

Documento de Trabajo N° 13
Serie Estudios Territoriales

Salud y Desigualdad Territorial

Ricardo Fábrega L.

Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo

Junio 2013





Salud y Desigualdad Territorial


Este documento es el resultado del programa Cohesión Territorial para el Desarrollo, coordinado por Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. Se autoriza la reproducción parcial o total y la difusión del documento sin fines de lucro y sujeta a que se cite la fuente.

This document is a product of the Territorial Cohesion for Development Program, coordinated by Rimisp – Latin American Center for Rural Development. We authorize the non-for-profit partial or full reproduction and dissemination of this document, subject to the source being properly acknowledged.

Cita / Citation:

Fábrega, R. 2013. “Salud y Desigualdad Territorial”. Documento de Trabajo N°13. Serie Estudios Territoriales. Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. Rimisp, Santiago, Chile.

Ricardo Fábrega es docente de Postgrado en la Universidad Católica de Chile, Universidad Central y Universidad Adolfo Ibáñez.



La serie Documentos de Trabajo es una publicación de Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural, que divulga trabajos de investigación, de carácter preliminar, realizados por profesionales de esta institución.

Su objetivo es aportar al debate de tópicos que apoyen el desarrollo rural latinoamericano.

Tanto el contenido de los Documentos de Trabajo, como también los análisis y conclusiones que de ellos se deriven, son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es).

Documentos de Trabajo de Rimisp
WorkingPapers of Rimisp

Chile: Huelén 10, piso 6, Providencia. Santiago, Chile · Código Postal 7500617 · Teléfono: +56-2-22364557 · Fax: +56-2-22364558

Ecuador: Pasaje Guayas E3-130 (esquina Amazonas), edificio Pastor, primer piso. Quito, Ecuador · Teléfonos: +59-3-2-2273870 · 2273991

Salud y Desigualdad Territorial

RESUMEN

Uno de los temas centrales que enfrenta Chile en su actual estado de desarrollo es la existencia de una gran inequidad. En el presente trabajo analizaremos la inequidad en salud, se describirá cómo esta se expresa territorialmente y se señalará cómo puede ser enfrentada con propuestas que contribuyen a dar más autonomía a los niveles locales y regionales, ligando el sector salud a las políticas de desarrollo descentralizado.

Palabras clave: salud, inequidad, descentralización, desigualdad territorial, políticas desarrollo y Chile.

ÍNDICE

I. EL DESAFÍO DE EQUIDAD EN EL SECTOR SALUD.....	1
I.1 DIMENSIONES DE EQUIDAD EN SALUD.....	2
ESTADO DE SALUD	3
I.2 LA EQUIDAD EN SALUD COMO PREOCUPACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	4
I.3 LA INSTITUCIONALIDAD ACTUAL DEL SECTOR SALUD	7
II. DATOS SOBRE INEQUIDAD EN SALUD EN CHILE.....	9
III. FACTORES QUE INCIDEN EN LAS INEQUIDADES DE SALUD ENTRE TERRITORIOS.....	13
III.1 LOS DIFERENCIALES DE DESARROLLO ENTRE TERRITORIOS.....	13
III.2 LA DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS	13
III.3 LA EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS LOCALES	14
III.4 EL FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL DEL SECTOR Y LOS MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	15
IV. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	17
IV.1 POTENCIAR LOS EQUIPOS AMBULATORIOS.....	17
IV.2 POTENCIAR LAS REDES ASISTENCIALES	19
IV.3 FAVORECER EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS REGIONES.....	21
V. A MODO DE CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA	24

I. EL DESAFÍO DE EQUIDAD EN EL SECTOR SALUD

Uno de los temas centrales que enfrenta Chile en su actual estado de desarrollo es la existencia de una gran inequidad. En el presente trabajo analizaremos la inequidad en salud, se describirá cómo esta se expresa territorialmente y se señalará cómo puede ser enfrentada con propuestas que contribuyen a dar más autonomía a los niveles locales y regionales, ligando el sector salud a las políticas de desarrollo descentralizado.

Desde hace muchos años el sector salud ha constatado la existencia de enormes inequidades en los resultados de salud entre poblaciones que habitan comunas pobres y aquellos que habitan comunas consideradas ricas. Por su parte, el Ministerio de Salud ha declarado como una de sus prioridades fundamentales la lucha por una mayor equidad en salud desde fines del siglo XX. Sin embargo, la definición misma de equidad, su caracterización y su incorporación en los discursos y ejes estratégicos de acción sectorial han ido variando en el tiempo y adquiriendo cada vez mayor importancia.

El concepto de equidad en salud ha sido parte fundamental del desarrollo de los sistemas en el mundo y recibió un especial impulso a partir de la declaración de Alma Ata sobre atención primaria que señala: “Las enormes desigualdades en el estado de salud de la gente, particularmente entre países desarrollados y países en vías de desarrollo, tanto como al interior de los propios países son política, social y económicamente inaceptables y son, además, de común preocupación para todos los países” (WHO, 1978). En este sentido no puede dejar de señalarse que la aspiración de equidad ha sido siempre de tipo normativo y sustentada en consideraciones de carácter filosófico, ético y político.

En esta sección comenzaremos definiendo la inequidad en salud tal y como se entiende hoy en día y mencionando sus diferentes dimensiones y perspectivas de análisis. Con posterioridad haremos una breve reseña de la aparición del concepto de inequidad territorial a lo largo del desarrollo de los programas y metas estratégicas del sector.

La definición de inequidad que ha sido de mayor uso en el marco de las políticas públicas en Chile es la definición de M. Whitehead de 1990 que señala: **“Por inequidad en salud se entienden las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas”**. Esta definición, gracias a su concisión, es sumamente clara en poner el foco en aquellos aspectos que son más relevantes. No toda desigualdad es una inequidad. La diferencia observada debe ser sistemática y estructural. Adicionalmente debe ser evitable, mediante intervenciones que la propia sociedad tiene a mano. De este modo, hay inequidad si la diferencia puede ser revertida. Finalmente debe ser injusta, lo que remite a su carácter normativo. Algunos autores, colgándose de la definición de Alma Ata y colocando énfasis en el carácter político y contextual de la definición de inequidad agregan el concepto “intolerable” o

“inaceptable”, lo que introduce aún mayor complejidad dada la especial dinámica que una sociedad puede tener en lo que en un momento dado considera tolerable o no¹. En todo caso, las definiciones de inequidad en salud son múltiples, Mardones recuerda esta otra en su análisis sobre la situación del adulto mayor en Chile: «Es la ausencia de disparidades sistemáticas en la salud (o en los determinantes principales de la salud) entre grupos que tienen diferentes niveles basales de ventaja o desventaja social, tales como riqueza, poder o prestigio»².

De las definiciones anteriores y siempre en la perspectiva práctica de generar intervenciones que apunten a disminuir la inequidad, es posible distinguir analíticamente entre 1) las diferencias de salud actuales que se deben a causas inevitables pero cuyas consecuencias en salud son abordables a lo menos paliativamente; 2) a diferencias de salud actuales que se deben a causas estructurales evitables que operaron en el pasado y que pueden ser abordadas de manera curativa o paliativa hoy en día; y 3) las diferencias estructurales evitables que están operando hoy día y que causarán problemas de salud en el futuro a menos que se intervengan de manera preventiva y anticipatoria. En todos estos casos, el ideal de equidad como valor orientador en la toma de decisiones obliga a priorizar las decisiones considerando los efectos que tiene en disminuir la inequidad³.

Los documentos de OPS hacen énfasis en las implicancias prácticas en tres aspectos:

- disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible (equidad en condiciones de salud).
- recibir atención de salud de acuerdo a la necesidad (equidad en cobertura, acceso y uso).
- contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera)⁴.

I.1 DIMENSIONES DE EQUIDAD EN SALUD

Hay distintas dimensiones de equidad en salud que permiten caracterizarla. La OMS sugirió un enfoque con 4 dimensiones de carácter descriptivo que permiten formarse un panorama de la inequidad en un contexto dado, estas son:

1 En rigor la definición original de Whitehead es: “Differences in health that are unnecessary, avoidable, unfair and unjust”. La mayoría de los autores traduce “unfair and unjust” como injustas. Otros traducen “injustas e intolerables”.

2 P Braveman, S Gruskin. *Epidemiol Community Health* 2003;57:254-258 doi:10.1136/jech.57.4.254. Esta definición es más operativa y es propiamente de equidad (no de inequidad como la de Whitehead) pero ha sido menos utilizada.

3 OPS-OMS Información para la Equidad en Salud en Chile. Representación de Chile. Marzo 2001.

4 OPS-OMS

Estado de salud

El cuadro más preciso de la salud de cualquier grupo de población no es sino un agregado de diferentes tipos de mediciones como mortalidad, morbilidad, discapacidad o calidad de vida percibida. Existe un importante conjunto de indicadores que pueden ser utilizados, los que varían de acuerdo a los objetivos de los investigadores. Los que siguen siendo más utilizados son los de mortalidad, que suelen estar basados en datos más confiables, aun cuando crecientemente se usan indicadores que dan mejor cuenta de la situación de salud en términos más integrales y positivos, como los años de vida perdidos ajustados por discapacidad.

Determinantes de salud

El conocimiento actual sobre determinantes de salud obliga a conocer las condiciones generales de estos cuando se analiza la situación de salud de una población. Es conocido que las desigualdades en ingreso, empleo, condiciones de trabajo, educación, vivienda, acceso a agua potable y saneamiento básico, contaminación y varios otros elementos de las condiciones de vida de las poblaciones afectan los resultados de salud.

Recursos y oferta del sistema de salud

Las mediciones de recursos y oferta asistencial del sistema de salud son clásicas e incluyen las horas médicas por habitantes, el número y tipo de los mismos, la presencia de otras profesiones y su distribución, las camas hospitalarias o centros ambulatorios y la existencia de otros dispositivos como laboratorios, centros de diálisis, equipos de rayos y otros avances tecnológicos. Una mirada más moderna y a tono con el conocimiento y revaloración actual de la salud pública incluye en esta oferta la existencia de programas contra la contaminación ambiental, salud ocupacional o planificación familiar en las comunidades o colegios.

Utilización de servicios del sistema de salud

En esta cuarta dimensión se explicitan mediciones como el número de consultas por habitante / año, el acceso real a ciertas prestaciones de carácter preventivo o curativo, y su distribución por sexo y edad del usuario o por otros elementos como lugar de residencia. Incluye el acceso efectivo a hospitalización o a especialistas médicos. En general estos indicadores están estrechamente ligados a la oferta de servicios.

Ahora bien, cualquiera sea la dimensión utilizada, las inequidades suelen ser medidas en función de algunas perspectivas principales. Ingreso, educación y género son las que más se han utilizado en nuestro medio. Dada la especial controversia sobre el rol de los seguros privados y la dualidad que han introducido en el sistema, también hay mediciones y monitoreo sobre la situación entre sector público y privado. En relación al ingreso y género se han determinado diferenciales en cada una de las dimensiones de equidad en salud, las que se han publicado en los documentos del Ministerio de Salud desde el año 2000. El nivel educacional se ha utilizado como “proxy” del nivel sociocultural y económico de la población y en función de él, también se han realizado mediciones periódicas.

Uno de los aspectos que se ha evaluado ha sido la inequidad territorial, pero en estricto rigor ha sido secundario respecto a las otras perspectivas y su nivel de desagregación comunal se ha hecho de modo que la variabilidad de resultados sea muy alta⁵.

I.2 LA EQUIDAD EN SALUD COMO PREOCUPACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Es posible advertir preocupación por la equidad en documentos oficiales desde el programa de gobierno de Patricio Aylwin el año 1989 que dedicaba varios párrafos a temas de equidad y que en lo relativo a salud decía “...Postulamos por ello un sistema de salud de gestión descentralizada que tenga por misión superar las profundas desigualdades de acceso y en la calidad de los servicios que afectan muy negativamente a los sectores populares y de menores ingresos. La descentralización de la salud incluirá un rol fundamental de las comunidades locales y los municipios democratizados. No obstante, la organización del sistema de salud evitará su desmembramiento y descoordinación”.

Al analizar los documentos de la época queda claro que las alusiones a la equidad mencionaban con más énfasis los aspectos socioeconómicos y especialmente la necesidad de garantizar el acceso de los más pobres a las atenciones de salud, sin dejar demasiado explícita la importancia del desarrollo territorial.

Más adelante en el período 1994-2000 se fue más claro en declarar la importancia del componente regional de la desigualdad, es así como el mensaje presidencial de inicio de período decía: “El país sabe que nuestro sistema de salud arrastra problemas crónicos de desigualdad y discriminación en las prestaciones que ofrece; graves deficiencias en la calidad de la atención

5 Al respecto el artículo de Xavier Metzger “La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones” demuestra que algunas medidas generan valores muy dispares según el nivel de agregación utilizado.

del sistema público; fallas en su sistema de financiamiento, y enormes carencias en sus modalidades de gestión. Sobre la base de ese diagnóstico, orientaremos nuestra acción de acuerdo a cuatro objetivos fundamentales: dar prioridad a los más pobres (vale decir, focalizar los programas y recursos tanto en los grupos más susceptibles de enfermar como en aquellos que presentan niveles superiores de pobreza); promover el logro de una mayor equidad, pues el sector salud presenta situaciones de gran desigualdad en la prestación de sus servicios, en lo que se refiere tanto a la situación entre regiones como a la que existe entre el sector público y el sector privado...”.

A lo largo de toda la década del 90 la expresión equidad en el sector salud tiene fundamentalmente dos acepciones: en primer lugar un componente de focalización de esfuerzos en los más pobres y en segundo lugar las denuncias sobre la diferencia de recursos entre los afiliados al sector privado y los beneficiarios del sector público. Durante esos años hubo varias experiencias de asignación de recursos y desarrollo de programas donde se incorporaban criterios de focalización en sectores pobres que en la práctica se traducían en recursos asignados con una lógica comunal.

Sin perjuicio de ello, a medida que el país continuaba su proceso de crecimiento y superación de la pobreza, se hacía evidente que la inequidad persistía. Es por ello que iniciado el siglo XXI, el gobierno del presidente Lagos plantea como uno de los cinco ejes de la reforma, avanzar en equidad en salud⁶.

Esto queda claramente plasmado en el mensaje presidencial con el cual se enviaron los proyectos de ley de la reforma que en lo relativo a equidad señalan: “La equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayor protección social y acceso universal a la atención de salud”. “La equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos”.

En todo caso, es en el documento metas sanitarias 2000-2010 donde queda plasmada claramente la equidad como un objetivo estratégico del sistema, se fijan metas específicas que incluyen un claro componente territorial y se hacen sugerencias estratégicas. En efecto, el documento contempla 4 grandes objetivos sanitarios para la década: Mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la población, enfrentar la inequidad⁷ y responder a las expectativas de la población.

Las metas específicas en equidad incorporaron tres mediciones que fueron: la mortalidad infantil relacionada con educación de la madre, expectativa de vida relacionada con sectores socioeconómicos y años de vida potencialmente

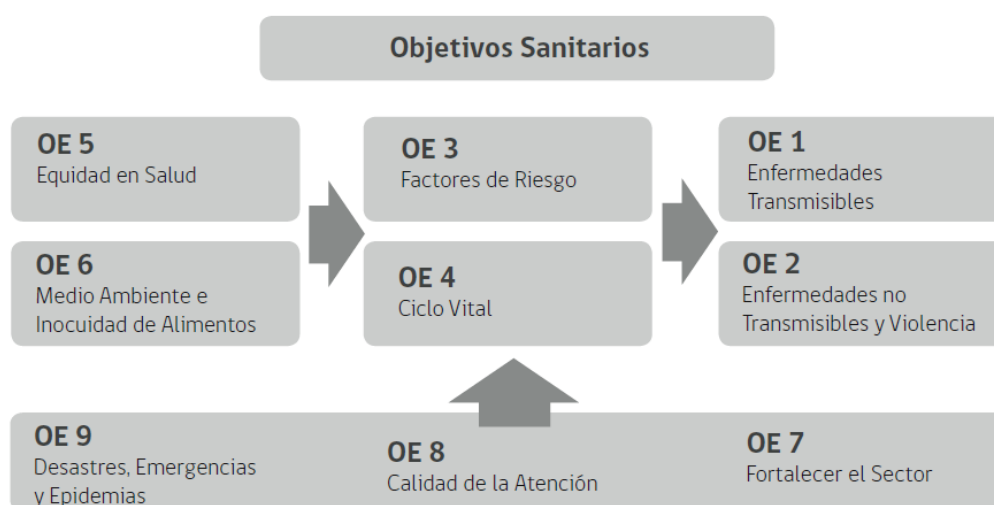
6 Los otros cuatro eran: el derecho a la salud, la solidaridad, la eficiencia y la participación social.

7 En realidad el documento se refiere a este objetivo de dos maneras diferentes: “inequidades en salud” en el índice y cuerpo del documento. “Disminuir las desigualdades en salud” en el resumen ejecutivo.

perdidos relacionada con comunas (territorios). Es en este tercer indicador donde se fija claramente una medición vinculada a equidad territorial. Para lograrlo el documento menciona algunos desafíos de focalización de recursos y programas en grupos socioeconómicamente desfavorecidos y en territorios con mayores necesidades que se identifican comunalmente en función de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). En el documento de evaluación de las metas publicado el 2010, el ministerio señala que no hubo avances en esta meta y que comparando la comuna con menor AVPP (Pica) y la de mayor (Independencia) la brecha habría aumentado⁸. El documento no entrega antecedentes que permitan recalcular las brechas usando cifras más agregadas que las correspondientes a esas dos comunas; sin embargo otro estudio, desarrollando comparaciones en mortalidad infantil, sí reflejan una clara disminución de la inequidad intercomunal⁹. Al parecer sigue abierta la discusión sobre qué ha pasado en equidad territorial en salud en las últimas dos décadas.

En el año 2011, el gobierno lanzó las nuevas metas sanitarias de la década¹⁰, en ese documento se fijan 9 objetivos estratégicos que comprometen las políticas públicas de los próximos años. Estos 9 objetivos tienen una presentación gráfica que permite interrelacionar unos con otros al modo de un mapa estratégico como se señala en la siguiente figura:

Cuadro 1: Objetivos sanitarios



Como se ve, el objetivo número 5 da cuenta de los determinantes sociales y la equidad. En el cuerpo del documento se hace una especial mención a las inequidades territoriales. El documento recuerda que “La investigación

8 No es claro que la conclusión sea correcta usando niveles tan desagregados de datos. Es a lo menos discutible sacar conclusiones de carácter general usando comunas poco representativas como Pica.

9 R. González et al. Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant, and Child Mortality Between 1990 and 2004. American Journal of Public Health | July 2009, Vol 99, No. 7

10 Minsal. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

relevante en geografía, epidemiología y salud pública ha demostrado que el lugar donde la gente vive afecta de manera significativa sus resultados de salud” (Howe, 1986; Davey Smith et al., 1998; Diez-Roux, 1997; Tunstall et al., 2007). La idea de lugar se ha vuelto cada vez más relevante en materia de salud pues incorpora aspectos socio-demográficos, culturales e históricos determinantes para dichos resultados (Tunstall et al., 2004). El análisis por situación geográfica se puede realizar a distintos niveles, entre ellos el regional, el comunal, o bien por atributos como el de ruralidad”¹¹.

El documento del ministerio hace una presentación resumida de algunas de las desigualdades relevantes que se observan por región en distintas tasas de mortalidad sin advertir una correlación clara con ruralidad o etnicidad. Es así como hay regiones que destacan por sus altos niveles de mortalidad por neumonía y otras que lo hacen por la tasa de accidentes, hay regiones que tienen alta mortalidad por cánceres y otras por problemas circulatorios. Es necesario tener mayores antecedentes y una capacidad de análisis de tendencias agregadas para encontrar explicaciones a estas diferencias. Donde sí se advierte una importante mejoría es en la tasa de mortalidad infantil, la que sin embargo presenta también mejorías muy dispares entre unas regiones y otras. Al describir el análisis de las comunas con mayor ruralidad se advierte una correlación clara en el caso de la mortalidad por causas traumáticas y en términos agregados una menor esperanza de vida al nacer y a los 20 años en aquellas comunas del decil con mayor ruralidad.

Siempre en el marco del objetivo número 5, el documento hace referencia a los años de vida perdidos en las 81 comunas con mayor AVPP y que contienen el 10 % de la población, y fija metas de seguimiento para contribuir a disminuir la inequidad entre estas comunas y las del decil más favorecido.

I.3 LA INSTITUCIONALIDAD ACTUAL DEL SECTOR SALUD

La estructura del sector salud es bastante compleja y tanto la regulación como la prestación de servicios se encuentra adjudicada como responsabilidad principal a distintas instituciones del Estado, algunas desconcentradas y otras descentralizadas, las cuales no siempre están debidamente coordinadas para favorecer una lógica territorial.

En adelante haremos una breve descripción colocando el foco en aquellos aspectos críticos que luego serán intervenidos en las propuestas.

Durante la década pasada se realizó un cambio estructural que buscó diferenciar mejor las funciones de cada uno de los principales actores del sector público.

El Ministerio de Salud, mantuvo su rol de rectoría global del sistema pero se crearon dos subsecretarías: la de salud pública, encargada de normar y

11 Minsal. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Pág 204.

supervisar todo lo relativo a la salud pública y salud ambiental; y la subsecretaría de redes asistenciales, encargada de normar el funcionamiento de la prestación de servicios de salud públicos y privados, pero también de coordinar las redes públicas de prestación de atenciones de salud.

Por su parte, los 29 servicios de salud territoriales mantuvieron su carácter de estructura desconcentrada, con personalidad jurídica y patrimonio propio, pero sus directivos entraron al régimen de alta dirección pública nombrados por el presidente de la república, a sugerencia del ministro del ramo y coordinados por el subsecretario de redes asistenciales. Adicionalmente, los servicios de salud abandonaron su preocupación por el ambiente y la gestión de licencias médicas y también dejaron parcialmente la gestión directa de los grandes hospitales, los que adoptaron un nuevo estatus de “autogestionados en red”. De este modo, se buscó concentrar el rol del servicio de salud en la gestión de la red asistencial operando como “inteligencia sanitaria” para la población de su territorio.

Por su parte, los secretarios regionales ministeriales recibieron las nuevas funciones del cuidado del ambiente, las licencias médicas y un mandato más exigente en la promoción de la salud, el control de los programas preventivos de su región y la vigilancia epidemiológica. Además siguieron siendo parte del gabinete regional. Sin embargo, de hecho no operaron de nexo entre la subsecretaría de redes asistenciales y los servicios de salud regionales, en aquellos casos en que existe más de un servicio por región.

En lo relativo a los establecimientos ambulatorios de primer nivel, también conocidos como centros de atención primaria, se profundizó de hecho su dependencia municipal. Esto consagró la descentralización del funcionamiento de la base de prestación de servicios del sistema y colocó más presión al rol de articuladores de red de los servicios de salud.

Esta estructura ofrece desafíos y oportunidades para las políticas de avance en equidad que se tomarán como eje en la definición de propuestas que se presentan en la sección respectiva.

II. DATOS SOBRE INEQUIDAD EN SALUD EN CHILE

Algunos de los datos disponibles sobre las distintas perspectivas de la inequidad en salud en Chile apuntan a:

Inequidades entre salud pública y privada.

Este es uno de los elementos a los que más se le hace seguimiento dada la estructura dual del sistema de salud en Chile, que introduce una clara segmentación entre quienes acceden a aseguramiento privado de alto costo y los que acceden a aseguramiento público de pago proporcional al ingreso. En base a datos de los anuarios estadísticos de Fonasa y la Superintendencia de Salud es posible encontrar los datos sobre los recursos per cápita en cada sub-sector como se señala a continuación:

Cuadro 2: Gasto per cápita año 2009¹²

	Población	Gasto (m\$)	Per cápita
Público	12.584.000	4.087.049.000	324,8
Privado	2.776.910	3.288.587.000	1.184,2

Estos datos revelan que el gasto en salud para los beneficiarios del sector privado es 3,6 veces más alto que en el sector público al año 2009.

Inequidades por escolaridad de la madre¹³

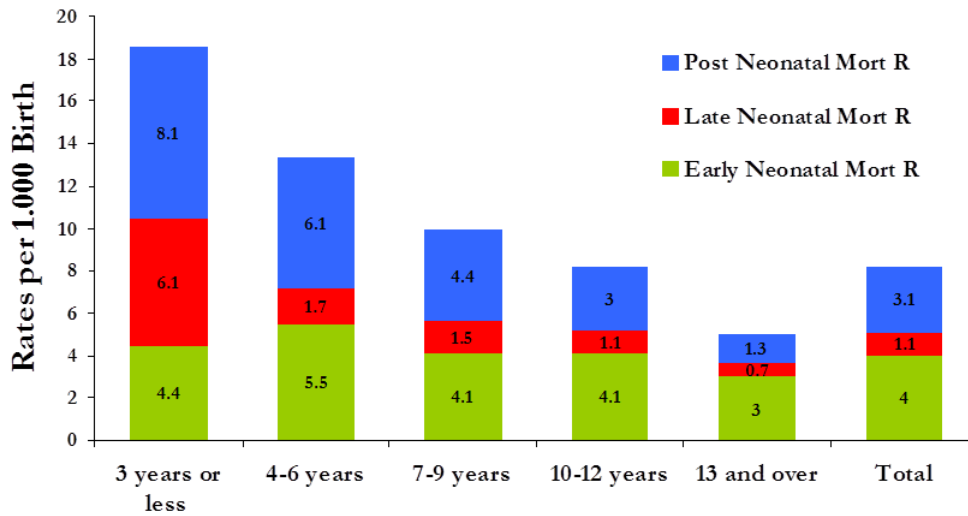
El sector salud ha hecho un seguimiento de la mortalidad infantil en función de datos de educación de los padres, buscando disminuir la inequidad de resultados en este ámbito. Las evaluaciones a fines de la década pasada se reflejan en el siguiente gráfico¹⁴:

¹² Elaboración propia en base a datos de anuarios estadísticos de Fonasa, Superintendencia de Salud y Asociación de clínicas

¹³ El rango de escolaridad fue cambiado dado que el primer grupo (sin escolaridad) prácticamente desapareció.

¹⁴ Andrea Guerrero, Iris Delgado et al 2009. Componente chileno del estudio de Equidad en América Latina.(EQUILAC II)

Gráfico 1:

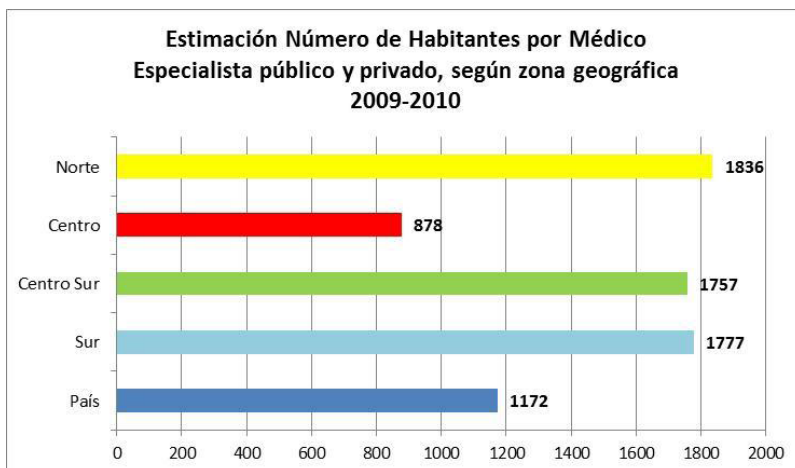


En este gráfico se observa cómo la mortalidad infantil en los hijos de madres con tres años de escolaridad o menos, triplica el observado en hijos de madres con escolaridad mayor de 13 años.

Inequidades interregionales.

Las diferencias de acceso a servicios de salud entre poblaciones de distintos territorios del país son muy importantes aun cuando se usen datos muy agregados. En el siguiente gráfico se observa la situación de disponibilidad de médicos especialistas por habitante entre grandes macro-regiones del país:

Gráfico 2: Estimación número de habitantes por médico especialista público y privado, según zona geográfica 2009-2010.

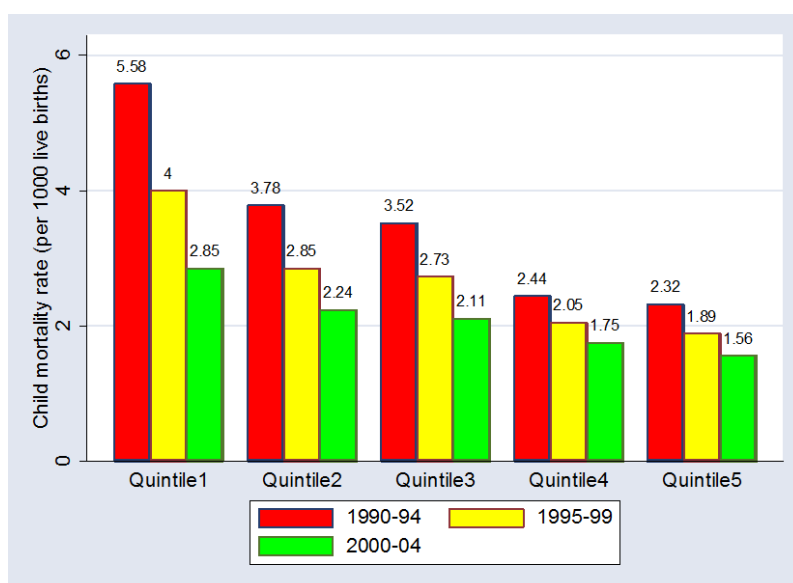


Aquí se observa cómo la zona centro del país más que duplica la disponibilidad de médicos especialistas del sur y norte. En particular se observa cómo el norte del país (IV región al norte) tienen el más bajo número de médicos especialistas por habitante¹⁵.

Inequidades por quintiles de ingreso de la población (medido por promedio comunal).

Diversos estudios han abordado las inequidades de salud desde una óptica comunal. Sin embargo los datos disponibles son más abundantes para la región metropolitana que para comparaciones de carácter nacional. El estudio más importante y documentado (Gonzalez et al 2009) analizó la evolución de la mortalidad materno infantil en todas las comunas de Chile comparando la situación entre las 69 comunas más pobres del país (en términos de ingreso promedio de la población obtenida por CASEN) y sus resultados en términos de mortalidad infantil, los se recogen en el siguiente gráfico¹⁶:

Gráfico 3:



Aquí se observa cómo para el quinquenio 2000-2004 la mortalidad infantil en el quintil de comunas con población de menores ingresos era 1,82 veces más alta. Lo que llama la atención es que es una de las diferencias más bajas observables entre los indicadores disponibles. Más llamativos son estos datos si se analiza lo que se desprende de la situación del quinquenio 1990-1994 donde la diferencia era de 2,4 veces. Eso significa que la inequidad territorial en lo relativo a mortalidad infantil bajó un 24 % en 10 años.

15 Minsal - Banco Mundial 2010. Serie Cuadernos de redes N°31 Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile.

16 A partir de datos de: González et al, Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant, and Child Mortality Between 1990 and 2004. July 2009, Vol 99, No. 7 American Journal of Public Health.

También se observan mejorías pero mucho menores al interior del gran Santiago cuando se analiza la situación de AVPP:

Cuadro 3:

Tabla AVPP/1.000 habitantes por quintil de ingreso y sexo de las comunas del Gran Santiago períodos 1994-1996 y 1999-2001

Quintil	Hombres		Delta	Mujeres		Delta	Total		Delta
	94-96*	99-01*		94-96*	99-01*		94-96*	99-01*	
I	137,4	111,5	25,9	67,6	52,4	15,2	101,6	81,2	20,4
II	144,7	118	26,7	67,0	54,8	12,2	104,2	85,2	19,0
III	128,7	108,1	20,6	60,0	51,8	8,2	92,7	79,0	13,7
IV	134,3	99,9	34,4	65,1	47,8	17,3	97,8	72,3	25,5
V	104,2	81,6	22,6	49,8	41,9	7,9	73,8	59,0	14,8
Total	129,6	104,9	24,7	61,4	49,8	11,6	93,5	75,9	17,6

Aquí se observa cómo la brecha de mortalidad entre las comunas más pobres y las más ricas disminuyen de 28 a 22 años entre el trienio 1994-1996 y el trienio 1999-2001. Sin embargo, las diferencias siguen siendo gigantescas para habitantes de una misma ciudad.

III. FACTORES QUE INCIDEN EN LAS INEQUIDADES DE SALUD ENTRE TERRITORIOS

III.1 LOS DIFERENCIALES DE DESARROLLO ENTRE TERRITORIOS

El déficit de desarrollo de algunos territorios y los mayores niveles de pobreza, son factores que por sí mismos provocan inequidades en salud. Para los organismos de salud pública, la mejor manera de eliminar las inequidades en los resultados de salud entre los distintos territorios es igualar las condiciones y oportunidades de desarrollo de sus habitantes. El informe de determinantes sociales de salud de OMS demuestra que las principales causas de los malos resultados de salud no se encuentran en los sistemas de atención de enfermedades, sino en la propia manera como se organizan las sociedades y las comunidades para vivir, trabajar y desarrollarse. Ello incluye los niveles educativos, la calidad del trabajo, la contaminación ambiental, el acceso a saneamiento básico, la seguridad e incluso la calidad de la cohesión social y los diferenciales de estatus. De este modo, se concibe a la salud como una resultante del modelo de desarrollo, como un producto social y no como el resultado de un enfrentamiento que realiza el individuo por sí solo ante agentes patógenos y otras condiciones que cree controlar directamente. Esto queda claramente reflejado en el documento de determinantes sociales de OMS del año 2008¹⁷. Con posterioridad, diversos investigadores exploran los mecanismos mediante los cuales las personas “incorporan”¹⁸ los diferenciales de estatus e ingreso.

En el caso de Chile, es necesario levantar los datos más recientes que confirman estas posturas ampliamente comprobadas a nivel internacional.

III.2 LA DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS

Hay importantes brechas en el acceso a servicios de salud entre las poblaciones de distintos territorios. Las brechas serían menores en ciertos servicios esenciales de carácter preventivo (vacunaciones, consultas de medicina general o enfermería) y son mayores a medida que la prestación requerida es más especializada (especialistas médicos y exámenes radiológicos complejos). El estudio de brechas de especialistas del Ministerio de Salud publicado en el año 2010¹⁹ y otros estudios de localización de recursos, demuestran los altos niveles de concentración de médicos en la zona metropolitana y en ciertas comunas favorecidas al interior de la misma. En la

17OMS. Informe Final de la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - 2005-2008

18 En el sentido más genuino del término. Las personas **introducirían en su cuerpo** mediante mecanismos fisiológicos de respuesta al *stress* y otras vías, su mayor vulnerabilidad ante el entorno. Según esto, la pobreza y la vulnerabilidad “se meten bajo la piel” y acortan la vida.

19 Minsal-Banco Mundial 2010. Serie cuadernos de redes N°31 Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile

medida que el acceso a servicios es uno de los factores que influye en los resultados de salud y que este acceso tiene gradientes territoriales, es evidente señalar que contribuye a las inequidades en salud. Dicho lo anterior, es necesario señalar que muchas de las desigualdades de acceso son prácticamente inevitables y que queda abierta la discusión sobre cuáles de estas diferencias son realmente injustas e intolerables como para considerarse propiamente una inequidad. De esta forma, para efectos de localizar ciertos recursos especializados, el sector salud debe contar con una población suficiente que permita que dicho recurso sea debidamente utilizado. En general, mientras más especializado es el recurso médico, más infrecuente es la demanda por sus servicios, y poblaciones muy pequeñas no generan la demanda suficiente que permitan que dicho recurso mantenga su experticia. A modo de ejemplo extremo, un neurocirujano, ubicado en una comunidad alejada de 10.000 habitantes relativamente saludables, aunque contara con todos los recursos, no tendrá en todo un año muchas oportunidades de ejercer su especialidad y terminaría perdiendo habilidades. Dada la existencia en Chile de comunas con ruralidades extremas, es evidente que el acceso a especialistas en niveles territoriales muy desagregados no tiene solución práctica y ese es uno de los elementos que explica las políticas de generación de redes de atención. Pero esto es así no solo para la ruralidad, también para poblaciones bastante mayores como capitales provinciales o regionales. Dada la baja frecuencia de ciertos cánceres o la baja frecuencia de la necesidad de realizar cierto tipo de trasplantes, no se justifican más que unos pocos polos de desarrollo en todo el país, lo que priva a ciudades completas de contar en su territorio con ciertos servicios.

El punto de discusión entonces es cómo la política de generación de estos polos de desarrollo evita que estos se concentren en la Región Metropolitana, lo que por la propia dinámica nacional tiende a producirse de no mediar acciones intencionadas en contrario. Por otro lado, dada la imposibilidad fáctica de que todos los territorios cuenten con todos los servicios, lo razonable sería contar con mecanismos que permitan derivar con facilidad a los centros de carácter regional o nacional. Ambos temas se recogen en las propuestas.

III.3 LA EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS LOCALES

Los equipos de salud localizados en los territorios desfavorecidos no cuentan con el suficiente soporte para desplegar su labor en forma resolutiva y no cuentan siempre con el recurso humano capacitado.

En efecto, los equipos de salud que tienen un mayor despliegue territorial en Chile son los vinculados al primer nivel de atención²⁰. Estos equipos realizan actividades asistenciales altamente prioritarias y costo efectivas vinculadas a los programas nacionales establecidos por el Ministerio de Salud. Las normativas ministeriales proponen la existencia de equipos multi-profesionales

20 La extensa red de servicios de primer nivel es descrita con detalle en las cuentas ministeriales disponibles en www.minsal.cl y en las páginas web de los servicios de salud.

que con el tiempo se han consolidado como una de las características distintivas del modelo chileno de atención primaria pública. Clásicamente, estos equipos estaban conformados fundamentalmente por médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, asistentes sociales y nutricionistas (originalmente enfocados al combate de la desnutrición) todos ellos apoyados por personal técnico entrenado en número variable. En el caso de las zonas rurales, este personal técnico es muchas veces el único permanente en la comunidad y los profesionales solo realizan rondas. En los últimos 15 a 20 años, se han incorporado al equipo, kinesiólogos y psicólogos que ya se encuentran en la mayoría de ellos. Más recientemente, se han comenzado a incorporar terapeutas ocupacionales, químico-farmacéuticos, parvularias y profesores de educación física. Los tecnólogos médicos han trabajado desde hace varios años en muchos establecimientos vinculándose a laboratorios básicos y más recientemente al ejercicio de la optometría. Ahora bien, estos equipos han permitido apoyar grandes éxitos de la salud chilena con foco en lo materno infantil, pero todavía sus avances son incipientes en el enfrentamiento de nuevas prioridades vinculadas al control de crónicos y salud mental. Hay un grupo profesional: los médicos, que han sido más estudiados precisamente por la existencia de graves falencias en su disponibilidad y capacidad resolutive, siendo que son el profesional más requerido por las comunidades.

Las sociedades científicas especializadas en atención primaria y el colegio médico, recientemente han recomendado que el médico de atención primaria sea preferentemente un especialista en medicina familiar. Diversos estudios²¹ y una vasta experiencia internacional avalan esta propuesta. Sin embargo, hoy por hoy la mayoría de los médicos de APS presentan alta rotación y no han realizado estudios de especialidad. Adicionalmente, no cuentan con un arsenal de recursos terapéuticos y diagnósticos que les permita maximizar su capacidad resolutive cercana a las comunidades. Lo cierto es que si bien el médico es uno más del equipo de APS, no puede haber buena atención primaria sin médicos con enfoque en el nuevo perfil epidemiológico y alta capacidad resolutive.

III.4 EL FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL DEL SECTOR Y LOS MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

Los mecanismos de financiamiento basados en precios *standard* y el funcionamiento organizacional fragmentado de los sistemas de salud, contribuyen a perpetuar las inequidades en el acceso a los servicios de salud y los malos resultados relativos en indicadores clave.

En Chile, los mecanismos de asignación de recursos a los establecimientos de salud no dan cuenta de los costos que implica desarrollar atención en poblaciones rurales, aisladas y de baja densidad. El mecanismo per cápita contempla una asignación de ruralidad que ha sido subestimada

21 Joaquín Montero L Formación del RRHH para la APS. Modelo de gestión por competencias: Centros Áncora UC. Presentación en V congreso de salud municipal. Diciembre 2010, La Serena.

históricamente. Si bien las estrategias nacionales mencionan la necesidad de priorizar recursos en función de indicadores como los AVPP comunales, esto no se ha traducido en políticas específicas que den cuenta de esta idea. Incluso los estudios más recientes disponibles²² sobre asignación de recursos a la atención primaria, dan mucha importancia a financiar aumentos de cobertura basados en precios promedio o a la necesidad de incorporar factores demográficos y epidemiológicos en la asignación de recursos, pero no dan cuenta de los diferenciales de costo causado por condiciones de ruralidad o extrema ruralidad.

Por su parte, el presupuesto de los hospitales rurales y regionales no contempla mecanismos de corrección de costos por condiciones regionales. De hecho, hoy por hoy, el mecanismo de asignación de recursos favorece el financiamiento de los grandes hospitales ubicados en las capitales regionales y en los centros nacionales de derivación ubicados en la capital del país. Una última observación que se debe hacer al financiamiento actual, es que no favorece el funcionamiento coordinado de los distintos establecimientos, lo que termina favoreciendo la fragmentación del sistema.

22 Cid, C. Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal. Minsal. Dic. 2012.

IV. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

IV.1 POTENCIAR LOS EQUIPOS AMBULATORIOS

El primer ámbito de propuestas es propiamente sectorial, pero centrado en aquellos aspectos que suelen ser de menor visibilidad y que se relacionan directamente con la estrategia de atención primaria.

En esta línea es posible destacar 3 áreas de propuestas relevantes desde un punto de vista de fortalecimiento del desarrollo territorial:

a) Soporte a los equipos descentralizados

Todo indica que mientras más sana se mantenga a la población, más fácil será disminuir las brechas de acceso a servicios. Es por ello que un enfoque anticipatorio al daño, lo más cercano posible a la población, es una estrategia más costo efectiva y factible para enfrentar las actuales inequidades en acceso a servicios de salud. En Chile se ha desplegado esta estrategia de manera exitosa en lo materno infantil, pero tiene un retraso muy relevante en salud del joven, el adulto y el adulto mayor; y en general en todo lo que implica el despliegue de un seguimiento de largo plazo de carácter poblacional.

El uso de tecnologías de información y telecomunicaciones permitiría aumentar la capacidad resolutive descentralizada y dar soporte a los profesionales de APS ubicados en territorios alejados. Existe un enorme potencial de igualación en el acceso a servicios rompiendo las barreras geográficas.

Es necesario explorar y valorar las propuestas de aumento de tecnología ambulatoria y de soporte a distancia, incluyendo capacitación y asistencia técnica.

En este sentido se propone que los equipos de salud familiar de las comunas con mayor AVPP se potencien con un programa especial de resolutive que incorpore uso de tecnología que aumente la capacidad resolutive ambulatoria. Ello implica que los equipos del sector de establecimientos de 80 comunas reciban capacitación y tecnología para implementar mecanismos de seguimiento a domicilio de los pacientes crónicos. Dicho equipamiento debe incluir un soporte a distancia mediante un “salud responde” para profesionales. Esto permitiría apoyar el trabajo en terreno por parte de un *staff* de médicos especialistas de apoyo. Un diseño completo permitiría mediante este mecanismo agilizar la derivación de casos prioritarios.

Ya existen experiencias exitosas de telemedicina en algunas patologías vinculadas al AUGE que cuentan con especial preocupación del sistema.

Esta es una experiencia que ya se está ampliando a un mayor rango de intervenciones. La idea actual es vincularla a los equipos de cabecera, al seguimiento de crónicos y a un énfasis en territorios especialmente desfavorecidos de acuerdo a AVPP.

b) Potenciar el aporte de la salud municipal al desarrollo local

A diferencia de lo observado en el ámbito de la educación donde los municipios son fuertemente cuestionados, en el ámbito de la salud los resultados generales avalan la gestión realizada por los equipos de salud municipales. Sin duda el buen desempeño de los equipos locales en la gestión de programas prioritarios es uno de los pilares que sostiene los buenos resultados sanitarios del país, pese a los importantes desafíos pendientes. Sin embargo, no todos los municipios han estado en condiciones de cumplir en buena forma lo que se espera para su población.

Un estudio del año 2011 de Montero, Majluf y colaboradores²³ rescata la importancia de la atención primaria y el rol que cumplen los municipios en ella pero advierte la necesidad de mejorar el financiamiento (como se verá en el apartado siguiente), de mejorar los sistemas de información y de potenciar la formación del recurso humano. Para efectos de potenciar la descentralización y la integración de la salud a las tareas del desarrollo local, es especialmente relevante rescatar la propuesta de estos investigadores en el sentido de articular los equipos de salud local “con el municipio a través del **alineamiento del Plan de Salud²⁴ con el Plan de Desarrollo Comunal (Pladeco)**, y hacer calzar los cronogramas de estos 2 instrumentos de la planeación y gestión. El construir un Plan de Salud junto con el Pladeco cada 4 años optimizaría recursos y permitiría darle a la salud un enfoque más estratégico dentro del desarrollo social de la comuna”. Para muchos de los actores de la salud es cada día más claro que la fragmentación sectorial de las políticas sociales y de desarrollo en el territorio, restringe las posibilidades de apoyo a las familias y comunidades, especialmente las más vulnerables. Una adecuada gestión de esta visión integrada de salud al desarrollo local requiere el fortalecimiento de sistemas de información que sean inter-operables.

c) Ajustar los mecanismos de asignación de recursos

Un estudio de Duarte, Zuleta, Sánchez y colaboradores del año 2013²⁵ hace significativas recomendaciones para potenciar el mecanismo per cápita ligándolo con las prioridades sanitarias que Chile debe abordar en la actualidad. De este modo, presentan propuestas que incluyen el fortalecimiento de la atención de enfermedades crónicas, el

23 Montero, Majluf, et al. “Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal.” Concurso Políticas Públicas / 2011 Centro de políticas públicas UC.

24 La ley 19.378 solo regula la elaboración de programas de salud comunales anuales.

25 Documento no publicado.

potenciamiento de la visita domiciliaria, el reconocimiento y formalización del aporte de los SAPU a la red de urgencia, y se agregan dos propuestas que apuntan a mejorar la situación de los municipios rurales.

La primera de estas propuestas apunta a mejorar el aporte adicional que reciben las comunas rurales por el hecho de ser rurales. En efecto, desde los inicios del mecanismo de asignación de recursos a mediados de la década del 90, se estableció un indexador de ruralidad que siempre se consideró inexacto e insuficiente. Estudios recientes del Minsal reconocen que los actuales indexadores de pobreza y ruralidad no dan cuenta del mayor apoyo financiero que estas comunas requieren. El documento ya citado de Montero también recoge esta situación ampliamente compartida por los expertos en gestión de salud al afirmar que el per cápita actual “no toma debidamente en cuenta las diferencias entre las distintas comunas del país, porque se fija utilizando promedios nacionales, y las correcciones que se introducen con los indexadores (pobreza, ruralidad y adulto mayor) son ajustes parciales, mal focalizados y discretos (se producen saltos arbitrarios en la asignación de los recursos), y se desconoce su pertinencia y efectividad”.

La información actualmente disponible posibilita estimar de mejor manera los indexadores del per cápita y permitiría reconocer los especiales costos de tener zonas rurales y extremadamente rurales al interior de la comuna. Una primera medida para favorecer el buen desempeño de las entidades administradoras descentralizadas más vulnerables es que se mejore el indexador de ruralidad. La segunda línea de propuestas en este sentido tiene que ver con el financiamiento directo de las rondas rurales (que permiten acceder a profesionales a las poblaciones de zonas más aisladas en forma periódica), y el traslado de pacientes (para ir a establecimientos de segundo o tercer nivel en caso de derivaciones urgentes), que son funciones que hacen propias los establecimientos de las zonas más alejadas.

IV.2 POTENCIAR LAS REDES ASISTENCIALES

Un elemento principal para el desarrollo de un sistema de salud que favorezca la equidad territorial es completar la evolución de los actuales servicios de salud públicos hacia “coordinadores de redes asistenciales” descentralizados.

Los actuales servicios de salud son las instituciones públicas que quedaron especialmente diseñadas para gestionar los flujos de pacientes y el desarrollo del sector salud para poblaciones de un territorio definido. Sin embargo, varias de las normativas propias del ministerio mantienen una fuerte centralización que en los hechos dificulta el despliegue de las capacidades de estas instituciones. Es necesario potenciar el rol de los servicios de salud, lo que va en la línea de las recomendaciones de OPS para enfrentar los desafíos de los

sistemas de salud en las Américas²⁶. Para ello hay varias líneas de desarrollo principales que deben ser potenciadas desde una mirada de equidad territorial.

a) Asignación de recursos

El Ministerio de Salud carece de un mecanismo de financiamiento que dé cuenta de las necesidades de la población de cada uno de los territorios de los servicios de salud. Los presupuestos son asignados en base a mecanismos históricos que perpetúan los problemas de mala asignación. Hace unos años atrás el ministerio traspasó por ley de presupuestos los fondos asignados a cada servicio de salud pero lo hizo reservándose una importante partida de “contingencias operacionales” que en la práctica le concede casi todo el margen de gestión al propio ministerio. Ha existido un importante debate sobre cómo asignar desde un primer momento todos los fondos a los servicios de salud. Se propone asignar estos fondos de acuerdo a un mecanismo de equidad territorial que distribuya todos los recursos presupuestarios disponibles a los servicios de salud mediante un mecanismo de per capitación con indexadores territoriales de ruralidad, pobreza y riesgo epidemiológico. Este mecanismo cerraría las brechas de equidad pero generaría brechas de eficiencia, ya que algunos servicios recibirían fondos por prestaciones que no están en condiciones de realizar realmente y que derivan a centros de mayor complejidad ubicados fuera de su territorio. Esta situación es subsanable asignando un presupuesto de compra a los territorios derivadores de modo tal, que los centros de referencia nacional reciban recursos por los pacientes que les son enviados. Ello aumentaría además el acceso de las personas de regiones a los centros de mayor complejidad.

b) Mecanismos de contratación y formación

Los servicios de salud están sometidos a fuertes restricciones a la hora de contratar profesionales médicos, especialistas y enfermeras que hoy son escasos en muchas regiones del país. Se requiere dar más autonomía a los gestores locales para adecuar sus mecanismos de contratación a la realidad de cada territorio. Una de las estrategias utilizadas ha sido la definición de becas y mecanismos de formación que obligan a los beneficiarios a devolver con tiempo de trabajo, sin embargo, los procedimientos para hacer exigible esta contraprestación no se han mostrado suficientemente eficaces y requieren una normativa más clara.

c) Nombramiento y convenios de desempeño

Uno de los elementos que hace que los servicios de salud aparezcan poco ligados a su región, es que las jefaturas reales están en la capital.

26 Al respecto véase OPS “Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas”. 2010.

Eso puede ser cambiado manteniendo el mecanismo de concurso por alta dirección pública, si quien sugiere el nombre al presidente de la república es el intendente de la región. Del mismo modo, se propone que los convenios de desempeño que los directivos establecen en el marco de su contrato no sean controlados solamente por la subsecretaría de redes asistenciales, sino que en conjunto con la autoridad sanitaria regional o un gobierno corporativo de raíz local.

d) **Sistemas de información y vigilancia**

Uno de los soportes claves para una gestión con enfoque territorial es la definición de sistemas de información que generen reportes oportunos a los gestores locales. Los mecanismos que están hoy en implementación deben incluir entre los indicadores que se vigilan aquellos relativos a la equidad al interior del territorio. Se requiere instalar un eficaz sistema de monitoreo de resultados en salud, oferta y acceso a servicios, así como la evolución de los determinantes. La implantación de estos sistemas consume energía y recursos que deben priorizarse debidamente para cambiar el modelo tradicional de seguimiento.

e) **Sistemas de gobernanza y mecanismos de participación**

Los servicios de salud deben formalizar los espacios donde sus actores relevantes toman las definiciones estratégicas claves, la constitución de verdaderos directorios que aprueban los planes de desarrollo y las cuentas de gestión son un paso importante para aumentar el involucramiento de los actores locales en la gestión de las redes asistenciales. La conformación de estos espacios de gobernanza estratégica deben contar con la participación de los municipios y las comunidades mediante los mecanismos que sean más propios de cada región. Del mismo modo, se requiere avanzar en la constitución de espacios de participación que no sean normados por el directivo de la red o el establecimiento como es hasta la fecha.

IV.3 FAVORECER EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS REGIONES

Un tercer ámbito de propuestas que contribuyen al desarrollo de mayor equidad en salud de acuerdo a lo señalado en relación a los determinantes sociales, se ubica en ámbitos de acción que se encuentran por fuera del sector salud tal y como se entiende habitualmente en las políticas públicas. No vamos a profundizar en ellas por ser materia que se aborda en otros documentos, pero no pueden dejar de mencionarse o resumirse en este espacio.

La generación de polos de desarrollo económicos regionales, la generación de universidades y espacios de carácter cultural, el aumento de los recursos que se recaudan y asignan descentralizadamente, la mayor capacidad de decisión

política local, el control de los impactos ambientales locales, la calidad de los caminos, los sistemas de comunicación disponibles, entre muchas otras, son todas medidas que contribuyen a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de las poblaciones que habitan en territorios que hoy por hoy presentan rezagos. No es correcto pensar las medidas de salud, aisladas del contexto de desarrollo territorial y de las características del entorno en que las familias y comunidades otorgan a las personas posibilidades de desarrollar sus proyectos de vida.

Es por esta razón, que muchas de las medidas propiamente sectoriales de salud descansan en el adecuado soporte de desarrollo local y en la existencia de un entramado territorial que cumpla ciertos mínimos. Todas las iniciativas deben ser evaluadas teniendo como trasfondo esta realidad. Es en este sentido que el sector salud suele estar disponible para dejarse convocar y animar espacios de intersectorialidad en las políticas públicas.

V. A MODO DE CONCLUSIONES

En el presente trabajo hemos señalado cómo la equidad ha sido una preocupación creciente dentro del sector salud y cómo estas inequidades tienen una expresión territorial que debe ser enfrentada.

A partir de la constatación de los déficits de la institucionalidad pública, se generan propuestas que son plenamente factibles en la medida que exista una prioridad efectiva por esta temática.

Las diferentes propuestas, las relativas al rol de la atención primaria y su inserción en el desarrollo local, así como las relativas al rol de las redes públicas y su inserción en la dinámica de desarrollo regional, pueden ser enriquecidas y adaptadas territorialmente con las experiencias que hoy se despliegan en el país al amparo de centros de estudios, universidades y gestores públicos comprometidos, que desarrollan acciones en los niveles desconcentrados o descentralizados.

En todo caso, es necesario consignar que otros aspectos estructurales vinculados al financiamiento y aseguramiento global del sistema de salud, no se han incluido en las propuestas²⁷ dado que no apuntan directamente al foco de inequidad territorial que se ha colocado en el presente trabajo. Sin embargo, todas las propuestas que hoy se están desarrollando para intervenir el sistema de Isapres y generar fondos solidarios de diverso alcance, se han de tener a la vista para una intervención coherente que apunte a superar las diversas expresiones de la inequidad.

27 Existe un amplio debate sobre modificación al sistema de Isapres a raíz del dictamen del Tribunal Constitucional que estableció en 2010 la inconstitucionalidad de la tabla de factores de riesgo que es uno de los mecanismos que se usa para fijar los precios y sin el cual el sistema no podría realmente discriminar por riesgo individual.

BIBLIOGRAFÍA

Braveman P., Gruskin S. Defining equity in health. *J. Epidemiol Community Health*; 57: 254-8. 2003.

Burrows J. "Inequidades en salud en Chile: los límites de la reforma de la salud chilena desde una perspectiva ética". Tesis para optar al grado de Magíster en Bioética UC. 2009.

Cid, C. Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal. Minsal Dic. 2012.

Flores M., Cerda J. "Evolución de la desigualdad en la mortalidad infantil en la Región Metropolitana". *Revista Chilena de Pediatría*; 81 (3): 215-220. 2010.

Gonzalez R. et al. "Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant, and Child Mortality Between 1990 and 2004". *American Journal of Public Health*. July 2009, Vol 99, No. 7.

Guerrero A., Delgado I. et al. "Componente chileno del estudio de equidad en América Latina". EQUILAC II. 2009.

Minsal. estrategia nacional de salud para el cumplimiento de objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Año 2011.

Minsal- Banco Mundial. Serie cuadernos de redes N°31 Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. 2010.

Minsal. Los objetivos sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación de final del período, Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto. 2010.

Montero J. "Formación del RRHH para la APS. Modelo de gestión por competencias: Centros Áncora UC". Presentación en V congreso de salud municipal. La Serena, Diciembre 2010.

Montero, Majluf, et al. "Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal." Concurso Políticas Públicas / Centro de políticas públicas UC. 2011.

O'Dwyer L.A., Baum F., Kavanagh A., Macdougall C. "Do area-based interventions to reduce health inequalities work: a systematic review of evidence". *Critical Public Health*; 17(4): 317-335. 2007.

OMS. Informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud 2005-2008.

O. Arteaga; C. Darras; S. Thollaug; C. Nogueira. OPS-OMS Información para la equidad en salud en Chile. Santiago, Chile. Marzo 2001.

OPS-OMS. Información para la equidad en salud en Chile. Representación de Chile. Marzo 2001.

OPS. “Redes Integradas de servicios de salud conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas”. 2010.

P. Braveman, S. Gruskin. “Defining equity in health” Epidemiol Community Health;57: pgs 254-258. 2003.

Xavier Metzger “La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones” Revista panamericana de salud pública 12(6), 2002.