PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE MEDICINA

# EQUIDAD EN EL ACCESO A TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN CHILE ENTRE 2003, 2009 Y 2016 EN EL CONTEXTO DE SU INCORPORACIÓN AL PLAN DE ACCESO UNIVERSAL CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

POR ANDREA ALBAGLI IRURETAGOYENA

Tesis presentada al Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Epidemiología.

Profesores Guía: Dr. Jaime Sapag Muñoz de la Peña y Dr. Dr. Luis Villarroel

Agosto 2019

Santiago, Chile

© 2019 Andrea Albagli Iruretagoyena

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

# Contenido

Resumen ..... 5
Introducción ..... 6
Marco Teórico ..... 7
Depresión ..... 7
Tratamiento ..... 9
Equidad en Salud ..... 10
Acceso y Uso de Servicios de salud ..... 11
Equidad en el Acceso a Servicios de Salud y sus Determinantes ..... 14
Cobertura Universal en Salud y Financiamiento de Sistemas de salud ..... 16
Acceso Universal con Garantías Explícitas ..... 18
Problema ..... 22
Magnitud ..... 22
Distribución ..... 22
Acceso Inequitativo a Servicios de Salud Mental ..... 25
Justificación del Proyecto ..... 28
Pregunta de Investigación ..... 28
Hipótesis ..... 29
Objetivos ..... 29
Diseño Metodológico ..... 30
Tipo de estudio ..... 30
Muestra ..... 30
Instrumento de Medición ..... 32
Estrategia de Análisis ..... 32
Identificación de Variables ..... 34
Grafos Acíclicos ..... 35

Consideraciones éticas ..... 37
Resultados ..... 40
Caracterización de la muestra ..... 40
Cobertura de tratamiento de depresión según indicadores de posición social ..... 41
Evolución de la cobertura de tratamiento ..... 43
Evolución de la cobertura entre 2009 - 2017 ..... 44
Evolución de la equidad en la cobertura entre 2003 - 2017 ..... 45
Magnitud de la asociación entre indicadores de posición social y acceso a tratamiento por depresión, 2009 y 2017 ..... 46
Otros Determinantes del Acceso a Tratamiento de Salud Mental en Chile ..... 1
Discusión ..... 2
Conclusiones ..... 10
Referencias ..... 12
Anexo 1: Análisis de datos perdidos ..... 16

## RESUMEN

La depresión es un trastorno del ánimo que interfiere con la habilidad de las personas de adaptarse y funcionar en su vida cotidiana (OMS, 2017). En Chile, el tratamiento para depresión en personas de 15 años y más se incorporó al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (GES) en 2006 para aumentar la cobertura de tratamiento y la equidad en su acceso. El objetivo de este estudio es evaluar la tendencia de la equidad en el acceso a tratamiento por depresión entre 2003 y 2017 en el contexto de su incorporación al GES. En específico, busca analizar la tendencia en la cobertura de tratamiento por depresión y comparar esta medida entre subgrupos poblacionales según sexo, nivel educacional, ingreso y seguro de salud. Además, analiza otros determinantes del acceso a tratamiento en población chilena en 2017 para comprender el fenómeno en su expresión actual.

Para responder a este objetivo, este es un estudio cuantitativo basado en datos secundarios provenientes de las Encuestas Nacionales de Salud en Chile aplicadas en 2003, 2009 y 2017. Es un estudio analítico, observacional, de base individual y corte transversal. La muestra específica de este estudio se compone de aquellas personas de 18 años o más que en base al instrumento de tamizaje de depresión (CIDI-SF) obtienen una cantidad de síntomas sugerentes de un cuadro depresivo moderado o severo (≥6 síntomas). Se utilizan medidas descriptivas para comparar cobertura de tratamiento y regresiones logísticas múltiples para estimar la magnitud de la asociación entre variables priorizadas (ingreso y seguro de salud) con la probabilidad de acceder a tratamiento.

Las diferencias más relevantes en cobertura se observan al comparar grupos poblacionales según sexo y seguro de salud, favoreciendo a mujeres (OR 2,61: IC 95% 1,47-4,64) y personas adscritas a ISAPRE (OR 3,01: IC 95% 1,33-6,76). La brecha entre estos grupos se ha mantenido en el tiempo con variaciones que no modifican la tendencia de la inequidad. Junto con los indicadores de posición social analizados, otros determinantes del acceso a tratamiento en 2017 son la percepción del estado de salud mental (necesidad percibida), y la cantidad de síntomas depresivos (necesidad evaluada). Por cada síntoma depresivo reportado, la chance de acceder a tratamiento aumenta un 30% (IC 95% 1,02-1,79). Los resultados no apoyan la hipótesis del estudio sobre la disminución de la inequidad de acceso a tratamiento de depresión en vista de su incorporación en canasta GES.

# INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del ánimo que interfiere con la habilidad de las personas de adaptarse y funcionar en su vida cotidiana (OMS, 2017). A nivel mundial, los trastornos depresivos acumulan la mayor parte de Años Vividos con Discapacidad (AVD), alcanzando un 7,5% del total de AVD y se estima que en 2015 un 4,4% de la población mundial tuvo depresión con más de 300 millones de casos (OMS, 2017). En Chile, la prevalencia de síntomas depresivos es de un 15,8% (MINSAL, 2017) y genera una alta carga de enfermedad, posicionándose como la segunda causa específica con mayor pérdida de Años de Vida Saludable en Chile (Ministerio de Salud, 2007).

El Programa Nacional de Salud Mental para la detección, diagnóstico y tratamiento de depresión inició en 2001 (Alvarado & Rojas, 2011) y se incorporó al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en 2006 (Ministerio de Salud, 2006). A pesar de los esfuerzos desplegados para responder a las necesidades de tratamiento por depresión en población chilena, existe evidencia que indica que la cobertura de tratamiento de depresión es menor al 50% y además es inequitativa entre subgrupos poblacionales, siendo que las personas con mayor ingreso económico y que están adscritos a seguros privados de salud tienen mejor acceso a tratamiento en comparación con quienes tienen menor ingreso y están adscritos al seguro público (Araya et. al., 2006; Calderón & Rojas, 2016).

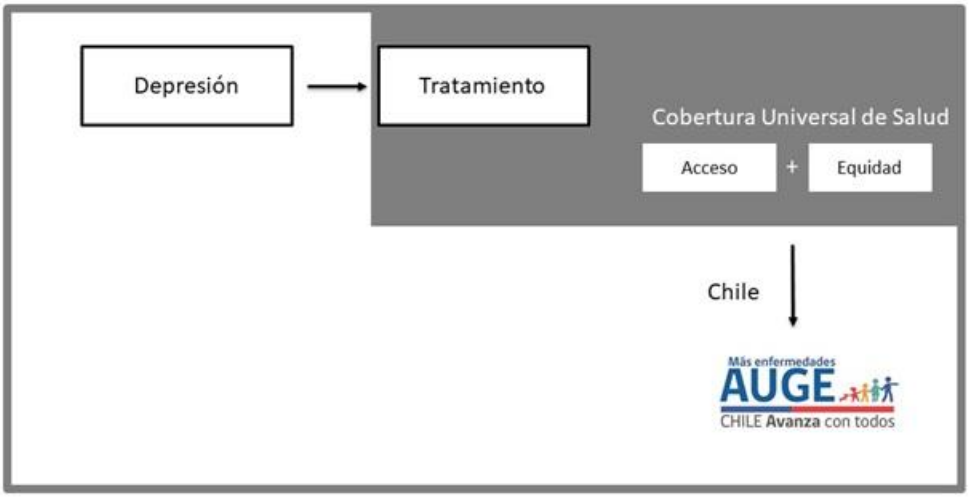
El objetivo de este estudio es evaluar la tendencia de la equidad en el acceso a tratamiento por depresión entre 2003, 2009 y 2017 en Chile, en el contexto de su incorporación al Plan de Garantías Explícitas en Salud. En específico, busca comparar el cambio en la cobertura de tratamiento por depresión entre subgrupos poblacionales según sexo, nivel educacional, ingreso y seguro de salud. Además, se estimará la magnitud de la asociación de dos variables priorizadas - ingreso económico y seguro de salud – con acceso a tratamiento de depresión en población chilena mayor a 18 años entre 2009 y 2016. Por último, se analizará otros determinantes del acceso a tratamiento en población chilena en 2017 para comprender el fenómeno en su expresión actual.

La primera parte del texto describe los conceptos centrales involucrados en la pregunta de investigación y su relevancia para la salud pública. Posteriormente se presenta la metodología utilizada en el análisis y las decisiones conceptuales y operacionales sobre la cuáles se construyen las estimaciones. La última sección del escrito presenta los resultados, su interpretación e implicancias.

# MARCO TEÓRICO

Esta primera sección define los conceptos centrales del proyecto de investigación. Estos son; 1) depresión como problema de salud, 2) equidad en salud y 3) acceso a tratamiento y cobertura universal en salud. La figura N°1 grafica estos conceptos, acentuando que si bien este proyecto se enfoca en una patología en específico (depresión) la pregunta de investigación puntualiza sobre el grado de equidad en población chilena en su acceso a tratamiento y el rol del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud en este contexto.

**Figura N°1: Relación de conceptos en pregunta de Investigación**




## DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, pérdida de interés, culpa y/o un autoconcepto negativo, disrupción del sueño y el apetito, fatiga y problemas de concentración (APA, 2019). La tabla N°1 señala el criterio diagnóstico de un episodio de depresión mayor, cuyos síntomas reflejan un cambio en comparación con un estado previo de funcionamiento. Estos síntomas pueden o no configurar un episodio de depresión mayor según se cumplan los criterios diagnósticos de acorde al instrumento en uso. Los criterios diagnósticos más utilizados son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente en su 11ª revisión. Los criterios

diagnósticos señalados en la tabla N°1 son los especificados por el CIE, dado que es el sistema de clasificación diagnóstica utilizado en la red de salud pública de Chile.

**Tabla N°1: Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo**

| |
|---|
| Un episodio depresivo se caracteriza por un período de depresión casi diaria o un interés disminuido en actividades que duran al menos dos semanas acompañadas de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor y disminución de la energía o la fatiga. Nunca ha habido episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos previos, lo que indicaría la presencia de un trastorno bipolar. |
| Diagnóstico diferencial<br><br>1) **Trastorno adaptativo:** Una reacción desadaptativa a un estresante psicosocial identificable o múltiples factores estresantes (por ejemplo, divorcio, enfermedad o discapacidad, problemas socioeconómicos, conflictos en el hogar o el trabajo) que generalmente surge dentro de un mes del factor estresante. El trastorno se caracteriza por la preocupación por el factor estresante o sus consecuencias, incluida la preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y angustiantes sobre el factor estresante, o la reflexión constante sobre sus implicaciones, así como la incapacidad de adaptarse al factor estresante que causa un deterioro significativo en la familia, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento. Los síntomas no son de suficiente especificidad o gravedad para justificar el diagnóstico de otro trastorno mental y conductual y generalmente se resuelven dentro de los 6 meses, a menos que el factor estresante persista por un período más prolongado.<br>2) **Trastorno bipolar o relacionados**: Los trastornos bipolares y relacionados son trastornos del estado de ánimo episódicos definidos por la aparición de episodios o síntomas maníacos, mixtos o hipomaníacos. Estos episodios generalmente se alternan en el curso de estos trastornos con episodios depresivos o períodos de síntomas depresivos. |
| **Tipos de Trastornos Depresivos, según perfil de sintomatología**<br><br>**Leve:** Se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo y el episodio es de gravedad leve. Ninguno de los síntomas del episodio depresivo debe estar presente en un grado intenso. Una persona con un episodio depresivo leve generalmente tiene alguna, pero no considerable, dificultad para continuar con el trabajo ordinario, las actividades sociales o domésticas, y no hay delirios o alucinaciones. |
| **Moderado:** En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o una gran cantidad de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene una dificultad considerable para continuar con las actividades laborales, sociales o domésticas, pero todavía puede funcionar en al menos algunas áreas. |
| **Severo:** En un episodio depresivo grave, muchos o la mayoría de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o hay un menor número de síntomas presentes y se manifiestan en un grado intenso, y el individuo no puede funcionar en lo personal, familiar, social, educativos, ocupacionales u otros dominios importantes, excepto en un grado muy limitado. |

Fuente: Traducción de Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS. Undécima Versión CIE-11.

Los síntomas de depresión y el cuadro de depresión mayor se diferencian de sentimientos normales de tristeza que pueden presentarse en personas sanas (OMS, 2014). La depresión interfiere con la habilidad de las personas de adaptarse y funcionar en su vida cotidiana. Dependiendo de la gravedad y cantidad de síntomas que se presenten dentro del cuadro clínico, puede clasificarse como leve, moderada o severa. El extremo de mayor gravedad puede llevar al suicidio (OMS, 2017), siendo la depresión el factor de riesgo más importante de éste (Saveanu, R. & Nemeroff, C., 2012).

Tratamiento

El Programa Nacional de Salud Mental para la detección, diagnóstico y tratamiento de depresión inició en 2001, instalando en los centros de atención primaria del país equipos multidisciplinarios que otorgan atención médica y psicosocial a personas con depresión según indicaciones difundidas a nivel nacional por medio de guías clínicas (Alvarado & Rojas, 2011). Este programa fue respaldado por un estudio realizado en Chile entre 1999 y 2001 (estudio clínico randomizado) en centros de atención primaria para evaluar la efectividad de un programa de atención que consistía en talleres grupales y tratamiento farmacológico. Los resultados señalan que, de quienes recibieron el tratamiento, un 70% se recuperó de la enfermedad en comparación con el 30% del grupo control (Araya & cols., 2003).

Para continuar con los esfuerzos en Salud Mental en el país, se ha formulado un nuevo Plan Nacional para el período entre 2017 y 2025, fundamentado conceptualmente en el modelo de salud mental comunitaria para favorecer la integración social de personas con problemas de salud mental (MINSAL, 2017). Para cumplir con este objetivo, el Plan distingue siete líneas de acción: 1) Regulación y derechos humanos; 2) Provisión de servicios; 3) Financiación; 4) Gestión de la calidad, sistemas de información e investigación; 5) Recursos humanos y formación; 6) Participación; 7) Intersectorialidad.

Dentro de la línea de provisión de servicios clínicos, el tratamiento de depresión -según definido por las Orientaciones Clínicas del Ministerio de Salud (MINSAL, 2013)- depende de la severidad

del cuadro clínico; leve, moderada o severa (según la cantidad e intensidad de síntomas presentes). Las intervenciones para cada una son las siguientes:

1. **Leve**: Consejería, intervención psicosocial grupal, actividad física y guía de autocuidado.
2. **Moderada**: Consejería, intervención psicosocial grupal, actividad física, guía de autocuidado y farmacoterapia ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina).
3. **Grave**: Consejería, intervención psicosocial grupal, actividad física, guía de autocuidado, farmacoterapia y psicoterapia.

## EQUIDAD EN SALUD

La salud de las personas depende de las circunstancias en que nacen, crecen, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas condiciones de vida que inciden en la salud de las personas se conocen como determinantes sociales de la salud, definidos como todas aquellas condiciones sociales en las cuales la vida tiene lugar y que pueden afectar la salud (Marmot y cols., 2008). Las diferentes condiciones en que las personas viven y se desarrollan pueden generar resultados de salud disímiles entre personas y comunidades. Cuando dichas diferencias son sistemáticas, socialmente producidas (y por ende modificables) e injustas, se consideran inequidades en salud (Whitehead & Dahlgren, 2006). De esta manera, la equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud entre grupos sociales (Solar, O., & Irwin, A., 2010).

Diderichsen y cols. (2001) señalan que existe una gradiente social en salud en todas las sociedades del mundo. Esto significa que quienes se ubican en un nivel socio económico más bajo tienen mayor riesgo de enfermar y morir prematuramente en comparación con quienes están en un nivel social más alto. De acuerdo con los autores, en el contexto social se construye una estratificación en la cual se asigna a cada persona y/o comunidad diferentes grados de acceso a recursos (propiedad, poder, prestigio). Esta estratificación conlleva a la asignación diferencial de exposiciones a ciertas condiciones que impactan la salud y a diferentes niveles de vulnerabilidad a la exposición dada, generando consecuencias diferenciales en resultados de salud. Los autores subrayan que se deben analizar los factores sociales que causan estas diferencias injustas en salud para identificar puntos de intervención para las políticas públicas.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (Solar, O., & Irwin, A., 2010) propone un modelo conceptual que refleja cómo los mecanismos sociales, económicos y políticos construyen posiciones sociales en las cuales se estratifica la población, según su ingreso, nivel educacional, ocupación, género y raza/etnicidad (determinantes sociales estructurales). Esta posición en la estructura social genera una exposición diferencial a ciertos determinantes proximales de la salud (intermedios). De este modo, según la posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial a condiciones que impactan la salud (consistente con el modelo de Diderichsen y cols., 2001). Luego, el nivel de salud de una persona puede también incidir en su posición social, afectando, por ejemplo, su ingreso y empleabilidad.

Dentro de los determinantes sociales de la salud, se distinguen conceptualmente entre ingreso económico y posición social. Según Sorensen, A. (1994), la posición social es un constructo general que incluye (dentro de otras) una medida del ingreso disponible del hogar. Se genera una distinción entonces entre posición *socioeconómica* (referida directamente a los ingresos económicos disponibles) y posición *social* (lugar habitado en la estratificación social según varios elementos, no sólo el financiero). Así, el ingreso es un componente de la posición social junto a otros elementos, siendo la posición social el conjunto de factores económicos y sociales (además de ingreso) que influencian la posición que un individuo o grupo tiene dentro de la estructura de una sociedad (Galobardes & cols., 2004). Este estudio acoge el concepto de posición social para analizar la relación entre variables en la estratificación social y acceso a recursos.

## ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

El acceso a servicios de salud es un concepto complejo que involucra varios elementos. Según los autores Aday & Andersen (1981) en su Modelo Socioconductual, se pueden diferenciar dos componentes del acceso; 1) el acceso potencial y 2) el acceso efectivo. El primero se refiere a la presencia de factores facilitadores del uso de servicios de salud, mientras que el segundo se refiere al uso concreto que una persona o población hace de los servicios disponibles. Aday & Andersen (1981) identifican ciertas condiciones que predisponen a una persona a usar dichos servicios. Éstas son; 1) características demográficas (tales como la edad y el sexo) que inciden en la necesidad biológica (objetiva) del uso de servicios; 2) la estructura social y la posición social que ocupa una persona o comunidad, que determina la capacidad de enfrentamiento disponible ante un problema de salud; 3) las creencias de salud, definidas como la actitudes, valores y conocimiento que tienen

las personas sobre la salud y los servicios de salud disponibles, que a su vez pueden determinar la percepción de necesidad de tratamiento y el consecuente uso de éstos; y 4) la estructura del sistema de salud, considerando sus políticas, recursos y organización.

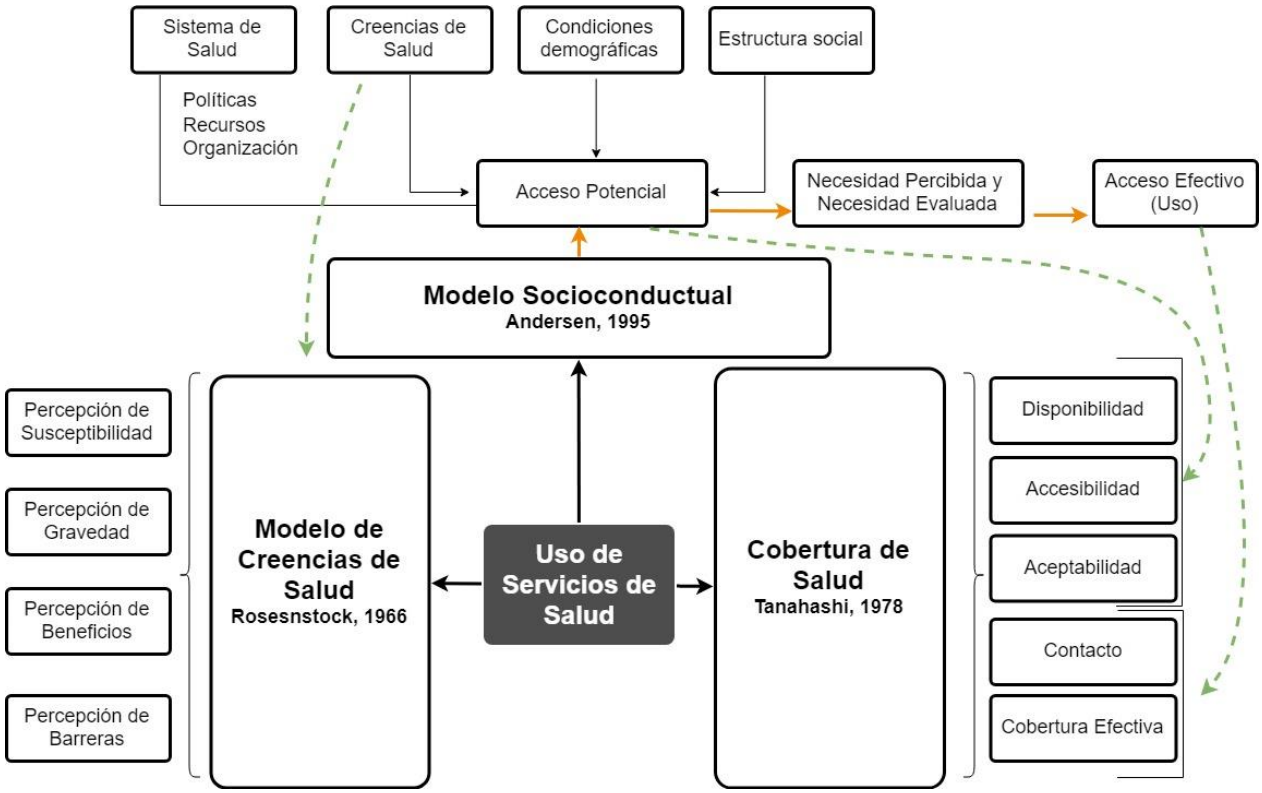
Tanahashi (1978) ofrece un modelo conceptual para evaluar la cobertura de servicios de salud, y también distingue entre el acceso potencial a servicios (en vista de las condiciones facilitadoras para su uso) y el uso efectivo, definido como el contacto con el servicio de salud y sus resultados. En esta línea, Tanahashi (1978) agrega otra distinción conceptual: la cobertura efectiva, entendida como la entrega de una prestación de salud oportuna y de calidad que logra entregar el beneficio de salud esperado. Se desprende de lo anterior que el contacto y uso de servicios de salud es una condición necesaria para revertir condiciones de salud que requieren de tratamiento profesional, pero no es condición suficiente para alcanzar sus objetivos.

Las condiciones necesarias para permitir el uso de servicios (acceso potencial) según Tanahashi (1978) son la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad. La disponibilidad se refiere a la cantidad recursos disponibles para entregar un servicio a una población (número de centros de salud, cantidad de profesionales contratados, tecnología, fármacos, exámenes, etc). La accesibilidad se refiere a cuán fácil o plausible es asistir a un servicio de salud dependiendo de su acceso físico, financiero y administrativo–organizacional. La aceptabilidad considera cuán admisible es un servicio para la población según factores culturales, religiosos, contexto de redes sociales y dinámicas de género. Según Tanahashi, estas condiciones pueden permitir o dificultar el contacto con los servicios de salud que, al ser sostenido durante el tiempo necesario (según la condición) puede o no alcanzar la cobertura efectiva.

Desde un enfoque cognitivo, Rosenstock propone el modelo de *Creencias de Salud* (Henshaw, E., & Freedman-Doan, C., 2009) (Health Belief Model) para explicar la conducta de uso de servicios de salud. Este modelo plantea que la probabilidad de que una persona consulte a servicios de salud depende de; 1) su percepción de susceptibilidad, entendida como su percepción de poder contraer o desarrollar una enfermedad; 2) la creencia sobre la gravedad de las consecuencias asociadas a dicho problema de salud; 3) la creencia de que la intervención o acción preventiva traerá consigo algún beneficio; y 4) su percepción de las barreras presentes para tomar acciones. Según el autor, todos estos cuatro componentes son a su vez influenciados por variables demográficas tales como raza, edad y estatus socioeconómico (Henshaw, E., & Freedman-Doan, C., 2009). La figura N°2 representa un resumen de los modelos recién expuestos y la relación conceptual entre ellos.

En síntesis, los modelos de Aday & Andersen, Rosenstock y Tanahashi, distinguen factores determinantes del uso de sistemas de salud que pueden situarse en las siguientes esferas: 1) condiciones del sistema de salud relacionados a su capacidad de respuesta, considerando la disponibilidad de servicios y su accesibilidad financiera y organizacional, 2) condiciones demográficas de la posición social de las personas y comunidades, tales como ingreso, nivel educacional, etnicidad y género, 3) condiciones individuales relacionadas a la necesidad de servicios de salud en términos objetivos por causantes biológicas (como el aumento de necesidades de servicios de salud en vista del envejecimiento), y por último, 4) condiciones individuales relacionadas a la necesidad percibida de servicios de salud, vinculada a la percepción individual de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras de acceso. El uso de servicios depende entonces del acceso potencial (condiciones estructurales del sistema de salud) y el acceso efectivo (uso), condicionado también por la conducta de búsqueda de servicios (*help seeking beheviour)*, influenciado por elementos cognitivos de los individuos y su entorno social. Los elementos de estas diferentes esferas interactúan entre sí, lo que será ejemplificado en la siguiente sección.

**Figura N°2: Modelos de Uso de Servicios de Salud y su relación.**



Fuente: Creación propia

Equidad en el Acceso a Servicios de Salud y sus Determinantes

El acceso a servicios de salud puede complementarse con definiciones adicionales sobre el patrón de uso de servicios a nivel poblacional. En términos de equidad, el uso equitativo o inequitativo dependerá de las causas que explican el uso diferencial de servicios de salud, en caso de que existan patrones de uso diferentes en población general según subgrupos poblacionales. La equidad en el uso de servicios de salud se define como la variabilidad en el uso de servicios que se explica por la necesidad de las personas de dichos servicios. En contraste, la inequidad en el uso de servicios de salud se considera aquella variación que obedece a causas demográficas tales como raza, ingreso económico, lugar de residencia (u otros) (Aday, L. & Andersen, R., 1974). Esta distinción hace necesario el estudio de los factores que inciden en el uso de servicios de salud, distinguiendo ente aquellos relacionados a la necesidad de servicios y aquellos relacionados a la caracterización sociodemográfica de las personas, junto a las características organizacionales de los servicios de salud (como acentúan los modelos expuestos previamente). A continuación, se describe el efecto de los principales determinantes en el uso de servicios de salud según la literatura, tanto en general como en específico en relación con trastornos de salud mental.

**Nivel Educacional:** Smith & cols. (1998) indican que el nivel educacional afecta la habilidad de una persona para optimizar el uso de servicios de salud, así como de priorizar el uso del tiempo hacia actividades favorables a la promoción de la salud. En sintonía con los planteamientos del Modelo de Creencias en Salud, la literatura sobre alfabetismo en salud (*health literacy*) sugiere que la educación es un factor importante para la autopercepción de síntomas asociados a enfermedades y la necesidad de recibir tratamiento, siendo que un nivel educacional más alto se relaciona con una correcta autopercepción de síntomas de depresión (Yen & cols., 2005).

En específico en el área de salud mental, un estudio realizado en Canadá (Steele & cols., 2007) señala que por cada año de educación que suma un individuo, su probabilidad de recibir atención de salud mental aumenta un 12%.

**Género:** El concepto de género se distingue de la variable sexo en cuanto es un elemento identitario, que consiste en el significado cultural que obtiene un cuerpo en su entorno social según su sexo biológico (Butler, J., 1986). Según el sexo asignado al nacer se establece un conjunto de

estándares y expectativas sociales según definidas por la cultura de pertenencia (Organización de Naciones Unidas, 2019).

En el caso específico de acceso a servicios de salud mental según género, la OMS (2002) indica que las mujeres son más proclives a percibir tener dificultades emocionales en comparación con hombres con síntomas similares. Una vez que los hombres reconocen tener dificultades de salud mental son igualmente propensos a consultar a servicios de salud, pero este reconocimiento surge cuando los síntomas son más severos. Además, los patrones de género también se dan desde la perspectiva del proveedor, llevando a un sub-diagnóstico de trastornos de salud mental en hombres.

Chandra & Minkovitz (2006) precisan que los estereotipos de género y su impacto en la búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental se hacen presentes desde temprana edad. En un estudio realizado en niños y niñas en la adolescencia temprana señalan que las niñas tenían una probabilidad dos veces más alta que sus pares hombres de reportar disposición a usar servicios de salud mental (OR 2.45, 95% IC 1.20-4.99).

**Edad:** La edad también es una variable que ha sido identificada como incidente en el uso de servicios de salud mental, relacionada a la interpretación que se les entrega a ciertos síntomas en vista de la edad. Algunos aspectos del envejecimiento pueden influir si las personas adultas mayores perciben ciertos síntomas como consecuencia de un trastorno de salud mental o de problemas de salud física. Por ejemplo, las personas adultas mayores (en particular aquellos que tienen enfermedades crónicas) pueden interpretar síntomas somáticos como consecuencia del proceso natural de envejecimiento o de un problema de salud físico, en lugar de interpretarlos como síntomas de depresión o ansiedad (Henshaw, E., & Freedman-Doan, C., 2009).

En estos ejemplos específicos sobre la percepción de necesidad y su influencia en el uso de servicios de salud mental (según nivel educacional, género y edad) se observa la relación propuesta por el modelo de Creencias en Salud, en el cual factores sociodemográficos determinan la percepción de necesidad y gravedad que tienen las personas sobre el uso de servicios. De este modo, las condiciones sociales (o posición social) influye en el uso de servicios de manera indirecta, mediado por la percepción de las personas.

Aday & Andersen (1981) añade una discusión interesante sobre el grado en que los diferentes determinantes que identifica en su modelo pueden ser modificables para favorecer el acceso y uso de servicios de salud. En este sentido, las condiciones vinculadas con características

sociodemográficas, estructura social y necesidad (evaluada – objetiva) son difícilmente modificables o no lo son en absoluto. Según el autor, modificar la estructura social, educacional y ocupacional de la sociedad, probablemente serían medidas poco viables en el corto y mediano plazo para aumentar el uso de servicios de salud. Las condiciones vinculadas con creencias de salud se identifican como medianamente modificables, a través de intervenciones de educación y sensibilización en salud. Las condiciones que son más fácilmente modificables son los factores facilitadores estructurales, tales como el seguro de salud y su canasta cubierta. En este sentido, la protección financiera favorecida por medio de sistemas de financiamiento de los servicios de salud aparece como la estrategia más proclive a generar cambios positivos en el acceso y uso a servicios de salud.

**Ingreso:** Un estudio realizado en México señala que el cambio de ingreso del hogar afecta los gastos que destina a cuidados de salud, mayormente en hogares de ingresos bajos en comparación con hogares de ingresos altos. Esto implica que, en hogares de menores recursos, su ingreso disponible limita su acceso a la salud en mayor medida que en hogares de ingresos altos (Parker & Wong., 1997). Además de los costos directos asociados a los cuidados de salud, Ensor & Cooper (2004) indican que el acceso a tratamiento también incluye gastos indirectos asociados al trayecto y al costo alternativo del tiempo destinado a cuidados de salud que podría destinarse a actividades remuneradas. Además, hay otras formas mediante las cuales el ingreso está indirectamente relacionado con el acceso a servicios, como el sistema de financiamiento público de la salud en caso de que, por ejemplo, sólo las personas de ingresos bajos o medios están cubiertas por seguros sociales (Wang & cols., 2007).

## COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD Y FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD

El sistema de salud es particularmente influyente en mediar las consecuencias diferenciales e inequitativas que se dan entre subgrupos poblacionales. Ante las inequidades en salud que resultan de sus determinantes estructurales, el sistema de salud puede disminuir las consecuencias negativas de la enfermedad en la población por medio del acceso a servicios de salud y acción intersectorial liderada por el sector (Solar, O., & Irwin, A., 2010). Esto otorga un rol crucial a los servicios de salud, que si bien no pueden modificar la incidencia de enfermedades que se originan en causas sociales, pueden ofrecer prestaciones de un modo equitativo que logre aliviar las dificultades de

salud a todos quienes lo requieran, sin repetir las inequidades sociales en las cuales se origina la patología en primer lugar.

La OMS subraya que el acceso oportuno a tratamiento es un elemento crítico para la salud poblacional (OMS, 2010). Esta meta, sin embargo, sólo podría cumplirse para una pequeña minoría de la población sin el correcto funcionamiento de un sistema de protección financiera que cubra el costo de dichas prestaciones, de modo que la disponibilidad financiera individual no sea un impedimento. En este sentido, la disponibilidad de servicios clínicos no es condición suficiente para el acceso a tratamiento de todos quienes lo requieren, sino que el sistema de financiamiento de la salud es un gran determinante del acceso y uso de tratamientos requeridos (OMS, 2010). En esta línea se enmarca la cobertura universal en salud como una aspiración a que todas las personas obtengan los servicios de salud que requieren sin incurrir en gastos catastróficos de salud (Evans & cols., 2013).

Para construir sistemas de salud que logren la cobertura universal existen tres desafíos relacionados entre sí; 1) la disponibilidad de recursos públicos, 2) la dependencia de pagos directos por prestaciones, y 3) la distribución equitativa y eficiente de los recursos (OMS, 2010).

Sobre el primer punto, la OMS (2010) es clara en decir que no hay ningún país – independiente de su nivel de ingresos – que logre asegurar que todas las personas puedan acceder a todas las prestaciones y tecnologías en salud de modo inmediato apenas se instala la necesidad. Esto genera un contexto en el que los estados deben priorizar las prestaciones a las que le invertirán mayores recursos para garantizar el acceso oportuno y de calidad.

El segundo elemento – la dependencia de pagos directos por prestación – se refiere a pagos *'over the counter'* (en caja) por medicinas, consultas de salud y procedimientos. Esto ocurre incluso si las personas tienen seguro de salud, siendo que en muchos casos deben financiar un copago por la prestación recibida. Esta dependencia de pagos directos a la hora de requerir un tratamiento impide que millones de personas reciban la atención de salud que necesitan, y para quienes hacen el tratamiento puede implicar gastos financieros catastróficos que pueden llevar al empobrecimiento (Asante y cols., 2016). La única manera de reducir esta dependencia de pagos directos es mediante la mancomunación *(pooling)* de fondos recaudados a priori que comparta los riesgos de enfermar de la población y distribuya lo recaudado para todos quienes estén asegurados bajo esa mancomunación de recursos (Savedoff, 2012). Dos puntos importantes en esta línea son el tamaño

del seguro y la cantidad de seguros. Ante esto la OMS puntualiza que seguros pequeños que protegen a pocas personas no son viables a largo plazo y que un sistema de múltiples seguros, cada uno con sus propios sistemas de administración y de información conllevan a un uso ineficiente e inequitativo de los recursos, relacionado con el tercer requisito para alcanzar la cobertura universal de salud (OMS, 2010); la distribución equitativa y eficiente de los recursos.

La equidad y eficiencia en la distribución de recursos es una limitación actual importante en los sistemas de salud. La OMS estima que entre un 20% y un 40% de los recursos de salud se pierden. A nivel de sistemas de financiamiento se pueden introducir incentivos en los medios de pago que fomenten la eficiencia en el uso de recursos. Algunas modalidades de transferencia de recursos son pago por prestación (*fee for service*), pagos per cápita en el nivel primario de atención (*capitation*) y pago por grupo relacionado de diagnóstico (*diagnostic related groups*). Todas las alternativas disponibles presentan ventajas y desventajas por lo que algunos países han optado por tener un sistema mixto de transferencia de recursos.

De todo lo anterior se desprende que, para alcanzar la cobertura universal de salud los países deben recaudar fondos suficientes, reducir la dependencia de pagos directos por prestación y hacer un uso equitativo y eficiente de lo recaudado (OMS, 2010).

Acceso Universal con Garantías Explícitas

En la década de los 80 en Chile se sostuvo una serie de reformas al sistema de salud, hasta entonces organizado en un Sistema Nacional de Salud (SNS) (Lenz, 2007). Los cambios fueron los siguientes; 1) Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) para separar las funciones de financiamiento y prestación de salud, 2) se municipaliza la Atención Primaria de Salud, y 3) se crean seguros privados de salud – Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Cambió también el sistema de financiamiento del sector con una disminución del aporte fiscal y una mayor dependencia de cotizaciones y copagos. Dado que los seguros privados de salud establecen primas según los riesgos individuales de enfermar de cada asegurado, quienes tuvieron acceso a éstos fue la población con menor riesgo de enfermar y mayor nivel de ingresos. Como resultado de todo lo anterior, se instaló un sistema caracterizado por su inequidad en el acceso a servicios de salud en desmedro de la población de menor ingreso económico (Lenz, 2007). Frenz & cols., (2013) señalan que en el año 2000 (previo a la

incorporación del plan GES) la chance de no recibir un tratamiento médico necesario era 1.42 veces más alta para familias dentro del quintil de ingreso más bajo en comparación con una familia perteneciente al quintil más alto de ingresos. Lo mismo ocurre según nivel educacional, pertenencia a pueblos indígenas, residencia en sectores rurales vs. urbanos.

Ante este diagnóstico del sistema de salud chileno, caracterizado por su inequitativa distribución de recursos para la cobertura de atenciones de salud, se inicia en el año 2000 un proceso de reforma con el objetivo de construir equidad en el acceso a salud en población chilena (Lenz, 2007), liderada por la Comisión para la Reforma que operó en el Ministerio de Salud (Valdivieso & Montero, 2010). Esta reforma se llamó 'Acceso Universal con Garantías Explícitas' (GES), siendo estas garantías explícitas el acceso, calidad de las prestaciones otorgadas, oportunidad y protección financiera. La protección financiera es el principal mecanismo para garantizar el acceso a tratamiento, permitiendo a la población beneficiaria recibir cuidados de salud independiente de su capacidad de pago. Dado que ésta es la principal vía de intervención del GES (protección financiera), sería esperable que los cambios más importantes en términos del alcance de una mayor equidad en el acceso a tratamiento entre subgrupos poblacionales, se dé según nivel de ingresos económicos.

Para implementar esta reforma se aprobó por ley el aumento del 1% del IVA (impuesto al valor agregado). Dado que el fondo creado con la recaudación de dinero no puede cubrir todas las prestaciones necesarias para toda la población, se priorizó una lista inicial de 25 patologías (Valdivieso & Montero, 2010) que ha crecido en el tiempo, llegando a la tener 80 patologías actualmente. Esta priorización se basa sobre tres criterios; 1) Carga de enfermedad, 2) eficacia y efectividad de las prestaciones, 3) capacidad de los sistemas de salud para dar respuesta a la demanda de tratamiento y 4) preferencias sociales (Valdivieso & Montero, 2010).

El GES es entonces en el contexto chileno, una política pública que busca aproximarse hacia la cobertura universal en salud. Dentro de las patologías priorizadas por este plan se encuentra desde 2006 la depresión en personas de 15 años y más, a quienes se debe iniciar tratamiento inmediatamente ante la confirmación diagnóstica y derivar a médico especialista, debiendo ser atendido por éste en un plazo no mayor a 30 días (Fondo Nacional de Salud, 2015). El grado de cobertura para la protección financiera depende del tipo y nivel del asegurado, diferenciando entre FONASA A, B, C y D y afiliados al sector privado (Tabla N°2). Los beneficiarios de FONASA A y B no tienen un copago asociado por lo que la prestación está 100% cubierta, mientras los

beneficiarios FONASA C tiene un 10% y beneficiarios FONASA D y afiliados a ISAPRE un 20% de copago.

**Tabla N°2: Beneficiarios FONASA según tramo año 2016**

| Tramo | Beneficiarios | Porcentaje de Copago |
|---|---|---|
| **A** | • Personas indigentes o carentes de recursos.<br>• Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020). | Gratuidad en Sistema Público de Salud |
| **B** | • Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a $250.000.<br>• Beneficiarios de pensiones. | Gratuidad en Sistema Público de Salud y acceso a compra de bonos |
| **C** | • Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a $250.000 y menor a $365.000.<br>Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo B. | Bonificación del 90% en Sistema Público y acceso a compra de bonos |
| **D** | • Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a $365.001.<br>Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C. | Bonificación del 80% en Sistema Público y acceso a compra de bonos |

Fuente: Superintendencia de Salud, 2016.

Valdivieso & Montero (2010) agregan una observación importante sobre una de las limitaciones del plan GES. Según los autores, las garantías específicas no impactan en los factores de riesgo a nivel poblacional, centrándose exclusivamente en prestaciones individuales curativas. Esta limitación para la salud poblacional es destacada por Rose (2001), quien señala que las medidas individuales para la reducción del riesgo de enfermar son poco eficientes poblacionalmente dado que no actúan sobre los determinantes de la incidencia, sino que sobre los determinantes individuales de la patología en cada paciente. Este foco en lo individual no modifica las causas poblacionales de las enfermedades y por lo mismo no logran mejorar al largo plazo la salud de la población en su conjunto (Rose, 2001).

Además, esta estrategia no sólo es menos eficiente a nivel poblacional para mejorar el estado de salud general, sino que puede agudizar inequidades. Esto se debe a que, para poder actuar conforme a las indicaciones de salud entregadas en la prestación individual - o comunicadas masivamente, pero dirigidas hacia la conducta de individuos - sólo aquellos que tienen un nivel educacional suficiente para entender las indicaciones y los medios materiales necesarios para cambiar sus estilos de vida acorde a éstas y adherir así al tratamiento (o intervención preventiva) podrán beneficiarse de estas intervenciones. En este sentido, el plan GES, dirigido a prestaciones individuales de salud difícilmente logrará equidad en la población en términos de prevalencia o incidencia de la enfermedad, dado que las causas de la incidencia a nivel poblacional (y su distribución) permanecen intactas y revertir el riesgo de enfermar (o permanecer enfermo) dependerá importantemente de las capacidades del individuo de acoger las medidas de salud entregadas.

Se podría argumentar que esta crítica del GES se aplica en su objetivo de mejorar la salud poblacional y la equidad en la prevalencia e incidencia de enfermedades, pero no así en su objetivo de otorgar equidad en el acceso a prestaciones de salud una vez instalada la patología o el riesgo. El GES, al otorgar protección financiera y reorganizar los servicios de salud para cumplir sus garantías asociadas, podría aumentar la equidad en términos de acceso a servicios de salud dado que los cambios que realiza para su implementación son justamente estructurales en la organización del financiamiento y gestión de servicios de salud (y por ende la accesibilidad no depende de la capacidad de compra del individuo). Sin embargo, en consideración de otros determinantes del acceso a servicios de salud (independientes de la cobertura financiera) es posible que el GES no logre su objetivo de brindar equidad en el acceso a atenciones de salud en población vulnerada según su posición social. Estos elementos se revisan a continuación y son la base de la pregunta de investigación de este proyecto; ¿es suficiente la cobertura financiera para proveer acceso universal y equitativo a los servicios de salud, o, en vista de otros elementos, las inequidades permanecen (o aumentan)?

# PROBLEMA

En esta sección, se contextualizará cómo los elementos detallados en el marco teórico constituyen hoy un problema en la Salud Pública chilena; tanto la depresión como patología y su magnitud, su distribución inequitativa en términos de prevalencia, además de la baja cobertura de tratamiento y acceso inequitativo a éste.

## MAGNITUD

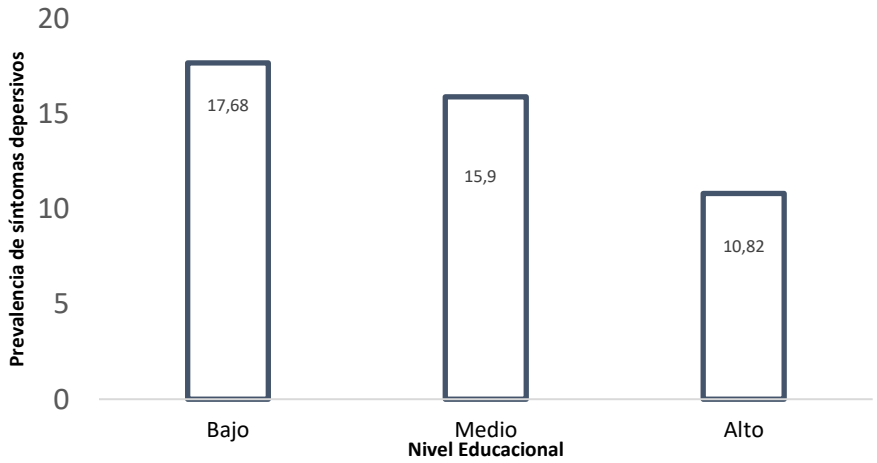
A nivel mundial, los trastornos depresivos explican la mayor parte de Años Vividos con Discapacidad (AVD) contando por un 7,5% del total de AVD. Se estima que durante 2015 un 4,4% de la población mundial tuvo depresión con un total de más de 300 millones de casos (OMS, 2017). En población chilena, un 15,8% tiene síntomas depresivos sugerentes de un cuadro depresivo (según el instrumento de tamizaje CIDI-SF) y un 6,2% presenta un cuadro depresivo una vez aplicado los criterios de diagnóstico diferencial (síntomas ocasionados por uso de sustancias, drogas, medicamento o duelo) (Ministerio de salud, 2017). Por otro lado, un 21,1% reporta haber recibido un diagnóstico médico de depresión en algún momento de su vida (Ministerio de Salud, 2009). Los trastornos depresivos son también la segunda causa específica con mayor pérdida de Años de Vida Saludable en Chile (Ministerio de Salud, 2007). Además del daño a la salud provocado directamente por trastornos de salud mental, según la OMS (2014) dichas condiciones aumentan el riesgo de otras enfermedades y dificulta además el contacto con servicios de salud y la adherencia al tratamiento ante otras patologías.

## DISTRIBUCIÓN

Si bien la depresión es una patología que puede afectar a cualquier persona, el riesgo de padecer depresión aumenta con la pobreza y el desempleo y se da mayormente en mujeres (OMS, 2017; Steele & cols., 2007). En Chile, se observa una distribución similar, siendo que la prevalencia de síntomas depresivos en el último año y la prevalencia de diagnóstico de depresión por un médico alguna vez en la vida varían según indicadores de posición social. Ambos indicadores (prevalencia de diagnóstico de depresión por médico alguna vez en la vida y sintomatología depresiva) varían según nivel educacional (Gráfico N°1), siendo más alto en ambos casos en la población de menor nivel educacional en comparación con la población con mayor educación (20,8% vs. 11,8% y 26,9% vs. 21,7% respectivamente). Se observa la misma tendencia según nivel de ingreso, siendo que las personas que perciben mayor ingreso mensual tienen menor prevalencia de síntomas

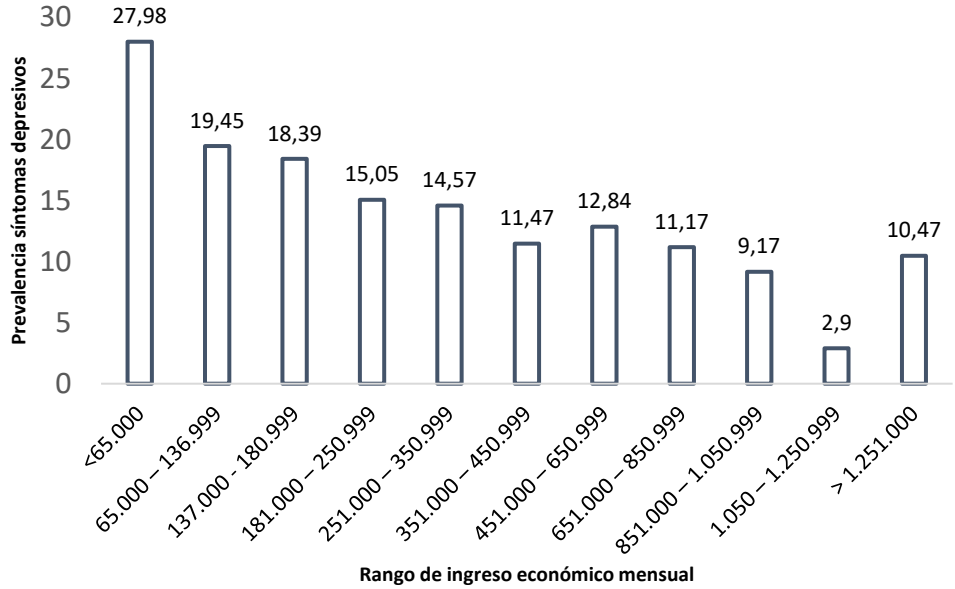
depresivos (Gráfico N°2). Quienes están adscritos a un seguro privado de salud también tienen menor prevalencia de síntomas depresivos (Gráfico N°3) en comparación con quienes están adscritos al seguro público y las mujeres tienen mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con hombres (Gráfico N°4).

**Gráfico N°1: Prevalencia síntomas depresivos en población Chilena mayor a 15 años según Nivel Educacional, 2009**



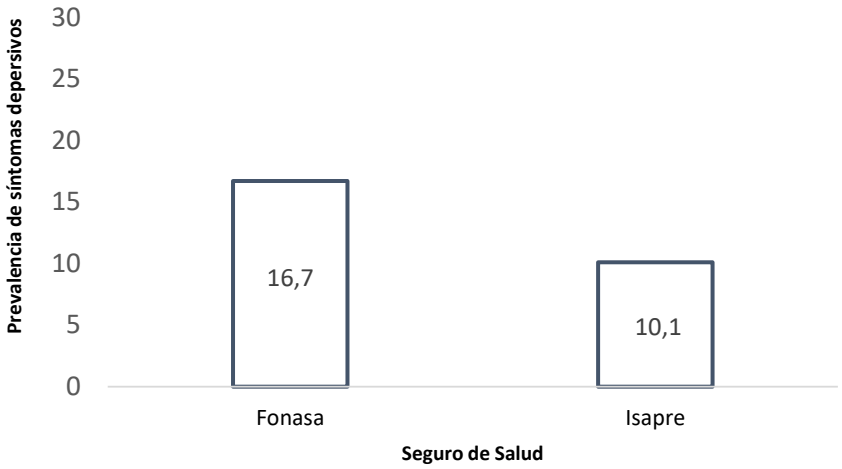

Fuente: Creación propia en base a ENS, 2009

**Gráfico N°2: Prevalencia síntomas depresivos en población Chilena mayor a 15 años según Ingreso mensual, 2009**



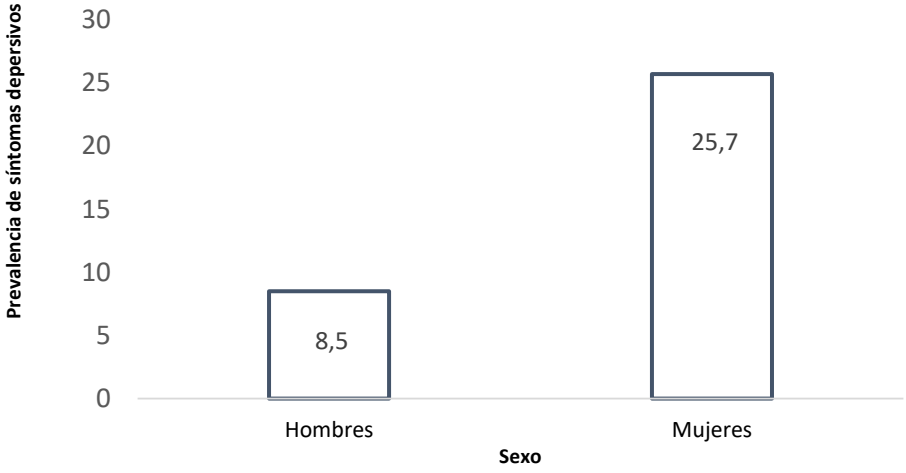

Fuente: Creación propia en base a ENS, 2009

**Gráfico N°3: Prevalencia síntomas depresivos en población Chilena mayor a 15 años según Seguro de Salud, 2009**




Fuente: Creación propia en base a ENS, 2009

**Gráfico N°4: Prevalencia síntomas depresivos en población Chilena mayor a 15 años según Sexo, 2009**

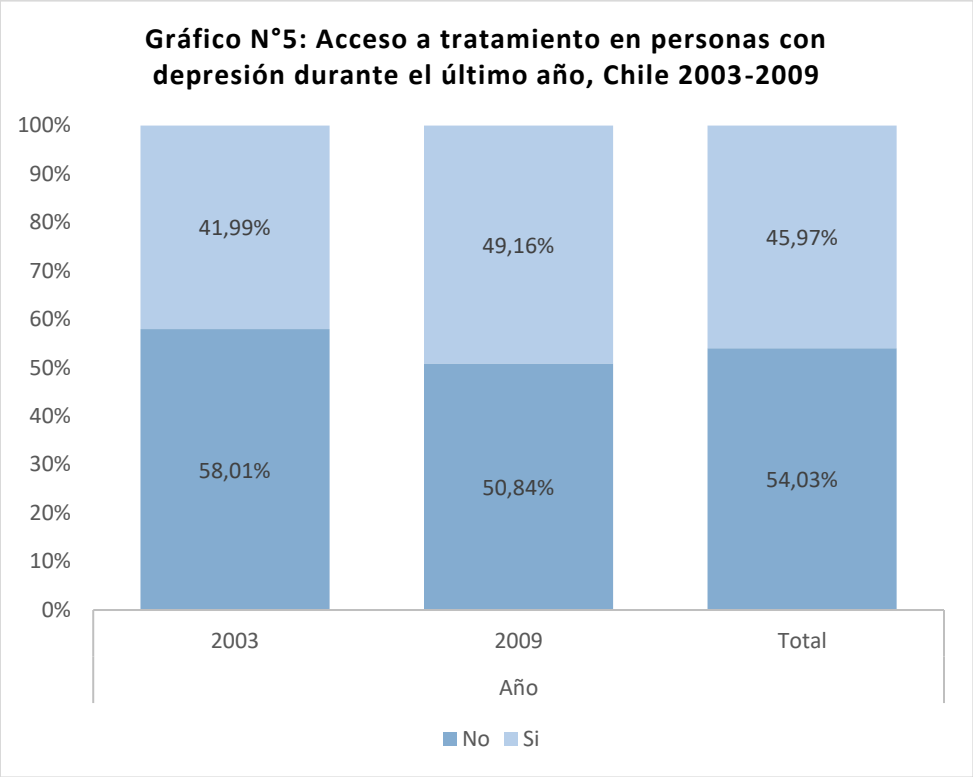



Fuente: Creación propia en base a ENS, 2009

## ACCESO INEQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A pesar de la reconocida importancia de los trastornos de salud mental y su tratamiento, la OMS (2014) reporta que los recursos financieros destinados para su abordaje son insuficientes, se distribuyen desigualmente y son ineficaces en su uso. Se estima que, como consecuencia de lo anterior, existe una brecha superior a 70% entre la necesidad y acceso a tratamiento para trastornos de salud mental.

Consecuente con esta brecha, la promoción de la salud mental se ha incluido en las Metas de Desarrollo Sustentable de las Naciones Unidas para el período 2015-2030 (Chisholm y cols., 2016). La priorización de los trastornos de salud mental en las Metas de Desarrollo Sustentable de las Naciones Unidas para el período 2015-2030 (ONU, 2015) se ve reflejada en el Plan Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 en Chile (MINSAL, 2011). En éste, la salud mental está especificada como tema de salud prioritario en su Eje N°2 de enfermedades no transmisibles, violencia y discapacidad. El objetivo de impacto en salud mental para la década 2011 – 2020 es disminuir la discapacidad asociada a trastornos de salud mental mediante las siguientes tres estrategias: 1) Atención oportuna de personas con problemas de salud mental, 2) Tratamiento de calidad de personas con problemas de salud mental, 3) Inclusión social de personas con discapacidad de origen mental (Ministerio de Salud, 2016). A pesar de los esfuerzos desplegados para responder a las necesidades de tratamiento por depresión en población chilena, existe evidencia que indica que la cobertura de tratamiento de depresión es menor al 50% y además es inequitativa entre subgrupos poblacionales (MINSAL, 2003). La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2003 señala que dentro de las personas con síntomas depresivos indicativos de depresión según el instrumento de tamizaje aplicado (CIDI-SF), sólo un 41,99% reporta haber consultado por dicha sintomatología. Similarmente, la ENS de 2009 señala que de todos quienes presentaron síntomas depresivos durante ese año, un 49,16% indica haber consultado a un profesional (Ministerio de Salud 2003; 2009). Si bien el porcentaje de personas con depresión que ha consultado a un profesional aumentó entre 2003 y 2009 (Gráfico N°5), no supera el 50% de la población, en condiciones que el 100% de la población tiene acceso garantizado por GES y servicios disponibles a nivel nacional por la red de atención primaria de salud o prestadores privados.




Fuente: Creación propia en base a ENS 2003 y ENS 2009-2010, Ministerio de Salud 2003; 2009

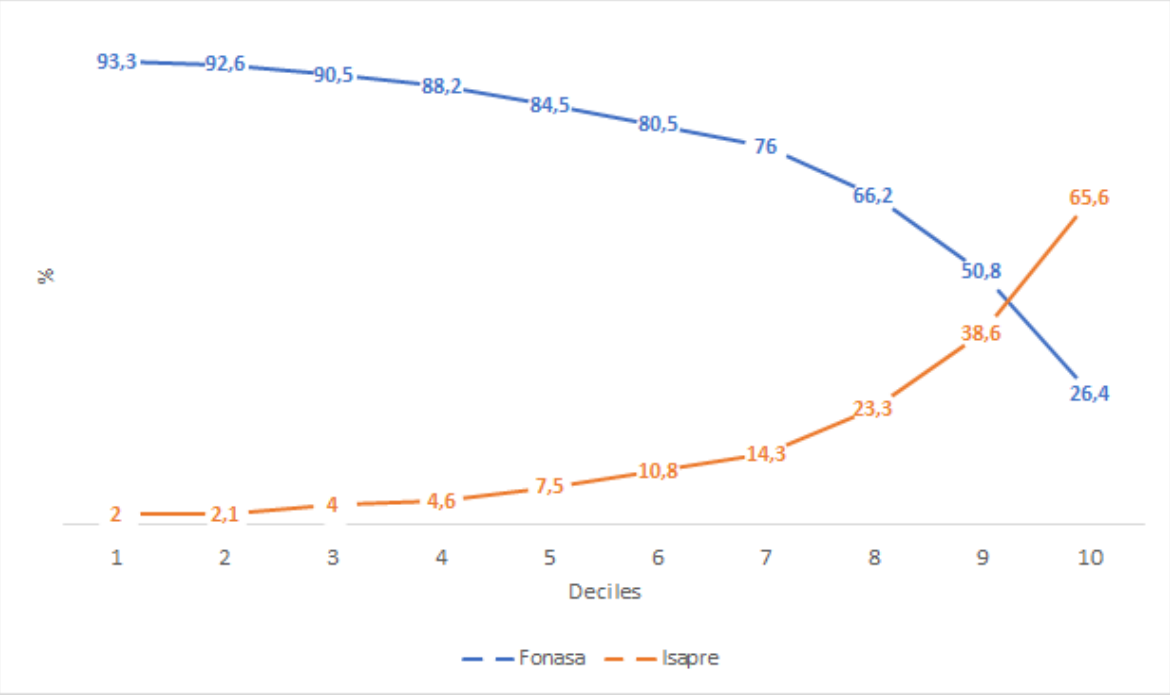
Por otro lado, los factores sociodemográficos relacionados a la distribución de la depresión en la población también inciden en el acceso a servicios. Existe evidencia que señala que a mayor nivel educacional, la probabilidad de recibir atención de salud mental aumenta (Steele & cols., 2007). Otro estudio internacional (Gong y cols., 2016) coincide con este hallazgo, indicando que algunas variables que determinan el uso de prestaciones de salud mental son el nivel educacional, lugar de residencia (urbano-rural) y nivel socioeconómico.

A nivel nacional, un estudio realizado en población chilena adulta entre 1996 y 1998, encontró que dentro de quienes tienen necesidad de tratamiento por problemas de salud mental, aquellos adscritos a seguros privados de salud tenían una probabilidad dos veces mayor de consultar por servicios de salud en comparación con aquellos adscritos al seguro público de salud (Araya et. al., 2006). Calderón & Rojas (2016) también señalan que, en población chilena, personas de menor ingreso económico también tienen mayores dificultades en su acceso a servicios de salud mental.

Datos recientes de la Superintendencia de Salud, Chile (2016a), indican que es plausible que este patrón de acceso determinado por condición socioeconómica se mantenga actualmente. La tasa de uso de servicios de tratamiento de depresión vía GES es mayor en población adscrita a seguros de

salud privados (ISAPRE) en comparación con población asegurada por el sector público (Fondo Nacional de Salud; FONASA), siendo que la tasa de uso (razón entre el número de casos GES de la población objetivo por cada 100.000 beneficiarios) es el doble en población ISAPRE (740,1 x 100.000 beneficiarios) que en FONASA (368,7 x 100.000 beneficiarios). Si bien estos datos no pueden extrapolarse como indicativos de la cobertura de tratamiento a nivel nacional (porque son indicadores construidos sólo con información de uso de servicios y no de uso de servicios según necesidad – cobertura) ni tampoco se puede atribuir directamente a las condiciones socioeconómicas de la población consultante, en vista de otros antecedentes tales como la prevalencia de depresión según nivel educacional (ENS 2009) y la caracterización de la población inscrita en ISAPRE y FONASA (Gráfico N°6) que señala una gradiente social por ingreso económico, es plausible que exista una asociación entre nivel socioeconómico y cobertura de tratamiento por depresión, en línea con lo señalado por la literatura nacional e internacional previa.

**Gráfico N°6: Caracterización de población según seguro de salud y decil de ingreso**




Fuente: Elaboración propia en base a encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social

## JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El Plan GES es parte de los esfuerzos de Chile para disminuir la inequidad en el acceso a servicios de salud (Lenz, 2007), garantizando el acceso a tratamiento de calidad independiente de la situación de aseguramiento de salud e ingreso económico. Sin embargo, en vista de la literatura nacional e internacional, existe evidencia que la inequidad en salud mental no sólo se presenta en resultados de salud (prevalencia), sino que también en el uso de servicios asistenciales asociados incluso ante prestaciones con cobertura financiera universal (Steele & cols., 2007). En vista de estos hallazgos, es posible que la disponibilidad de servicios garantizada por el GES no sea suficiente para disminuir la inequidad en el acceso a servicios de salud entre subgrupos poblacionales.

Este estudio es relevante dado que, si en Chile la población de mayor vulnerabilidad socioeconómica (que ya presenta mayor prevalencia de depresión) también accede menos a tratamiento, eventualmente podría aumentar la brecha de depresión entre grupos poblacionales según situación socioeconómica en dirección opuesta a lo esperado. Además, el plan GES no está libre de costos sociales, siendo su principal limitación la des-priorización de patologías no GES con una lista de espera de 2.362.304 de personas durante 2016 con tiempos de latencia de 526 días para procedimientos y 381 días para cirugías (días expresados en mediana) (CEP-UC, 2017). La búsqueda de un sistema más equitativo en el acceso a patologías priorizadas puede estar creando una nueva forma de inequidad, que sólo sería razonable si el objetivo de la política pública de crear mayor equidad en patologías priorizadas se cumple según esperado.

Este estudio busca visibilizar el cambio en la cobertura de tratamiento de depresión y su diferencia entre subgrupos poblacionales en Chile en 2003, 2009 y 2016. Los resultados de este estudio permitirán evaluar el cumplimiento del objetivo del Plan GES de generar equidad en el acceso a servicios de salud, específicamente a tratamiento de depresión.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe en Chile mayor equidad en el acceso a tratamiento de depresión, desde 2003 a 2017, en el contexto de su incorporación al Plan de Garantías Explícitas en Salud?

## HIPÓTESIS

H1: Desde 2003 a 2017, la inequidad en el acceso a tratamiento de depresión entre grupos poblacionales según indicadores de posición social ha disminuido.

H2: El efecto de ingreso y el efecto del seguro de salud, sobre el acceso a tratamiento de depresión ha disminuido entre 2009 a 2017 (ajustando por otras variables de posición social) en vista de la profundización de la implementación del GES depresión.

## OBJETIVOS

**General**

Evaluar la equidad en el acceso a tratamiento de depresión y su evolución en Chile entre 2003 y 2017 y sus determinantes, en el contexto de su incorporación al Plan de Garantías Explícitas en Salud.

**Específicos**

1. Estimar la cobertura de tratamiento de depresión en población chilena mayor a 18 años según indicadores de posición social (ingreso, sexo, nivel educacional) y seguro de salud en 2003, 2009 y 2017.

2. Comparar el cambio de cobertura de tratamiento de depresión en población chilena mayor a 18 años entre grupos definidos en los períodos de medición.

3. Comparar la magnitud de la asociación entre ingreso y acceso a tratamiento de depresión, y la magnitud de la asociación entre seguro de salud y acceso a tratamiento por depresión, en población chilena mayor a 18 años en 2009 y 2017.

4. Identificar los determinantes más relevantes del acceso a tratamiento de salud mental en población chilena mayor a 18 años.

# DISEÑO METODOLÓGICO

## TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio cuantitativo basado en datos secundarios. Es un estudio analítico, observacional, de base individual y corte transversal reiterado en tres períodos temporales (2003, 2009, 2017).

## MUESTRA

La muestra del estudio proviene de la ENS aplicada en Chile en los años 2003, 2009 y 2017. Esta es una encuesta representativa de la población urbano/rural de chile, de ambos sexos, de todas las regiones del país. Su estrategia muestral es aleatoria, estratificada por región y tipo de área (urbano/rural) y multietápica (nivel municipal, sector residencial, vivienda e individuo). La ENS 2003 y 2009 incluyen a personas de 15 años y más, mientras la 2003 a mayores de 17. El tamaño muestral ha aumentado en cada encuesta, iniciando con 3.169 encuestados en 2003, 5.412 encuestados en 2009 y 6.233 encuestados en 2017 (MINSAL 2003; 2009; 2017).

La muestra específica de este estudio se enmarca en la muestra de las encuestas recién mencionadas, según los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento de tamizaje de depresión CIDI-SF, aplicado en todas las encuestas. Este instrumento será descrito en mayor profundidad en una próxima sección sobre instrumentos de medición.

Del total de encuestados a quienes se les aplicó el instrumento de tamizaje, se seleccionó a los mayores de 18 años que tuvieran la cantidad de síntomas necesarios para configurar un cuadro de depresión moderado o severo (≥6). El rango de edad escogido obedece a dos razones: 1) es el corte de edad en que hay encuestados en las tres Encuestas de Salud dado que en el año 2003 se encuestaron a personas mayores de 17 años y, 2) dado que es la edad en que se puede comparar correctamente el nivel educacional medido según años de escolaridad, dado que a los 18 años se cumple el período de tiempo para haber acumulado el más alto nivel de escolaridad según los criterios definidos por la misma ENS (12 o más). La severidad del cuadro depresivo como criterio de selección se debe a que, dadas las diferencias entre las Encuestas de Salud en su modo de capturar información sobre acceso a tratamiento, la única forma de hacer comparaciones precisas es utilizando la pregunta que se mantiene igual entre encuestas o está redactada de modo similar. Ante esto, las ENS 2009 y 2017 tienen la pregunta sobre acceso redactada del mismo modo, pero la ENS 2003 lo redacta diferente. Ante estas diferencias, lo importante de cautelar en el modo de medición de acceso para poder hacer las mediciones comparables son los siguientes dos aspectos:

1. **Tipo de acceso a tratamiento**: Es importante que el tratamiento que se está midiendo sea el mismo en términos del servicio al que accede. En este marco, se considera acceso a salud la consulta de una persona con un profesional de la salud y no otro tipo de asistencia fuera del sector formal de salud, como, por ejemplo, sacerdote (ver tabla N°2).
2. **Precisión temporal**: Es particularmente importante que la medición del acceso a tratamiento tenga especificidad temporal ya que permite medir tanto la necesidad de tratamiento como el acceso a éste (con lo cual se construye el indicador de interés; de todos quienes requieren servicios de salud mental, cuántos acceden a una consulta) en el mismo marco temporal inmediato. La precisión temporal es importante además por el objetivo mismo del estudio, que consiste en evaluar el acceso a tratamiento en contextos de tiempo específicos ligados a la implementación y grado de avance del plan GES.

En vista de los requisitos anteriores, las preguntas de las tres encuestas que cumplen con estos criterios son:

**2003**: ¿Consultó a un doctor o médico sobre estos problemas?

**2009**: ¿Ha estado tomando algún medicamento durante las últimas 2 semanas para la depresión?

**2017**: ¿Ha estado tomando algún medicamento durante las últimas 2 semanas para la depresión?

La pregunta del año 2003 precisa en tiempo al referirse a ‘estos’ problemas, dado que es la pregunta que sigue inmediatamente a la aplicación del instrumento de tamizaje que es específico de síntomas actuales (durante el último año). Precisa además que debe ser un médico. Por su parte, la pregunta del 2009 y 2017 precisa que debe ser tratamiento con un médico porque sólo un médico puede recetar medicamentos y precisa un rango temporal restringido (dos semanas).

Es por lo anterior que la muestra es específica para personas con depresión moderada o severa, ya que las preguntas de 2009 y 2017 que responden a los criterios expresados (temporalidad y atención médica profesional) indagan específicamente sobre acceso a tratamiento farmacológico, lo que es indicado únicamente ante depresión moderada y severa según las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud.

**Tabla N°2: Preguntas ENS 2003, 2009 y 2017 para tamizaje de depresión y detección de acceso a tratamiento**

| | Depresión | Acceso a Tratamiento |
|---|---|---|
| **ENS 2003** | CIDI-SF | 1. ¿Consultó a otro profesional tal como psicólogo, enfermera, asistente social, sacerdote u otro consejero?<br>2. ¿Consultó a un doctor o médico sobre estos problemas? |
| **ENS 2009** | CIDI-SF | 1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por depresión?<br>2. ¿Ha estado tomando algún medicamento durante las últimas 2 semanas para la depresión? |
| **ENS 2017** | CIDI-SF | 1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por depresión?<br>2. ¿Ha estado tomando algún medicamento durante las últimas 2 semanas para la depresión? |

## INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La ENS utiliza como instrumento de tamizaje de depresión la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (WHO-CIDI) en su versión resumida (SF) (MINSAL 2003; MINSAL 2009; MINSAL 2017). Este instrumento ha sido adaptado para su aplicación en población chilena (MINSAL, 2017). Dentro de las preguntas del instrumento, no se incorporan elementos para establecer un diagnóstico diferencial (consumo de sustancias, trastorno adaptativo, distimia, condición médica subyacente, duelo y otros) por lo que se debe tener en cuenta que el CIDI sobreestima la prevalencia de depresión poblacional. Es por esto que la ENS reporta 'síntomas depresivos' y no cuadro de depresión, porque el cuestionario es un instrumento de tamizaje, pero no para establecer un diagnóstico clínico. Si los entrevistados tienen, según la cantidad de síntomas, una probabilidad de 90% o mayor de ser diagnosticado con depresión, entonces se considera como tal con la nomenclatura específica de 'síntomas depresivos'. Las limitaciones y ventajas de este instrumento en el marco de este estudio serán discutidas luego de presentar los resultados.

## ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

La Tabla N°3 detalla la estrategia de análisis a aplicar ante cada objetivo específico. Los objetivos específicos 1 y 2 realizan un estudio descriptivo por cada variable de interés (análisis univariado),

mientras los objetivos específicos 2 y 3 son análisis de asociación entre dos variables independientes por separado (ingreso y seguro de salud) y acceso a tratamiento. En este análisis multivariado se incluyen las otras variables como variables de ajuste según identificadas en el Grafo Acíclico Causal expuesto en la sección próxima. Las dos variables independientes (ingreso y seguro de salud) son escogidas como tal dado su rol en la política pública bajo estudio, en vista que el plan GES tiene como vía de intervención el ingreso (al ofrecer una garantía de protección financiera) y el seguro de salud (al reorganizar los servicios de salud preparándolos para poder acoger la demanda entrante). En otras palabras, el GES interviene con el influjo de recursos financieros para hacer prescindible el gasto de bolsillo de los potenciales usuarios y con la creación de flujos de derivación y dotación de recursos humanos para hacer disponible la prestación sujeta a garantías.

**Tabla N°3: Estrategia de análisis por objetivo específico**

| **Objetivo específico** | **Test estadístico** |
|---|---|
| **OE1:** Estimar la cobertura de tratamiento de depresión en población chilena mayor a 18 años según indicadores de posición social (ingreso, género, nivel educacional) y seguro de salud en 2003, 2009 y 2017. | **Comparación de prevalencias** entre e intra corte temporal:<br>1. INTRA: Comparación de prevalencias entre grupos según indicadores de posición social en un mismo año.<br>2. ENTRE: Comparación de prevalencias de cada grupo definido entre cortes temporales. |
| OE2: Comparar el cambio de cobertura de tratamiento de depresión en población chilena mayor a 18 años entre grupos definidos en los períodos de medición. | **Comparación de cambio de prevalencia** (en términos absolutos) entre cortes temporales entre grupos definidos. |
| OE3: Comparar la magnitud de la asociación entre ingreso y acceso a tratamiento de depresión, y la magnitud de la asociación | Dos regresiones logísticas múltiple (una por ingreso y otra por seguro de salud) ajustando por sexo, nivel |

| | |
|---|---|
| entre seguro de salud y acceso a tratamiento por depresión, en población chilena mayor a 18 años en 2009 y 2017 | educacional, edad, zona residencial y tamaño del hogar (ver Grafos Acíclicos). |
| OE4: Identificar los determinantes más relevantes del acceso a tratamiento de salud mental en población chilena mayor a 18 años. | Regresión logística múltiple con metodología paso-a-paso Backward. |

## IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

La Tabla N°4 presenta las variables de inclusión en el estudio según la pregunta de investigación y objetivos expuestos en la sección previa, y la Figura N°3 y N°4 presentan su relación en un Grafo Causal Acíclico para la definición de las variables de ajuste a incorporar en los modelos estadísticos.

**Tabla N°4: Variables del estudio**

| Variable | Tipo | Medición | Observación |
|---|---|---|---|
| Nivel Educacional | Categórica | Años de escolaridad<br>Bajo (<8 á); Medio (8-12); Alto (>12) | Consistente ENS 2003; 2009; 2017. |
| Sexo | Categórica Dicotómica | Hombre / Mujer | Consistente ENS 2003; 2009; 2017. |
| Ingreso del hogar | Categórica | Según tramo de ingreso; 11 tramos.<br>Recategorizada en 3 tramos según percentil .30 y .60 CASEN del año correspondiente. | Consistente ENS 2009; 2017.<br>No disponible ENS 2003. |
| Seguro de Salud | Categórica | FONASA A, B, C, D / ISAPRE / Fuerzas Armadas / Otro privado / No sabe, sin seguro | Consistente ENS 2009; 2017.<br>No disponible ENS 2003. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Percepción de salud | Categórica | Autoreporte de estado de salud en escala Likert de 5 puntos. ENS 2017: Muy buena / Buena / Regular / Mala / Muy mala | Categoría de respuestas no comparable entre versiones ENS. |
| Percepción de salud mental | Categórica | Autoreporte de angustia y depresión en tres categorías de respuesta: 1. No estoy angustiado o deprimido 2. Estoy moderadamente angustiado o deprimido 3. Estoy muy angustiado o deprimido | Disponible sólo en ENS 2017. |
| Estrés financiero | Categórica | Autoreporte de estrés financiero en tres categorías de respuesta: 1. Poco o nada 2. Moderado 3. Alto o mucho | Disponible sólo en ENS 2017. |
| Depresión | Categórica Dicotómica | Expuestas en Tabla N°2 | |
| Acceso | Categórica Dicotómica | Expuestas en Tabla N°2 | |

## Grafos Acíclicos

Las siguientes Grafos Acíclicos presentan las variables de ajuste a incorporar en los modelos de regresión multivariados. Dentro de la imagen se precisa la fuente que reporta las asociaciones correspondientes.

**Figura N°3: Grafo causal para identificación de variables de ajuste en modelo multivariado asociación Ingreso y Acceso**

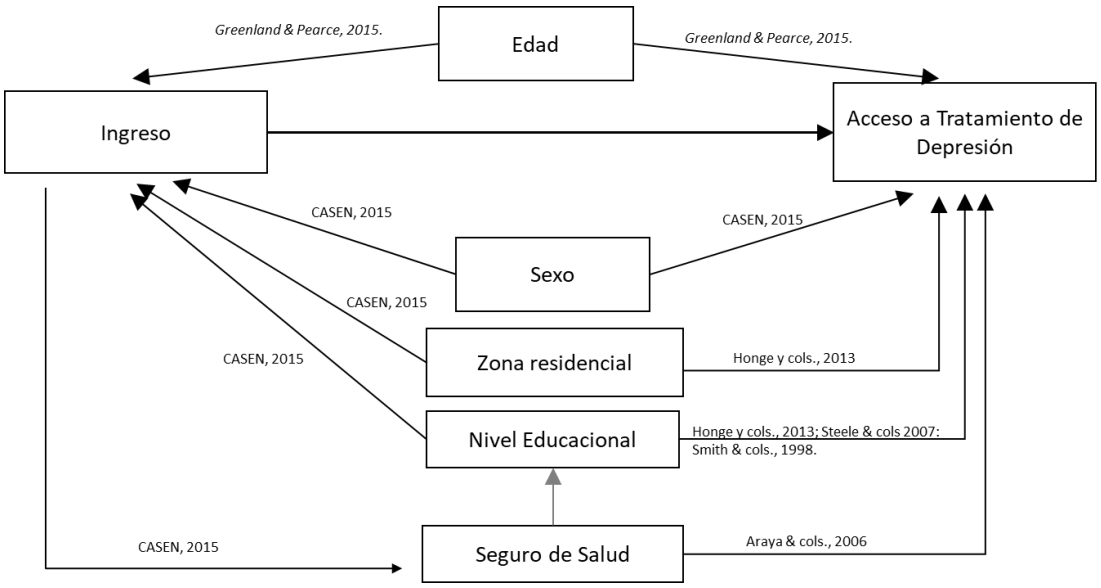
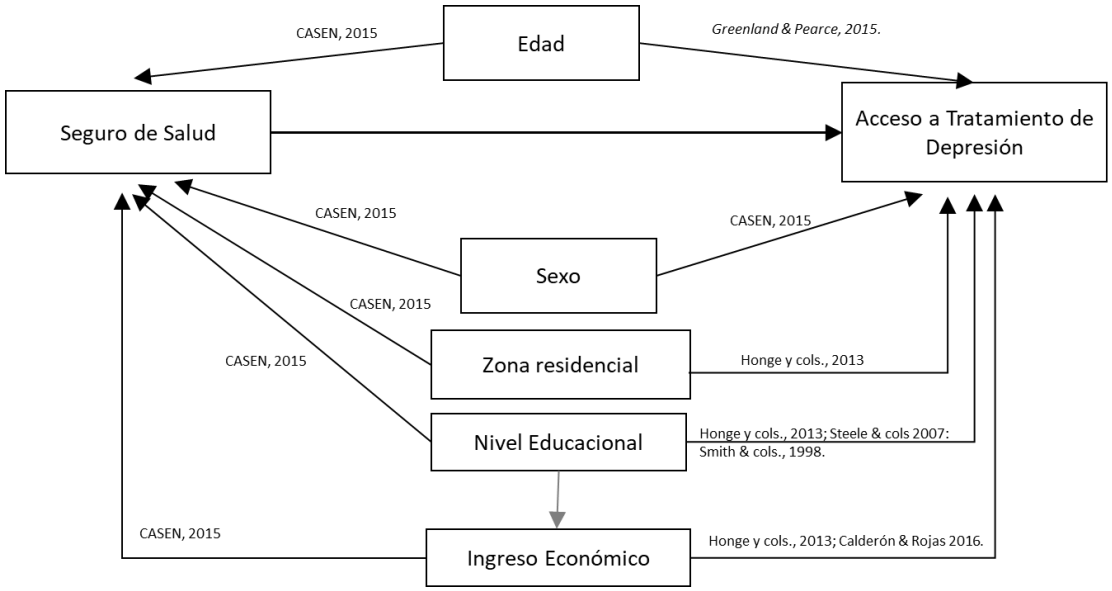



**Figura N°4: Grafo causal para identificación de variables de ajuste en modelo multivariado asociación Seguro de Salud y Acceso**



## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los criterios éticos de investigación en salud con seres humanos son tres; autonomía, beneficencia y justicia (Correa, 2006). El principio de autonomía se refiere a la libertad de elección de las personas de participar en un estudio como sujetos de investigación y, de acceder a hacerlo, de resguardar su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Este criterio se traduce en el deber del investigador de proveer información completa sobre el estudio, sus riesgos y beneficios y obtener un consentimiento formal por parte de las personas, todo lo anterior capturado en el consentimiento informado como instrumento regulador. Este primer criterio no es aplicable como requisito a este proyecto de investigación en particular dado que se basa en datos secundarios. La captura inicial de información en las encuestas de salud como información primaria resguardaron este criterio en los consentimientos informados utilizados por los equipos de recolección de datos y, aprobados por el comité de ética pertinente en cada instancia (MINSAL 2003; 2009; 2017).

El segundo criterio, beneficencia, se refiere a la relación entre los riesgos y los beneficios de participar de un estudio. Bajo este criterio, un estudio que presenta mayores riesgos que beneficios a quienes participen en él no cumpliría con los requisitos éticos para su realización. Este criterio se traduce en dos condiciones específicas según el reporte de Belmont; 1) no hacer daño y, 2) maximizar beneficios y minimizar riesgos posibles en el estudio (Sims, 2010). Por último, el principio de justicia se refiere a la selección equitativa de las personas que participen del estudio sin que se den situaciones de coerción en que se distribuyan injustamente los riesgos y beneficios del estudio (Correa, 2006; Sims, 2010). Al igual que ante el criterio de autonomía, estas consideraciones son pertinentes en el momento inicial de captura de datos primarios, por lo que este proyecto, al no incluir como proceso la recolección de datos primarios y por ende la selección de participantes, no contiene riesgos de transgredir ninguno de estos criterios recién expuestos. Además, este estudio hará un uso anónimo de los datos sin identificar a ninguno de los sujetos de investigación que componen las bases de datos.

En conjunto con las normas éticas de investigación científica en humanos recién expuestas, existe también un código de ética para epidemiólogos sugerido por el Colegio Americano de Epidemiología (Buck & cols., 2000). Estas directrices ofrecen guías éticas que son más generales que las especificaciones normativas de la investigación en salud con humanos, contemplando también los valores esenciales de la profesión y su aplicación a la práctica de salud pública. Dentro de su código de ética, se destacan algunos elementos aplicables a este estudio aún cuando se basa

en información secundaria y por lo mismo, no serían aplicables los criterios antes expuestos (autonomía, beneficencia y justicia).

El rol profesional de la epidemiología se define como el diseño y conducción de investigación científica y la aplicación del conocimiento científico en salud pública. El correcto cumplimiento de este rol implica el reporte de resultados a la comunidad científica, sujetos de investigación y sociedad en su conjunto. La difusión de resultados debe ser oportuna, entendible y entregada de modo responsable. Esta indicación es similar a otro criterio de este código de ética sobre la minimización de riesgos, que incluye también la minimización de los riesgos no asociados directamente a la investigación sino a su aplicación a la salud pública (Buck & cols., 2000).

Estos dos elementos (difusión de resultados y su aplicación correcta a la práctica de salud pública) son relevantes a considerar en este proyecto de investigación. Si bien no trabaja con datos sensibles ni identificables de los sujetos de estudio, la interpretación de los resultados hacia su aplicación en decisiones de salud pública sí consiste en un ejercicio sensible para el bienestar de la población. Considerando que la investigación científica al ser difundida en los medios correspondientes (comunidad científica y sociedad civil) podría eventualmente (y deseablemente) incidir en la toma de decisiones, la comunicación e interpretación de resultados debe ser cautelosa de modo de no desinformar decisiones que podrían traer más riesgos o limitaciones que beneficios a la población en un marco de salud pública.

En este estudio en específico, este criterio ético se traduce a la atribución cautelosa de relación causa-efecto entre el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud y el acceso equitativo a cuidados de salud en población chilena. En el transcurso del tiempo en que se enmarca este estudio (2003-2017) a nivel social y en el sector salud han ocurrido otros fenómenos que podrían explicar un cambio en el grado de equidad en el acceso a tratamiento de salud mental. Por ejemplo, la misma instalación progresiva del Programa Nacional de Salud Mental para la detección, diagnóstico y tratamiento de depresión iniciado en 2001, podría por sí mismo haber aumentado el conocimiento de la población y profesionales de la salud sobre depresión como patología y su tratamiento disponible, aumentando la percepción de los usuarios de sus síntomas y posterior contacto al sector salud y aumentando también la sensibilidad diagnóstica de los tratantes médicos ante los usuarios. Este aumento de la percepción de enfermedad en usuarios y funcionarios del sector público de salud podría en sí misma aumentar el acceso equitativo a tratamiento de depresión ante cuadros depresivos, independiente de la disponibilidad de recursos para su oferta y protección

financiera. Este potencial efecto es, sin embargo, difícil de aislar del impacto del GES, dado que dicha política pública aumenta los recursos disponibles para la implementación progresiva del programa y adiciona elementos normativos del sector para priorizar recursos disponibles para las patologías consideradas. Ante un escenario en que no es posible aislar los efectos de la política pública en evaluación de otros fenómenos sociales y del sector salud que se dan de manera contemporánea, este estudio sólo podrá concluir en términos de plausibilidad del efecto de la política pública sobre los resultados observados y no de su certeza. Para tener conclusiones más precisas se requerirá de futuros estudios que en su conjunto ayuden a dilucidar el efecto de una política sobre resultados en salud observados.

# RESULTADOS

## CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra del estudio se compone de submuestras de la ENS 2003, 2009 y 2017 según los criterios de inclusión (personas mayores a 18 años y presencia de 6 o más síntomas de depresión) (Tabla N°5). La edad de los sujetos que componen la muestra y su zona residencial se mantiene similar en los tres años. En los tres períodos evaluados son mayormente mujeres quienes componen la muestra, siendo aún mayor en el año 2009 (80,5%). El nivel educacional ha aumentado entre el 2003 y 2017, siendo que la proporción de personas con nivel educacional medio y alto aumenta mientras aquellos con nivel educacional bajo disminuye. El ingreso del hogar y seguro de salud de afiliación sólo se midió en 2009 y 2017. Mientras el seguro se mantiene similar en ambos años, el ingreso del hogar aumenta desde 2009 a 2017, siendo que aquellos con ingreso bajo disminuyen mientras los de ingreso medio y alto aumentan.

**Tabla N°5: Caracterización de la muestra**

| | | Año Encuesta | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **2003** | **2009** | **2017** |
| **N muestra filtrada*** | | 352 | 646 | 628 |
| **Edad** | | µ48,20<br>SD18,22 | µ46,17<br>SD16,12 | µ47,65<br>SD 16,77 |
| **Zona** | Urbana | 85,80% | 86,22% | 87,10 |
| **Sexo** | Femenino | 74,15% | 80,50% | 77,07 |
| **Nivel Educacional** | Bajo | 42,61% | 30,75% | 23,64 |
| | Medio | 47,44% | 55,28% | 56,23 |
| | Alto | 9,94% | 13,98% | 20,13 |
| **Ingreso** Según p.30 y p.60 CASEN | Bajo | NA | 65,76% | 46,67% |
| | Medio | | 28,03% | 40,18% |
| | Alto | | 6,12% | 13,15% |
| **Seguro de Salud** | FONASA | | 93,22% | 91,97% |

**Filtro según gravedad y edad

COBERTURA DE TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN SEGÚN INDICADORES DE POSICIÓN SOCIAL

El análisis del período completo puede hacerse en base a dos variables; sexo y nivel educacional. Seguro de Salud e Ingreso del hogar sólo se midieron en 2009 y 2017, por lo cual no pueden hacerse comparaciones desde el período previo a la implementación del GES. Por otro lado, al ser distintas las preguntas del instrumento que miden acceso al sector salud (Tabla N°2) el análisis de estas variables en el tiempo debe hacerse exclusivamente comparando el grado de cobertura dentro de un período específico, entre grupos definidos por la variable de interés. De esta manera, la comparación analítica se establece entre grupos bajo una misma definición conceptual y operativa, siendo la relación entre grupos (como indicador relativo) lo que se compara temporalmente. Las comparaciones transversales se expresan en términos de valor absoluto (prevalencia) y las comparaciones longitudinales con un valor relativo (razón de prevalencia-inequidad relativa).

En un análisis descriptivo inicial, en todos los años medidos las mujeres muestran tener mayor acceso a tratamiento que los hombres (Tabla N°6). Esta diferencia es estadísticamente significativa en 2017, con una cobertura superior en 14,64 puntos porcentuales y en términos de probabilidad una chance 2,61 (IC 95%; 1,47 – 4,64) veces mayor de acceder a tratamiento en comparación con los hombres. Al estratificar esta comparación por edad con el estadístico Mantel Haenszel, la diferencia de acceso a tratamiento entre hombres y mujeres adquiere significancia estadística en los tres años medidos, con una probabilidad mayor de acceso para las mujeres (Tabla N°7). Esto indica que, al tomar en consideración variables que pueden interceder en la relación entre sexo y acceso, los datos indican que la prevalencia de acceso a tratamiento siempre es mayor en mujeres en comparación con sus pares hombres.

Por su parte, los subgrupos poblacionales definidos según nivel educacional sólo muestran una diferencia estadísticamente significativa en 2009, en que las personas con nivel educacional medio tienen una cobertura 11,32 puntos porcentuales menor en comparación con aquellas personas con nivel educacional bajo (OR 0,57; IC 95% 0,38 - 0,84). Estos resultados se mantienen al estratificar el análisis tanto según edad como por sexo.

**Tabla N°6: Prevalencia de acceso a tratamiento según subgrupos poblacionales, 2003 - 2017**

| **Variable Social** | **Posición** | **Año** | | |
|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | 2003 | 2009 | 2017 |
| Femenino | | 51,34 (45,25; 57,38) | 24,03 (20,54; 27,91) | 25,20 (21,52; 29,27) |
| Masculino | | 38,46 (28,98; 48,90) | 15,07 (9,80; 22,48) | 10,56 (6,45; 16,82) |
| **Nivel Educacional** | | | | |
| Bajo | | 48,00% (40,07;56,03) | 29,29% (23,35;36,03) | 27,21% (20,60;35,00) |
| Medio | | 46,70% (39,22;54,33) | 17,97% (14,31;22,33) | 19,03% (15,25;23,49) |
| Alto | | 54,28% (37,63;70,03) | 23,33% (15,68;33,23) | 23,20% (16,59;31,44) |
| **Ingreso** | | | | |
| Bajo | | No disponible | 23,24% (19,40;27,57) | 27,79% (22,66;33,59) |
| Medio | | | 18,75% (13,62;25,23) | 17,56% (13,08;23,17) |
| Alto | | | 25,64% (14,25;41,69) | 16,66% (9,66;27,21) |
| **Seguro de Salud** | | | | |
| FONASA | | No disponible | 21,45 (18,25;25,04) | 22,01% (18,69;25,73) |
| ISAPRE | | | 39,02 (25,29;54,74) | 29,78% (18,38;44,41) |

*Intervalos de Confianza a un 95%.

El análisis de las variables Seguro e Ingreso en 2009 y 2017 se realizaron con la definición que permite tener precisión temporal; acceso definido como acceso a tratamiento farmacológico y depresión como aquellas personas con depresión moderada o severa. Siguiendo estas definiciones, en 2009 y 2017 no hay diferencias estadísticamente significativas según tramo de ingreso. Sin embargo, mientras en 2009 la prevalencia de acceso es similar entre grupos, en 2017 se observan diferencias mayores en la prevalencia de acceso, siendo mayor en el grupo de menor ingreso económico y menor en aquellos con mayor ingreso económico. Este análisis concuerda con la comparación de acceso según ingreso estratificada por sexo y edad, en que, dada la mayor diferencia de acceso según ingreso en 2017 y al estratificar por variables que pueden obscurecer la relación entre ingreso y acceso, la diferencia entre grupos adquiere significancia estadística en 2017

en los dos análisis estratificados (Tabla N°7). Por su parte, tanto en 2009 como en 2017 se observan diferencias en la prevalencia de acceso entre subgrupos poblacionales definidos según seguro de salud. Sin embargo, esta relación cambia al estratificar por sexo y edad, manteniéndose la significancia estadística en 2009 en ambos análisis con estratificación, pero no así en 2017. El análisis multivariado en la siguiente sección entrega más información sobre la relación entre estas variables.

**Tabla N°7: Razón de Chances de acceso a tratamiento según grupos poblacionales, estratificado por edad y sexo, 2003 - 2017**

| | **Año** 2003 | 2009 | 2017 |
|---|---|---|---|
| **Sexo:** Grupo de referencia Hombres | | | |
| Estratificado por Edad | OR 1,68 IC; 1,03 - 2,75 | OR 1,76 IC; 1,02 - 3,02 | OR 2,61 IC; 1,47 - 4,64 |
| **Nivel Educacional:** Grupo de referencia Nivel Educacional Bajo | | | |
| Estratificado por Edad | p>0,05 | p>0,05 | p>0,05 |
| Estratificado por Sexo | p>0,05 | OR 0,57 IC; 0,38 - 0,84 | p>0,05 |
| **Ingreso** Grupo de referencia Nivel de Ingreso Bajo | | | |
| Estratificado por Edad | No disponible | p>0,05 | OR 0,56 IC; 0,37 - 0,85 |
| Estratificado por Sexo | | p>0,05 | OR 0,56 IC; 0,37 - 0,84 |
| **Seguro de Salud:** Grupo de referencia: FONASA | | | |
| Estratificado por Edad | No disponible | OR 2,68 IC; 1,34 - 5,33 | p>0,05 |
| Estratificado por Sexo | | OR 2,33 IC; 1,20 - 4,52 | p>0,05 |

*Se indica el valor de la razón de chances si sus parámetros indican significancia estadística
*Los grupos para estratificación de edad son los siguientes: Grupo 1 (15-24 años), Grupo 2 (25-44 años), Grupo 3 (45-64 años) y Grupo 4 (mayor a 65 años).
*Intervalos de Confianza a un 95%.

## EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO

La evolución de la cobertura - definida como el cambio en la cobertura de un subgrupo poblacional definido por una variable de interés - sólo puede hacerse en el período entre el 2009 y 2017. Esto, dado las diferencias entre encuestas 2003 y 2009-2017 en la pregunta sobre acceso a tratamiento (como ya fue mencionado en secciones anteriores). Es por ello que, esta primera sección sólo analiza el cambio de cobertura entre el 2009 y 2017. El análisis de interés en este primer paso es

observar cuánto aumenta o disminuye la cobertura para cada subgrupo poblacional, sin comparar entre ellos dentro de un período específico. El grado de cobertura es la respuesta de interés.

La siguiente sección cubre el plazo completo de análisis, entre 2003 y 2017, pero en este caso comparando la relación entre grupos en cada período y cómo esta relación de equidad/inequidad cambia con el transcurso del tiempo. La equidad y su tendencia es la respuesta de interés en este caso.

Evolución de la cobertura entre 2009 - 2017

La prevalencia de acceso en mujeres aumenta en 1,17 puntos porcentuales entre 2009 y 2017, mientras la cobertura de acceso a tratamiento en hombres disminuye en 4,51 puntos porcentuales en el mismo período. Por nivel educacional la variación es diferente para cada nivel de esta variable, aumentando levemente el acceso en personas de nivel educacional medio y disminuyendo en personas de nivel educacional alto y bajo (1,06, -0,13 y -2,08 respectivamente). El acceso a tratamiento según nivel de ingreso aumenta un 4,55 puntos porcentuales en personas de ingreso bajo mientras disminuye en personas de ingreso medio y alto (-1,19 y -8,98). Por último, la mayor variación se observa según seguro de salud, siendo que la población adscrita a ISAPRE disminuye su cobertura en 9,24% (manteniéndose siempre superior a la cobertura de personas adscritas a FONASA). Sin embargo, ninguno de estos cambios indica una tendencia con significancia estadística, siendo que la fluctuación del valor para cada grupo poblacional se encuentra dentro de los márgenes esperados.

**Tabla N°8: Tendencia de cobertura según subgrupos poblacionales, 2009 – 2017**

| | **Cobertura** | | **Tendencia** |
|---|---|---|---|
| | **2009** | **2017** | |
| **Sexo** | | | |
| Femenino | 24,03% (20,54; 27,91) | 25,20% (21,52; 29,27) | 1,17% |
| Masculino | 15,07% (9,80; 22,48) | 10,56% (6,45; 16,82) | - 4,51% |
| **Nivel Educacional** | | | |
| Bajo | 29,29% (23,35;36,03) | 27,21% (20,60;35,00) | -2,08 |
| Medio | 17,97% (14,31;22,33) | 19,03% (15,25;23,49) | 1,06 |
| Alto | 23,33% (15,68;33,23) | 23,20% (16,59;31,44) | -0.13 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Ingreso** | | | |
| Bajo | 23,24% (19,40;27,57) | 27,79% (22,66;33,59) | 4,55 |
| Medio | 18,75% (13,62;25,23) | 17,56% (13,08;23,17) | -1,19 |
| Alto | 25,64% (14,25;41,69) | 16,66% (9,66;27,21) | -8,98 |
| **Seguro** | | | |
| FONASA | 21,45 (18,25;25,04) | 22,01% (18,69;25,73) | 0,56 |
| ISAPRE | 39,02 (25,29;54,74) | 29,78% (18,38;44,41) | -9,24 |

Evolución de la equidad en la cobertura entre 2003 - 2017

El único eje de desigualdad por el cual se observa un aumento relevante en la inequidad es sexo. Al inicio el período de observación las mujeres tenían una cobertura 1,33 veces mayor que sus pares hombres, lo cual aumentó a 2,39 en el último año de medición. Además, este aumento de brecha se debe a una disminución en la cobertura del grupo con menos cobertura inicialmente; los hombres. La inequidad aumenta también en los grupos comparados según nivel educacional, mayormente entre personas con nivel educacional medio en comparación con personas con nivel educacional bajo. La diferencia entre grupos de nivel educacional alto y bajo es menor, pero la importancia de este cambio es que la relación se invierte desde una de mayor acceso en personas con nivel educacional alto a una situación contrapuesta, en que las personas con menor nivel educacional ahora tienen mayor acceso. Según ingreso se observa un comportamiento similar al de nivel educacional, en el que la relación cambia desde una de mayor acceso en personas con nivel de ingreso alto a una situación inversa, en que las personas con menor nivel de ingreso ahora tienen mayor acceso. El único eje de desigualdad que disminuye (manteniendo la relación entre grupos) es la diferencia según seguro (-0,47). No obstante, esta diferencia se genera a costa de la disminución de cobertura en el grupo más favorecido (ISAPRE), sin variaciones importantes en el grupo de más baja cobertura (FONASA) (Tabla N°9).

**Tabla N°9: Tendencia de la equidad del acceso según subgrupos poblacionales, 2003 – 2017**

| | Cobertura | | | Inequidad Relativa | | | Tendencia* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2003 | 2009 | 2017 | 2003 | 2009 | 2017 | Período t2 – t1** |
| **Sexo** | | | | | | | |
| Femenino | 51,34 | 24,03% | 25,20% | 1,33 | 1,59 | 2,39 | 1,06 |
| Masculino | 38,46 | 15,07% | 10,56% | Ref | | | |
| **Nivel Educacional** | | | | | | | |
| Bajo | 48,00% | 29,29% | 27,21% | Ref | | | |
| Medio | 46,70% | 17,97% | 19,03% | 0,97 | 0,61 | 0,70 | 0,27 |
| Alto | 54,28% | 23,33% | 23,20% | 1,13 | 0,80 | 0,85 | 0,02 |
| **Ingreso** | | | | | | | |
| Bajo | - | 23,24% | 27,79% | NA | Ref | | |
| Medio | - | 18,75% | 17,56% | NA | 0,80 | 0,63 | 0,17 |
| Alto | - | 25,64% | 16,66% | NA | 1,10 | 0,60 | -0,50 |
| **Seguro** | | | | | | | |
| FONASA | - | 21,45 | 22,01% | NA | Ref | | |
| ISAPRE | - | 39,02 | 29,78% | NA | 1,82 | 1,35 | -0,47 |

*Tendencia: El cambio de la inequidad relativa se calcula en base a la distancia del valor de la igualdad (1) que asume cada cifra en los tiempos de interés.

**t1: Primera medición disponible. t2: Última medición disponible (2017 para todos los indicadores)

## MAGNITUD DE LA ASOCIACIÓN ENTRE INDICADORES DE POSICIÓN SOCIAL Y ACCESO A TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN, 2009 Y 2017

En vista que el GES busca alcanzar sus objetivos de garantías explícitas (acceso, oportunidad, calidad y protección financiera) por medio de la reorganización de los sistemas de salud (recursos humanos, sistemas de derivación, diseño de guías clínicas) y la inyección de recursos financieros para costear el tratamiento en la red de prestadores, sería esperable que la magnitud de la asociación entre el ingreso económico de las personas y su acceso a tratamiento disminuyera con el tiempo, al igual que la magnitud de la asociación entre seguro de salud y acceso. En otras palabras, en caso

de que el GES como política pública cumpla su objetivo, el nivel de ingreso y el seguro de salud de las personas debiera ser menos importante para su probabilidad de acceder a los servicios que requiere.

Para responder esta pregunta se hicieron dos regresiones logísticas múltiples, cada una reiterada en los dos períodos de interés manteniendo todas las variables de ajuste. Los resultados indican que el ingreso económico (ajustado por edad, tamaño del hogar (número de personas que residen en el hogar), sexo, zona de residencia y nivel educacional) no está relacionado con la probabilidad de acceder a tratamiento con significancia estadística (IC 95%) en el 2009, y sólo lo está en 2017 comparando los grupos de ingreso medio y bajo, siendo que las personas con ingreso medio tienen menor acceso que aquellos de ingreso económico bajo.

Este análisis indica, no obstante, un cambio importante en la asociación bajo estudio. Mientras en el 2009 se observa que la probabilidad de acceder a tratamiento aumenta conforme aumenta el ingreso económico (a pesar de no tener significancia estadística), en 2017 esta relación se invierte y aquellos con mayor nivel de ingreso económico muestran tener menores probabilidades de acceder a tratamiento. La diferencia en la medida de asociación entre los años medidos no difiere con significancia estadística.

**Tabla N°10: Resultados regresión logística múltiple Ingreso y Acceso a Tratamiento 2009 – 2017**

| | 2009 | | 2017 | |
|---|---|---|---|---|
| | OR | 95% IC | OR | 95% IC |
| Ingreso | | | | |
| Medio | 0,99 | 0,62;1,63 | 0,58 | 0,35;0,95 |
| Alto | 1,40 | 0,58;3,41 | 0,48 | 0,22;1,05 |
| Tamaño del hogar | 0,91 | 0,80;1,03 | 0,94 | 0,81;1,09 |
| Edad | 1,02 | 1,01;1,04 | 1,00 | 0,99;1,02 |
| Sexo Femenino | 1,79 | 1,04;3,10 | 2,62 | 1,43;4,79 |
| Zona Rural | 1,01 | 0,56;1,82 | 0,78 | 0,42;1,47 |
| Nivel Educacional | | | | |
| Medio | 0,84 | 0,52;1,37 | 0,85 | 0,49;1,47 |
| Alto | 1,17 | 0,54;2,52 | 1,59 | 0,44;0,57 |
| Número de observaciones | 626 | | 551 | |
| Pseudo R2 | 0,0544 | | 0,0472 | |

El análisis de seguro de salud y acceso a tratamiento refleja una tendencia diferente a la de ingreso. Ajustando por ingreso, tamaño del hogar, edad, zona, nivel educacional y sexo, se observa que tanto en 2009 como en 2017 hay una relación estadísticamente significativa entre el seguro de salud

y la probabilidad de acceder a tratamiento, siendo las personas adscritas a ISAPRE quienes tienen mayores chances de recibir tratamiento. Más aún, la magnitud de la asociación va en aumento entre los años analizados, siendo que en 2017 las personas adscritas a ISAPRE tienen una chance 3 veces mayor de acceder a tratamiento que sus pares en FONASA (la diferencia en la medida de asociación entre los años medidos no difiere con significancia estadística).

**Tabla N°11: Resultados regresión logística múltiple Seguro de Salud y Acceso a Tratamiento 2009 - 2017**

| | 2009 | | 2017 | |
|---|---|---|---|---|
| | OR | 95% IC | OR | 95% IC |
| ISAPRE | 2,63 | 1,16;5,96 | 3,01 | 1,33;6,76 |
| Ingreso | | | | |
| Medio | 0,93 | 0,55;1,57 | 0,56 | 0,33;0,93 |
| Alto | 1,03 | 0,38;2,78 | 0,36 | 0,15;0,85 |
| Tamaño del hogar | 0,93 | 0,82;1,05 | 0,93 | 0,79;1,09 |
| Edad | 1,02 | 1,01;1,04 | 1,00 | 0,99;1,02 |
| Sexo Femenino | 1,60 | 0,91;2,79 | 2,52 | 1,34;4,73 |
| Zona Rural | 1,07 | 0,59;1,93 | 0,82 | 0,43;1,54 |
| Nivel Educacional | | | | |
| Medio | 0,82 | 0,50;1,36 | 0,82 | 0,46;1,44 |
| Alto | 1,04 | 0,46;2,34 | 1,59 | 0,73;3,45 |
| Número de observaciones | 587 | | 517 | |
| Pseudo R2 | 0,0546 | | 0,0591 | |

Esta diferencia se mantiene al analizar la misma relación distinguiendo por sistema de prestadores en lugar de seguro de salud. Diferenciando aquellas personas que exclusivamente se atienden en Modalidad de Atención Institucional (FONASA A) de aquellas que tienen la posibilidad de acceder tanto a la red pública como a la red de prestadores privados (FONASA B, C y D) y, por último, de aquellos que son beneficiaros exclusivamente de la red privada (ISAPRE), se observa el mismo patrón expuesto previamente. Sin existir diferencias entre los diferentes tramos de FONASA, se mantiene la mayor probabilidad de acceso a tratamiento en personas pertenecientes a la red privada en comparación con aquellas pertenecientes de forma exclusiva a la red pública (Tabla N°12).

**Tabla N°12: Resultados regresión logística múltiple Sistema de Prestadores y Acceso a Tratamiento 2009 -2017**

| | 2009 | | 2017 | |
|---|---|---|---|---|
| | OR | 95% IC | OR | 95% IC |
| FONASA A | | | | |
| FONASA B, C y D | 1,56 | 0,98;2,48 | 1,00 | 0,59;1,69 |
| ISAPRE | 3,32 | 1,35;8,14 | 3,52 | 1,38;8,97 |
| Ingreso | | | | |
| Medio | 0,90 | 0,53;1,55 | 0,54 | 0,30;0,98 |
| Alto | 1,02 | 0,36;2,81 | 0,39 | 0,15;0,98 |
| Tamaño del hogar | 0,92 | 0,81;1,05 | 0,95 | 0,81;1,13 |
| Edad | 1,02 | 1,00;1,04 | 1,00 | 0,98;1,02 |
| Sexo Femenino | 1,54 | 0,87;2,72 | 3,48 | 1,62;7,50 |
| Zona Rural | 1,15 | 0,62;2,13 | 0,75 | 0,36;1,53 |
| Nivel Educacional | | | | |
| Medio | 0,79 | 0,47;1,34 | 0,83 | 0,44;1,54 |
| Alto | 1,05 | 0,46;2,41 | 1,44 | 0,60;3,47 |
| Número de observaciones | 545 | | 441 | |
| Pseudo R2 | 0,0586 | | 0,0683 | |

## Otros Determinantes del Acceso a Tratamiento de Salud Mental en Chile

Este estudio se focaliza en los determinantes del acceso a tratamiento de salud mental acentuando aquellos que se relacionan con la estructura financiera y organizacional de los servicios de salud, además de factores demográficos de posición social de la población. Sin embargo, y en vista de los modelos de acceso a servicios de salud expuestos en el marco teórico, existen otras variables que inciden en el uso de servicios que son de nivel individual. Ante esto, luego de analizar la variación de la importancia de ciertas variables estructurales de los servicios de salud y la distribución en el acceso a servicios a la que deriva, también es relevante analizar el rol de otras variables cognitivas relacionadas al uso de servicio, en conjunto con las ya estudiadas. De este modo, una pregunta complementaria que surge de este análisis es; considerando todos los elementos relevados en el marco teórico, ¿cuáles cobran más importancia para explicar el uso de servicios de salud mental en Chile? Para responder esta pregunta se agregó un análisis adicional con la ENS 2017, que captura indicadores de tipo cognitivo en relación a la necesidad percibida, a diferencia de la necesidad evaluada por medio de instrumentos de tamizaje como el CIDI-SF.

Utilizando una metodología paso-a-paso se construyó un modelo que busca identificar los determinantes más importantes del acceso (Tabla N°13). El primer modelo incluyó todas las variables relevantes identificadas desde el marco teórico y, por un proceso Backward se eliminaron progresivamente las variables que no alcanzaban significancia estadística, hasta llegar al modelo final que sólo integra variables con significancia estadística (Villarroel, 2013). El modelo inicial incluyó todas las siguientes variables: seguro de salud, ingreso del hogar (ajustando por tamaño del hogar), nivel educacional, zona residencial, sexo, edad, percepción del estado de salud general, percepción del estado de salud mental (necesidad percibida), cantidad de síntomas depresivos (necesidad evaluada) y percepción de estrés financiero percibido.

**Tabla N°13: Resultados Modelo Backward sobre Determinantes del Acceso a Tratamiento por Depresión**

| | Modelo 1* | | Modelo 2 | | Modelo 3 | | Modelo 4 | | Modelo 5 | | Modelo 6 | | Modelo 7 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variables** | **OR** | **p** | **OR** | **p** | **OR** | **p** | **OR** | **p** | **OR** | **p** | **OR** | **p** | **OR** | **p** |
| **Ingreso** | 0,67 | 0,04 | 0,67 | 0,04 | 0,63 | 0,01 | 0,66 | 0,02 | 0,64 | 0,01 | 0,63 | <0,001 | 0,60 | <0,001 |
| Tamaño del hogar | 0,93 | 0,39 | 0,93 | 0,39 | Excluido | | Excluido | | Excluido | | Excluido | | Excluido | |
| **Seguro** | 3,62 | <0,001 | 3,62 | <0,001 | 3,83 | <0,001 | 4,09 | <0,001 | 3,93 | <0,001 | 3,87 | <0,001 | 3,82 | <0,001 |
| Nivel Educacional | 1,22 | 0,32 | 1,22 | 0,31 | 1,25 | 0,26 | Excluido | | Excluido | | Excluido | | Excluido | |
| Zona | 0,98 | 0,97 | Excluido | | Excluido | | Excluido | | Excluido | | Excluido | | Excluido | |
| **Sexo** | 2,15 | 0,01 | 2,15 | 0,01 | 2,17 | 0,01 | 2,20 | 0,01 | 2,19 | 0,01 | 2,19 | 0,01 | 2,23 | 0,01 |
| Edad | 1,00 | 0,36 | 1,00 | 0,36 | 1,01 | 0,22 | 1,00 | 0,41 | Excluido | | Excluido | | Excluido | |
| Percepción de salud | 1,18 | 0,26 | 1,18 | 0,26 | 1,18 | 0,25 | 1,15 | 0,33 | 1,18 | 0,26 | Excluido | | Excluido | |
| **Percepción de salud mental** | 1,59 | <0,001 | 1,59 | <0,001 | 1,59 | <0,001 | 1,6 | <0,001 | 1,62 | <0,001 | 1,70 | <0,001 | 1,76 | <0,001 |
| **Cantidad de síntomas depresivos** | 1,33 | 0,04 | 1,33 | 0,04 | 1,33 | 0,04 | 1,31 | 0,05 | 1,31 | 0,06 | 1,30 | 0,06 | 1,35 | 0,03 |
| Estrés financiero percibido | 1,29 | 0,08 | 1,29 | 0,08 | 1,30 | 0,08 | 1,31 | 0,07 | 1,28 | 0,09 | 1,29 | 0,08 | Excluido | |
| *Observaciones* | 517 | | 517 | | 517 | | 519 | | 519 | | 519 | | 519 | |
| *Pseudo R2* | 0,09 | | 0,09 | | 0,0891 | | 0,0855 | | 0,0843 | | 0,0818 | | 0,0763 | |

* Completo

Al finalizar el proceso paso-a-paso Backward, el modelo final incluye las siguientes variables: ingreso del hogar, seguro de salud, sexo, autopercepción del estado de salud mental y cantidad de síntomas depresivos presentes (gravedad evaluada). En vista de las otras variables presentes en el modelo, la más relevante es el seguro de salud, con una medida de asociación de 3,87 (CI 95% 1,72-8,45), indicando una chance superior de acceso para aquellos adscritos a seguros de salud privados en comparación con población FONASA. Luego, la segunda variable más importante es sexo, con una medida de asociación de 2,19 (CI 95% 1,18-4,20), indicando una chance superior de acceso para mujeres en comparación con hombres. Luego, la siguiente variable de mayor importancia es la percepción de salud mental (necesidad percibida), aumentando en un 1,7 (CI 95% 1,26-2,45) la chance de acceder a servicios de salud mental para quienes reportan percibir distrés emocional en comparación con quienes no lo reportan (a un mismo nivel de sintomatología). Por último, la cantidad de síntomas depresivos (necesidad evaluada) señala que conforme aumentan la cantidad de síntomas depresivos, la chance de acceder a servicios de salud mental aumenta 1,3 veces (CI 95% 1,02-1,79).

## DISCUSIÓN

Este estudio analizó el acceso a tratamiento por depresión en población chilena en términos de la tendencia de su distribución entre subgrupos poblacionales. Es el primer estudio en utilizar las tres ENS para hacer un análisis de medidas repetidas para estudiar la equidad en el acceso a tratamiento de depresión. Otros estudios recientes han estudiado el impacto del GES en el acceso a tratamiento por depresión, pero enfocándose en el cambio de cobertura en el tiempo y no así en la tendencia de la equidad (Araya & cols., 2018; Markkula & cols., 2017).

Este análisis cuenta con algunas limitaciones relevantes de mencionar antes de considerar sus conclusiones. La principal limitación de este estudio es el cambio de las preguntas clave en las diferentes versiones de la ENS. El cambio de la pregunta sobre el acceso a tratamiento impide hacer una comparación directa en el acceso a tratamiento entre subgrupos poblacionales en los diferentes períodos medidos y, por lo mismo, no se cuenta con mediciones equiparables previo y posterior a la política pública en estudio. Esta limitación fue afrontada utilizando métricas relativas que comparan la forma en que diferentes subgrupos poblacionales se sitúan entre sí en diferentes períodos, sin comparar en términos absolutos la evolución del acceso para cada grupo. Esto resuelve la limitación parcialmente, dado que si bien permite responder a la pregunta de investigación sobre la posición relativa entre grupos en un ámbito de interés específico (acceso) a lo largo del tiempo, el fenómeno bajo el cual se estudia esta posición relativa no es exactamente el mismo al no estar medido de la misma manera. La principal diferencia es que en la primera medición (2003) el acceso está determinado como acceso general a tratamiento con un médico (no necesariamente farmacológico) mientras que en las mediciones posteriores (2009 y 2017) se determina por el consumo actual de medicamentos, lo que implica haber consultado a un médico. De esta forma, dadas las limitaciones del instrumento (ENS) la definición de *acceso* (que es la variable dependiente de interés) cambia en los diferentes períodos de medición. Además, dado que el GES considera dentro de su canasta el acceso a medicamentos para quienes tienen depresión moderada o severa, esta es justamente la esfera del tratamiento que podría estar más sujeta a cambios en vista de la protección financiera de las garantías, en comparación con el contacto con un médico, que estaría similarmente disponible previo a la incorporación del GES para población general desde la Atención Primaria de Salud. De este modo, es posible que este estudio subvalore los cambios en el patrón de uso de servicios de salud al no contar con la misma métrica en todos los períodos de medición, posiblemente induciendo a un sesgo hacia la hipótesis nula, minimizando

el aumento de acceso (definido como acceso a tratamiento farmacológico) para la población con menos recursos financieros para acceder vía gasto de bolsillo previo al GES.

Otra limitación importante del estudio son los períodos de tiempo que abarcan las preguntas con las cuales se construye la variable *acceso* (presencia de depresión, y autoreporte de consulta con médico o tratamiento farmacológico actual). El instrumento de tamizaje CIDI-SF captura síntomas de depresión presentes durante al menos dos semanas en los últimos 12 meses. Mientras la pregunta de acceso en la ENS 2003 se especifica en ese mismo período, en la ENS 2009 y 2017 la pregunta específica es sobre consumo actual de medicamentos en las últimas dos semanas. Es plausible entonces, que haya sujetos clasificados como en necesidad de tratamiento por la presencia de síntomas depresivos durante el último año pero que ya no tengan dicha sintomatología presente, por lo cual la ausencia de consumo de medicamentos en las últimas dos semanas no constituiría una brecha de tratamiento. Si bien este error de clasificación es plausible de ocurrir, no es lo más probable dado que el tratamiento farmacológico por depresión se indica que debe mantenerse por un período de seis a doce meses luego de la remisión de síntomas (MINSAL, 2013). Al ser un tratamiento de largo plazo es entonces también altamente probable que quien refirió síntomas depresivos hace seis meses o más, continúe en tratamiento farmacológico según indicación médica. Además, este error de clasificación es aleatorio dentro de la muestra, siendo igualmente probable de ocurrir en todos los grupos de estudio, por lo cual es un error que no induciría a un sesgo. Otra limitación de este estudio se relación con el instrumento de tamizaje CIDI-SF es que no determina la presencia de un cuadro clínico de depresión, sino que la presencia de síntomas depresivos sugerentes de un cuadro clínico de depresión. Este es otro posible error de clasificación en tanto se atribuye brecha de tratamiento de depresión a todos quienes comparten cierta sintomatología, pero no todos ellos tendrán en efecto el cuadro clínico que requiere tratamiento farmacológico según aquí definido. Sin embargo, este es también un error de clasificación aleatorio por lo cual no induciría a sesgo. Por último, otra limitación del estudio es el análisis de la variable Ingreso económico, que arroja resultados inconsistentes en las diferentes estimaciones del estudio. Es probable que esto ocurra debido a que es la única variable incluida en el análisis que no es una variable propia del individuo, sino que se refiere a un valor agregado al ingreso del hogar. Esto tiene dos implicancias; por un lado, el ingreso del hogar no necesariamente se relaciona con capacidad adquisitiva del individuo, aún cuando se ajuste por tamaño del hogar (cantidad de personas que viven en el hogar). Además, también es probable que, si quien responde la encuesta no es el principal proveedor/a financiera del hogar, no conozca con precisión el tramo de ingreso

al que pertenece, incurriendo así en un error de clasificación. Considerando que desde la fuente de datos no se puede esclarecer la capacidad adquisitiva individual ni la precisión de las respuestas, tampoco es posible analizar en qué dirección podría (o no) inducir a sesgo este error de clasificación, dado que no se puede distinguir si es un error diferencial entre grupos. En vista de esta incerteza y las precauciones éticas referidas en dicha sección, las principales conclusiones de este estudio no consideran la variable ingreso.

Este estudio contribuye a la literatura en cuanto es el primero en usar las tres ENS para hacer una serie de medidas repetidas a nivel poblacional sobre la equidad en el acceso a tratamiento de depresión. Dado que las encuestas nacionales de salud que se han realizado no fueron diseñadas con el objetivo de estudio de este proyecto, surgen las limitaciones manifestadas recientemente. No obstante, esta investigación ofrece contribuciones metodológicas como el uso de medidas relativas para hacer comparaciones temporales ante la ausencia de métricas comparables. Con el uso de la inequidad relativa como medida (razón de prevalencias) se puede rescatar la información de la ENS para el estudio de la tendencia de la equidad, que es en sí mismo un concepto definido en términos relativos. Sin embargo, dado que el uso de medidas relativas sigue estando sujeto a limitaciones, este estudio apunta a la necesidad de estandarizar las preguntas de la ENS al menos en aquellas referidas a políticas públicas de impacto nacional. En concreto, se sugiere que futuras versiones de la ENS mantengan iguales las preguntas sobre ítems relacionados a políticas públicas de salud para permitir su evaluación en el tiempo. En caso de que surjan preguntas mejor diseñadas para la implementación de futuras ENS, se sugiere que se incorporen estas nuevas alternativas pero que se mantengan las preguntas previas dado que son las que permiten una perspectiva de largo plazo.

Siendo la pregunta de este estudio la tendencia de la equidad en el acceso a tratamiento por depresión y sus determinantes, la primera hipótesis plantea que, desde 2003 a 2017, la inequidad en el acceso a tratamiento de depresión entre grupos poblacionales según indicadores de posición social ha disminuido. Los resultados señalan que la inequidad entre grupos definidos según indicadores de posición social ha cambiado entre 2003, 2009 y 2017, en algunos casos en aumento y en otros en diminución. Es importante destacar, antes de precisar el cambio en la inequidad según cada indicador estudiado, que el aumento o disminución de la inequidad no refleja una distribución de salud poblacional favorable o desfavorable en sí misma, sino que depende del cambio que genera el aumento o disminución de la inequidad. Con el transcurso del tiempo, la inequidad entre dos

grupos ante una determinada variable de salud puede disminuir por dos motivos principales; 1) el grupo que presentaba mayor acceso (u otra variable de salud) puede empeorar su indicador acercándose al grupo que en un inicio se encontraba en una situación más desfavorable en términos de salud; o 2) en una dirección inversa, el grupo con peor acceso puede aumentarlo acercándose al grupo con más ventaja en el inicio del período medido. Estas dos fluctuaciones (o una combinación de ambas) llevan al mismo resultado en términos cuantitativos sobre la equidad, resultando en una situación más equitativa que la inicial. Sin embargo, es claro que ambas situaciones no son iguales en términos cualitativos con respecto a lo que señalan del estado de salud poblacional, siendo que primera alternativa indica a una peor situación de salud mientras la segunda a una mejor situación de salud. De esta manera podríamos definir cuatro categorías (Figura N°5):

1) **AUMENTO DE INEQUIDAD PRÓSPERA**: Situación en que hay una mejoría en el estado de salud en el grupo con una mejor situación de salud en la primera medición y una mantención en el estado de salud en el grupo con peor situación de salud inicial.

2) **AUMENTO DE INEQUIDAD ADVERSA**: Situación en que se mantiene la condición de salud en el grupo con una mejor situación de salud en la primera medición y un empeoramiento en la condición de salud en el grupo con peor situación de salud inicial.

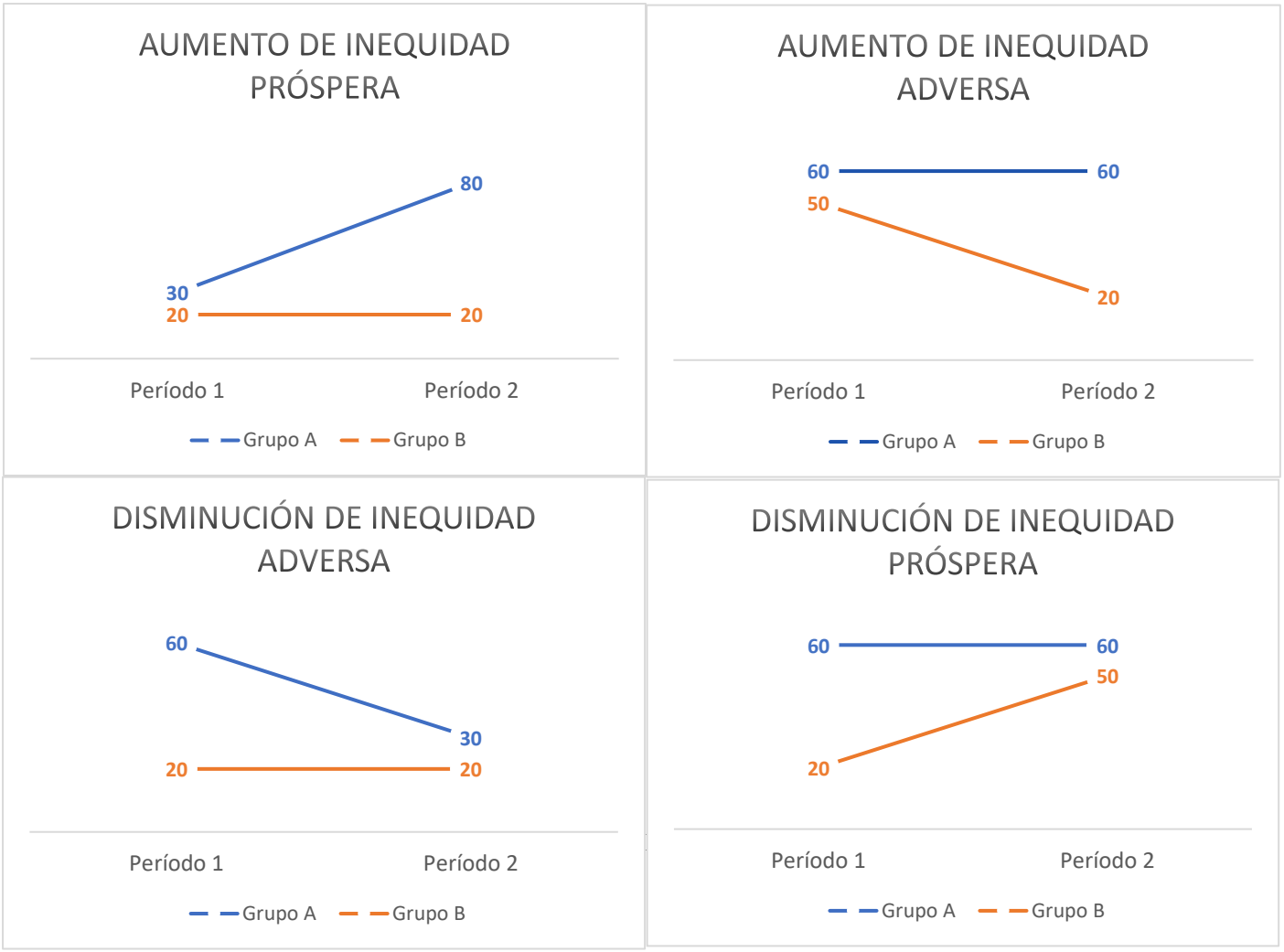
3) **DISMINUCIÓN DE INEQUIDAD ADVERSA**: Situación en que hay un empeoramiento en la condición de salud en el grupo con una mejor situación de salud inicial y una mantención de la condición de salud en el grupo con peor situación de salud al inicio.

4) **DISMINUCIÓN DE INEQUIDAD PRÓSPERA**: Situación en que hay una mantención de la condición de salud en el grupo en mejor situación de salud inicial y una mejoría en la condición de salud en el grupo con peor situación de salud al inicio.

Con estas categorías en mente se puede observar que las inequidades de acceso según sexo están en aumento durante el período de estudio, siempre reflejando un mayor acceso en mujeres. Además, entre 2009 y 2017, los años en que se puede comparar el acceso en términos absolutos, se observa un aumento de inequidad que se podría categorizar como adversa y favorable, dado que responde a la diminución de cobertura de tratamiento en hombres (grupo en situación desfavorable desde el inicio del tiempo analizado en 2009) y también al aumento de cobertura en mujeres desde la misma fecha.

Al inicio del período de medición, las personas con nivel educacional alto tenían una mejor cobertura que aquellas de nivel educacional bajo y medio. Hacia el cierre del período, esta situación se invirtió siendo que las personas con nivel educacional bajo tienen una mejor cobertura que las personas con nivel educacional alto y medio. Entre los años 2009 y 2017 (que son aquellos en que se puede adicionar la comparación absoluta de la cobertura) se observa que en comparación con las personas de nivel educacional bajo (que señalan una mayor cobertura en 2009), las personas con nivel educacional medio aumentan levemente su acceso mientras que el grupo recién mencionado lo disminuye levemente. Las personas de nivel educacional alto por su parte mantienen el mismo nivel de acceso. Tomando en consideración esta fluctuación, la inequidad disminuye en ambas comparaciones, pero por un detrimento en la condición de salud del grupo con un mejor indicador al inicio del período, por lo cual es una disminución de la inequidad adversa en un caso (en comparación con el grupo de nivel educacional alto) y tanto adversa como favorable en la comparación entre grupos según nivel educacional bajo y medio.

**Figura N°5: Direcciones posibles que explican el aumento o disminución de la equidad[1].**



En el caso de acceso según nivel de ingreso también se ve un aumento de la inequidad tanto favorable como desfavorable. Mientras al inicio del período los tres tramos de ingreso tenían una cobertura similar, al cierre del período las personas con nivel de ingreso bajo tienen una prevalencia de acceso 11,13 puntos porcentuales mayor que aquellas personas con ingreso económico alto. Este cambio se dio por el aumento de la cobertura en el grupo de ingreso bajo y la disminución de acceso en aquellos de ingreso medio y alto.

Por último, mientras la inequidad de acceso según seguro de salud disminuye entre períodos, esta diminución se da por la importante reducción de acceso de las personas en ISAPRE (-9,24%) y la mantención de la cobertura de las personas en FONASA. Es por esto que esta variación de inequidad se considera una disminución de inequidad desfavorable.

Adicionalmente, los resultados de este estudio señalan que ningún subgrupo poblacional ha aumentado su cobertura en el tiempo (entre 2009 y 2017 con significancia estadística) y podría decirse entonces que no ha habido beneficios de la implementación del plan GES en este período ni en términos de equidad del acceso ni en términos absolutos de aumento de cobertura específica.

Junto con la tendencia de la inequidad en términos descriptivos, este estudio hipotetizó que, en vista de la profundización del plan GES, el efecto de ingreso, y el efecto del seguro de salud, sobre el acceso a tratamiento de depresión, disminuiría entre 2009 a 2017 (ajustando por otras variables de posición social). Los resultados de los análisis multivariados indican que la magnitud de la asociación entre seguro de salud y acceso a tratamiento se acentúa en favor de las personas adscritas a ISAPRE, lo cual mantiene la inequidad observada en el período inicial de medición. Esto apunta en dirección opuesta a la hipótesis del estudio y en dirección opuesta al objetivo de Salud Pública del plan GES. Por su parte, la relación entre ingreso económico y acceso a tratamiento se invierte, de modo que a fin de período las personas con mayor ingreso parecieran tener menor acceso a tratamiento, en particular, entre personas con nivel de ingreso medio en comparación con personas de ingresos bajos (aunque sin significancia estadística en el grupo de ingresos alto en comparación con el grupo de ingreso bajo).

El modelo completo sobre los determinantes del acceso a tratamiento durante 2017 (año para el cual hay más variables disponibles) confirma la estrecha relación entre seguro de salud y acceso a tratamiento, siendo que en vista de todas las otras variables identificadas en el marco teórico como

relevantes en su determinación del acceso, el seguro de salud es la más relevante (OR 3,86, p<0,001). Se confirma asimismo la relevancia del género en su determinación del acceso a tratamiento (OR 2,23, p<0,01). Dentro de las variables cognitivas, destaca la importancia de la percepción del estado de salud mental, siendo que, manteniendo las otras variables constantes, quienes perciben tener dificultades de salud mental tienen más chances de acceder a tratamiento (OR 1,76, p<0,001). Similarmente, la gravedad del cuadro según cantidad de síntomas depresivos también aumenta la chance de acceso a tratamiento (OR 1,35, p<0,05). Estos resultados señalan que, mientras los elementos estructurales de los sistemas de salud (financiamiento y organización) siguen siendo en Chile un determinante esencial del acceso a tratamiento de salud mental, no son el único determinante relevante y, por ende, no pueden ser el único foco de la intervención para aumentar el acceso y disminuir su inequidad. El elemento que más destaca es la percepción de la necesidad tal como señalan los modelos de Creencias en Salud (Henshaw, E., & Freedman-Doan, R., 2009) y el modelo Socioconductual (Aday & Andersen, 1981). Consonante con la literatura, estos resultados muestran que la variable demográfica que se relaciona mayormente a lo anterior es sexo, siendo que las mujeres tienen mayor acceso a tratamiento que sus pares hombres y son más proclives a percibir dificultades de salud mental ante la presencia de sintomatología. En la muestra de este estudio en que todos tienen 6 síntomas de depresión o más, las mujeres tienen una chance 1,82 veces mayor que los hombres de reportar estar moderadamente o muy deprimidas/angustiadas. Si bien la esfera cognitiva de la percepción de necesidad de tratamiento de salud escapa de las estrategias y objetivos del GES, para que su objetivo último de alcanzar equidad en el acceso a tratamiento, la inequidad por género debe ser abordada por algún otro mecanismo complementario.

Estos resultados son concordantes con declaraciones de la OMS (Baker, P., & cols., 2014) que destaca la brecha de género que desfavorece a los hombres. El estudio mundial de la Carga de Enfermedad (Lozano, R., & cols., 2010) señala que desde el año 1970 al 2010, la expectativa de vida al nacer en mujeres aumentó desde 61,2 a 73,3 años, mientras que en hombres esta misma cifra aumentó desde 56,4 a 67,5. La brecha en expectativa de vida aumentó en este período entre hombres y mujeres para la desventaja de los hombres. Según la revisión de la comisión de determinantes sociales de la salud liderada por Michael Marmot (Baker, P., & cols., 2014), una de las razones detrás de esta brecha es que los hombres son menos proclives a consultar al médico ante problemas de salud y, que, al hacerlo son menos proclives a reportar sus síntomas al médico tratante. Esta brecha por género está invisibilizada en las políticas públicas de salud, dado quienes

diseñan políticas públicas tienden a asumir que los enfoques de género y salud se tratan principalmente sobre la salud de las mujeres y no así de ambos sexos. Los únicos países a la fecha que han diseñado programas para disminuir la inequidad por sexo considerando la brecha desfavorable a los hombres son Australia, Brazil e Irlanda (OMS, 2014). Como intervención, OMS sugiere tres espacios y tres intervenciones clave. Los espacios estratégicos son; 1) escuelas; 2) lugares de trabajo y; 3) hombres en situación de marginalidad (privados de libertad, hombres que tienen sexo con hombres). Las estrategias a implementar serían; 1) pesquisa activa; 2) intervención de pares, y; 3) transformación de patrones de género ((Baker, P., & cols., 2014).

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio señalan que ningún subgrupo poblacional ha aumentado con significancia estadística su cobertura en el tiempo (entre 2009 y 2017), por lo cual podría decirse que, durante este período específico, ninguno se ha visto beneficiado por la implementación del plan GES. No obstante, esto no implica que el plan GES no contribuya a la cobertura de tratamiento, dado que esta comparación absoluta no puede hacerse entre los períodos previo y posterior a su implementación, sino que sólo durante su implementación continua en la organización de sistemas de salud y el sistema de financiamiento de esta prestación en particular.

La inequidad observada en el acceso según subgrupos poblacionales definidos por sexo, nivel educacional, ingreso y seguro de salud tiene variaciones en el tiempo. El aumento o disminución de la inequidad no necesariamente demuestra una mejoría o empeoramiento en el acceso a tratamiento, dado que hay inequidades que disminuyen dado el detrimento en el acceso en los grupos poblacionales que tenían un mejor acceso inicialmente y la mantención de aquellos con peor acceso en un inicio.

Los resultados concluyentes que ofrece este estudio son en relación con las inequidades por seguro de salud y sexo. La inequidad en el acceso a tratamiento se mantiene en el tiempo a pesar de las garantías del plan GES. Si bien la inequidad por seguro de salud disminuye en el tiempo, lo hace en vista de la disminución del acceso en población adscrita a ISAPRE y la mantención del acceso de población adscrita en FONASA. En términos de probabilidad, la probabilidad de acceder a tratamiento sigue siendo mayor para personas adscritas a ISAPRE en comparación con las personas adscritas a FONASA. Esto es relevante en tanto el mecanismo de intervención del GES considera la protección financiera y la reorganización de sistemas de salud para proveer un acceso equitativo a tratamiento a la población.

Otra inequidad en aumento desde la implementación del plan GES es la inequidad en acceso según sexo. Si bien el plan GES no incluye mecanismos para facilitar el acceso a tratamiento según sexo, este es un elemento importante para considerar por el sector salud dado que no hay políticas públicas orientadas a revertir el menor acceso que reportan los hombres en comparación con mujeres a tratamiento y, son los hombres quienes presentan una mayor probabilidad de morir por suicidio (MINSAL, 2017). Se requiere acoger intervenciones con enfoque de género que consideren la brecha de tratamiento de hombres en su acceso a tratamiento de depresión.

Además de los determinantes de acceso referidos a las características estructurales de los servicios de salud, la percepción del estado de salud mental de las personas incide en su acceso a tratamiento, al condicionar la conducta de búsqueda de servicios. Los resultados de este estudio sugieren que este componente cognitivo está a su vez determinado por el género, siendo que los hombres son menos proclives a percibir un mal estado de salud mental en comparación con las mujeres en presencia de la misma sintomatología. Se requieren futuros estudios para un análisis en mayor profundidad de este fenómeno e identificar posibles acciones desde el sector salud para subsanar esta barrera de acceso.

Las medidas del plan GES para aumentar la equidad en el acceso a tratamiento de depresión no han cumplido su objetivo. Se requieren futuros estudios en esta línea para distinguir si esto se debe a que la implementación del plan GES no se ha realizado según lo planificado, o si el plan GES sí se ha implementado de acuerdo con lo planeado pero la protección financiera y la reorganización de servicios de salud no son condiciones suficientes para alcanzar una mayor equidad en el acceso a tratamiento. Una posible futura línea de investigación en la materia es reiterar este estudio en otras patologías cubiertas por el GES, para así ver si este patrón se repite en otras condiciones de salud o si es particular a la canasta de depresión.

## REFERENCIAS


Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, *9*(3), 208.

Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1981). Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Medical care, 4-27.

Araya, R., Zitko, P., & Markkula, N. (2018). The impact of universal health care programmes on improving 'realized access' to care for depression in Chile. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 45(5), 790-799.

Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S., & Wiseman, V. (2016). Equity in health care financing in low-and middle-income countries: a systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. PloS one, 11(4), e0152866.

Asociación Americana de Psiquiatría. 'What is depression?'. Disponible en: https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., & Peters, T. J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. The Lancet, 361(9362), 995-1000.

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Frank, R., & Lewis, G. (2006). Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. American journal of public health, 96(1), 109-113.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). DIagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) Washington, DC.

Baker, P., Dworkin, S. L., Tong, S., Banks, I., Shand, T., & Yamey, G. (2014). The men? s health gap: men must be included in the global health equity agenda. Bulletin of the World Health Organization, 92, 618-620.

Buck, G., Coughlin, S. S., Snider Jr, D. E., Soskolne, C. L., & Weed, D. L. (2000). American College of Epidemiology ethics guidelines. Annals of Epidemiology, 10(8), 487-497.

Butler, J. (1986). Sex and Gender in Simone de Beauvoir's Second Sex. Yale French Studies, (72), 35-49. doi:10.2307/2930225

Calderon, J., & Rojas, G. (2016). Integration of mental health into primary care: a Chilean perspective on a global challenge. BJPsych International, 13(1), 20

Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. Journal of adolescent health, 38(6), 754-e1.

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry, 3(5), 415-424.

Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. Challenging inequities in health: From ethics to action, 1, 12-23.

Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. Health policy and planning, 19(2), 69-79.

Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. Bulletin of the World Health Organization, 91(8), 546-546A.

Fondo Nacional de Salud. (2015). Conoce las 80 patologías que están incluidas en el AUGE. http://auge.fonasa.cl/patologias.html

Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J. S., & Harper, S. (2013). Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. Health policy and planning, 29(6), 717-731.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, DA, Lynch, JW, y Smith, GD (2006). Indicadores de posición socioeconómica (parte 1). Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria, 60 (1), 7-12.

Gong, C. H., Kendig, H., & He, X. (2016). Factors predicting health services use among older people in China: An analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. BMC health services research, 16(1), 63.

Greenland, S., & Pearce, N. (2015). Statistical foundations for model-based adjustments. Annual review of public health, 36, 89-108.

Henshaw, Erin & Freedman-Doan, C. (2009). Conceptualizing Mental Health Care Utilization Using the Health Belief Model. Clinical Psychology: Science and Practice. 16. 420 - 439. 10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x.

Lenz, R. (2007). Proceso Político de la reforma auge de salud en chile: algunas lecciones Para américa latina una mirada desde la economía Política. Santiago de Chile: CiEPLAN, 2007.

León Correa, F. (2006). Investigación en salud. Dimensión ética. Acta bioethica, 12(2), 257-258.

Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., ... & AlMazroa, M. A. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The lancet, 380(9859), 2095-2128.

Markkula, N., Zitko, P., Peña, S., Margozzini, P., & Retamal, P. (2017). Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 52(4), 399-409.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet, 372(9650), 1661-1669.

Ministerio de Desarrollo Social, Chile. (2015). Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN).

Ministerio de Salud, Chile. (2013). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2003.

Ministerio de Salud, Chile. (2006). Segundo Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Transcripción del Decreto Supremo N°228 de 2005.

Ministerio de Salud, Chile. (2007). Estudio de carga enfermedad y carga atribuible.

Ministerio de Salud, Chile. (2009). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010

Ministerio de Salud, Chile. (2011). Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivo Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en línea en: http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf.

Ministerio de Salud, Chile. (2013). Guía clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más. Serie guías clínicas MINSAL, 2013.

Ministerio de Salud, Chile. (2016). Plan Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivo Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en línea en: https://drive.google.com/file/d/0B1ggoEHGj9gaSWRweHI0andPMnM/view.

Ministerio de Salud, Chile. (2017). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2016-2017.

Ministerio de Salud, Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2020.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Undécima Versión CIE-10. Disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f613065957.

Organización de Naciones Unidas (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/.

Organización de Naciones Unidas (2019). *Gender statistics manual; integrating a gender perspective into statistics.* Disponible en: https://unstats.un.org/unsd/genderstatmanual/Glossary.ashx.

Parker, S. W., & Wong, R. (1997). Household income and health care expenditures in Mexico. Health Policy, 40(3), 237-255.

PÚBLICA, T. D. L. A. La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro.

Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. International journal of epidemiology, 30(3), 427-432.

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatric Clinics, 35(1), 51-71.

Savedoff, W. D., de Ferranti, D., Smith, A. L., & Fan, V. (2012). Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet, 380(9845), 924-932.

Sims, J. M. (2010). A brief review of the Belmont report. *Dimensions of critical care nursing*, *29*(4), 173-174

Smith, G. D., Hart, C., Hole, D., MacKinnon, P., Gillis, C., Watt, G., ... & Hawthorne, V. (1998). Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk?. Journal of Epidemiology & Community Health, 52(3), 153-160.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.

Sørensen, A. (1994). Women's economic risk and the economic position of single mothers. European Sociological Review, 10(2), 173-188.

Steele, L. S., Dewa, C. S., Lin, E., & Lee, K. L. (2007). Education level, income level and mental health services use in Canada: associations and policy implications. Healthcare Policy, 3(1), 96.

Superintendencia de Salud, Chile. (2016a). Documentos y estadísticas; Casos GES acumulados a Septiembre de 2016. Disponible en línea: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonDocumentos.

Superintendencia de Salud, Chile. (2016b). Preguntas Frecuentes - ¿Cómo se clasifican los beneficiarios de FONASA según su tramo? Disponible en línea: http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-6304.html.

Villarroel, L. (2013). Métodos Bioestadísticos. Santiago, Chile: Ediciones UC.

Valdivieso, V., & Montero, J. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. Revista médica de Chile, 138(8), 1040-1046.

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. The Lancet, 370(9590), 841-850.

Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2006). Conceptos y principios para abordar las inequidades sociales en salud: subir el nivel Parte 1. Organización Mundial de la Salud: estudios sobre los determinantes sociales y económicos de la salud de la población, 2.

World Health Organization. (2002). Gender and mental health.

World Health Organization. (2010). World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage. World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage.

## ANEXO 1: ANÁLISIS DE DATOS PERDIDOS

Los datos perdidos y sus implicancias en los resultados se analizan según variable y fuente de información dado que la cantidad de datos perdidos es diferente en cada ítem. La ENS 2003 no tiene ningún dato perdido en ninguna de las variables de interés, mientras la ENS 2009 y 2017 tienen datos perdidos en las variables Nivel Educacional, Ingreso y Seguro (Tabla N°14). Los datos perdidos sobre Nivel Educacional en las ENS 2009 y 2017 es menor, correspondiente a un 0,30% y 0,31% de la muestra respectivamente. Los datos perdidos sobre Ingreso son mayores, con un 2,78% y un 11,62% de la muestra perdida en 2009 y 2017 respectivamente. Por último, la información perdida sobre Seguro de Salud en ambas bases es similar, con un 6,34% de la muestra perdida en 2009 y un 6,84% de la muestra perdida en 2017.

**Tabla N°14: Valores perdidos según variable y fuente de información.**

| | 2003 | 2009 | 2017 |
|---|---|---|---|
| **N muestra filtrada*** | **352** | **646** | **628** |
| **Edad** | 0 | 0 | 0 |
| **Zona** | 0 | 0 | 0 |
| **Sexo** | 0 | 0 | 0 |
| **Nivel Educacional** | 0 | 2<br>0,30% | 2<br>0,31% |
| **Ingreso** | NA | 18<br>2,78% | 73<br>11,62 |
| **Seguro de Salud** | NA | 41<br>6,34% | 43<br>6,84% |
| **Acceso** | 0 | 0 | 2<br>0,31% |

Para el caso de las muestras provenientes de las ENS 2009 y 2017 en que sí hay valores perdidos, las Tablas N°15 y N°16 detallan la caracterización de la muestra comparando la muestra general (sin considerar sujetos con valores perdidos en algún ítem) y la de la muestra que sí tiene valores completos en las variables Seguro e Ingreso, que son las que presentan un mayor porcentaje de valores perdidos. Este análisis comparado señala que, dentro de cada muestra, las otras variables de interés distribuyen casi de modo idéntico. Las mayores diferencias se observan en:

1. Encuesta Nacional de Salud 2009
    a. Seguro de Salud: La muestra con información completa de ingreso tiene una mayor representación de población adscrita a FONASA, por un estrecho margen de 0,83%.

b. Ingreso: Con una representación mayor de personas de ingreso bajo en la muestra que tiene información completa sobre seguro, en comparación con muestra general, con un margen de 0,74%.

2. Encuesta Nacional de Salud 2017
    a. Edad: Con una media de edad levemente superior en la muestra con información completa sobre ingreso, en comparación con la muestra general, con un estrecho margen de 0,77 años.
    b. Sexo: Con una representación mayor de mujeres en la muestra con información completa sobre seguro, en comparación con muestra general, con un estrecho margen de 1,73%, y con menor representación de mujeres en la muestra con información completa sobre ingreso, con un estrecho margen de 0,13%.
    c. Nivel Educacional: Con una representación menor de personas con nivel educacional alto en las muestras con información completa sobre seguro e ingreso, con un margen de 0,23% y 2,05% respectivamente.
    d. Seguro de Salud: La muestra con información completa de ingreso tiene una mayor representación de población adscrita a FONASA, por un estrecho margen de 0,54%.

**Tabla N°15: Caracterización de la muestra general y de la muestra con valores perdidos, 2009.**

| | | **Con información sobre Seguro** | **Con información sobre Ingreso** | **Muestra general** |
|---|---|---|---|---|
| | | N=605 | N=628 | N=646 |
| **Edad** | | µ46,33 | µ46,28 | µ46,17 |
| | | SD 16,17 | SD 16,11 | SD 16,12 |
| **Sexo** | Femenino | 80,99% | 80,10% | 80,50% |
| **Nivel Educacional** | Bajo | 31,62% | 31,31% | 30,75% |
| | Medio | 54,64% | 54,79% | 55,28% |
| | Alto | 13,74% | 13,90% | 13,98% |
| **Ingreso** | Bajo | 66,50% | | 65,76 |
| | Medio | 28,06% | | 28,03 |
| | Alto | 5,44% | | 6,21 |
| **Seguro de Salud** | FONASA | | 94,05% | 93,22% |

**Tabla N°16: Caracterización de la muestra general y de la muestra con valores perdidos, 2017.**

| | | Con información sobre Seguro | Con información sobre Ingreso | Muestra general |
|---|---|---|---|---|
| | | N=585 | N=555 | N=628 |
| **Edad** | | µ47,76 | µ48,42 | µ47,65 |
| | | SD16,69 | SD16,62 | SD16,77 |
| **Sexo** | Femenino | 78,80% | 76,94% | 77,07 |
| **Nivel Educacional** | Bajo | 24,01% | 24,77% | 23,64 |
| | Medio | 56,09% | 57,14% | 56,23 |
| | Alto | 19,90% | 18,08% | 20,13 |
| **Ingreso** | Bajo | 46,64% | | 46,67 |
| | Medio | 40,31% | | 40,18 |
| | Alto | 13,05% | | 13,15 |
| **Seguro de Salud** | FONASA | | 92,51% | 91,97 |

Siendo marginal la diferencia de caracterización entre muestras con y sin datos completos (tanto por seguro como ingreso) se concluye que es improbable que alteren los resultados de los análisis de este estudio.