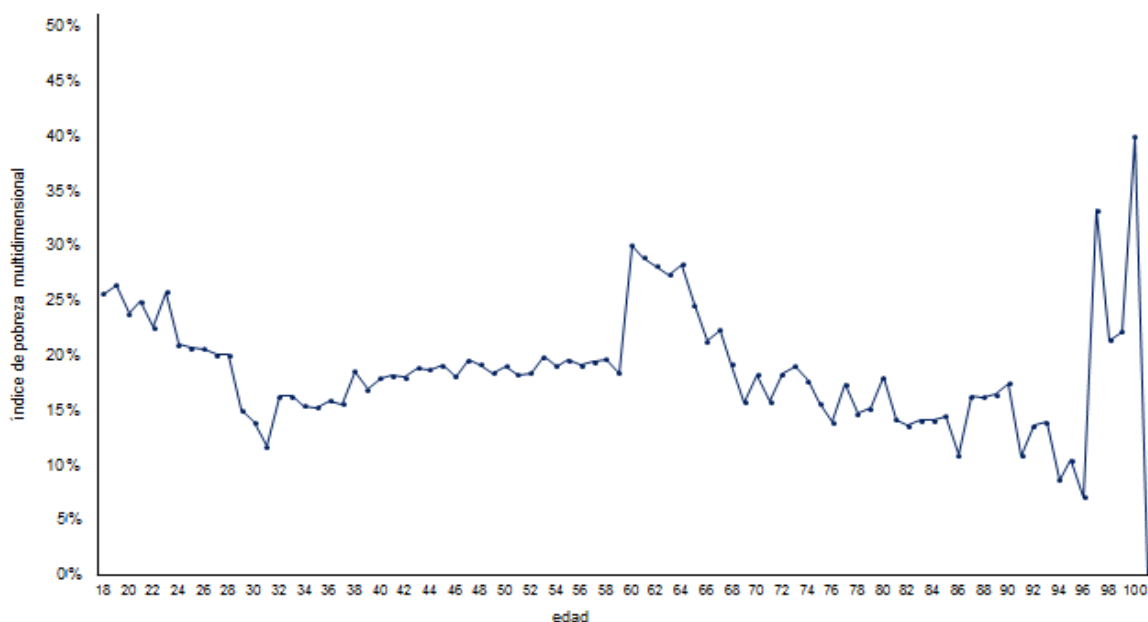
1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS (OE1)

Del total de la muestra el 51,8% corresponden a jefes de hogar o a sus parejas. El 54,2% de este grupo tiene ≥ 45 años de edad, en su mayoría son mujeres (65,6%) y posee educación básica o media (71,5%). A nivel nacional la muestra se concentra principalmente en las regiones Metropolitana, Bío-Bío y Valparaíso (62,8%) y el 13,6% habita zonas rurales. Sólo el 8,5% declara tener alguna pertenencia étnica y el 2,4% son migrantes internacionales. Respecto de la pobreza multidimensional el 17,5% de los sujetos de la muestra puede ser clasificado como pobre (Ver Tabla 1).

2. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL (PMD) (OE1)

Existe una distribución de pobreza multidimensional que varía considerablemente al interior de las distintas regiones de Chile. De esta manera, la región de la Araucanía presenta las cifras más altas de este indicador llegando a un 25,8% y le sigue Arica y Parinacota con un 21,7%, ambas por sobre la cifra nacional agregada de 17,4%. Por otro lado, las regiones de Magallanes (10,6%), Tarapacá (14,5%) y Metropolitana (14,4%) presentan las proporciones más bajas de PMD. Al analizar el comportamiento de la pobreza según sexo, las mujeres poseen significativamente cifras más altas (18,5%) que los hombres (15,4%). En relación a la edad los tramos entre 15-29 y 60-74 años concentran los mayores porcentajes de PMD, cerca del 20% de cada uno de estos grupos se encuentra en situación de pobreza multidimensional. Pese a esto, dichos tramos muestran alta variabilidad en el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional por edad simple (Ver Figura 5).

Figura 5: Índice de pobreza multidimensional por edad simple, gráfico de línea.



Al estratificar por sexo y edad se sigue observando este mismo comportamiento, pero se acentúa en las mujeres, por ejemplo el 21,7% de las mujeres entre 60-74 se encuentran en situación de PMD, en comparación con el 17,9% de los hombres.

En relación al estado civil los grupos con mayor proporción de pobreza son los solteros y casados o convivientes. Esto se repite en el análisis desagregado para hombres y mujeres. Sin embargo, estas últimas presentan mayores porcentajes de PMD. Respecto al nivel educacional, existe una relación inversa entre este y PMD. Así, entre quienes no poseen estudios formales el 36,0% está en situación de pobreza versus el 5% de la población con estudios universitarios. Si estos datos son analizados separando hombres y mujeres, se tiene que existe un mayor porcentaje de mujeres con educación básica o inferior (32,6%) que hombres en la misma situación (27,8%). En personas que declaran pertenecer a algún grupo étnico es donde se observa la mayor proporción de PMD la que alcanza el 28,7% del total de dicha población (n=543.375). Este valor contrasta con que solo el 16,4% de quienes no declaran pertenecer a algún grupo étnico son pobres. Algo similar sucede con la población de migrantes internacionales de los cuales el 21,3% está en esta situación, 4 puntos porcentuales por sobre la población local (17,3%) (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Características de la muestra y porcentaje de pobreza multidimensional según características de la población. CASEN 2013.

Total		Características		% Pobres	
		%	cantidad	17,4	IC _{95%}
Sexo	Hombre	34%	2.301.318	15,4	(14,5 – 16,2)
	Mujer	66%	4.398.622	18,5	(17,8 – 19,3)
Edad (años)	15-29	19%	1.262.623	20,9	(19,4 – 22,4)
	30-44	26%	1.778.077	14,7	(13,7 – 15,7)
	45-59	28%	1.868.109	17,2	(16,2 – 18,2)
	60-74	19%	1.288.897	20,3	(19,0 – 21,6)
	75-89	7%	471.446	12,2	(11,0 – 13,5)
	90 o más	0%	30.788	10,9	(7,5 – 15,5)
	Nivel educacional	Sin educación formal	2%	161.546	36,0
Educación básica (completa e incompleta)		29%	1.908.858	29,0	(28,0 – 30,2)
Educación media (completa e incompleta)		43%	2.897.922	15,3	(14,4 – 16,3)
Técnico nivel superior (completa e incompleta)		9%	568.376	9,6	(7,8 – 11,7)
Universitaria (completa e incompleta) o Postgrado incompleto		16%	1.060.215	4,9	(4,2 – 5,9)
Postgrado completo		1%	77.104	1,3	(0,5 – 3,3)
No sabe No responde		0%	25.919	9,6	(9,5 – 17,2)
Estado civil		Casado, conviviente o con pareja	57%	3.795.419	18,0
	Anulado, separado o divorciado	10%	674.632	14,3	(13,0 – 15,8)
	Viudo	8%	514.700	13,2	(12,0 – 14,5)
	Soltero	25%	1.715.189	18,7	(17,4 – 20,0)
Actividad	Ocupados	52%	3.463.185	16,5	(15,6 – 17,5)
	Desocupados	4%	264.484	34,2	(31,2 – 37,4)
	Inactivos	44%	2.972.271	17,0	(16,2 – 17,7)
Estatus migratorio	Chileno	98%	6.570.454	17,3	(16,7 – 18,0)
	Inmigrante	2%	125.187	22,9	(16,8 – 30,4)
	No reportado	0%	4.299	32,1	(17,8 – 50,8)
Pertenencia étnica	Sí	9%	567.274	28,4	(26,0 – 30,9)
	No	91%	6.119.840	16,4	(15,8 – 17,1)
	No sabe No responde	0%	12.826	9,6	(16,8 – 18,1)

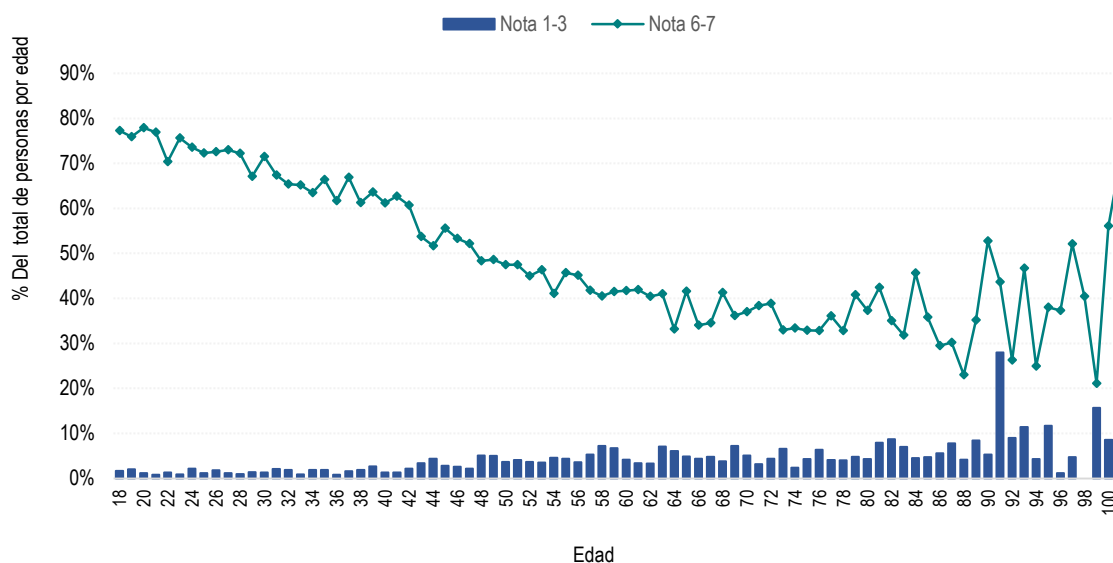
3. CARACTERIZACIÓN SEGÚN DIFERENTES NIVELES DE SALUD AUTO-PERCIBIDA (AP) (OE1)

La autopercepción de salud se clasifica en 7 niveles, que van desde 1 (muy mala salud) a 7 (muy buena salud). En esta escala el 81,4% del grupo de estudio tiene nota 5 o menor, solo el 1,5% clasifica su salud como muy mala y un 23,8% señala a tener muy buena salud. Al considerar la variable en solo 3 categorías, mala (Nota 1-3), moderada (Nota 4-5) y buena (Nota 6-7), el 53% de los sujetos de la muestra calificaron su salud con nota 6 o 7 y tan solo un 7% con nota menor a 3 (Tabla 2).

Al analizar el comportamiento de la SAP según edad, se aprecia una relación inversa entre estas variables. Si bien el promedio de edad para los diferentes niveles de salud AP bordean los 50 años, este experimenta un descenso progresivo hasta llegar a 41 años (ds 16,5) en el grupo de muy buena salud, lo que contrasta con los 55,6 años (ds 15,4) del grupo que reporta peor salud, con una variabilidad similar en los diferentes grupos (Tabla 2).

En visión global, para las distintas edades se aprecia que aproximadamente hasta los 60 años el porcentaje de la población que tiene nota 6 o 7 de autopercepción de salud presenta una evidente disminución. Por el contrario en los mayores de 60 no existe un patrón de distribución estable (Figura 6).

Figura 6: Distribución de la autopercepción de salud por edad. CASEN 2013



Tanto hombres como mujeres presentan una tendencia hacia la buena salud concentrándose en los niveles sobre 5. Sin embargo, las mujeres presentan cifras más altas que los hombres en las categorías más cercanas a mala salud. El 1% de los hombres percibe su salud como muy mala mientras que el 1,8% de las mujeres se encuentra en la misma categoría. Lo contrario sucede al observar la categoría de muy buena salud en donde se encuentra el 27,3% de los hombres y solo el 21,6% de las mujeres.

Respecto del estado civil, el comportamiento es similar al a tendencia general. Destaca que las personas solteras muestran mejores niveles de autopercepción salud (30,4% señala tener muy buena salud) que los demás grupos. Los viudos en cambio se encuentran en la peor situación (solo

el 14,8% señala tener muy buena salud) concentrándose en puntajes de 5 o menos (63%). En relación a los casados, los que conforman el grupo más grande de la muestra en estudio, si bien presentan la misma tendencia antes referida, el mayor porcentaje se encuentra en las categorías 5 (29,8%) y 6 (29,7%) con una importante disminución en la 7 (19,9%).

En relación al nivel educacional, se aprecia que a mayor nivel educacional también hay mayor nivel de SAP. De esta manera, cerca del 35% de las personas que tienen educación superior señalan tener muy buena salud, lo que contrasta con el 15,5% en quienes no tienen educación formal. Lo contrario sucede en los niveles de mala salud en donde un 4,8% de quienes no tienen educación formal autoreporta su salud como muy mala en comparación con menos del 1% de quienes tienen estudios superiores. Algo similar sucede al analizar los años de escolaridad: en estos el promedio de edad en el grupo con mala salud (1) es 7,8 años y el del grupo con buena salud (7) es 11,6 años. Respecto a la situación de pobreza, cuando se considera la nueva metodología es el grupo de los no pobres los que tienen una mayor proporción de personas que autoreportan salud buena (54,1% puntaje 6-7). Al realizar el mismo ejercicio con el estimador multidimensional de pobreza los resultados son similares.

Otro aspecto a analizar es el comportamiento del indicador de SAP a través de las diferentes regiones. Considerando los puntajes sobre 5 existe una diferencia de 9,4 puntos porcentuales entre la región con mejor salud (Antofagasta) y la con peor (Región de O'Higgins). El porcentaje de personas con puntajes sobre 5 en Antofagasta alcanza el 86,7% lo cual se encuentra incluso por sobre la región Metropolitana (82%).

Al considerar la ruralidad se aprecia que la distribución de los niveles de salud AP es similar entre zonas rurales y urbanas. Finalmente respecto a la situación migratoria y pertenencia étnica, se observa que los migrantes internacionales muestran cifras menores de mala salud en comparación con los chilenos y mayor porcentaje de personas que clasifican su salud como 7 es decir muy buena (32,4% de migrantes y 23,6% de los chilenos). En cuanto a pertenencia étnica no se observan importantes diferencias entre los grupos.

Tabla 2: Autoreporte de salud (SAP) según características sociodemográficas. CASEN 2013

		Salud Auto percibida		
		Nota 1 a 3 7%	Nota 4 a 5 39%	Nota 6 a 7 54%
Total				
Sexo	Hombre	6%	35%	59%
	Mujer	8%	41%	50%
Edad (años)	15-29	3%	24%	73%
	30-44	4%	33%	63%
	45-59	9%	44%	47%
	60-74	11%	51%	38%
	75-89	13%	51%	35%
	90 o más	18%	40%	42%
Nivel educacional	Sin educación formal	18%	48%	33%
	Educación básica (completa e incompleta)	11%	48%	40%
	Educación media (completa e incompleta)	6%	39%	54%
	Técnico nivel superior (completa e incompleta)	4%	33%	63%
	Universitaria (completa e incompleta) o Postgrado incompleto	3%	26%	71%
	Postgrado completo	2%	24%	73%
	No sabe No responde	7%	39%	53%
Estado civil	Casado o conviviente	7%	40%	52%
	Anulado, separado o divorciado	9%	44%	47%
	Viudo	12%	52%	36%
Actividad	Soltero	5%	31%	64%
	Ocupados	5%	36%	59%

	Desocupados	7%	35%	58%
	Inactivos	10%	43%	47%
Estatus migratorio	Chileno	7%	39%	53%
	Inmigrante	6%	29%	65%
	No reportado	12%	29%	59%
Pertenencia étnica	Sí	7%	40%	53%
	No	7%	39%	53%
	No sabe No responde	7%	37%	56%

4. ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS DE SALUD (OE2)

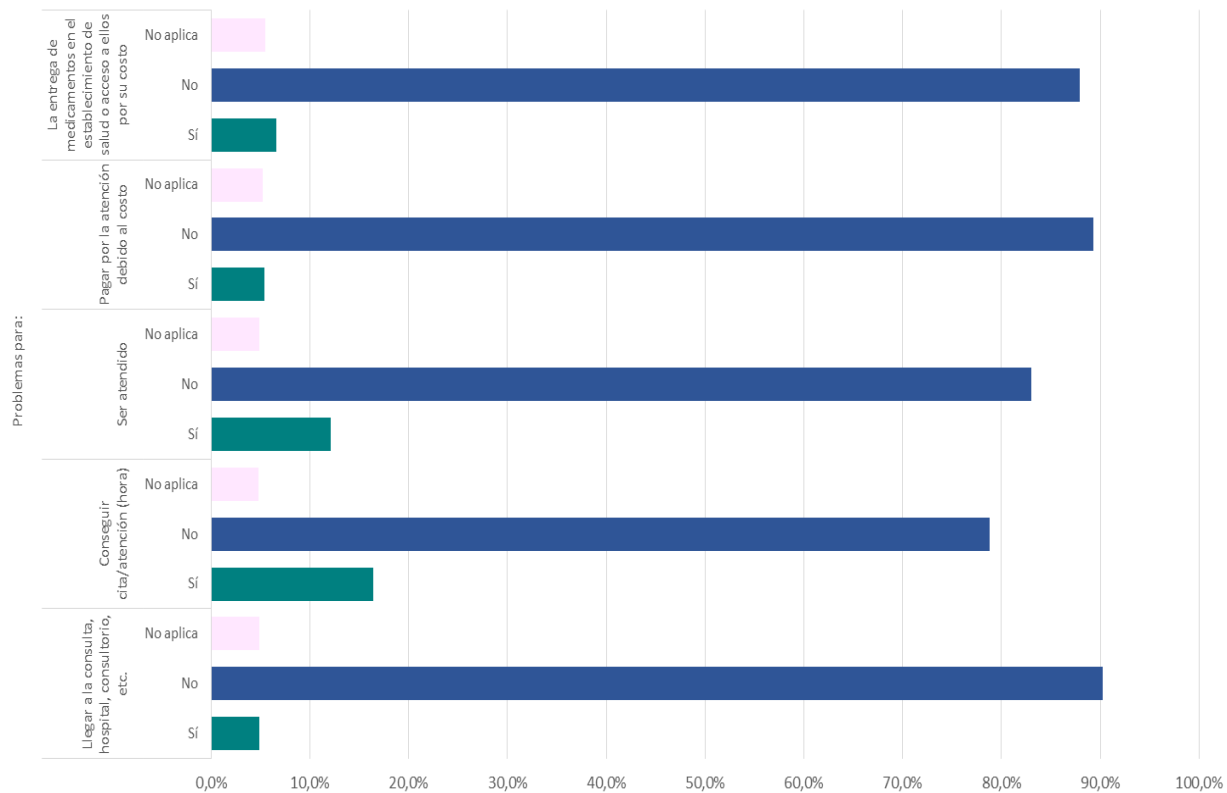
Dentro de la dimensión de salud de la PMD se consideran los indicadores de previsión de salud y acceso a atención en salud. En el primer indicador se considera que un hogar es carente si al menos uno de los miembros del hogar no tiene previsión de salud. En el segundo indicador se considera que un hogar es carente si las necesidades de salud a largo o corto plazo de alguno de los miembros del hogar no se encuentran satisfechas. Previsión de salud y la satisfacción de necesidades en salud fueron analizadas descriptivamente a lo largo de este estudio con el fin de entender detalladamente el acceso a atención en salud desde la perspectiva de la pobreza multidimensional.

Por otro lado, para analizar el posible efecto de mediación que pudiese producir el acceso a atención en salud entre pobreza y autopercepción de salud descrito en la literatura, se consideraron las preguntas alusivas a problemas específicos de acceso a servicios de salud (dificultades para llegar, conseguir cita, ser atendido, pagar por la atención), en las cuales se consideró que un sujeto presentó problemas en el acceso si tuvo problemas en al menos uno de los tópicos de acceso consultados.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS DE SALUD

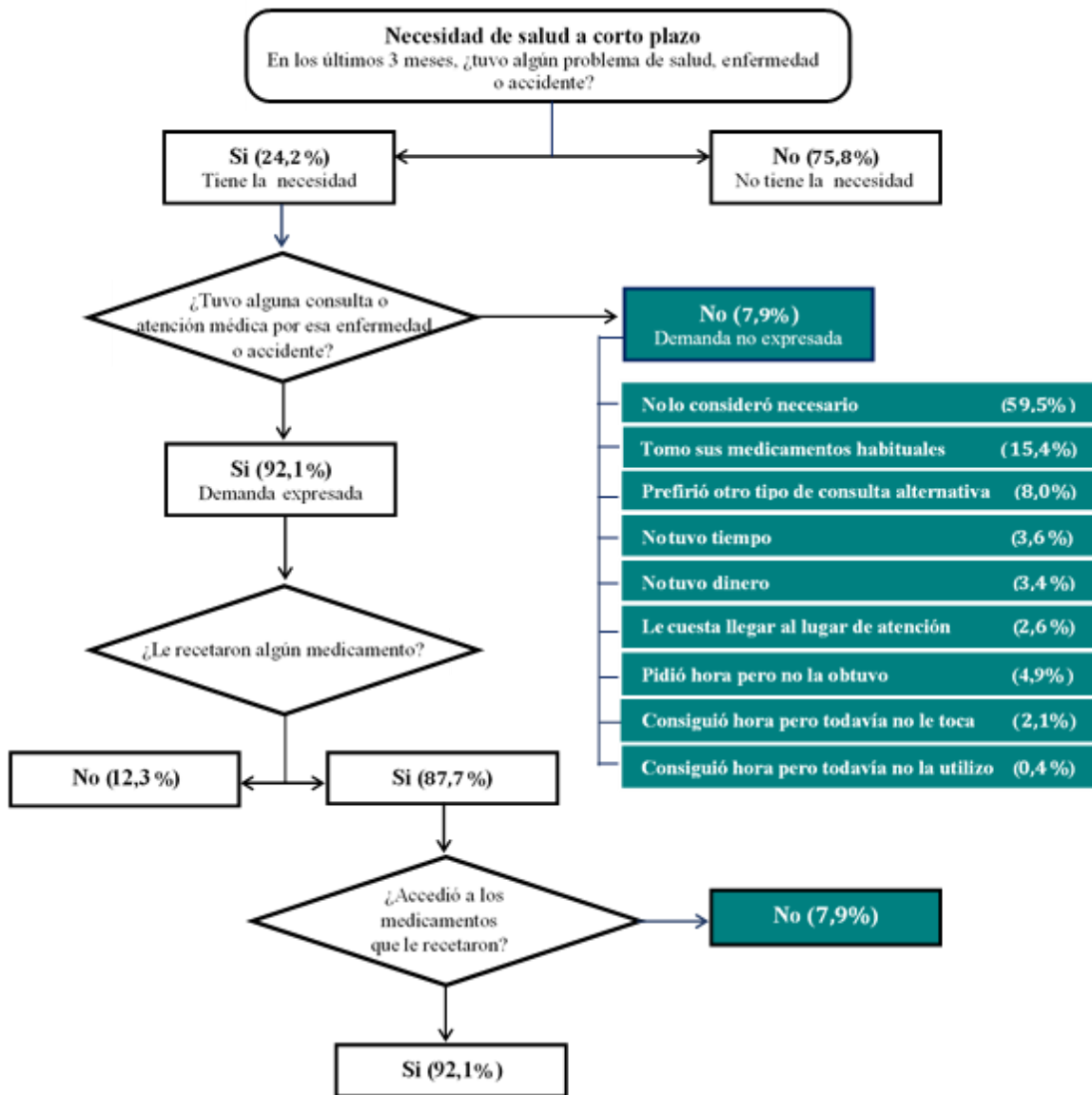
Al explorar las causas específicas de problemas de acceso entre aquellos que tuvieron un problema de salud en el último año (sin considerar consultas de urgencia) un 4,9% presentó problemas para llegar al centro asistencial, el 16,4% tuvo problemas para conseguir una hora, el 12,2% tuvo dificultades para ser atendido y el 5,4% tuvo problemas para pagar por la atención (Ver Figura 7).

Figura 7: Problemas de acceso a servicios de salud. CASEN 2013



Desde la perspectiva de la pobreza multidimensional, la mayoría de la población de 15 años o más posee algún sistema previsional (79,9% FONASA y 13,6% ISAPRE). Sin embargo, hay un 2,7% sin cobertura de ningún tipo, valor que permanece estable para los diferentes grupos de la población, salvo subgrupos como inmigrantes internacionales y personas con estudios de postgrado completos. Esto es relevante ya que un 7,7% señala no haber recibido atención por problemas de salud tres meses antes de la encuesta (Ver Figura 8). Por el contrario, aquellas personas que estuvieron en tratamiento por alguno de los problemas de salud AUGE/GES consultado durante el año previo a la encuesta, un 14,8% no fue cubierto por este sistema (Ver Figura 9).

Figura 8: Flujograma de acceso a servicios de salud por necesidades de salud a corto plazo Uso efectivo (necesidad sentida, demanda expresada y demanda satisfecha) de atención a salud para necesidades a corto plazo.



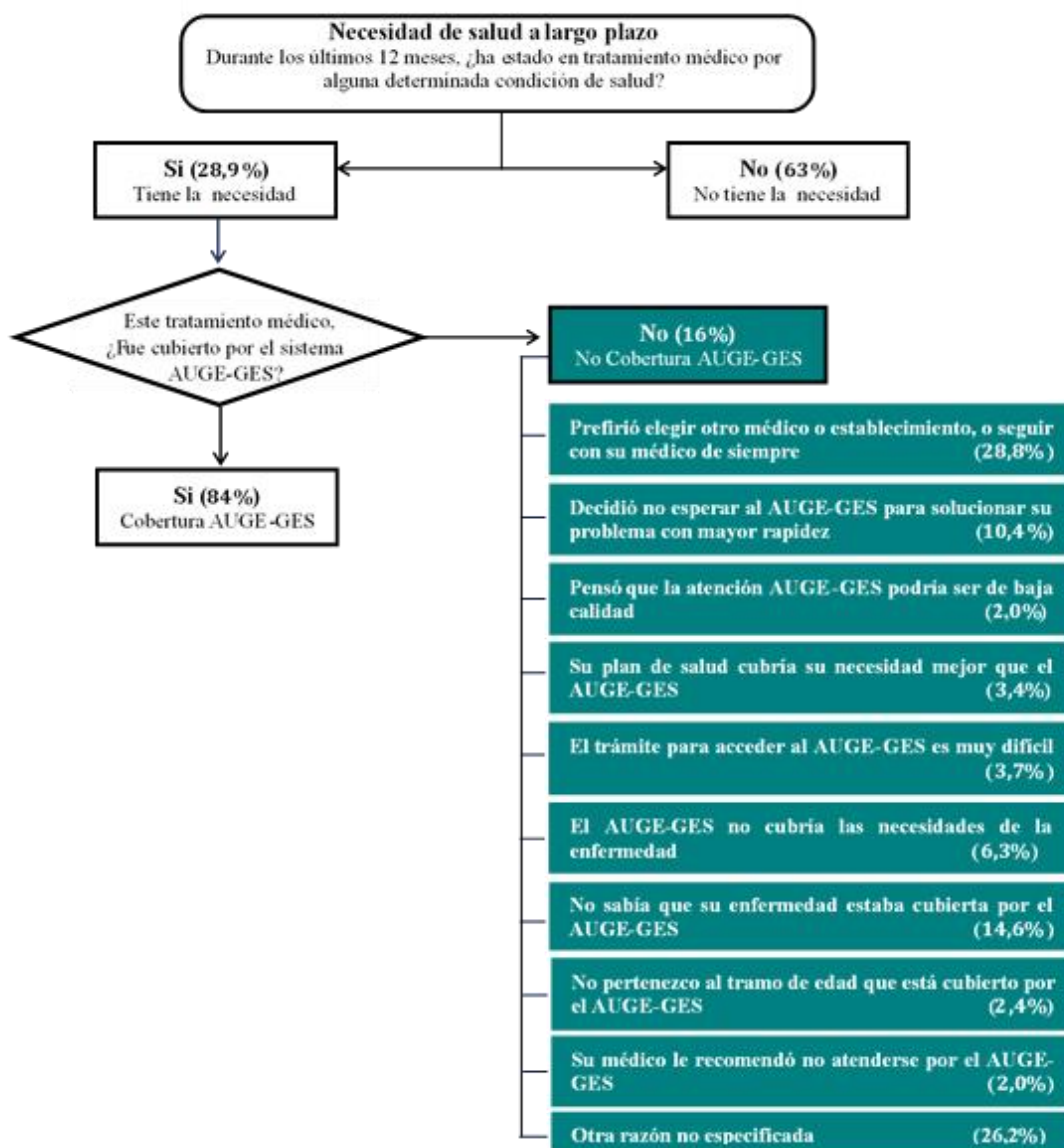
* La demanda expresada o tasa de atención médica, se obtiene excluyendo a aquellos sujetos en la categoría "no sabe". Análogo para la demanda no expresada.

** Los porcentajes sobre motivos de no consulta, receta de medicamentos y acceso a medicamentos se obtuvieron sin considerar las categorías no sabe o no aplica, según corresponda.

*** Dependiendo del punto de vista es posible considerar la consulta alternativa como demanda expresada.

****Se consideró como que si accedió a los medicamentos que le recetaron a aquellos que accedieron a todos los medicamentos, y como que no a aquellos que accedieron solo a algunos o a ninguno.

Figura 9: Flujograma de acceso a servicios de salud por necesidades de salud a largo plazo. Uso efectivo (necesidad sentida, demanda expresada y demanda satisfecha) de atención a salud para necesidades a largo plazo



*El 8,1% (sin considerar la alternativa no sabe no responde) se encontraba en tratamiento por alguna otra condición a parte de las 20 consultadas

** La Cobertura AUGE-GES, se obtiene solo considerando la cobertura por el tratamiento de las 20 condiciones de salud AUGE-GES consultadas y sin considerar la categoría "No sabe, no responde" (8,4% del total de la muestra en tratamiento por alguna de las 20 condiciones).

*** Los porcentajes sobre motivos de no cobertura, se obtuvieron sin considerar las categorías no sabe, no responde o no aplica.

4.2 USO EFECTIVO DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

SEXO: El 15,8% de los hombres y el 13,6% de las mujeres que reportaron estar en tratamiento por alguna de las enfermedades AUGE/GES, consultadas durante los 12 meses previos a la encuesta, señalaron que dicha prestación no se encontraba cubierta por el programa. En el caso de las necesidades a corto plazo ocurre una situación similar, siendo mayor el porcentaje de hombres (9%) que no consultaron que el de mujeres (7,2%). Resulta llamativo que pese a que las mujeres tuvieron una proporción mayor de consultas (76,2% en mujeres y 71,9% en hombres) y cobertura AUGE/GES (76,2% en mujeres y 71,9% en hombres), ellas a su vez reportan mayor frecuencia de problemas de acceso de atención en salud que los hombres, por ejemplo el 18,8% de las mujeres indicó haber tenido problemas para conseguir cita en comparación con el 11,5% de los hombres.

EDAD: Del total de personas que reportaron estar en tratamiento por alguna de las enfermedades AUGE/GES, consultadas durante los 12 meses previos a la encuesta, solo el 3,7% (n=71.109) se encontraba en el tramo entre 15 y 29 años. Sin embargo, es este mismo grupo el que presentaba el mayor porcentaje de personas sin cobertura AUGE/GES de su tratamiento, lo que correspondió a un 32,3% de este grupo etario (n=23.003). Esto contrasta con el 10,2% de personas no cubiertas entre 75 y 89 años. En los tramos de edad restantes el porcentaje de no cobertura no supera el 21%. Respecto de las consultas a corto plazo, los mayores de 90 años son los que presentan la menor proporción de no consulta (5,4%), para el resto de los tramos de edad este porcentaje no supera el 8,1%. Al explorar los problemas para uso de servicios de salud, en todos los casos se aprecia una relación directa con la edad, es decir, a mayor edad mayor proporción de personas que afirman haber presentado alguna dificultad. Por ejemplo, al consultar por problemas para llegar a la consulta en el grupo de 75 a 89 años el 12,5% reportó dicha dificultad en comparación con el 2,8% en el grupo de 15 a 29 años.

NIVEL EDUCACIONAL: Existe una relación inversa entre la cobertura AUGE/GES y el nivel educacional, de modo que quienes presentaron mayores niveles de escolaridad poseen también los mayores porcentajes de no cobertura, los cuales llegaron al 50,2% en el caso de quienes poseen posgrado completo. Al analizar con más detalle a quienes no se encontraban cubiertos, se observó que a mayor nivel educacional fue mayor el porcentaje de personas que señalaron elegir otro médico o establecimiento como razón de no cobertura (8,3% en aquellos sin educación versus 60% en aquellos con postgrado). Esto indicó que aquellos con mayor nivel educacional reciben tratamiento fuera del sistema AUGE/GES, situación que no repitió a niveles educacionales bajos. Respecto de los problemas para el uso de servicios de salud, a mayor nivel educacional menor fue el porcentaje de personas que afirmó haber tenido alguno de los problemas ya descritos.

MIGRACIÓN: Existe un 23,1% de la población migrante que no se encontraba cubierto por el AUGE/GES en comparación con 14,2% en chilenos. Una situación contraria se produjo en la atención a corto plazo, siendo los inmigrantes quienes presentaron una menor proporción de no consulta (6,8% en inmigrantes y 7,7% en chilenos). Respecto a los problemas para uso de servicios de salud, hubo una menor proporción de inmigrantes que afirmó haber tenido alguno de los problemas consultados en comparación con los chilenos. Esto a excepción de los problemas para pagar por la atención debido al costo, en los cuales este grupo superó en 0,2 puntos porcentuales a los chilenos (5,4%).

ETNIA: Se observan cifras similares de no cobertura AUGE/GES entre quienes declararon alguna pertenencia étnica (13,4%) y los que no (14,3%). Sin embargo, se observaron diferencias en las

consultas por necesidades a corto plazo. El 12,9% de quienes pertenecen a algún grupo étnico no consultó, en contraste con el 7,2% de aquellos sin pertenencia étnica que no consultó. Por otro lado, existe una mayor proporción de personas que declararon haber tenido problemas para uso de servicios en el grupo que pertenecía a alguna etnia en comparación con los que no reportaron dichos problemas.

OCUPACIÓN: Las cifras de no cobertura AUGE/GES fueron similares entre ocupados (19%) y desocupados (18,6%). No obstante, los inactivos presentaron cifras menores (11,3%). Esta situación no se repitió a nivel de necesidades a corto plazo, siendo los ocupados e inactivos quienes presentaron los más bajos porcentajes de no consulta (7,7% ocupados versus 7,5% inactivos). Así, los desocupados presentaron el porcentaje más alto (10,6%). La relación entre ocupación y problemas para el uso de servicios de salud difirió según el problema consultado. En los problemas para llegar a la consulta y ser atendido fueron los inactivos quienes mostraron el mayor porcentaje (7,2% y 14,4% respectivamente). En lo referente a conseguir cita y acceso a medicamentos fueron los desocupados quienes se encontraron en peor posición (21,1% y 7,9% respectivamente). Finalmente, para pagar la consulta tanto desocupados como inactivos presentaron la misma proporción de dificultad (6,2%).

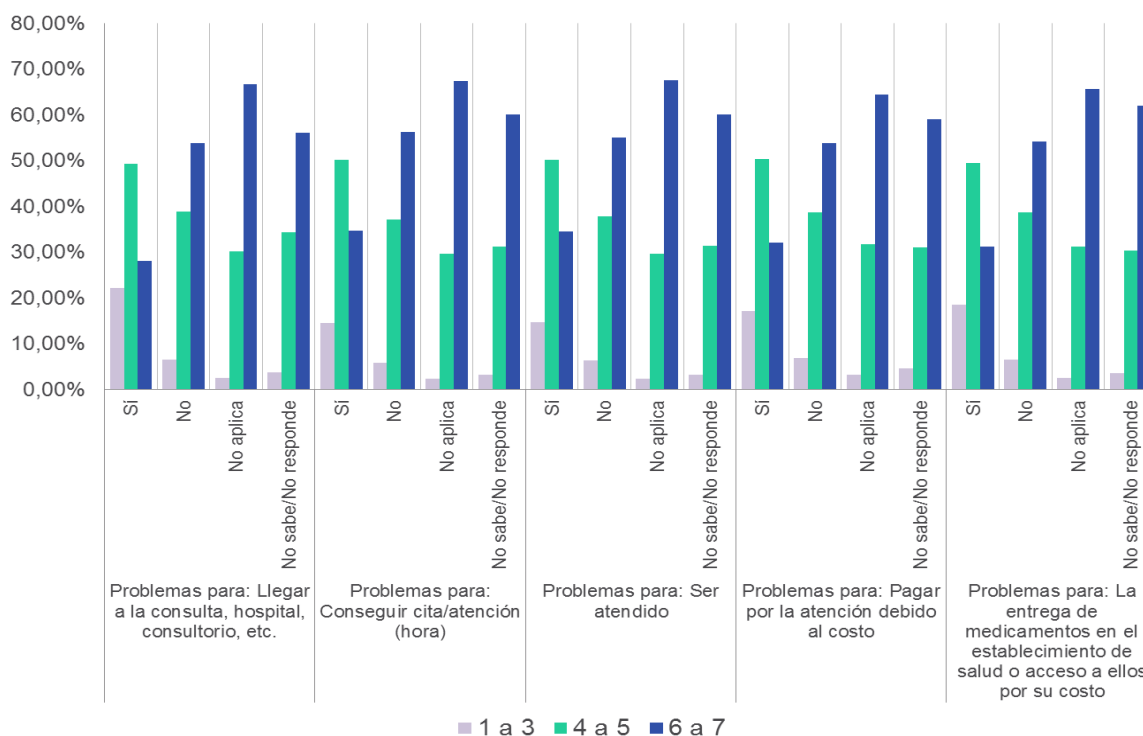
Tabla 3: Características de la muestra y porcentaje de pobreza multidimensional según características de la población. CASEN 2013.

		Presenta al menos un problema de acceso a atención		
Total		Cantidad	22,5	IC _{95%}
Sexo	Hombre	374.633	17,3	(16,4 – 18,3)
	Mujer	1.064.645	25,1	(24,3 – 26,0)
Edad (años)	15-29	214.100	17,9	(16,7 – 19,2)
	30-44	318.602	18,9	(17,9 – 20,0)
	45-59	406.367	22,7	(21,5 – 24,0)
	60-74	341.651	27,3	(25,8 – 28,9)
	75-89	146.275	31,9	(29,9 – 34,1)
	90 o más	12.283	40,8	(31,8 – 50,4)
Nivel educacional	Sin educación formal	53.711	34,3	(31,3 – 37,5)
	Educación básica (completa e incompleta)	542.536	29,4	(28,2 – 30,7)
	Educación media (completa e incompleta)	608.137	21,9	(20,9 – 23,0)
	Técnico nivel superior (completa e incompleta)	84.301	15,5	(14,0 – 17,2)
	Universitaria (completa e incompleta) o Postgrado incompleto	136.929	13,8	(12,3 – 15,4)
	Postgrado completo	8.088	11,4	(7,2 – 17,5)
	No sabe No responde	5.576	22,4	(16,0 – 30,5)
Estado civil	Casado, conviviente o con pareja	814.815	22,4	(21,5 – 23,3)
	Anulado, separado o divorciado	149.957	23,2	(21,4 – 25,1)
	Viudo	153.133	30,7	(28,6 – 32,8)
	Soltero	321.373	19,9	(18,6 – 21,2)
Actividad	Ocupados	603.952	18,4	(17,6 – 19,2)
	Desocupados	70.075	27,7	(24,2 – 31,5)
	Inactivos	765.251	26,6	(25,6 – 27,7)
Estatus migratorio	Chileno	1.416.288	22,6	(21,8 – 23,3)
	Inmigrante	22.489	18,7	(12,5 – 27,1)
	No reportado	501	12,5	(5,5 – 25,9)
Pertenencia étnica	Sí	1285.705	22,0	(21,2 – 22,7)
	No	151.709	28,2	(25,9 – 30,6)
	No sabe No responde	1.864	14,6	(8,5 – 23,9)

4.3 ACCESO Y USO EFECTIVO SEGÚN SALUD AUTO-PERCIBIDA

Respecto de la relación entre sistema previsional y SAP, los usuarios de FONASA en el tramo A mostraron un porcentaje más bajo de personas que calificaron su salud con un 5 o superior (76%) en comparación con las otras previsiones de salud. Paradójicamente peor que aquellas personas que no poseen previsión (83,7%) y 14,2 puntos porcentuales más bajo que los usuarios de ISAPRE, quienes presentan las mejores cifras (90% sobre 5). De aquellos que tuvieron algún problema para llegar a la consulta de salud solo el 58% señaló que su salud tiene un puntaje sobre 5 en comparación con el 81% que no presentó dicho problema. Los otros problemas de uso abordados (conseguir cita, ser atendido y pagar) mostraron una distribución similar. En otras palabras, quienes tuvieron algún problema en el acceso reportaron niveles más bajos de salud que aquellos que no estuvieron en dicha situación (Ver Figura 9).

Figura 9: Autopercepción de salud según problemas para el acceso efectivo a servicios en salud. CASEN 2013



4.4 ACCESO Y USO EFECTIVO SEGÚN POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Al explorar el acceso según el indicador de pobreza multidimensional, se observó que el grupo de beneficiarios de FONASA A y especialmente quienes no poseen ninguna cobertura. presentaron las cifras más altas de pobreza multidimensional 31,6% y 41,3% de estos grupos respectivamente. Esto es coherente con la asignación de sistema previsional en el país. Las cifras de pobreza fueron también mayores entre quienes presentaron problemas de uso efectivo a corto y largo plazo. Además, cerca del 20% de los grupos que experimentaron problemas para llegar a la consulta, conseguir hora, ser atendido o dificultades de pago se encontraban en situación de pobreza.



5. RELACION ENTRE POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y AUTOPERCEPCION DE SALUD (OE3)

5.1 ANÁLISIS GENERAL

El modelo de regresión ordinal estima las probabilidades o chances de que un individuo pueda pasar de una categoría a la siguiente. En este caso específico se fijaron dos umbrales equivalentes a pasar de una mala salud (Nota 1-3) a una buena o moderada salud (Nota 4-7) y de pasar de una mala o moderada salud (Nota 1-5) a una buena salud (Nota 6-7).

Al analizar la asociación cruda entre autopercepción de salud (SAP) y pobreza multidimensional se observó que, a través de los distintos umbrales de autopercepción de salud, el encontrarse en situación de pobreza multidimensional disminuye la probabilidad de pasar a un mejor estado de salud de manera estadísticamente significativa. Pese a mantenerse esta situación a través de los distintos umbrales de SAP, esto no ocurre en la misma magnitud para cada uno de ellos. Concretamente, el OR correspondiente a la transición de una mala salud a una moderada o buena es de 0,86 (IC95%:0,84-0,88), es decir, que los pobres multidimensionales presentan 14% veces menos chance de pasar de una mala a una moderada o buena salud. En el caso del siguiente umbral este OR corresponde a 0,82 (IC95%: 0,80 -0,84).

Al ajustar por variables socio-demográficas los resultados aún siguieron siendo desfavorecedores para aquellos en situación de pobreza multidimensional. Son estos quienes presentaron una menor chance de pasar a mejores niveles de salud en comparación con los no pobres. A diferencia del modelo en el cual se analiza la asociación cruda, para el modelo ajustado por variables socio-demográficas se impuso el supuesto de líneas paralelas para la pobreza multidimensional. Esto quiere decir que el chances de los PMD (en comparación con los no pobres) de pasar de una mala salud (Nota 1-3) a una buena o moderada (Nota de 4 o superior) es la misma que para pasar de una mala o moderada salud a una buena salud (Nota 6-7). Dicho OR correspondió a 0,91 (IC95%:0,89-0,93).

Respecto al supuesto de odds proporcionales, vía test de Wald, para las covariables utilizadas en el modelo solo para las variables condición migratoria (inmigrantes en referencia a chilenos), y ocupación (desocupados en relación a ocupados) no se impuso este supuesto. Para el primer umbral todas las variables del modelo resultaron ser estadísticamente significativas con un nivel 0,05 de significación, en el caso del segundo umbral las variables pertenencia étnica y estado civil (anulado, separado o divorciado) no resultaron ser estadísticamente significativas.

En general, los patrones observados a nivel descriptivo se repiten dentro del modelo. En el modelo ajustado por covariables se aprecia que condición de inactividad de tipo de ocupación fue la que presentó la mayor fuerza de asociación con SAP seguido de situación de pobreza multidimensional y sexo (Ver Tabla 3).

En el caso del ajuste por acceso no se consideraron aquellos sujetos para los que no aplicaban todas las preguntas de problemas para acceso a atención en salud. Sin considerar el ajuste por otras variables, los problemas de acceso presentaron una mayor fuerza de asociación con la SAP (Modelo 3) que la pobreza multidimensional. Esto fue similar a lo ocurrido con el modelo de PMD: en el caso de los problemas para el acceso el supuesto de odds proporcionales no se cumple por lo cual se estiman OR diferentes para los distintos umbrales.

Las personas que presentaron problemas en el acceso tienen 33% (OR: 0,67; IC95%:0,66 - 0,69) menor chance de pasar de una nota 1-3 de autopercepción de salud a una nota mayor que las personas que no presentaron problemas. Del mismo modo, las personas que presentaron problemas en el acceso tienen 46% (OR: 0,54; IC95%:0,52 - 0,55) menor chance de pasar de una nota 1-5 de autopercepción de salud a una nota mayor (Nota 6-7) que las personas que no presentaron problemas. Tal como se observó con los modelos por separado, cuando se ajusta un modelo con las variables pobreza multidimensional y problema de acceso en conjunto, se mantiene que los problemas de acceso presentan mayor fuerza de asociación con la SAP que la PMD, y solo en el caso de la pobreza multidimensional no se viola el supuesto de odds proporcionales. Situación similar ocurre cuando se ajusta por variables sociodemográficas (Tabla 4).

Al analizar las características sociodemográficas que se relacionan con la autopercepción de salud dentro de aquellos en situación de pobreza multidimensional exclusivamente, se tiene que la condición migratoria y el ser separado o viudo (en contraste con estar casado) no son estadísticamente significativos. Por el contrario, la etnia, edad y sexo son las que característicamente más resaltan en el modelo de regresión multivariada. Es así como las mujeres presentan una menor probabilidad de presentar una salud con nota 4 o superior que los hombres y una menor probabilidad aun de presentar una nota 6 o 7 (buena salud). A mayor edad menor es la probabilidad de presentar una salud de 4 o superior: por cada aumento de un año hay se tiene un 3,32% menos de posibilidad de tener una nota 6 o 7, equivalente a tener una buena salud (ver Tabla 5). Cuando se analizan las características sociodemográficas en conjunto con los problemas de acceso a atención en salud, se observan los mismos patrones antes descritos pero en diferentes magnitudes. Individuos con problemas de acceso son quienes mostraron la mayor fuerza de asociación con pobre autopercepción de salud (ver Tabla 6).

5.2 ANÁLISIS SEPARADO PARA HOMBRES Y MUJERES

Tanto para hombres como para mujeres el efecto crudo de ser pobre multidimensional es negativo en los odds de mala (Nota < 4) salud y en los odds de mala o moderada salud (Nota < 6), siendo para ambos sexos un efecto significativo (p -valor<0,00). Esto quiere decir que a más pobreza multidimensional, peor autoreporte de salud. Comparando entre sexos, el odds de PMD para “mala salud” es mayor en mujeres; sin embargo, el odds para “mala o moderada salud” en conjunto es mayor en hombres (ver Tabla 7, Modelo 1). Para ambos sexos, al ajustar por variables sociodemográficas el efecto de la pobreza multidimensional sobre la autopercepción de salud continúa siendo negativo (coeficiente PMD mujeres: -0.084 coeficiente PMD hombres: -0.056). También se exploró el nivel de ajuste cuando se impuso el supuesto de odds proporcionales en el modelo de regresión, es decir, el efecto de la pobreza para pasar de una “mala salud” a “moderada o buena” es el mismo que el efecto para pasar de una “mala o moderada salud” a una “buena” (Nota > 5). En el caso de los hombres, dicho supuesto no se impone para las variables: edad, años de escolaridad, estado civil separado o anulado y ocupación inactivo. En el caso de las mujeres este supuesto tampoco se cumplió para las variables: edad, años de escolaridad, pertenencia étnica y estado civil soltero, ocupación inactivo e ingreso por persona equivalente (Ver Tabla 8, Modelo 2).

Análogo a la pobreza multidimensional, para ambos sexos el presentar problemas de acceso a atención en salud tiene un efecto negativo en los odds de autopercepción de salud, sin imponerse el supuesto de odds proporcionales. A diferencia de la pobreza multidimensional, para ambos umbrales de SAP el efecto de los problemas de acceso en hombres es significativamente mayor que en mujeres (basado en IC95%) (Ver Tabla 7, Modelo 3).

Al considerar PMD y problemas de acceso en un mismo modelo, el efecto de ambas variables sobre la SAP es negativo, esto para los distintos umbrales de autopercepción de salud y para los dos sexos. A diferencia de los hombres, en el caso de las mujeres se impone el supuesto de odds proporcionales para la pobreza multidimensional. En concordancia con los modelos crudos el efecto de los problemas de acceso es mayor en hombres y el efecto de la pobreza es mayor en las mujeres (Ver Tabla 7, Modelo 3), incluso tras ajustar por variables sociodemográficas (Ver Tabla 9, Modelo 5). Estos resultados dan cuenta de las diferencias significativas en modelos explicativos de la relación entre PMD y autoreporte de salud para hombres y mujeres, que requieren de especial atención y consideración a la hora de diseñar estrategias de políticas y de salud específicas para cada población.

Tabla 3: Modelos de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre auto percepción de salud y pobreza multidimensional crudos y ajustado por variables sociodemográficas, datos CASEN 2013.

		(Nota 1-3) vs (Nota 4 -5, Nota 6 -7)				(Nota 1-3, Nota 4 -5) vs (Nota 6 -7)			
		Coficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p	Coficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p
MODELO 1	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,15	0,86	0,84 - 0,88	0	-0,20	0,82	0,8 - 0,84	0
	No pobre	-	1						
	Contante	0,99	2,68	2,66 - 2,71	0	-0,26	0,77	0,76 - 0,78	0
MODELO 2	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,07	0,93	0,91 - 0,95	0				
	No pobre	-	1						
	Sexo								
	Mujer	-0,10	0,91	0,89 - 0,93	0	-0,20	0,82	0,80 - 0,83	0
	Hombre	-	1						
	Edad	-0,01	0,99	0,99 - 0,99	0	-0,02	0,98	0,98 - 0,98	0
	Años de escolaridad	0,02	1,02	1,02 - 1,02	0	0,02	1,03	1,02 - 1,03	0
	Etnia								
	Pertenece a una etnia	0,06	1,06	1,03 - 1,09	0	0	1	0,97 - 1,03	0,919
	No pertenece a una etnia	-	1						
	Condición migratoria								
	Inmigrante	0,11	1,12	1,04 - 1,19	0,001				
	Chileno	-	1						
	Estado civil								
	Anulado, separado o divorciado	-0,06	0,94	0,97 - 0,97	0				
	Viudo	0,08	1,08	1,04 - 1,12	0				
Soltero	0,01	1,01	0,99 - 1,04	0,246	0,05	1,06	1,03 - 1,09	0	
Casado	-	1							
Actividad									
Desocupados	-0,08	0,93	0,89 - 0,98	0					
Inactivos	-0,11	0,9	0,88 - 0,92	0	-0,04	0,96	0,94 - 0,98	0,009	
Activos		1							
Log ingreso equivalizado modificado OECD	0,11	1,11	1,10 - 1,10	0	0,16	1,18	1,16 - 1,20	0	
Contante	0,05	1,05	0,87 - 1,28	0,613	-1,42	0,24	0,20 - 0,29	0	

MODELO 1: Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para la Pobreza multidimensional (valor p=0,00042), Log likelihood = -76076,62, Pseudo R2 = 0,0023

MODELO 2: Las restricciones para las líneas paralelas se imponen para la Pobreza multidimensional (valor p=0,5948) condición migratoria (valor p=0,1040) y Desocupados (valor p=0,2895), Log likelihood = -67551,536, Pseudo R2 = 0,0671

Tabla 4: Modelos de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre auto percepción de salud, problemas de acceso a servicios de salud y pobreza multidimensional crudos y ajustado por variables sociodemográficas, datos CASEN 2013.

		(Nota 1-3) vs (Nota 4 -5, Nota 6 -7)				(Nota 1-3, Nota 4 -5) vs (Nota 6 -7)			
		Coefficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p	Coefficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p
MODELO 3	Problemas de acceso								
	Si presenta	-0,39	0,67	0,66 - 0,69	0,000	-0,63	0,54	0,52 - 0,55	0,000
	No presenta	-	1			-	1		
	Contante	1,05	2,86	2,83 - 2,89	0,000	-0,20	0,82	0,81 - 0,83	0,000
MODELO 4	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,15	0,86	0,85 - 0,88	0,000	-	-		
	No pobre	-	1						
	Problemas de acceso								
	Si presenta	-0,39	0,68	0,66 - 0,69	0,000	-0,62	0,54	0,52 - 0,55	0,000
	No presenta	-	1			-	1		
	Contante	1,08	2,95	2,91 - 2,99	0,000	-0,17	0,84	0,83 - 0,85	0,000
MODELO 5	Problemas de acceso								
	Si presenta	-0,32	0,72	0,71 - 0,74	0,000	-0,50	0,61	0,59 - 0,63	0,000
	No presenta	-	1			-	1		
	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,09	0,92	0,90 - 0,94	0,000	-	-		
	No pobre	-	1						
	Sexo								
	Mujer	-0,07	0,93	0,91 - 0,95	0,000	-0,16	0,85	0,83 - 0,87	0,000
	Hombre	-	1			-	1		
	Edad								
		-0,01	0,99	0,99 - 0,99	0,000	-0,02	0,98	0,98 - 0,98	0,000
	Años de escolaridad								
		0,02	1,02	1,01 - 1,02	0,000	0,02	1,02	1,02 - 1,02	0,000
	Etnia								
	Pertenece a una etnia	0,06	1,07	1,03 - 1,10	0,000	0,01	1,01	0,98 - 1,04	0,549
	No pertenece	-	1			-	1		
	Condición migratoria								
	Inmigrante Chileno	0,04	1,04	0,98 - 1,10	0,209	-	-		
	Estado civil								
	Anulado, separado o divorciado	-0,05	0,95	0,92 - 0,98	0,000	-	-		
Viudo	0,10	1,11	1,07 - 1,15	0,000	-	-			
Soltero	0,04	1,04	1,01 - 1,06	0,010	0,09	1,09	1,07 - 1,12	0,000	
Casado	-	1			-	1			
Actividad									
Desocupados	-0,07	0,94	0,89 - 0,98	0,004	-	-			
Inactivos	-0,11	0,90	0,88 - 0,92	0,000	-0,04	0,96	0,94 - 0,98	0,001	
Activos	-	1			-	1			
log ingreso equivalizado modificado OECD									
	0,06	1,06	1,04 - 1,08	0,000	0,09	1,10	1,08 - 1,12	0,000	
	Contante	0,66	1,93	1,58 - 2,37	0,000	-0,55	0,58	0,47 - 0,71	0,000

MODELO 3: Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para los problemas de acceso (valor p=0,00000), Log likelihood = -64147,777, Pseudo R2 = 0,0208. MODELO 4: Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para la Pobreza multidimensional (valor p=0,5948) condición migratoria (valor p=0,1040) y Desocupados (valor p=0,2895), Log likelihood = -67551,536, Pseudo R2 = 0,0671. MODELO 5: Las restricciones para las líneas paralelas se imponen para la Pobreza multidimensional (valor p=0,5948) condición migratoria (valor p=0,1040) y Desocupados (valor p=0,2895), Log likelihood = -67551,536, Pseudo R2 = 0,0671

Tabla 5: Modelos de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre autopercepción de salud y características sociodemográficas en pobres multidimensionales, datos CASEN 2013.

	(Nota 1-3) vs (Nota 4 -5, Nota 6 -7)				(Nota 1-3, Nota 4 -5) vs (Nota 6 -7)				
	Coefficiente	OR (EXP(B))	IC95%(OR)	Valor p	Coefficiente	OR (EXP(B))	IC95%(OR)	Valor p	
Sexo									
	Mujer	-0,133	0,875	0,828 - 0,922	0,000	-0,247	0,781	0,743 - 0,819	0,000
	Hombre	Ref.				Ref.			
Edad		-0,007	0,993	0,992 - 0,994	0,000	-0,025	0,975	0,974 - 0,976	0,000
Años de escolaridad		0,015	1,015	1,009 - 1,021	0,000				
Etnia									
	Pertenece a una etnia	0,203	1,225	1,144 - 1,306	0,000	0,089	1,093	1,031 - 1,155	0,003
	No pertenece a una etnia	Ref.				Ref.			
Condición migratoria									
	Inmigrante	0,139	1,149	1,015 - 1,283	0,028				
	Chileno	Ref.							
Estado civil									
	Anulado, separado o divorciado	-0,043	0,958	0,894 - 1,022	0,222				
	Viudo	0,034	1,035	0,956 - 1,114	0,398				
	Soltero	0,072	1,075	1,027 - 1,123	0,002				
	Casado	Ref.							
Actividad									
	Desocupados	-0,074	0,929	0,864 - 0,994	0,041				
	Inactivos	-0,067	0,935	0,897 - 0,973	0,001				
	Activos	Ref.							
Log ingreso equivalente		0,089	1,093	1,060 - 1,126	0,000				
Contante		0,351	1,420	0,981 - 1,859	0,063	-0,360	0,698	-	0,000

MODELO 1: Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para la condición migratoria (valor $p=0.00042$), años de escolaridad (valor $p=0.00042$), actividad (valor $p=0.00042$) y estado civil (valor $p=0.00042$) Log likelihood = -12983.469, Pseudo R2 = 0.0655

Tabla 6: Modelos de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre auto percepción de salud, problemas en la atención en salud y características sociodemográficas en pobres multidimensionales, datos CASEN 2013.

		(Nota 1-3) vs (Nota 4 -5, Nota 6 -7)				(Nota 1-3, Nota 4 -5) vs (Nota 6 -7)			
		Coefficiente	OR (EXP(B))	IC95%(OR)	Valor p	Coefficiente	OR (EXP(B))	IC95%(OR)	Valor p
Problemas de atención en salud									
	Si	-0,252	0,777	0,739 - 0,816	0,000	-0,417	0,659	0,622 - 0,696	0,000
	No	Ref.							
Sexo									
	Mujer	-0,112	0,894	0,844 - 0,944	0,000	-0,200	0,819	0,776 - 0,861	0,000
	Hombre	Ref.				Ref.			
Edad		-0,006	0,994	0,992 - 0,996	0,000	-0,025	0,975	0,974 - 0,977	0,000
Años de escolaridad		0,015	1,015	1,009 - 1,021	0,000				
Etnia									
	Pertenece a una etnia	0,200	1,222	1,138 - 1,305	0,000	0,107	1,113	1,046 - 1,180	0,001
	No pertenece a una etnia	Ref.				Ref.			
Condición migratoria									
	Inmigrante	0,109	1,115	0,980 - 1,251	0,099				
	Chileno	Ref.							
Estado civil									
	Anulado, separado o divorciado	-0,066	0,936	0,871 - 1,001	0,070				
	Viudo	0,031	1,032	0,950 - 1,113	0,464				
	Soltero	0,057	1,059	1,010 - 1,107	0,017				
	Casado	Ref.							
Actividad									
	Desocupados	-0,074	0,929	0,862 - 0,996	0,051				
	Inactivos	-0,067	0,935	0,896 - 0,975	0,002				
	Activos	Ref.							
Log ingreso equivalente		0,067	1,069	1,036 - 1,102	0,000				
Contante		0,662	1,939	1,318 - 2,560	0,001	0,067	1,036	1,036 - 1,102	0,000

MODELO 1: Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para la condición migratoria (valor p=0.00042), años de escolaridad (valor p=0.00042), actividad (valor p=0.00042) y estado civil (valor p=0.00042) Log likelihood = -12983.469, Pseudo R2 = 0.0751

Tabla 7: Modelos de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación cruda entre auto percepción de salud, pobreza multidimensional y barreras de acceso a salud, según sexo. Datos CASEN 2013.

		(Nota 1-3) vs (Nota 4 -5, Nota 6 -7)				(Nota 1-3, Nota 4 -5) vs (Nota 6 -7)			
		Coefficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p	Coefficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p
MODELO 1 (Hombres)	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,143	0,894	0,852 – 0,938	0,000	-0,217	0,805	0,772 – 0,840	0,000
	No pobre								
	Contante	1,068	3,788	3,705 – 3,873	0,000	-0,115	0,891	0,876 – 0,907	0,000
MODELO 1 (Mujeres)	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,153	0,875	0,849 – 0,902	0,000	-0,187	0,829	0,804 – 0,855	0,000
	No pobre								
	Contante	0,946	3,370	3,320 – 3,419	0,000	-0,342	0,710	0,701 – 0,720	0,000
MODELO 1 (Hombres): Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para la Pobreza multidimensional (valor p=0.00332), Log likelihood = -24613.193, Pseudo R2 = 0,0025									
MODELO 1 (Mujeres): Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para la Pobreza multidimensional (valor p=0.04709), Log likelihood = -51203.991, Pseudo R2 = 0,0020									
		(Nota 1-3) vs (Nota 4 -5, Nota 6 -7)				(Nota 1-3, Nota 4 -5) vs (Nota 6 -7)			
		Coefficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p	Coefficiente	OR (expB)	IC95%(OR)	Valor p
MODELO 3 (Hombres)	Problemas de acceso								
	Si presenta	-0,454	0,635	0,609 – 0,662	0,000	-0,710	0,492	0,468 – 0,517	0,000
	No presenta								
	Contante	1,389	4,001	3,037 – 3,159	0,000	-0,068	0,935	0,918 – 0,951	0,000
MODELO 4 (Hombres)	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,127	0,881	0,884 – 0,919	0,000	-0,195	0,823	3,320 – 3,419	0,000
	No pobre								
	Problemas de acceso								
	Si presenta	-0,451	0,637	0,612 – 0,664	0,000	-0,702	0,496	3,320 – 3,419	0,000
	No presenta								
	Contante	1,155	3,176	3,108 – 3,244	0,000	-0,034	0,966	3,320 – 3,419	0,000
MODELO 3 (Mujeres)	Problemas de acceso								
	Si presenta	-0,303	0,738	0,679 – 0,714	0,000	-0,572	0,564	0,546 – 0,582	0,000
	No presenta								
	Contante	1,271	3,565	2,710 – 2,785	0,000	-0,269	0,764	0,754 – 0,775	0,000
MODELO 4 (Mujeres)	Pobreza multidimensional								
	Pobre	-0,145	0,865	0,845 – 0,886	0,000				
	No pobre								
	Problemas de acceso								
	Si presenta	-0,356	0,701	0,683 – 0,719	0,000	-0,566	0,568	0,550 – 0,586	0,000
	No presenta								
	Contante	1,041	2,833	2,792 – 2,874	0,000	-0,243	0,785	0,773 – 0,796	0,000

MODELO 3 (Hombres): Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para los problemas de acceso (valor p= 0,00000), Log likelihood = -22541.951, Pseudo R2 = 0,0235

MODELO 3 (Mujeres): Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para los problemas de acceso (valor p= 0,00000), Log likelihood = -48353.336, Pseudo R2 = 0,0176

MODELO 4 (Hombres): Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para la Pobreza multidimensional (valor p= 0,01195) ni para para los problemas de acceso (valor p= 0,00000), Log likelihood = -22497.464, Pseudo R2 = 0,0255

MODELO 4 (Mujeres): Las restricciones para las líneas paralelas no se imponen para los problemas de acceso (valor p= 0,00000), Log likelihood = -48280.867, Pseudo R2 = 0,0190

Tabla 8: Modelos de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre auto percepción de salud y pobreza multidimensional ajustado por variables sociodemográficas, según sexo. Datos CASEN 2013.

			Nota 1 a 3 vs Nota 4 o mayor					Nota 1 a 5 vs Nota 6 o 7				
			COEF	EXP(COEF)	IC95% (EXP(COEF))		P-VALOR	COEF	EXP(COEF)	IC95% (EXP(COEF))		P-VALOR
					inf.	sup.				inf.	sup.	
MODELO 2 (Hombres)	pobreza multidimensional	si	-0,057	0,945	0,911	0,980	0,002					
		no										
	edad		-0,007	0,993	0,992	0,995	0,000	-0,020	0,980	0,979	0,981	0,000
	años de escolaridad		0,014	1,014	1,009	1,019	0,000	0,024	1,025	1,020	1,030	0,000
	pertenecía a pueblos originarios	si	0,024	1,024	0,983	1,068	0,254					
		no										
	inmigrante	si	0,112	1,119	1,002	1,249	0,045					
		no										
	Estado civil	anulado separado	-0,111	0,895	0,840	0,953	0,001	0,008	1,009	0,947	1,074	0,793
		viudo	0,115	1,122	1,047	1,202	0,001					
		soltero	0,052	1,053	1,017	1,091	0,003					
casado o conviviente												
actividad	desocupados	-0,029	0,971	0,906	1,041	0,407						
	inactivos	-0,260	0,771	0,740	0,804	0,000	-0,163	0,850	0,814	0,886	0,000	
	ocupados											
log del ingreso por persona equivalente		0,150	1,162	1,137	1,187	0,000						
cte.		-0,528	0,590	0,455	0,765	0,000	-1,290	0,275	0,213	0,355	0,000	
MODELO 2 (Mujeres)	pobreza multidimensional	si	-0,084	0,919	0,896	0,942	0,000					
		no										
	edad		-0,010	0,990	0,989	0,991	0,000	-0,023	0,977	0,977	0,978	0,000
	años de escolaridad		0,019	1,020	1,016	1,023	0,000	0,025	1,026	1,022	1,030	0,000
	pertenecía a pueblos originarios	si	0,059	1,060	1,022	1,100	0,002	-0,012	0,988	0,951	1,026	0,534
		no										
	inmigrante	si	0,109	1,115	1,027	1,212	0,010					
		no										
	Estado civil	anulado separado	-0,045	0,956	0,925	0,987	0,006					
		viudo	0,099	1,104	1,064	1,144	0,000					
		soltero	0,020	1,020	0,990	1,052	0,189	0,079	1,082	1,051	1,115	0,000
casado o conviviente												
actividad	desocupados	-0,092	0,912	0,866	0,961	0,001						
	inactivos	-0,059	0,942	0,918	0,967	0,000	0,007	1,007	0,981	1,034	0,590	
	ocupados											
log del ingreso por persona equivalente		0,092	1,096	1,074	1,118	0,000	0,171	1,186	1,162	1,210	0,000	
cte.		0,130	1,139	0,899	1,445	0,281	-1,703	0,182	0,144	0,231	0,000	

Tabla 9: Modelos de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre auto percepción de salud y pobreza multidimensional barreras de acceso a salud ajustado por variables sociodemográficas, según sexo. Datos CASEN 2013.

		Nota 1 a 3 vs Nota 4 o mayor					Nota 1 a 5 vs Nota 6 o 7					
		COEF	EXP(COEF)	IC95% (EXP(COEF))		P-VALOR	COEF	EXP(COEF)	IC95% (EXP(COEF))		P-VALOR	
				inf.	sup.				inf.	sup.		
MODELO 5 (Hombres)	barreras de acceso	si	-0,356	0,700	0,671	0,731	0,000	-0,550	0,577	0,548	0,608	0,000
		no										
	pobreza multidimensional	si	-0,055	0,947	0,912	0,983	0,005					
		no										
	edad		-0,006	0,994	0,993	0,995	0,000	-0,020	0,980	0,979	0,982	0,000
	años de escolaridad		0,013	1,013	1,008	1,018	0,000	0,023	1,023	1,018	1,029	0,000
	pertenecía a pueblos originarios	si	0,026	1,027	0,983	1,072	0,236					
		no										
	inmigrante	si	0,081	1,085	0,968	1,216	0,160					
		no										
	Estado civil	anulado separado	-0,139	0,871	0,815	0,930	0,000	-0,017	0,983	0,919	1,051	0,608
		viudo	0,104	1,110	1,033	1,191	0,004					
		soltero	0,037	1,038	1,001	1,077	0,044					
		casado o conviviente										
actividad	desocupados	-0,022	0,978	0,910	1,053	0,559						
	inactivos	-0,238	0,788	0,755	0,824	0,000	-0,140	0,869	0,832	0,909	0,000	
	ocupados		1,000	1,000	1,000							
log del ingreso por persona equivalente cte.		0,131	1,140	1,115	1,166	0,000					0,000	
		-0,245	0,783	0,595	1,029	0,079	-0,999	0,368	0,282	0,482	0,000	
MODELO 5 (Mujeres)	barreras de acceso	si	-0,310	0,734	0,715	0,753	0,000	-0,477	0,620	0,601	0,641	0,000
		no										
	pobreza multidimensional	si	-0,076	0,926	0,903	0,950	0,000					
		no										
	edad		-0,009	0,991	0,990	0,992	0,000	-0,023	0,977	0,977	0,978	0,000
	años de escolaridad		0,020	1,021	1,018	1,024	0,000					
	pertenecía a pueblos originarios	si	0,067	1,069	1,029	1,110	0,001	-0,004	0,996	0,957	1,036	0,828
		no										
	inmigrante	si	0,083	1,087	0,999	1,183	0,054					
		no										
	Estado civil	anulado separado	-0,045	0,956	0,924	0,988	0,008					
		viudo	0,104	1,109	1,069	1,151	0,000					
		soltero	0,022	1,023	0,991	1,055	0,158	0,080	1,084	1,051	1,117	0,000
		casado o conviviente										
actividad	desocupados	-0,084	0,919	0,872	0,970	0,002						
	inactivos	-0,058	0,944	0,919	0,970	0,000	0,001	1,001	0,974	1,029	0,000	
	ocupados											
log del ingreso por persona equivalente cte.		0,070	1,072	1,051	1,094	0,000	0,149	1,161	1,138	1,184	0,000	
		0,428	1,534	1,200	1,960	0,001	-1,297	0,273	0,214	0,349	0,000	

6. RELACION ENTRE POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y AUTOPERCEPCION DE SALUD, MEDIADA POR ACCESO EFECTIVO A SALUD (OE4)

En el modelo estructural se aprecia que tanto la pobreza multidimensional (PMD) ($b \text{ std} = -0.033$; IC 95%(-0.052- -0.017)) como los problemas para el uso de servicios (Problemas) ($b \text{ std} = -0.242$ IC 95% (-0.263 - -0.225)) tienen un efecto directo significativo sobre la salud auto-percibida (SAP) (ver Tabla 10). Así, tanto quienes se encuentran en situación de PMD como quienes presentan algún problema para uso de servicios de salud poseen menores niveles de SAP. Sin embargo, la magnitud de ambos efectos es diferente, ya que presentar problemas para el uso de servicios tiene un impacto negativo siete veces mayor sobre la SAP que la PMD. Además el presentar problemas para el uso de servicios actúa como una variable mediadora importante ($b \text{ std} = -0.014$ IC (-0.018—0.008)) de la relación entre PMD y SAP, siendo responsable del 30% del efecto total de la PMD sobre SAP.

Al analizar los efectos totales (directo e indirectos) de otras covariables presentes sobre la SAP se observa que la zona de residencia (rural o urbana), sexo, nivel educacional, ingreso, actividad y edad son las que afectan de manera más importante este indicador. Mientras que la previsión de salud, pertenencia étnica y estatus migratorio poseen un efecto pequeño e incluso en algunos casos no significativo (ver Tabla 11).

Según lo anterior el vivir en zonas rurales posee un efecto directo significativos sobre la SAP ($b \text{ std} = 0.03$ IC 95% (0.018 – 0.042)), mientras que su efecto mediado por PMD y problemas de acceso (total indirecto) no resulta significativo en este modelo. Aparece como relevante que la presencia de problemas para el uso de servicios, no altera la relación entre la zona de residencia y la SAP, contrario a lo que sucede con la PMD que muestra un efecto mediador significativo aunque de pequeño tamaño. De esta forma quienes viven en zonas rurales poseen mejor SAP en comparación a quienes se encuentran en zonas urbanas, incluso en los casos en donde existen problemas para el uso de servicios.

Otra variable relevante es el sexo, en este caso las mujeres muestran peores resultados de SAP. Existe un efecto directo de esta variable sobre SAP como mediado por la presencia de problemas para el uso de servicios. En este caso la PMD juega un rol marginal, ya que su efecto mediador si bien es significativo es muy pequeño. Así del efecto total del sexo sobre el SAP el 30% está mediado por la presencia de problemas para el uso de servicios.

Variables relativas a la posición socioeconómica como: años de escolaridad, ingreso o poseer previsión de salud, presentan un efecto principalmente directo sobre SAP. De estas variables las que influyen en mayor medida sobre la SAP son el ingreso y los años de escolaridad, en ambos casos el efecto sobre la SAP es favorable y de gran magnitud independiente de la existencia de problemas para el uso de servicios o PMD. En el caso de la previsión de salud, la presencia de problemas para el uso de servicios parece incidir directamente sobre la SAP y además poseer un efecto mediado por problemas de acceso a salud. De esta manera el poseer previsión de salud tiende a incrementar la SAP, lo cual baja en un 50% cuando existen problemas de acceso.

En relación a la actividad (encontrase desempleado) parece no tener un efecto importante sobre la SAP, ya que los efectos totales directos y mediados no resultan significativos. Sin embargo, la importancia de los problemas para el uso de servicios y la PMD, resulta interesante (pese a lo pequeño del efecto) que encontrase desempleado y presentar problemas para el uso de servicios tiene un impacto mayor que el estar en la misma situación y encontrase en situación de PMD.

La pertenencia a grupos minoritarios (grupos étnicos y migrantes) parece no influir importantemente sobre la SAP. En el caso de la pertenencia a grupos étnicos, esta no posee un efecto directo sobre la SAP, sin embargo, si muestra un efecto mediado significativo. Es decir que si bien el solo pertenecer a un grupo étnico no impacta la SAP, esta se ve afecta cuando además se presentan problemas para el uso de servicios de salud o PMD. En el caso de la población migrante, esta condición no afecta la SAP ni muestra un efecto mediado significativo.

Finalmente la edad posee un efecto directo significativo sobre la SAP, así a mayor edad menor nivel de SAP. Además muestra un efecto mediado significativo, principalmente por problemas para el uso de servicios.

En relación al efecto de las covariables seleccionadas sobre la presencia de problemas de acceso a servicios de salud, se observa que la mayoría de las variables estudiadas poseen un efecto directo significativo sobre la presencia de problemas de salud. Así las mujeres sin trabajo pertenecen a un grupo étnico o tienen una edad más avanzada, tienden a poseer con mayor probabilidad problemas para el uso efectivo de servicios de salud. Mientras que quienes poseen un mayor nivel educacional e ingresos más elevados tienen menos probabilidades de presentar problemas para el uso de servicios (ver Tabla 11).

Al analizar los efectos de las covariables seleccionadas sobre la PMD es posible afirmar que vivir en zonas rurales, ser mujer, encontrarse desocupado/inactivo, pertenecer a un grupo étnico o ser migrante incrementa la probabilidad de encontrarse en situación de PMD. Lo contrario sucede con las otras variables evaluadas (ver Tabla 1).

Tabla 10: Modelo de medicación (path análisis) para la relación entre pobreza multidimensional (PMD) y salud auto-percibida (SAP) mediado por problemas de acceso (Problemas) . Datos CASEN 2013.

Efecto		Estimado (IC 95%)	Estimado estandarizado (IC 95%)
PMD	→ SAP	-0.097 (-0.152 - -0.051)	-0.033 (-0.052 - -0.017)
Problemas	→ SAP	-0.259 (-0.281 - -0.239)	-0.242 (-0.263 - -0.225)
PMD	→ Problemas	0.155 (0.093 0.208)	0.056 (0.034 0.075)
PMD	→ Problemas → SAP	-0.04 (-0.054 - -0.025)	-0.014 (-0.018 - -0.008)
Efecto Total Indirecto		-0.04 (-0.054 - -0.091)	-0.014 (-0.018 - -0.008)
Efecto Total		-0.138 (-0.191 - -0.091)	-0.047 (-0.065 - -0.031)

*Todos los efectos son significativos

Tabla 11: Efectos directos y mediados de diferentes covariables sobre problemas de acceso a salud. Datos CASEN 2013.

Efecto		Estimado (IC 95%)	Estimado Estandarizado (IC 95%)
Ruralidad	→ Problemas	-0.031 (-0.083 - 0.023)	-0.010 (-0.028 - 0.008)
Ruralidad	→ PMD → Problemas	0.015 (0.009 - 0.020)	0.005 (0.003 - 0.007)
Efecto Total Indirecto		0.015 (0.009 - 0.020)	0.005 (0.003 - 0.007)
Efecto Total		-0.017 (-0.069 - 0.037)	-0.005 (-0.023 - 0.012)
Sexo	→ Problemas	0.192 (0.146 - 0.234)	0.087 (0.066 - 0.106)
Sexo	→ PMD → Problemas	0.004 (0.002 - 0.007)	0.002 (0.001 - 0.003)
Efecto Total Indirecto		0.004 (0.002 - 0.007)	0.002 (0.001 - 0.003)
Efecto Total		0.197 (0.150 - 0.237)	0.089 (0.068 - 0.108)
Actividad	→ Problemas	-0.06 (-0.108 - -0.015)	-0.029 (-0.052 - -0.007)
Actividad	→ PMD → Problemas	0.006 (0.003 - 0.009)	0.003 (0.001 - 0.004)
Efecto Total Indirecto		0.006 (0.003 - 0.009)	0.003 (0.001 - 0.004)
Efecto Total		-0.055 (-0.103 - -0.011)	-0.026 (-0.049 - -0.005)
Educación	→ Problemas	-0.014 (-0.020 - -0.008)	-0.059 (-0.084 - -0.034)
Educación	→ PMD → Problemas	-0.004 (-0.005 - -0.002)	-0.016 (-0.022 - -0.010)
Efecto Total Indirecto		-0.004 (-0.005 - -0.002)	-0.016 (-0.022 - -0.010)
Efecto Total		-0.018 (-0.024 - -0.012)	-0.076 (-0.101 - -0.052)
Etnia	→ Problemas	0.163 (0.079 - 0.241)	0.044 (0.021 - 0.065)
Etnia	→ PMD → Problemas	0.010 (0.005 - 0.018)	0.003 (0.001 - 0.005)
Efecto Total Indirecto		0.010 (0.005 - 0.018)	0.003 (0.001 - 0.005)
Efecto Total		0.174 (0.088 - 0.252)	0.046 (0.023 - 0.068)
E. Migratorio	→ Problemas	-0.028 (-0.258 - 0.169)	-0.004 (-0.037 - 0.025)
E. Migratorio	→ PMD → Problemas	0.012 (0.003 - 0.024)	0.002 (0.000 - 0.003)
Efecto Total Indirecto		0.012 (0.003 - 0.024)	0.002 (0.000 - 0.003)
Efecto Total		-0.016 (-0.251 - 0.189)	-0.002 (-0.035 - 0.028)
Ingreso	→ Problemas	-0.133 (-0.164 - -0.104)	-0.106 (-0.131 - -0.081)
Ingreso	→ PMD → Problemas	-0.005 (-0.008 - -0.003)	-0.004 (-0.006 - -0.002)
Efecto Total Indirecto		-0.005 (-0.008 - -0.003)	-0.004 (-0.006 - -0.002)
Efecto Total		-0.139 (-0.170 - -0.109)	-0.110 (-0.135 - -0.087)
Prevision	→ Problemas	0.149 (0.016 - 0.317)	0.023 (0.003 - 0.047)
Prevision	→ PMD → Problemas	-0.038 (-0.055 - -0.022)	-0.006 (-0.008 - -0.003)
Efecto Total Indirecto		-0.038 (-0.055 - -0.022)	-0.006 (-0.008 - -0.003)
Efecto Total		0.112 (-0.02 - 0.277)	0.017 (-0.003 - 0.041)
Edad	→ Problemas	0.007 (0.005 - 0.008)	0.111 (0.089 - 0.133)
Edad	→ PMD → Problemas	0.000 (-0.001 - 0.000)	-0.007 (-0.001 - -0.004)
Efecto Total Indirecto		0.000 (-0.001 - 0.000)	-0.007 (-0.010 - -0.004)
Efecto Total		0.006 (0.005 - 0.008)	0.104 (0.081 - 0.127)

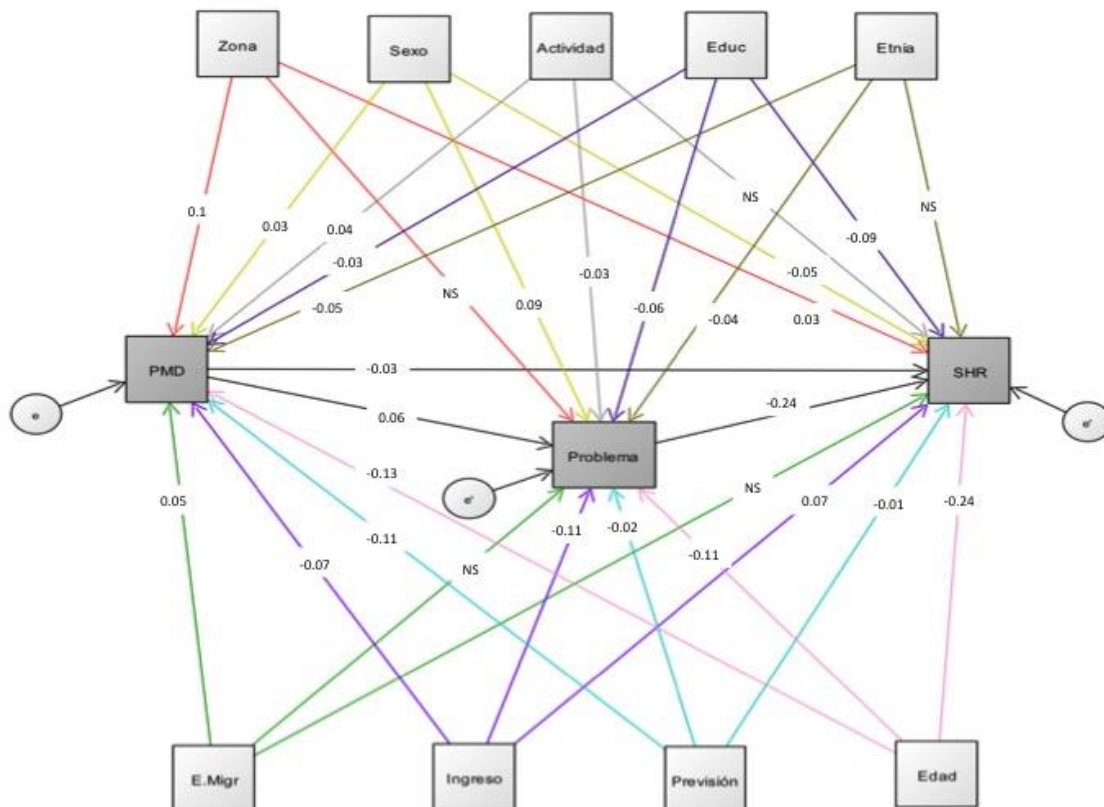
*En negrita los efectos no significativos $p > 0.05$

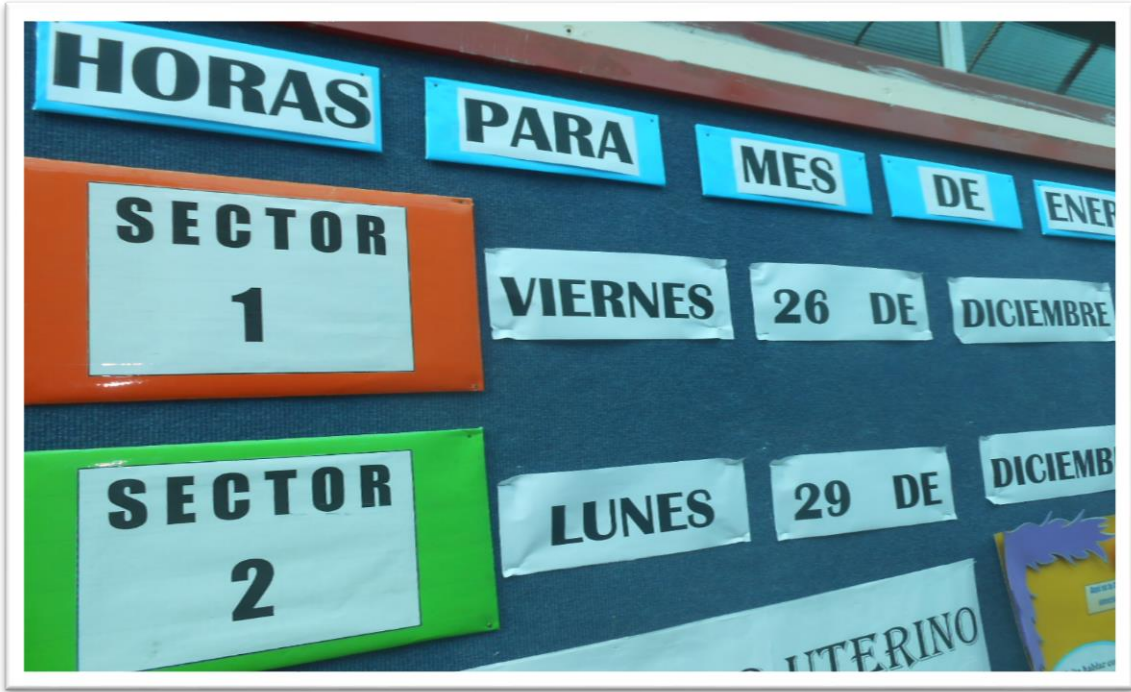
Tabla 12: Efectos directos de diferentes covariables sobre pobreza multidimensional (PMD). Datos CASEN 2013.

Efecto		Estimado (IC 95%)	Estimado Estandarizado (IC 95%)
Ruralidad	→ PMD	0.096 (0.082 - 0.110)	0.087 (0.073 - 0.099)
Sexo	→ PMD	0.027 (0.017 - 0.036)	0.034 (0.022 - 0.045)
Actividad	→ PMD	0.038 (0.026 - 0.051)	0.050 (0.035 - 0.041)
Educación	→ PMD	-0.025 (-0.027 - -0.023)	-0.290 (-0.308 - -0.272)
Etnia	→ PMD	0.067 (0.042 - 0.099)	0.050 (0.030 - 0.073)
E. Migratorio	→ PMD	0.079 (0.023 - 0.138)	0.031 (0.009 - 0.056)
Ingreso	→ PMD	-0.033 (-0.043 - -0.024)	-0.073 (-0.093 - -0.054)
Previsión	→ PMD	-0.254 (-0.315 - -0.183)	-0.108 (-0.13 - -0.085)
Edad	→ PMD	-0.003 (-0.003 - -0.002)	-0.128 (-0.150 - -0.110)

*Todos los efectos son significativos

Figura 10: Representación de efectos directos de diferentes covariables sobre SAP . Datos CASEN 2013.





7. RELACION ENTRE POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y AUTOPERCEPCION DE SALUD, FRAGMENTADA POR INDICADORES DE BIENESTAR

El índice de pobreza multidimensional en Chile para el año 2013 se compone de 4 dimensiones, cada una de las cuales a su vez se compone de 3 indicadores de bienestar. Entre los 12 indicadores de bienestar, el de escolaridad es la que se encuentra carente con mayor frecuencia dentro de las personas de la muestra, seguido por el indicador de seguridad social y el de estado de la vivienda. Dentro de la muestra el 33,87% de las personas residen en hogares carentes en el indicador de escolaridad, es decir al menos uno de los miembros de su hogar tiene un nivel de escolaridad menor al establecido por ley para su edad. Por otro lado, el 30,05% de las personas de la muestra residen en hogares donde al menos uno de sus miembros mayores de 15 años no cotiza en un sistema previsional, y un 13,76% de las personas de la muestra residen en hogares cuyo estado de la vivienda es malo.

En el caso opuesto, los indicadores de Rezago escolar (2,83%), asistencia (3,42%) y malnutrición (5,14%) son los que se presentan con menor frecuencia dentro de las personas de la muestra (Ver Figura 11).

Figura 11: Porcentaje de personas que residen en hogares carentes en cada una de los 12 indicadores de bienestar de la pobreza multidimensional

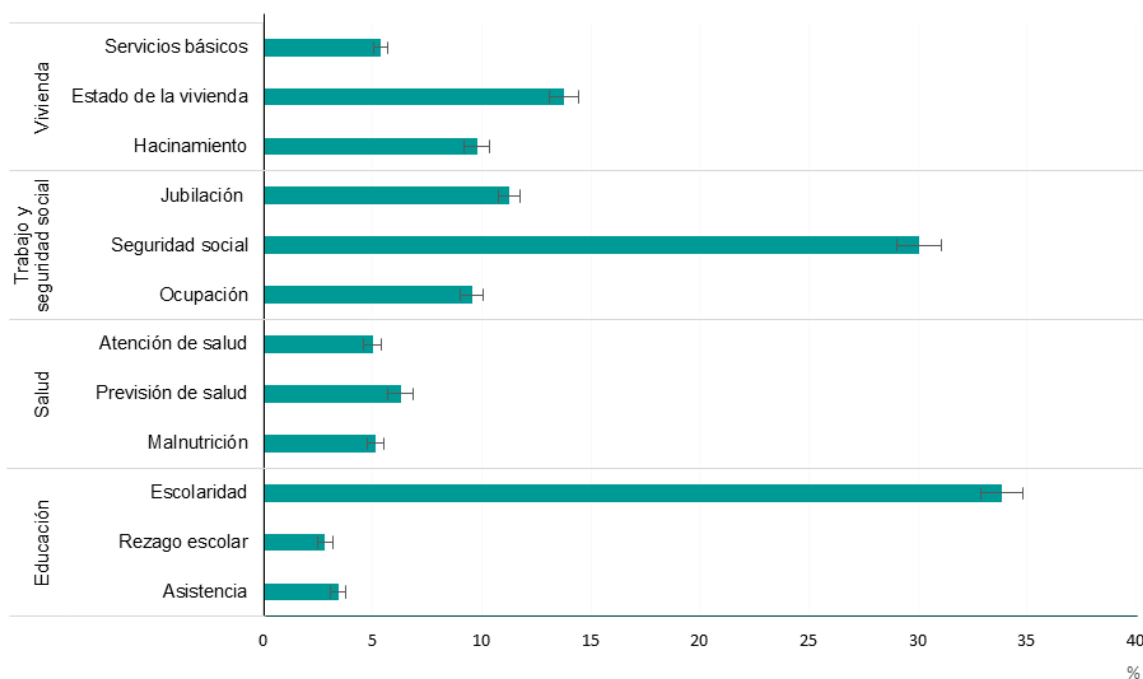


Tabla 13: Distribución de la autopercepción de salud, según carencia (si/no) en los indicadores de bienestar de la pobreza multidimensional.

Dimensión	Indicador	cant.	Autopercepción de salud							
			Nota 1 -3		Nota 4-5		Nota 6-7			
			%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)		
Educación	Asistencia	carente	228985	8,47	(6,85 - 10,42)	35,90	(32,94 - 38,96)	55,64	(52,21 - 59,02)	
		no carente	6470955	7,19	(6,84 - 7,56)	39,31	(38,56 - 40,06)	53,50	(52,70 - 54,30)	
	Rezago escolar	carente	189294	8,88	(6,79 - 11,53)	39,53	(33,21 - 46,22)	51,59	(45,95 - 57,19)	
		no carente	6510646	7,19	(6,84 - 7,54)	39,18	(38,47 - 39,90)	53,63	(52,84 - 54,42)	
	Escolaridad	carente	2269180	10,53	(9,95 - 11,14)	43,42	(42,38 - 44,46)	46,06	(44,98 - 47,14)	
		no carente	4430760	5,55	(5,16 - 5,96)	37,03	(36,12 - 37,95)	57,43	(56,12 - 57,95)	
	Salud	Malnutrición	carente	344582	6,73	(5,46 - 8,27)	37,57	(34,88 - 40,35)	55,70	(52,68 - 58,67)
			no carente	6355358	7,26	(6,90 - 7,64)	39,28	(38,53 - 40,03)	53,46	(52,65 - 54,27)
Previsión de salud		carente	421754	7,75	(6,55 - 9,14)	37,64	(35,51 - 39,82)	54,61	(52,24 - 56,96)	
		no carente	6278186	7,20	(6,85 - 7,57)	39,30	(38,51 - 40,09)	53,51	(52,65 - 54,36)	
Atención de salud		carente	334891	10,98	(9,41 - 12,79)	43,37	(40,26 - 46,53)	45,65	(42,07 - 49,27)	
		no carente	6365049	7,04	(6,69 - 7,40)	38,97	(38,25 - 39,70)	53,99	(53,23 - 54,76)	
Trabajo y seguridad social		Ocupación	carente	640336	8,20	(6,91 - 9,70)	39,45	(37,31 - 41,64)	52,35	(49,96 - 54,73)
			no carente	6059604	7,13	(6,79 - 7,49)	39,16	(38,41 - 39,92)	53,71	(52,91 - 54,50)
	Seguridad social	carente	2013553	7,40	(6,77 - 8,09)	41,16	(39,79 - 42,55)	51,44	(50,07 - 52,81)	
		no carente	4686387	7,16	(6,77 - 7,58)	38,35	(37,58 - 39,11)	54,49	(53,67 - 55,32)	
	Jubilación	carente	754388	10,23	(9,00 - 11,61)	43,86	(41,80 - 45,95)	45,91	(43,73 - 48,10)	
		no carente	5945552	6,85	(6,50 - 7,22)	38,60	(37,86 - 39,34)	54,55	(53,75 - 55,34)	
	Vivienda	Hacinamiento	carente	655332	6,24	(5,43 - 7,15)	38,08	(35,35 - 40,89)	55,68	(52,10 - 58,38)
			no carente	6044608	7,34	(6,98 - 7,72)	39,31	(38,59 - 40,04)	53,35	(52,54 - 54,15)
Estado de la vivienda		carente	921998	12,05	(11,14 - 13,02)	45,36	(43,71 - 47,02)	42,60	(40,75 - 44,47)	
		no carente	5777942	6,47	(6,11 - 6,84)	38,21	(37,43 - 38,99)	55,33	(54,50 - 56,15)	
Servicios básicos		carente	360757	7,18	(7,15 - 9,23)	38,86	(43,05 - 47,11)	53,96	(44,74 - 48,88)	
		no carente	6339183	8,13	(6,83 - 7,56)	45,07	(38,10 - 39,62)	46,80	(53,15 - 54,77)	

En relación con la autopercepción de salud, para todos los indicadores de las dimensiones de “**Educación**” y “**Trabajo y seguridad social**” se tiene que es mayor el porcentaje de personas que califican su salud con nota 3 o menor en residentes de hogares carentes en la respectiva dimensión, que en residentes de hogares no carentes. Pese a esto, al observar los intervalos de confianza al 95%, en algunos casos estos se sobreponen indicando así que la diferencia entre carentes y no carentes no sería estadísticamente significativa; solo en los indicadores de escolaridad y jubilación los IC no se sobreponen.

En contraparte, para las dimensiones de “**Salud**” y “**Vivienda**” no siempre son los residentes de hogares carentes en sus respectivos indicadores de bienestar, los que presentan peores resultados de salud. Es así como en la dimensión de vivienda solo en el indicador de “estado de la vivienda” son los residentes de hogares carentes quienes presenta una mayor proporción de personas que califican su salud como mala (nota 3 o menor) y una menor proporción de personas que califican su salud con nota 6 o 7, en contraste con los residentes de hogares no carentes. En el caso de la dimensión de salud, solo el indicador de “Atención en salud” cumple con ambas características; Para el indicador de previsión los residentes de hogares carentes presentan una mayor proporción de personas con mala salud, pero no una menor proporción de personas con buena salud. Finalmente, en el indicador de nutrición no hay diferencias significativas entre residentes de hogares carentes y no carentes (Ver Tabla 14),

Entre los diferentes indicadores de bienestar destaca el de “**escolaridad**”, en este el porcentaje de personas que califica su salud como mala (nota 1, 2 o 3) en hogares carentes (10,53%) dobla al de personas en hogares no carentes (5,55%). Además, los residentes de hogares carentes presentan de manera significativa un menor porcentaje de personas que califican su salud como bien o muy bien (Nota 6-7) que los residentes de hogares no carentes (carentes: 46,06% vs no carentes 57,43%). Se recuerda que en el indicador de escolaridad se considera que un hogar es carente si al menos uno de los miembros del hogar mayor de 18 años presenta un nivel de escolaridad menor al establecido por ley de acuerdo a su edad.

Al igual que el indicador de escolaridad destaca el de “**Estado de vivienda**”, en este también el porcentaje de personas que califica su salud con nota 3 o menor es casi el doble en residentes de hogares carentes (12,05%) en el indicador, que en residentes de hogares no carente (6,47%), además de que los primeros presentan un menor % de personas que califican su salud con nota 6 o 7 (45,91%) que los segundos (55,33%). Por último, los residentes de hogares carentes en este indicador presentan el mayor porcentaje de personas que califican su salud como mala, en contraste de los residentes de hogares carentes en otros indicadores de bienestar (Ver Tabla 14).

Para analizar la asociación entre autopercepción de salud y cada uno de los indicadores de bienestar de la PMD, se ajustó un modelo de odds parcialmente proporcionales el cual incluyó a estos 12 indicadores. En dicho modelo para el primer umbral de autopercepción de salud (nota 1-3 vs nota 4-7) solo 7 de los 12 indicadores de bienestar presentaron una asociación significativa: **Escolaridad** ($\beta=-0,222$), **Atención en salud** ($\beta=-0,207$), **seguridad social** ($\beta=0,027$), **Jubilación** ($\beta=-0,136$), **Hacinamiento** ($\beta=0,096$), **Estado de la vivienda** ($\beta=-0,238$) y **servicios básicos** ($\beta=0,087$). Entre estos, a excepción de seguridad social, hacinamiento y servicios básicos, se observó que el coeficiente obtenido es negativo, es decir el residir en un hogar carente en el correspondiente indicador de bienestar reduce la probabilidad de presentar una calificación de autopercepción de salud de 4 o más.

Para el segundo umbral de autopercepción de salud (nota 1-5 vs nota 6-7) todos los indicadores de bienestar, a excepción del de servicios básicos, presentaron una asociación estadísticamente significativa con SAP. En este caso, solo los indicadores de asistencia, rezago escolar, hacinamiento, malnutrición y previsión de salud presentaron coeficientes positivos. Para todos los otros indicadores residir en un hogar carente en ellos disminuye la probabilidad de calificar la salud con nota 6 o superior, más aun el residir en un hogar carente disminuye la probabilidad de presentar una salud de 4 o más pero disminuye aún más la probabilidad de presentar una salud de 6 o 7 (Ver Tabla 15).

Al observar la situación por dimensiones, resalta el hecho de que todos los indicadores de la dimensión de vivienda presentaron una asociación significativa con SAP, aunque no en la misma dirección, situación que no ocurre con las otras dimensiones de pobreza. Por otro lado, para ambos umbrales de SAP se tiene que los indicadores de **escolaridad**, **atención de salud** y **estado de la vivienda** poseen la mayor fuerza de asociación (Ver Tabla 14).

Tras ajustar por variables sociodemográficas, para el primer umbral de SAP, solo los indicadores de jubilación, hacinamiento y servicios básicos presentan coeficientes positivos, por otro lado solo los indicadores de: la dimensión de vivienda, escolaridad, malnutrición y atención de salud resultaron ser estadísticamente significativos. Cabe resaltar que no todos los indicadores de bienestar cumplen con el supuesto de líneas paralelas. En el caso particular del indicador de **atención de salud**, tras ajustar por variables sociodemográficas, los residentes de hogares carentes en este tienen menor probabilidad de calificar su salud con nota 4 o más ($\beta=-0,205$) en comparación con calificar su salud con nota 1 o 2, pero tienen aún menor probabilidad ($\beta=-0,356$) de calificar su salud con nota 6 o 7 en comparación con salud con nota menor o igual a 5 (Ver Tabla 15).

En coherencia con los resultados presentados anteriormente las mujeres presentan peores resultados de salud que los hombres, para ambos umbrales de SAP y a mayor edad menor es la probabilidad de presentar mejores resultados de salud (Ver Tabla 15).

Tabla 14: Modelo de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre auto percepción de salud e indicadores de bienestar de la pobreza multidimensional. Datos CASEN 2013.

			Nota 1 a 3 vs Nota 4 o mayor					Nota 1 a 5 vs Nota 6 o 7				
			COEF	EXP(COEF)	IC95%		P-VALOR	COEF	EXP(COEF)	IC95%		P-VALOR
					inf.	sup.				inf.	sup.	
Educación	Asistencia	carente	-0,004	0,996	0,947	1,048	0,890	0,141	1,152	1,093	1,213	0,000
	Rezago escolar	carente	-0,019	0,981	0,929	1,036	0,496	0,098	1,102	1,042	1,167	0,001
	Escolaridad	carente	-0,222	0,801	0,786	0,817	0,000	-0,301	0,740	0,724	0,755	0,000
Salud	Malnutrición	carente	-0,005	0,995	0,955	1,038	0,830	0,071	1,074	1,030	1,119	0,001
	Previsión de salud	carente	0,011	1,011	0,973	1,051	0,563	0,084	1,088	1,047	1,131	0,000
	Atención de salud	carente	-0,207	0,813	0,780	0,847	0,000	-0,384	0,681	0,648	0,717	0,000
Trabajo y seguridad social	Ocupación	carente	-0,005	0,995	0,964	1,028	0,772	-0,069	0,933	0,902	0,965	0,000
	Seguridad social	carente	0,027	1,027	1,006	1,048	0,011	-0,023	0,977	0,957	0,998	0,033
	Jubilación	carente	-0,136	0,873	0,849	0,897	0,000	-0,258	0,773	0,748	0,798	0,000
Vivienda	Hacinamiento	carente	0,096	1,101	1,065	1,138	0,000	0,171	1,186	1,148	1,225	0,000
	Estado de la vivienda	carente	-0,238	0,788	0,769	0,808	0,000	-0,338	0,713	0,692	0,735	0,000
	Servicios básicos	carente	0,087	1,090	1,054	1,129	0,000	0,000	1,000	0,963	1,037	0,980
	cte.		1,095	2,988	2,944	3,034	0,000	-0,115	0,892	0,879	0,905	0,000

* Para los indicadores de bienestar se utilizó como categoría de referencia "no carente".

Tabla 15: Modelo de regresión ordinal de odds parcialmente proporcionales para el análisis de la asociación entre auto percepción de salud e indicadores de bienestar de la pobreza multidimensional ajustado por variables sociodemográficas. Datos CASEN 2013

		Nota 1 a 3 vs Nota 4 o mayor					Nota 1 a 5 vs Nota 6 o 7					
		COEF	EXP(COEF)	IC95%		P-VALOR		COEF	EXP(COEF)	IC95%		P-VALOR
				inf.	sup.					inf.	sup.	
Asistencia	carente	-0,043	0,958	0,909	1,010	0,109		0,050	1,051	0,997	1,108	0,064
Rezago escolar	carente	-0,050	0,951	0,899	1,007	0,084		0,021	1,022	0,965	1,082	0,467
Escolaridad	carente	-0,031	0,970	0,946	0,995	0,017		0,004	1,004	0,979	1,030	0,766
Malnutrición	carente	-0,079	0,924	0,893	0,957	0,000	—					
Previsión de salud	carente	-0,009	0,991	0,952	1,031	0,655		0,052	1,053	1,013	1,096	0,009
Atención de salud	carente	-0,205	0,815	0,781	0,851	0,000		-0,356	0,701	0,666	0,738	0,000
Ocupación	carente	-0,039	0,962	0,926	1,000	0,048		-0,112	0,894	0,858	0,931	0,000
Seguridad social	carente	-0,013	0,987	0,965	1,009	0,248		-0,050	0,951	0,930	0,972	0,000
Jubilación	carente	0,002	1,002	0,977	1,027	0,894	—					
Hacinamiento	carente	0,066	1,069	1,040	1,098	0,000	—					
Estado de la vivienda	carente	-0,189	0,828	0,806	0,850	0,000		-0,261	0,771	0,748	0,794	0,000
Servicios básicos	carente	0,115	1,122	1,090	1,155	0,000	—					
sexo	mujer	-0,089	0,915	0,895	0,935	0,000		-0,193	0,824	0,807	0,842	0,000
	hombre											
edad		-0,009	0,991	0,990	0,992	0,000		-0,022	0,979	0,978	0,979	0,000
años de escolaridad		0,017	1,017	1,014	1,021	0,000		0,027	1,027	1,024	1,031	0,000
pertenecía a	si	0,043	1,044	1,013	1,077	0,006		-0,016	0,984	0,954	1,015	0,306
pueblos originarios	no											
inmigrante	si	0,082	1,086	1,016	1,160	0,015	—					
	no											
Estado civil	anulado separado	-0,048	0,953	0,927	0,979	0,001	—					
	viudo	0,099	1,104	1,070	1,140	0,000	—					
	soltero	0,022	1,023	0,997	1,049	0,081		0,065	1,067	1,042	1,093	0,000
	casado o conviviente											
actividad	desocupados	-0,018	0,982	0,932	1,034	0,488	—					
	inactivos	-0,113	0,893	0,873	0,914	0,000		-0,057	0,944	0,923	0,966	0,000
	ocupados											
log del ingreso por persona equivalente		0,105	1,111	1,092	1,130	0,000		0,154	1,167	1,148	1,185	0,000
cte.		0,101	1,106	0,899	1,361	0,341		-1,294	0,274	0,225	0,334	0,000

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

1. SÍNTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO

El 51,8% corresponden a jefes de hogar o a sus parejas. El 54,2% de este grupo tiene ≥ 45 años de edad, en su mayoría son mujeres (65,6%) y posee educación básica o media (71,5%). El 13,6% habita zonas rurales. Sólo el 8,5% declara tener alguna pertenencia étnica y el 2,4% son migrantes internacionales. Respecto de la pobreza multidimensional el 17,5% de los sujetos de la muestra puede ser clasificado como pobre. La región de la Araucanía presenta las cifras más altas de este indicador llegando a un 25,8% y le sigue Arica y Parinacota con un 21,7%. Los peaks de edad con mayor PMD son 18-24 años, 60-64 años (ambos en torno al 25%) y mayor de 95 años con 30-35% de PMD. Existe una relación inversa entre nivel educacional y PMD. Así, entre quienes no poseen estudios formales el 36,0% está en situación de pobreza versus el 5% de la población con estudios universitarios. Personas que declaran pertenecer a algún grupo étnico es donde se observa la mayor proporción de PMD la que alcanza el 28,7% del total de dicha población. La autopercepción de salud en escala de solo 3 categorías, el 53% de los sujetos de la muestra calificaron su salud con nota 6 o 7 y tan solo un 7% con nota menor a 3. La salud auto-percibida (SAP) disminuye con la edad en pendiente suave, pero se vuelve más errático luego de los 60 años.

Al explorar las causas específicas de problemas de acceso entre aquellos que tuvieron un problema de salud en el último año (sin considerar consultas de urgencia) un 4,9% presentó problemas para llegar al centro asistencial, el 16,4% tuvo problemas para conseguir una hora, el 12,2% tuvo dificultades para ser atendido y el 5,4% tuvo problemas para pagar por la atención. Desde la perspectiva de la pobreza multidimensional, la mayoría de la población de 15 años o más posee algún sistema previsional (79,9% FONASA y 13,6% ISAPRE). Sin embargo, hay un 2,7% sin cobertura de ningún tipo, valor que permanece estable para los diferentes grupos de la población, salvo subgrupos como inmigrantes internacionales y personas con estudios de postgrado completos. De aquellas personas que estuvieron en tratamiento por alguno de los problemas de salud AUGE/GES consultado durante el año previo a la encuesta, un 14,8% no fue cubierto por este sistema.

Respecto de la relación entre sistema previsional y SAP, quienes tuvieron algún problema en el acceso reportaron niveles más bajos de salud que aquellos que no estuvieron en dicha situación. El grupo de beneficiarios de FONASA A y especialmente quienes no poseen ninguna cobertura presentaron las cifras más altas de pobreza multidimensional, 31,6% y 41,3% de estos grupos, respectivamente.

Al analizar la asociación cruda entre autopercepción de salud y pobreza multidimensional, se observó que el encontrarse en situación de pobreza multidimensional disminuye la probabilidad de pasar a un mejor estado de salud de manera estadísticamente significativa. Al ajustar por variables socio-demográficas los resultados aún siguieron siendo desfavorables para aquellos en situación de pobreza multidimensional. En el modelo ajustado por covariables se aprecia que condición de inactividad de tipo de ocupación fue la que presentó la mayor fuerza de asociación con SAP seguido de situación de pobreza multidimensional y sexo.

Las personas que presentaron problemas en el acceso tienen 33% (OR: 0,67; IC95%:0,66 - 0,69) menor chance de pasar de una nota 1-3 de autopercepción de salud a una nota mayor que las personas que no presentaron problemas. Del mismo modo, las personas que presentaron problemas

en el acceso tienen 46% (OR: 0,54; IC95%:0,52 - 0,55) menor chance de pasar de una nota 1-5 de auto percepción de salud a una nota mayor (Nota 6-7) que las personas que no presentaron problemas. Se observaron además diferencias significativas en modelos explicativos de la relación entre PMD y autoreporte de salud para hombres y mujeres, que requieren de especial atención y consideración a la hora de diseñar estrategias de políticas y de salud específicas para cada población.

El análisis de mediación o de senderos sugiere que tanto la pobreza multidimensional (PMD) como los problemas para el uso de servicios (Problemas) tienen un efecto directo significativo sobre la salud auto-percibida. Al analizar los efectos totales (directo e indirectos) de otras covariables presentes sobre la SAP se observa que la zona de residencia (rural o urbana), sexo, nivel educacional, ingreso, actividad y edad son las que afectan de manera más importante este indicador. Mientras que la previsión de salud, pertenencia étnica y estatus migratorio poseen un efecto pequeño e incluso en algunos casos no significativo. Más aún, variables relativas a la posición socioeconómica como: años de escolaridad, ingreso o poseer previsión de salud, presentan un efecto principalmente directo sobre SAP. De estas variables las que influyen en mayor medida sobre la SAP son el ingreso y los años de escolaridad: en ambos casos el efecto sobre la SAP es favorable y de gran magnitud, independiente de la existencia de problemas para el uso de servicios o PMD. En el caso de la previsión de salud, la presencia de problemas para el uso de servicios parece incidir directamente sobre la SAP y además posee un efecto mediado por problemas de acceso a salud. De esta manera el poseer previsión de salud tiende a incrementar la SAP, lo cual baja en un 50% cuando existen problemas de acceso.

2. APORTES AL CONOCIMIENTO E IMPLICANCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

Este estudio inédito en Chile aporta con nueva evidencia acerca de la compleja relación entre pobreza, acceso a salud y salud auto-percibida. Este estudio se realizó desde un marco de determinantes sociales de salud. Los determinantes sociales se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y, por distintos mecanismos, tienen un impacto en su salud (2, 3). El concepto de inequidad en salud se refiere a todas aquellas diferencias en salud que son evitables e injustas (4, 5). Reducir las inequidades en salud ha sido un eje prioritario en el trabajo desarrollado por la OMS y en múltiples países, incluido Chile (10). Este país ha liderado la inclusión explícita de este objetivo en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población (11). En este sentido, este estudio aporta de manera concreta y robusta a comprender de qué forma la pobreza multidimensional y el acceso efectivo al sistema de salud, dos reconocidos determinantes sociales de salud poblacional en todo el mundo.

La relación entre pobreza en salud es compleja y estrecha. Se ha confirmado en la inmensa mayoría de los países del mundo y Chile no es la excepción. Personas en pobreza tienden a presentar los peores resultados de salud comparado con los más ricos (brecha socioeconómica en salud). A su vez los individuos con mala salud, o con miembros de su hogar con mala salud, tienden a presentar limitaciones a la hora de generar ingresos lo que puede llevar a que incidan en situación de pobreza o se mantengan en ella, en el caso de haberlo estado desde un comienzo (2–4). En Chile existen algunos estudios previos dedicados a la comprensión de la relación entre desigualdad de ingreso del hogar y salud (27); así como de pobreza y estilos de vida y salud (59-61). Reducir inequidades en salud en Chile asociadas a situación de pobreza es parte de los objetivos de la década, así como también ha sido uno de los Objetivos del Milenio declarados como acuerdo de múltiples países del mundo. Conforme a los resultados de este estudio, reducir niveles de pobreza multidimensional es

una acción estratégica y política necesaria para mejorar la autopercepción de salud de la población adulta en Chile, incluso tras ajustar por diversos factores sociodemográficos y de acceso a salud.

Los resultados de este estudio indican que existe un 2,7% sin cobertura de ningún tipo, valor que permanece estable para los diferentes grupos de la población, salvo subgrupos como inmigrantes internacionales y personas con estudios de postgrado completos en quienes este porcentaje es mayor. Esto es de llamativa importancia, pues intervenciones focalizadas de aumento de acceso y cobertura en salud para dichas poblaciones específicas tienen el potencial de retornar de manera rápida mejoras en indicadores de protección social en salud. Es interesante además profundizar en las razones por las cuales estos dos subgrupos reportan tasas más altas de no cobertura en salud; el grupo de inmigrantes puede ser por desconocimiento del sistema, diferencias culturales o ausencia de visa para la inscripción, en el caso de personas con alta calificación educacional puede ser por indicar altos niveles de bienestar y salud que los hace percibirse ajenos a servicios habituales de salud. Dichas posibles razones son profundamente distintas y deben comprenderse si se desea acortar brechas de acceso a previsión de salud en Chile.

Por otra parte, de aquellas personas que estuvieron en tratamiento por alguno de los problemas de salud AUGE/GES consultado durante el año previo a la encuesta, un 14,8% no fue cubierto por este sistema. Los problemas de salud AUGE/GES son de pertinencia en Chile tanto del sistema público como privado. Al explorar las causas específicas de problemas de acceso entre aquellos que tuvieron un problema de salud en el último año (sin considerar consultas de urgencia) un 4,9% presentó problemas para llegar al centro asistencial, el 16,4% tuvo problemas para conseguir una hora, el 12,2% tuvo dificultades para ser atendido y el 5,4% tuvo problemas para pagar por la atención. El modelo de acceso y uso efectivo de servicios de salud utilizado como marco de referencia en este estudio permitió conocer el flujo de uso efectivo desde la necesidad sentida hasta la consulta realizada. Existen estudios similares que han usado modelos conceptuales similares y en nuestra experiencia colaborando con Ministerios de Salud es de extraordinaria utilidad. Es un flujograma conceptual pero informado a partir de la evidencia científica, y en consecuencia altamente robusto y de fácil comprensión. Respecto a los resultados que este modelo ofrece para nuestra investigación, destaca el poder informar de las “pérdidas” de usuarios en distintos momentos del flujo de atención en salud, identificando momentos críticos y razones expresadas por las cuales su necesidad sentida en salud finalmente no alcanzó la atención deseada. En este estudio se utilizó solo un indicador de salud, pero podría replicarse para otros que están disponibles en la encuesta CASEN o que se incorporen a futuro.

Se reportaron dos tipos principales de problemas de acceso y uso efectivo, unos relacionados a ineficiencias del funcionamiento interno del sistema y otros relacionados a barreras de acceso. Respecto de ineficiencias del sistema, con los mayores porcentajes del estudio, un 16,4% tuvo problemas para conseguir una hora y un 12,2% tuvo dificultades para ser atendido. Por otra parte respecto de barreras de acceso se observó que un 4,9% presentó problemas para llegar al centro asistencial (barreras de accesibilidad) y un 5,4% tuvo problemas para pagar por la atención (barreras financieras). Es importante recalcar que ambas formas de problemas de acceso son “modificables” desde un enfoque de factores de riesgo en salud, en tanto el sistema de salud como un determinante social clave de la salud poblacional. Este estudio demuestra la importancia de continuar innovando en estrategias activas y efectivas de reducción de estos indicadores, que hoy alejan a adultos con necesidades en salud del sistema, y que son desde todo punto de vista prevenibles.

Como se señaló, la salud auto-percibida (SAP) es el outcome principal o resultado primario de este estudio. Probablemente la característica más importante de la SAP es que constituye un predictor robusto de mortalidad a corto plazo, principalmente en el contexto de países industrializados y en

vías de desarrollo (5,6,9). Esta asociación ha sido utilizada como argumento para apoyar la validez de este indicador, dado que la mortalidad es considerada una de las mediciones más objetivas de la salud general de la población (5). La SAP no solo refleja la presencia o ausencia de enfermedad sino que devela condiciones psicosociales, demográficas y de estilos de vida que tienen efectos desfavorables sobre el estado general de salud (5,9). Así, la SAP se relaciona con la salud psicológica, sexual (5,6,9) reproductiva y con la presencia de multi-morbilidad asociada a enfermedades crónicas (7). En este estudio se observó que quienes tuvieron algún problema en el acceso reportaron niveles más bajos de salud que aquellos que no estuvieron en dicha situación.

De acuerdo a nuestro análisis epidemiológico, las personas que presentaron problemas en el acceso tienen 33% menor chance de pasar de una nota 1-3 de autopercepción de salud a una nota mayor que las personas que no presentaron problemas. Del mismo modo, las personas que presentaron problemas en el acceso tienen 46% menor chance de pasar de una nota 1-5 de autopercepción de salud a una nota mayor (Nota 6-7) que las personas que no presentaron problemas. Se observaron además diferencias significativas en modelos explicativos de la relación entre PMD y autoreporte de salud para hombres y mujeres. En lo concreto, el efecto de los problemas de acceso es mayor en hombres y el efecto de la pobreza es mayor en las mujeres, lo que debe investigarse en mayor profundidad para cada grupo poblacional pues puede dar cuenta de diferencias en la construcción de la identidad de género, la relación con el cuerpo y la enfermedad, y como consecuencia en la relación entre salud y sistema de salud. El efecto “potenciador” de la pobreza multidimensional en ambos casos, y al parecer sobretudo en mujeres, es de especial interés y requiere de mayor consideración en estudios de base poblacional de salud en nuestro país.

Estos resultados epidemiológicos son concordantes con otros reportados en la literatura internacional, en especial en la dirección inversa de asociación entre pobreza multidimensional y reporte de salud auto-percibida. Dicha dirección de asociación se mantuvo en el análisis crudo y luego de ajustar por diversos factores demográficos y socioeconómicos. La autopercepción de salud es un importante indicador de salud poblacional, que acumula y al mismo tiempo refleja procesos individuales y colectivos, incluyendo acceso y uso efectivo del sistema de salud. Puede explicarse por múltiples factores, entre ellos diferencias culturales, de género, y de gradiente social en salud incluyendo etnia, ruralidad, ocupación, ingreso y nivel educacional. La SAP es recolectada de manera sistemática por la encuesta poblacional CASEN y es de enorme utilidad para focalizar esfuerzos de políticas de salud que esperan impactar en resultados de salud y no solo en mejorar oportunidades de acceso o uso del sistema de salud chileno. Este indicador podría considerarse en forma sistemática en el país desde la autoridad central para monitoreo de indicadores de equidad en salud y de uso efectivo del sistema sanitario, así como también podría incorporarse en diagnósticos participativos comunales que informen de la situación de cada contexto real de manera permanente.

Respecto del análisis de senderos, destaca como principal hallazgo que tanto la pobreza multidimensional (PMD) como los problemas para el uso de servicios tienen un efecto directo significativo sobre la salud auto-percibida (SAP). Así, tanto quienes se encuentran en situación de PMD como quienes presentan algún problema para uso de servicios de salud poseen menores niveles de SAP. Sin embargo, la magnitud de ambos efectos es diferente, ya que presentar problemas para el uso de servicios tiene un impacto negativo siete veces mayor sobre la SAP que la PMD. Además el presentar problemas para el uso de servicios actúa como una variable mediadora importante de la relación entre PMD y SAP, siendo responsable del 30% del efecto total de la PMD sobre SAP. Estos resultados son concordantes con lo que se observó en el análisis epidemiológico, pero las estimaciones finales son más precisas, robustas e insesgadas. Esto permite atribuir interpretaciones con menor grado de incertidumbre, lo que a su vez permite establecer a continuación recomendaciones generales y específicas mejor informadas en la evidencia científica.

3. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se reconocen varias fortalezas de este estudio. En primer lugar, todo el estudio fue desarrollado desde una base de datos de representación nacional, con baja tasa de no participación (menor al 15%) y con una proporción muy pequeña de datos perdidos (en la mayoría menor al 0.05%). En segundo lugar, en esta base de datos se contó con múltiples variables de interés para el estudio y que permitieron realizar ajustes en el análisis por principales potenciales variables de confusión. La variable de MPD, en particular, estaba disponible con todas sus dimensiones en forma agregada. En tercer lugar y respecto del análisis, este estudio incluyó dos enfoques complementarios, el epidemiológico clásico y el de senderos, lo que permitió establecer asociaciones de distinta naturaleza con grados adecuados de certeza. En cuarto lugar, este estudio buscó establecer vínculos sólidos entre la teoría y la evidencia empírica en la temática de interés. Este informe responde a un acucioso trabajo de revisión conceptual sobre pobreza multidimensional, salud autoreportada y acceso a servicios de salud, que luego se contrasta con los principales resultados del análisis. En quinto y último lugar, este es el primer estudio de esta naturaleza en Chile, lo cual se presenta como una fortaleza al permitir establecer nuevas relaciones y confirmar aquellas previamente propuestas por expertos en el tema de pobreza y salud en Chile.

En consideración se estas fortalezas, el estudio igualmente presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se reconoce como limitación fundamental la naturaleza de corte transversal del estudio, que solo permite establecer asociaciones entre variables pero de ninguna forma establecer relaciones causales. En segundo lugar, la encuesta CASEN tiene por diseño algunas limitaciones reconocidas: excluye un número pequeño (no superior a 15) de comunas excluidas de la encuesta por su difícil acceso geográfico y baja densidad poblacional, excluye a personas institucionalizadas (hospitales, hogares de ancianos, prisiones) y además no registra información directa de menores de 15 años sino que solo de adultos presentes al momento de realizarse la encuesta. En tercer lugar, y referido al análisis realizado, la encuesta utilizada con contó con suficiente poder estadístico para un adecuado análisis de subgrupos relevantes, tales como personas sin ocupación o migrantes internacionales, que solo se podría explorar a futuro para levantar hipótesis.

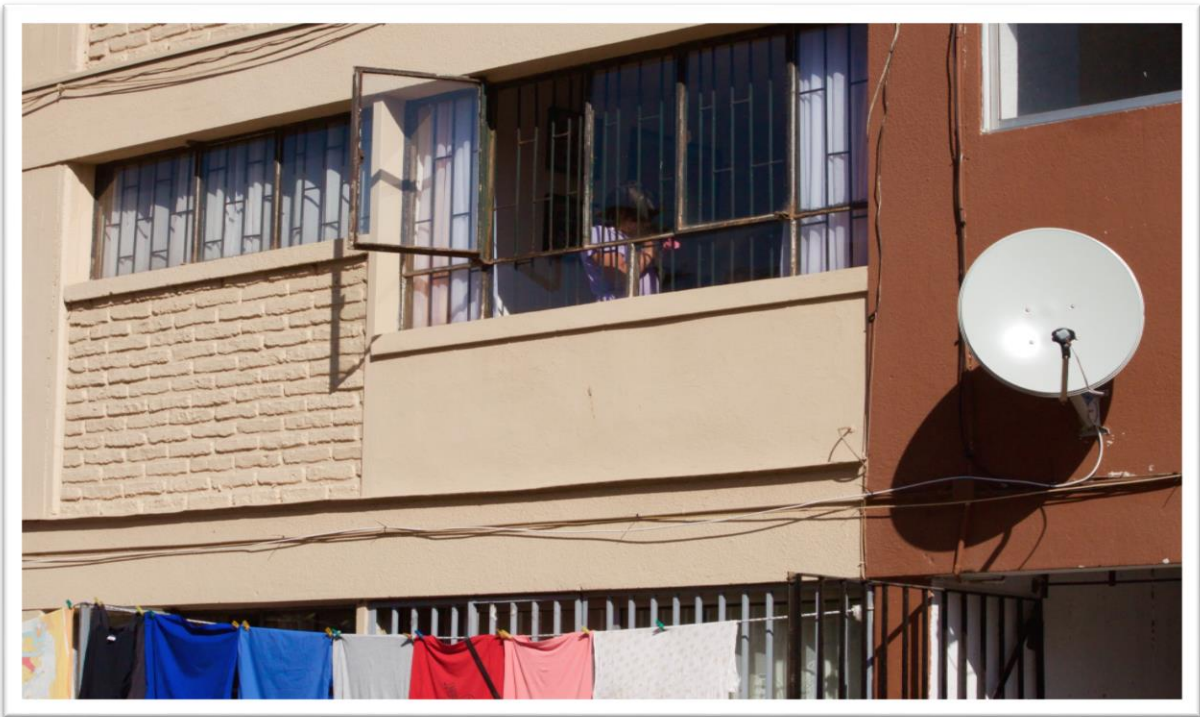
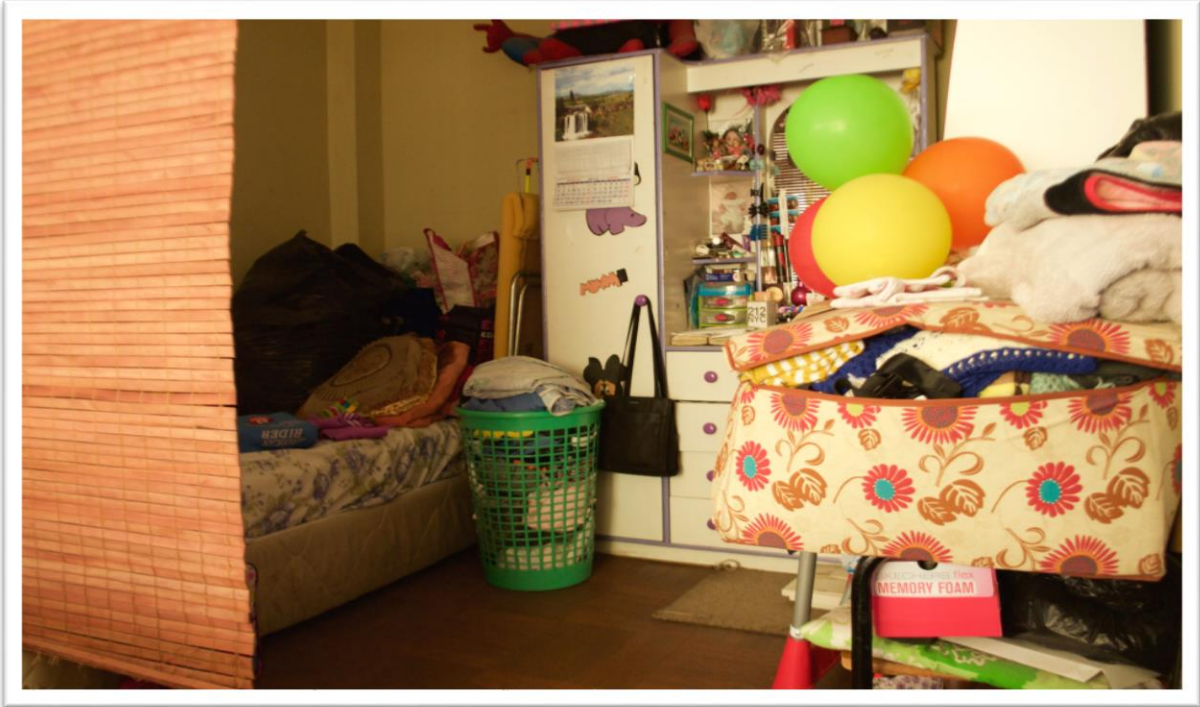
4. CONCLUSIONES

Este estudio inédito en Chile aporta con nueva evidencia acerca de la compleja relación entre pobreza, acceso a salud y salud auto-percibida. La pregunta de investigación de este estudio es cuál es la relación entre estas variables para personas mayores de 15 años en Chile el 2013. Este estudio permitió: (i) caracterizar socio-demográficamente a la población adulta (mayores de 15) en Chile 2013, en forma global y según los diferentes niveles de salud auto-percibida y pobreza multidimensional; (ii) caracterizar el acceso efectivo de los chilenos, en 2013 mayores de 15 años, en forma global y según nivel de salud auto-percibida, características sociodemográficas y pobreza multidimensional; (iii) analizar la asociación entre pobreza multidimensional y salud auto-percibida, en forma cruda y ajustada por características demográficas (pertenencia étnica, nacionalidad, región, sexo, edad); y (iv) analizar la asociación entre pobreza multidimensional (global y cada una de sus dimensiones) y salud auto-percibida, mediada por acceso efectivo a atención en salud y ajustada por características demográficas (pertenencia étnica, nacionalidad, región, sexo, edad).

Destacamos como principal resultado de este estudio una asociación cruda inversa significativa entre autopercepción de salud y pobreza multidimensional. Se observó que el encontrarse en situación de pobreza multidimensional disminuye la probabilidad de pasar a un mejor estado de salud de manera estadísticamente significativa. Al ajustar por variables socio-demográficas los resultados aún

siguieron siendo desfavorecedores para aquellos en situación de pobreza multidimensional. En el modelo ajustado por covariables se aprecia que condición de inactividad de tipo de ocupación fue la que presentó la mayor fuerza de asociación con SAP seguido de situación de pobreza multidimensional y sexo. Se observaron además diferencias significativas en modelos explicativos de la relación entre PMD y autoreporte de salud para hombres y mujeres, que requieren de especial atención y consideración a la hora de diseñar estrategias de políticas y de salud específicas para cada población. El análisis de senderos sugiere que tanto la pobreza multidimensional (PMD) como los problemas para el uso de servicios tienen un efecto directo significativo sobre la salud auto-percibida. Al analizar los efectos totales (directos e indirectos) de otras covariables presentes sobre la SAP se observa que la zona de residencia (rural o urbana), sexo, nivel educacional, ingreso, actividad y edad son las que afectan de manera más importante este indicador. Mientras que la previsión de salud, pertenencia étnica y estatus migratorio poseen un efecto pequeño e incluso en algunos casos no significativo. Más aún, variables relativas a la posición socioeconómica como: años de escolaridad, ingreso o poseer previsión de salud, presentan un efecto principalmente directo sobre SAP. De estas variables las que influyen en mayor medida sobre la SAP son el ingreso y los años de escolaridad: en ambos casos el efecto sobre la SAP es favorable y de gran magnitud, independiente de la existencia de problemas para el uso de servicios o PMD. En el caso de la previsión de salud, la presencia de problemas para el uso de servicios parece incidir directamente sobre la SAP y además poseer un efecto mediado por problemas de acceso a salud.

Reducir inequidades en salud en Chile asociadas a situación de pobreza es parte de los objetivos de la década, así como también ha sido uno de los Objetivos del Milenio declarados como acuerdo de múltiples países del mundo. Conforme a los resultados de este estudio, reducir niveles de pobreza multidimensional es una acción estratégica y política necesaria para mejorar la autopercepción de salud de la población adulta en Chile, incluso tras ajustar por diversos factores sociodemográficos y de acceso a salud. Los resultados de este estudio aportan de manera directa a esta meta, así como también permiten a posicionar la PMD como una herramienta que permita identificar no solo a quienes se encuentran en situación de pobreza sino también a quienes presentan una pobre autopercepción de su salud. Dada la estrecha relación entre SAP y PMD observada en este estudio, se puede proponer entonces que el indicador de SAP es de gran relevancia no solo para el sistema de salud, sino para políticas más amplias e intersectoriales como aquellas vinculadas a pobreza, desarrollo social y bienestar.



CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES PARA POLÍTICAS EN SALUD

Metodología

Para la elaboración de recomendaciones para Chile en materia de pobreza multidimensional y salud auto-percibida, se constituyó una mesa de trabajo de expertos que sesionó dos veces (junio y julio 2017) y además sostuvo múltiples intercambios de ideas y experiencias de manera virtual. El equipo de investigación de este estudio consideró reclutar a expertos en la materia de pobreza y salud pública con amplio reconocimiento en Chile, así como a investigadores que tuviesen amplia experiencia en este tema. Del total de invitados finalmente participaron 10 personas, cuatro miembros del equipo de investigación responsable de este proyecto y seis invitados expertos externos.

Participantes de Mesa de Expertos para elaboración de estas Recomendaciones

1. Margarita Bernales, PhD, Programa de Estudios Sociales en Salud UDD
2. Cristián Herrera, MD, MSc, Jefe División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile
3. Antonio Infante, MD, director Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, RM
4. Liliana Jadue, MD, vicedecana de las carreras de la salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo
5. Sebastián Moller, MSoc, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, RM
6. Leonardo Moreno, abogado, director Fundación para la Superación de la Pobreza
7. Marcela Oyarte, bioestadístico, Programa de Estudios Sociales en Salud UDD
8. Víctor Pedrero, MSc, Programa de Estudios Sociales en Salud UDD
9. Mauricio Rosenbluth, jefe de estudios Fundación para la Superación de la Pobreza

Moderadora: Báltica Cabieses, PhD, Programa de Estudios Sociales en Salud UDD

Imagen: una de las mesas de trabajo de elaboración de recomendaciones



RECOMENDACIONES

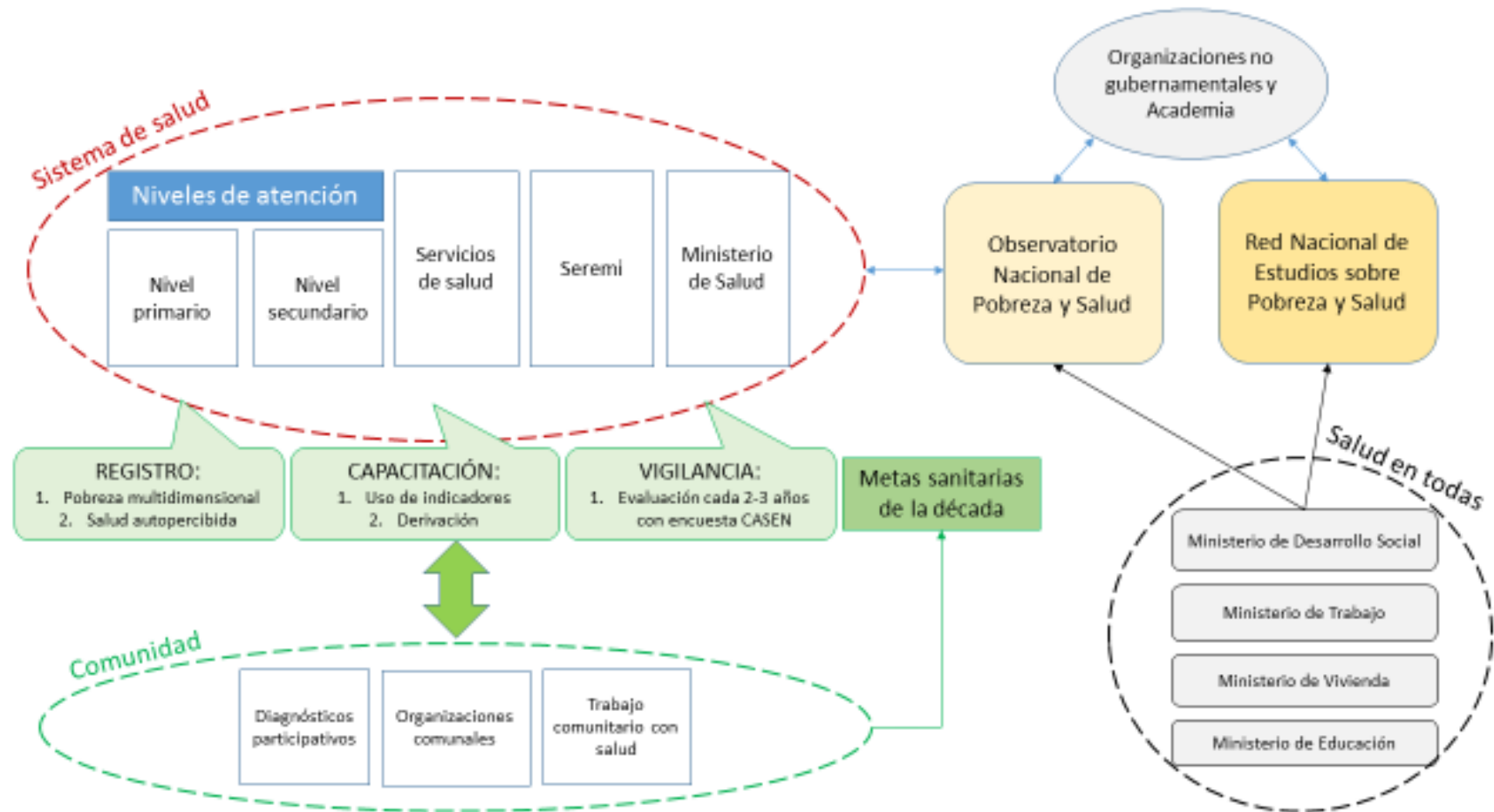
A partir de los resultados de este estudio, se puede proponer que:

1. El sistema de salud chileno tiene la oportunidad **de incorporar en sus métricas los indicadores de pobreza multidimensional, salud auto-percibida y cinco indicadores de barreras de acceso** al sistema, tanto para registro continuo en salud pública como para la construcción de metas sanitarias actualizadas que promuevan el estudio y medición poblacional de estas variables desde su real complejidad.
 - a. La consideración de estas métricas podría, en primera instancia, alcanzarse a través de sistemas informáticos con interoperabilidad entre ministerios, en particular entre Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud. Estos indicadores podrían ser de base tanto individual (salud auto-percibida, barreras de acceso) como del hogar (pobreza multidimensional), según corresponda.
 - b. De no ser posible esta interoperabilidad de registros individuales y del hogar en el corto plazo, entonces el Ministerio de Salud, con sus redes asistenciales y su trabajo de nivel primario desde los municipios, tiene el poder de promover la incorporación de estas métricas desde el levantamiento propio. Esto requeriría de capacitación y monitoreo, presupuesto y tiempo protegido, así como de especial preocupación por que estos indicadores, estrechamente relacionados entre sí, se utilicen de manera efectiva en nuevas y mejores estrategias y acciones concretas de salud.
 - c. Además de la disposición del dato para el sector salud en temáticas de pobreza y salud auto-percibida, es necesaria la capacitación de profesionales y administrativos de salud acerca del valor agregado de incluir estas métricas en sus formas de evaluación de trabajo y metas. Solo por medio de la sensibilización acerca de la pobreza como un factor determinante de múltiples procesos de enfermedad que hoy existen en Chile, se podrá construir hacia futuro un mejor trabajo desde salud y en diálogo con el intersector.
 - d. Por último, en casos de identificación de individuos que viven en pobreza multidimensional, que reportan pobre salud auto-percibida o que reportan haber experimentado al menos uno de los cinco indicadores de barreras de acceso a salud, es fundamental establecer mecanismos de derivación concreto dentro del sector salud (por ejemplo a asistente social) o al intersector (por ejemplo asesores de Ministerio de Desarrollo Social) para evaluación, apoyo y seguimiento efectivo.
2. Existe la posibilidad de agregar además estos indicadores desde la **perspectiva de las comunidades**, por ejemplo en los diagnósticos participativos que se realizan en los Centros de Salud Primaria en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, u otros de pertinencia territorial local, de tal forma de obtener estimaciones de base comunal que complementen aquellas de base poblacional señaladas previamente.
 - a. El levantamiento de estos indicadores de pobreza multidimensional y salud auto-percibida, y su transferencia al sector salud de manera comprensible y sostenida en el tiempo, puede ser utilizada como insumo desde niveles locales e intermedios de salud tales como municipios y servicios de salud. Estos actores podrían, desde su voluntad política y autonomía, generar espacios de diálogo y reflexión sobre cómo atender estas problemáticas desde su realidad local.

3. Se recomienda promover la creación de un **Observatorio Nacional de Pobreza y Salud**, así como una **Red Nacional de Estudios sobre Pobreza y Salud**. Desde estas plataformas de colaboración, se propone potenciar el trabajo intersectorial en materia de pobreza y salud, en particular vivienda, trabajo, educación y desarrollo social.
 - a. Este observatorio podría ser, por ejemplo, de liderado por el Ministerio de Salud de Chile, pero en estrecho diálogo con el Ministerio de Desarrollo Social, tanto para la construcción continua de indicadores como para la reflexión y diálogo de cómo actualizar y perfeccionar lineamientos programáticos, estrategias y acciones en salud y desarrollo social que se informen y apoyen entre sí. Otra alternativa podría ser agregar una línea específica de Pobreza y Salud como sección del Observatorio Social que ya existe en el Ministerio de Desarrollo Social, y en colaboración con el Ministerio de Salud.
 - b. La red nacional de estudios sobre este tema podría tener liderazgo de organismos no gubernamentales y académicos, de tal forma de generar sistemas comprensivos y a la vez críticos de cómo se está avanzando en esta materia en Chile, tanto en salud como desarrollo social y otros actores públicos relevantes como vivienda, trabajo, educación, infancia, mujer y adulto mayor.
 - c. Desde una perspectiva más global, explorar la posibilidad de vincular el Observatorio de Pobreza y Salud de Chile a expertos académicos internacionales de reconocidas instituciones que trabajan la temática, así como explorar que gobiernos de la región formen parte de este espacio de colaboración.
 - d. Desde el observatorio nacional, explorar la posibilidad de crear un Observatorio Regional de Pobreza y salud, en conexión con organismos internacionales como OMS/OPS, Banco Mundial, BID, entre otros, particularmente para proyectos de investigación y evaluación que sean pertinentes para la región o países interesados.
4. Finalmente, otro tipo de recomendaciones **más específicas** que pueden proponerse a partir de este estudio son las siguientes:
 - a. Así como se propone agregar indicadores de pobreza multidimensional en el sector salud, también se propone incluir el indicador de salud auto-percibida en algunas evaluaciones y diagnósticos del sector de Desarrollo Social, de manera que se establezcan desde otros sectores derivaciones cruzadas a salud que propicien el trabajo intersectorial entre actores clave.
 - b. Avanzar en los resultados de este estudio mediante la estimación de pobreza multidimensional y salud auto-percibida para grupos vulnerables de especial interés social y político, como pueblos originarios, migrantes internacionales, población infantil y adultos mayores, entre otros.

Para finalizar, en la página siguiente se presenta un diagrama o mapa conceptual que intenta sintetizar las recomendaciones recién señaladas desde los diferentes actores clave y sus procesos de colaboración, en favor del desarrollo y fortalecimiento de acciones concretas que mejoren la salud y condiciones de vida de personas y familias que hoy viven en Chile en situación de pobreza, que en su mayoría experimentan simultáneamente pobres niveles de salud general.

Figura 12. Síntesis de recomendaciones de este estudio para Chile, desde un flujograma operativo de acciones y de colaboración.



El diagrama da cuenta de los distintos niveles y actores que podrían interactuar en este tema en Chile. Primero, desde el sector salud con sus distintos niveles, de tal forma de promover el registro, capacitación y vigilancia de pobreza multidimensional, salud auto-percebida y barreras de acceso. Este sector se encuentra en permanente diálogo con las comunidades y con el intersector para un efectivo trabajo con enfoque de salud en todas las políticas. De especial relevancia como actor en este escenario es el Ministerio de Desarrollo Social. Todos estos actores finalmente tienen el potencial de ser parte de un Observatorio Nacional de Pobreza y salud así como de participar de una Red Nacional de estudios en esta temática.

CAPÍTULO 7: REFERENCIAS

1. WHO. Comisión Determinantes Sociales de la Salud. Conceptos clave WHO; 1980; Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/.
2. AR. T. The coming influence of a social sciences perspective on medical education. . Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges 1992;67(11):724-31.
3. RG. W, 1992/11/14. E. Social class differences in infant mortality. . BMJ. 1992;305(6863):1227-8.
4. Phillips K, Muller-Clemm W, Ysselstein M, J. S. Evaluating health inequity interventions: applying a contextual (external) validity framework to programs funded by the Canadian Health Services Research Foundation. Eval Program Plann. 2013;36(1):198-203.
5. Y. A. A framework for measuring health inequity. J Epidemiol Commun H. 2005;59(8):700-5.
6. M. M. Policy overview. Closing the gap in a generation. . Perspectives in public health 2009;129(1):16-7.
7. M. M. Fair Society, Healthy Lives. . London: 2010.
8. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promot J Austr. 2006;17(3):180-5. Epub 2006/12/21.
9. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS medicine. 2006;3(6):e106.
10. Sutherland WJ, Bellingan L, Bellingham JR, Blackstock JJ, Bloomfield RM, Bravo M, et al. A collaboratively-derived science-policy research agenda. Plos One. 2012;7(3):e31824. Epub 2012/03/20.
11. Jadue L, Marin F. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Available. First ed. Santiago: Universidad del Desarrollo, MINSAL; 2005.
12. Ministry of Health in Chile. Elige vivir sano: objetivos sanitarios de la decada 2011-2020. Santiago: Ministry of Health; 2011.
13. Olavarría M, . Acceso a la salud en Chile. Rev Chil Med. 2005;47.
14. Callander E, Schofield D, Hestha R. Chronic health conditions and poverty: a cross-sectional study using a multidimensional poverty measure. BMJ. 2013;3(11).
15. Oshio T, Kan M. Multidimensional poverty and health : evidence from a nationwide survey in Japan. International journal for equity in health. 2014;13(128).
16. Alfaro J, Guzman JM, Oyarzun D, Reyes F, Sirlopu D, Varela J. Bienestar Subjetivo Infantil en Chile en contexto internacional. publicaciones U, editor. Santiago, Chile: UDD 2016.
17. Quesnel, Vallee. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for “true” health? Int J Epidemiol. 2007;1161(4).
18. Ganna A, Ingelsson E. 5 year mortality predictors in 498 103 UK Biobank participants: a prospective population-based study. Lancet. 2015.

19. Perruccio A, Katz J, Losina E. Health burden in chronic disease: Multimorbidity is associated with self-rated health more than medical comorbidity alone. . *J Clin Epidemiol* 2012;65(1):100-6.
20. Jürges H, Avendano M, Mackenbach J. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol.* 2008;23(12):773-81.
21. Eriksson I. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol.* 2001;30(2):326-33.
22. Bombak A, Bruce S. Self-rated health and ethnicity: focus on indigenous populations. *Int J Circumpolar Health* 2012;71.
23. French D, Browning C, Kendig H. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. . *BMC Public Health.* 2012;12(649).
24. Salinero-Fort M, Jiménez-García R, del Otero-Sanz L, Al E. Self-Reported Health Status in Primary Health Care: The Influence of Immigration and Other Associated Factors. *PLoS One* 2012;7(6).
25. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary Care, Self-rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health. . *Health Serv Res.* 2002;37(3):529-50.
26. Alvarez-Galvez J, Rodero-Cosano M, Motrico E, Salinas-Perez J, Garcia-Alonso C. The Impact of Socio-Economic Status on Self-Rated Health: Study of 29 Countries Using European Social Surveys (2002-2008). *Int J Environ Res Public Heal* 2013;10(3):747-61.
27. Cabieses B, Cookson R, Espinoza M, Santorelli G, Delgado I. Did Socioeconomic Inequality in Self-Reported Health in Chile Fall after the Equity-Based Healthcare Reform of 2005? A Concentration Index Decomposition Analysis. *PLoS one.* 2015;10(9):e0138227. Epub 2015/09/30.
28. Subramanian S, Huijts T, M. A. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? . *Bull World Health Organ.* 2010;88(2):131-8.
29. social. Mdd, . Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional. Santiago. Chile: 2015.
30. Marmot M. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. *Glob Health Promot.* 2009;Suppl 1:23-7. Epub 2009/06/13.
31. PNUD. Human Development. Preguntas frecuentes - Índice de Pobreza Multidimensional (PMD) 2010.
32. D. N-P. Can anyone hear us? . Bank PftW, editor. New York: Oxford University Press; 2000.
33. Pritchett L, L S. Wealthier is Healthier. *J Hum Resour.* 1996;31(4):841-68.
34. A. W. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. . *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health.* 2002;11(5-6):316-26.
35. Organization WH. Poverty. Geneva: WHO; [May 2017].
36. Organization WH. La financiación de los sistemas de salud ; el camino hacia la cobertura universal. . Geneva: WHO, 2010.
37. Subramanian SV, Delgado I, Jadue L, Vega J, Kawachi I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *Journal of epidemiology and community health.* 2003;57(11):844-8. Epub 2003/11/06.

38. Subramanian V, Delgado I, Jadue L, Kawachi I, Vega J. [Income inequality and self rated health: an analysis from a contextual perspective in Chile]. *Revista medica de Chile*. 2003;131(3):321-30. Epub 2003/06/07. Inequidad de ingreso y autopercepcion de salud: un analisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas.
39. Salud; OPdI. INDICADORES PARA EVALUAR LA PROTECCION SOCIAL DE LA SALUD. OMS, 2009.
40. Mardones-Restat F, de Azevedo A. The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. . *Salud publica Mex*. 2006;48(6):504-11.
41. Mundt E. [Comments on possible consequences of health reform plans in Chile]. *Rev medica Chile*. 2003;131(11):1345.
42. Cabieses B, Bird P. Glossary of access to health care and related concepts for low- and middle-income countries (LMICs): a critical review of international literature. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 2014;44(4):845-61. Epub 2015/01/30.
43. W. P. The dimension of primary care: blueprints for care. In: S A, editor. *Primary care, where the system fails*. New York:: Wiley; 1974. p. 15-77.
44. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. . *Eff Heal Care*. 1983;1(4):179-85.
45. A. D. Aspects of medical care administration. . Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
46. McIntyre D, Thiede M, S. B. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Econ Policy Law*. 2009;4(2):179-93.
47. Fajardo-Dolci G, Gutierrez JP, Garcia-Saiso S. [Effective access to health services: operationalizing universal health coverage]. *Salud publica de Mexico*. 2015;57(2):180-6. Epub 2015/08/04. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud.
48. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Gender inequity in the access to health care in Chile. *Revista medica de Chile*. 2003;131(6):669-78.
49. Campos AC, Albala C, Lera L, Sanchez H, Vargas AM, Ferreira e Ferreira E. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. *BMC public health*. 2015;15:365. Epub 2015/04/18.
50. World Health Organization [WHO]. World Health Statistics 2014; Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/.
51. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic Indicators2009. Available from: http://www.who.int/pmnch/topics/research_statistics/2009_pahobasicindicators/en/index.html.
52. Chilean Ministry of Health. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile [Current situation of men's health in Chile]2011. Available from: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf>.
53. Chile; MddsGd. Pobreza Multidimensional : Anexo Programación de Indicadores y Medición. 2015.
54. Anyaegbu G. Using the OECD equivalence scale in taxes and benefits analysis. *Econ Labour Mark Rev* 2010;4(1):49-54.
55. OECD. WHAT ARE EQUIVALENCE SCALES? : OECD; 211.

56. Ari E, Yildiz Z. PARALLEL LINES ASSUMPTION IN ORDINAL LOGISTIC REGRESSION AND ANALYSIS APPROACHES. *Int interdisciplinary journal Sci Res.* 2014;1(3):9800-33.
57. Mayer A, M. F. Understanding Recession and Self-Rated Health with the Partial Proportional Odds Model : An Analysis of 26 Countries. . *PloS one.* 2015;1(19).
58. R. W. Generalized ordered logit/ partial proportional odds models for ordinal dependent variables. . *Stata J* 2006;6(1):58-82.
59. Caceres D, Adonis M, Retamal C, Ancic P, Valencia M, Ramos X, et al. [Indoor air pollution in a zone of extreme poverty of La Pintana, Santiago-Chile]. *Revista medica de Chile.* 2001;129(1):33-42. Epub 2001/03/27. Contaminacion intradomiciliaria en un sector de extrema pobreza de la comuna de la pintana.
60. Ivanovic D, Olivares M, Castro C, Ivanovic R. [Nutritional status of school children in poverty conditions from urban and rural areas. Metropolitan region. Chile. 1986-1987]. *Revista medica de Chile.* 1995;123(4):509-25. Epub 1995/04/01. Estado nutricional de escolares en condiciones de pobreza urbana y rural. Region Metropolitana. Chile. 1986-1987.
61. Barrientos S. The other side of economic success: poverty, inequality, and women in Chile. *Focus on gender.* 1993;1(3):38-40. Epub 1993/10/01.
-