

# ESPACIO SOCIOSANITARIO DEL ADULTO MAYOR: MIRADAS DESDE LA SALUD PÚBLICA

SOCIO - SANITARY SPACE OF ELDERLY: VIEWS FROM PUBLIC HEALTH

DR. SERGIO SÁNCHEZ B. (1)

1. PROFESOR AGREGADO ESCUELA DE SALUD PÚBLICA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email: sergiosanchezb@gmail.com

## RESUMEN

*Se presenta una revisión de diferentes asuntos conceptuales y prácticos en relación al espacio sociosanitario como oportunidad para observar lo social desde diversas ópticas que contribuyan al mejor entendimiento de su influencia en la determinación de lo mórbido a nivel colectivo en nuestros adultos mayores. Se presentan y discuten diferentes aproximaciones al tema. Aportes desde la demografía, sociología y antropología son entregados. Se revisa el sistema de protección social vigente en Chile a la fecha.*

*Palabras clave: Transición demográfica, protección social, gasto en salud.*

## SUMMARY

*A review of different practical affairs and conceptual frameworks is presented, related to the social-sanitarian space, taked as opportunity to see it from many different views. We attempt to get better understood about its influence in the morbid determination for elderly people in a collective level. Different views are presented and discussed. From demography, sociology and anthropology inputs are given. The actual Chilean social system of protection is reviewed.*

*Key words: Demographic transition, social security, health expenditure.*

## EL TIEMPO Y EL ESPACIO

Para discutir acerca del espacio sociosanitario chileno y sus relaciones con el nivel de salud de los adultos mayores, me gustaría reflexionar

respecto al espacio y al tiempo, como articuladores de política, así como señalar hechos concretos que permitan situarse en un mismo lugar del que hablamos.

Una acepción de espacio hace referencia a un lugar, un sitio enmarcado en una geografía en el que vivir. Está emparentado de alguna manera con entorno, que a su vez refiere al medioambiente o la naturaleza que actúa como soporte de nuestras sociedades. Esta conceptualización tiende a *naturalizar* en la política tanto el enfoque como las definiciones acerca del espacio y sus consecuencias, pues es un lugar físicamente reconocible y por tanto materialmente modificable. Este enfoque tiene como efecto añadido implícito una suerte de invisibilidad de lo *social*, que tiende a ser naturalizado como política, historia o ciencias sociales. Un ejemplo sería la mirada de nuestra institucionalidad sanitaria, específicamente en las SEREMI de salud, que cuentan con un *Departamento de acción sanitaria*, que está encargado de velar por el buen estado del medio ambiente, fiscalizando fuentes de contaminación en las jurisdicciones de su incumbencia. Esto porque la autoridad sanitaria tiene como función, entre otras: *"Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella..."* (1), fiel reflejo del derecho constitucional a habitar un medio ambiente libre de alguna contaminación. Como es natural, esta mirada, como se puede ya adivinar, decanta sistemáticamente en cuanto a disciplina científica en los apelativos positivistas, naturales, cuantificables y reproducibles. Se trata de un enfoque del tipo naturalista de los fenómenos de salud –medioambiente.

Otra mirada acerca del espacio sociosanitario tiene como eje el tiempo en su dimensión histórica, entendido como fenómeno social. Es la mirada que adopta en su análisis la raigambre histórica del momento social en que sitúa su mirada antes que el entorno físico en sí mismo.

Un ejemplo de esta otra mirada, tiene su principal voz institucional en la Comisión de los Determinantes Sociales (CDS) de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>. Para esta CDS, *"El lugar donde viven las personas incide en su salud y en sus posibilidades de tener una vida próspera. Para lograr la equidad sanitaria, es esencial que las comunidades y los barrios tengan acceso a bienes básicos, gocen de cohesión social, hayan sido concebidos para promover el bienestar físico y psicológico, y protejan el medio ambiente"* (2). Conceptos como equidad y cohesión social provienen de las ciencias sociales e inician una discusión acerca de lo que se comprende como inequitativo en nuestra sociedad, como una diferencia injusta, evitable e innecesaria. Esta mirada profundiza en su análisis y establece metas políticas allende lo cuantificable y lo experimental. Ya está dicho que su raigambre se ancla en la historia y la sociología, siendo un referente teórico de la mentada comisión, el alemán Max Weber (1864-1920), pensador de los siglos XIX - XX sus planteamientos acerca de las clases sociales y las posiciones relativas de estas al interior de una sociedad: *"Entendemos por situación de clase" el conjunto de las probabilidades típicas: 1. De provisión de bienes, 2. De posición externa, 3. De destino personal, que derivan, dentro de un determinado orden económico, de la magnitud y naturaleza de poder de disposición (o de la carencia de él) sobre bienes y servicios y de las maneras de su aplicabilidad para la obtención de rentas o ingresos"* (3). Esta mirada adopta el eje tiempo como esencia del resultado del momento presente, relacionando pasado, presente y futuro de manera inextricable y materialmente demostrable. Es la forma que decanta en los análisis sociológicos vinculados a teóricos de la escuela de Frankfurt.

Demás está mencionar que para algunos sencillamente la sociedad es parte del medio ambiente, y para estos mismos se constituye en el principal factor explicativo del nivel de salud de una población. Ya Rudolph Virchow, médico y político alemán de finales del siglo XIX exclamaba: *"Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft" (la medicina es una ciencia social) y "Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion"* (4, 5) (*Los médicos son los abogados naturales de los pobres, y la cuestión social en gran medida es de su jurisdicción*), en una alusión no casual del creador de la teoría celular a las relaciones sociales del nivel de salud de la población. Asimismo existen quienes realizan la distinción entre medio ambiente natural y sociedad en la que la situación medioambiental aparece como un epifenómeno de la organización social que una población se ha dado.

Espacio sociosanitario, en este contexto, se vincula más a esta definición, que aparece enriquecida por las posibilidades de las ciencias sociales, más confiables y precisas cuando se trata de acotar fenómenos que involucran subjetividades, como la atención de salud y el nivel de salud de una población.

No por antecedencia histórica sino por conveniencia política (quizás para algunos sea gobernabilidad, producción industrial o seguridad interior) es que el énfasis en el diseño ha sido puesto en aquellas políticas que tienden a naturalizar la interacción de las personas y su medioambiente, muy inserta en la episteme del progreso científico positivista del siglo XIX y sus bondades a escala industrial v.g industria farmacéutica, en vez de la aproximación social, que seguro es, perturba en el universo simbólico de administradores del Estado, consorcios industriales y otras megaorganizaciones transnacionales el orden social establecido v.g revolución mexicana.

## TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN CHILE Y LA POLÍTICA SANITARIA

Por otra parte, debemos señalar un hecho concreto, que se desarrolla en un espacio y un tiempo definido: en el Chile actual la población ha envejecido. En efecto, Chile es un país que se encuentra en transición demográfica avanzada, pues sus indicadores de mortalidad general (TMG), de 5,3/1000 personas y global de fecundidad (TGF) de 1,89/1000 mujeres en edad fértil respectivamente con una esperanza de vida al nacer de 80 años (6), lo que nos hace ser una población envejecida y con una tasa de recambio por debajo del nivel de reemplazo, fijado en 2,1 (TGF). Por esta razón la población envejecida de nuestro país tiende a presentar un mayor número absoluto de personas, con las patologías propias de la edad, básicamente enfermedades crónicas no transmisibles en lo que se ha denominado cambios epidemiológicos asociados a la transición demográfica.

Todo esto significa por una parte que la gente está viviendo más, se está muriendo menos y está trayendo al mundo menos creaturas. En términos demográficos, se trata de una población en transición demográfica avanzada, con bajas tasas de natalidad y mortalidad, o lo que es lo mismo, una población envejecida. Aproximadamente podemos decir que un 10% de la población chilena es mayor de 65 años (7, 8).

Esto significa que existe un mayor número de personas de mayor edad ocupando el espacio, con mayor tiempo libre, con mayores necesidades sociales, como salud y esparcimiento.

Si imaginamos este escenario demográfico cambiante y altamente demandante por prestaciones sanitarias propias de personas adultas mayores, como las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, podríamos obtener un mal resultado sanitario, al comprobar que el modo de asignación de gasto, incrementalista e histórico, será probablemente insuficiente para dar cuenta de este cambio en el perfil epidemiológico de la población, pues la forma de asignar el gasto en salud presenta una

<sup>1</sup> "En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el Director General de la OMS, Dr. LEE Jong-wook, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta Comisión tiene como propósito generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias. Para alcanzar este objetivo la Comisión trabajará durante tres años a partir de marzo de 2005." (2)

fuerte inercia arraigada en lo programático y en lo estructural de nuestra institucionalidad.

El diseño del gasto público en Chile se ha fundamentado en una lógica de tipo incrementalista, es decir, aumentando las partidas presupuestarias anualmente, tomando como base los presupuestos históricos, que año a año son revisados y aumentados de acuerdo a lo que se considere pertinente por la autoridad política de turno. Este tipo de modelo de gasto público se limita a cubrir la operatoria de la estructura y sus funciones definidas *ex - ante* por la propia institucionalidad, con muy poco espacio, por tanto y una mejor asignación de recursos financieros orientados por priorización real de necesidades reales.

Durante el siglo XX chileno, e imitando el modelo alemán Bismarckiano (9), se aprueban las primeras leyes sociales fruto de la llamada cuestión social, término acuñado por el Dr. Augusto Orrego Luco, *"quién en un conjunto de artículos desarrolló el concepto por primera vez en Chile"* (10) *cuestión que terminó "El 3 de septiembre de 1924, horas después de que las fuerzas armadas depusieran al presidente Alessandri el congreso, con la presencia física de la oficialidad del ejército, aprobó sin discusión las leyes sociales... la ley n° 4054 del seguro obrero obligatorio, la ley 4055 de accidentes del trabajo y el código del trabajo... en octubre de 1924, la Junta Militar decretó que el Estado Asistencial fuera comandado por un ambicioso Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo..."* (10), hacia el abrupto final del primer gobierno de Arturo Alessandri. Estas generaron *"En la práctica una construcción de seguros sociales segmentados profesionalmente"* (9).

En Chile existe una política de protección social basada en una lógica de individualización de los aportes destinados a salud y pensiones. En efecto, cada trabajador debe aportar obligatoriamente un 7% de sus ingresos a salud y un 13% de los mismos a su fondo de pensiones. Esta lógica de protección individual basada en el esfuerzo personal establece una inequidad estructural en nuestra sociedad, que sin embargo, ha sido enfrentada desde la política social, como veremos más adelante.

Hoy existen entidades privadas de administración de ese ingreso llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y un Fondo Nacional de Salud (FONASA) de carácter estatal que recibe financiamiento tanto de las cotizaciones obligatorias de sus afiliados como del Estado, vía impuestos generales. La población afiliada a ISAPRE a septiembre de 2011 era de 2.899.695 personas, de las cuales eran cargas 1.393.828 y cotizaban 1.505.867 (11). FONASA da cobertura a 12,7 millones de personas (12). Tenemos también población que se atiende en instituciones de las fuerzas armadas, que corresponde aproximadamente a un 5 a 10% del total de la población (7) y aún resta un 5% de población que no está cubierta por ningún sistema de salud (8).

Si cruzamos por tanto la información precedente, considerando que la distribución de ingresos se distribuye normal en la población, tendríamos un 5% de adultos mayores sin protección sanitaria alguna, es decir unas 75.000 personas. Un 17% de los adultos mayores estaría protegido por ISAPRE (290.000 personas) y un 74% por FONASA (1.270.000 personas)<sup>2</sup>. El 4% restante estaría afiliado a instituciones de las fuerzas armadas, lo que representa unas 60.000 personas.

Respecto al sistema de pensiones, en Chile cada trabajador deposita mensualmente dinero equivalente al menos al 13% de sus ingresos en alguna institución Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) de carácter privado o en el Instituto de Previsión Social (IPS) de carácter estatal, pero en extinción. Este sistema se fundamenta en el D.L 3500 promulgado en 1980.

A octubre de 2011, el IPS informa 753.381 pensionistas beneficiarios (13) recibiendo su pensión de vejez. A su vez, el número de cotizantes IPS es de 78.664, aunque *"Es posible que se pague más de una' cotización por Trabajador cotizante"* (13).

En las AFP, al 30 de septiembre de 2011 tenemos un total de 8.925.822 personas afiliadas a alguna de ellas (14) y un total de 966.233 pensionados por vejez (incluye vejez anticipada) (14). Además existen 342.577 rentas vitalicias contratadas (14).

Es decir, en Chile existen 2.062.191 pensiones o rentas vitalicias que provienen del sistema de protección social que nos hemos dado. Es seguro que algún adulto mayor reciba más de una pensión así como que haya otros que no reciben ninguna de éstas.

Por estas últimas personas se realizó la reforma a la previsión social, ley 20.255 de 2008 estableciendo las pensiones básicas solidarias, que en el mes de octubre de 2011 beneficiaron a 1.064.978 personas (14).

Dicha ley dice que: *"Serán beneficiarias de la pensión básica solidaria de vejez, las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que reúnan los requisitos siguientes:*

**a) Haber cumplido sesenta y cinco años de edad.**

**b) Integrar un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile, conforme a lo establecido en el artículo 32 de esta ley.**

**c) Acreditar residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a veinte años continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario haya cumplido veinte años de edad; y, en todo caso, por un lapso no inferior a cuatro años de residencia en los últimos cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud para acogerse a los beneficios de este Título" (15).**

Los criterios de inclusión son a mi juicio acertados, pues en el contexto de inequidad de distribución de ingresos que existe en Chile, de acuerdo

<sup>2</sup> Todos los cálculos consideran una población total de 17 millones de habitantes al 2011.

de datos de la OCDE tenemos un coeficiente de Gini de 0,5, el más alto de todos los países que componen la OCDE (16). Relacionado a esto, tenemos el doble de pobreza que el promedio de la OCDE y el 38% de los chilenos declara que se le hace difícil vivir con sus ingresos, en circunstancias que el promedio OCDE es 24%. Aunque la pobreza en Chile ha disminuido en los últimos años, y las metodologías para medirla han variado también, es importante señalar que el coeficiente de Gini es una forma de medir desigualdad relativamente, a una situación ideal de igualdad total llamada *curva de Lorenz*. El coeficiente de Gini no es, en todo caso, la única forma de medir pobreza. También existen otros índices, como el *índice de desarrollo humano (IDH)*, que mide parámetros de salud, educación e ingreso y que permite rankear países de acuerdo a una escala que va de cero a uno, donde uno es el máximo desarrollo. Chile presenta un IDH de 0,849 en 2006 (24). También se pueden establecer percentiles, deciles o quintiles de riqueza. El quintil 5 es el más rico, mientras que el quintil 1 es el pobre. La diferencia entre ambas es una medida de la diferencia en un instante en los ingresos entre ricos y pobres. En Chile, las cifras de pobreza muestran una tendencia a disminuir, así como la riqueza tiende a aumentar. Sin embargo la diferencia entre ricos y pobres muestra una tendencia a disminuir: en 2006 el coeficiente de Gini era de 0,52, según el propio Banco Mundial (25).

Dado que el principal determinante del nivel de salud de una comunidad es en efecto el nivel socioeconómico, y dado que la inequidad en salud es un importante factor explicativo en los diferenciales de mortalidad de acuerdo a clase social (17,18) y por tanto, una necesidad a cubrir por la política de salud o intersectorial en el caso chileno, se entiende que cualquier esfuerzo destinado a disminuir tales inequidades es necesario y debería ser obligatorio del tomador de decisiones tenerlo siempre presente. Tal sería el caso de una reforma tributaria en Chile, con aumento de impuestos a los ricos para mejoras sociales a los más pobres, de manera de obtener impuestos progresivos, que faciliten el desarrollo de las personas.

Además, existe en Chile un Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), creado el año 2002 mediante la ley 19.828, que tiene como misión: *"Fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas"* (19).

## EL GASTO EN SALUD Y LA INEQUIDAD

El gasto en salud incluye todo el dinero que se moviliza, tanto público como privado, para pagar por prestaciones de salud, ya sean preventivas, promocionales, curativas, paliativas entre otras.

Chile gasta entre 7 y 8,2% del PIB en salud (20, 21). La descomposición del gasto es una medida de la calidad de la protección social garantizada. En el caso chileno, el 40% (21) del gasto es "de bolsillo" esto es,

pagado por el propio enfermo, ya sea compra directa de medicamentos, copagos o deducibles de sus ISAPRE.

El 7% del gasto total en salud se descompone en 2,4% para los usuarios de ISAPRE y en un 4,5% para los de FONASA, lo que genera una diferencia en el per cápita según origen de la institución aseguradora importante, considerando que las Isapre cubren una población aproximada de 17% del total, mientras que FONASA hace lo propio con el 74,7% del total. *"Se estima que el gasto per cápita en salud en el 2008 en un beneficiario ISAPRE vs FONASA fue aprox. \$750.000 vs \$320.000"* (21). Esta diferencia constituye una inequidad estructural del sistema de protección social basado en el aseguramiento individual de las personas, y es razonable que el Estado intervenga para equiparar el financiamiento de las prestaciones de salud de las personas, considerando las proyecciones del gasto asociado a los adultos mayores en Chile. La mejor forma de hacerlo es mediante impuestos que sean de carácter progresivo, es decir, vinculados a la riqueza del imponente como el impuesto a la renta.

En efecto, un 17,3% del gasto total en salud del país del año 2002 fue de adultos mayores, lo que representa un 1,1% del PIB de ese año (22). Un estudio de la Superintendencia de Salud (2007) proyecta duplicar el gasto de los adultos mayores hasta 2,1% del PIB al 2020. Sin embargo, no es proporcional al gasto la calidad de la atención de salud, ni mucho menos el nivel de salud de una comunidad, más aún cuando detecta un indiscutible nivel de inequidad en el financiamiento de las atenciones de salud.

La corrección de la brecha de equidad en el financiamiento es más que un imperativo ético. Es una forma de promover el mejor nivel de salud posible de nuestras personas, pues ya ha sido demostrada la influencia de la desigualdad en los ingresos en la mortalidad de las personas (17) y en el nivel de salud (23) y por lo tanto se transforma de inmediato en un derecho humano, que todos tenemos por igual.

## CONCLUSIONES

1. Espacio sociosanitario se entiende como el lugar en el que habitamos, con qué garantías sociales lo hacemos y con qué probabilidades envejeceremos de manera adecuada, con un buen nivel de salud.
2. Chile presenta una población en transición demográfica avanzada o envejecida.
3. El porcentaje de adultos mayores se acerca a 10% de la población total.
4. Existen unas 75.000 personas adultos mayores sin seguro de salud. Deben atenderse siempre por FONASA, modalidad institucional.
5. Un 17% de los adultos mayores estarían protegidos por ISAPRE (290.000 personas) y un 74% por FONASA (1.270.000 personas).
6. El gasto público en Chile es de tipo incrementalista, lo que le hace presentar una inercia para reaccionar frente a escenarios diversos y cambiantes, por lo que es muy probable que nuestro sistema de seguridad social no sea capaz de reaccionar ante los cambios epidemiológicos

asociados a la transición demográfica.

**7.** Estos cambios epidemiológicos asociados al envejecimiento permiten proyectar una duplicación del gasto social en salud para el adulto mayor al 2020, lo que forzosamente obligará al Estado a aumentar su financiamiento a quienes cotizan en FONASA.

**8.** Una medida apropiada para resolver este aumento en la demanda por prestaciones de salud será una reforma tributaria que oriente la recaudación de manera progresiva, esto es, pagan más, quienes más ganan.

**9.** Una buena parte de la política sanitaria chilena está desarrollada desde el punto de vista naturalista.

**10.** Por su riqueza semántica, resulta ser más apropiado al estudio de los fenómenos de salud-enfermedad el enfoque socio-histórico, dado que las condiciones sociosanitarias tienen una raigambre histórica y un componente de subjetividad no despreciable.

**11.** El sistema de protección social chileno tiene una lógica dividida entre la capitalización individual y la solidaridad.

**12.** La capitalización individual funciona en ISAPRE y FONASA. La so-

lidad solo se encuentra en FONASA, vía aportes estatales directos, pero mediante una supremacía de impuestos de tipo regresivo, como el IVA.

**13.** El aseguramiento en salud imprime a nuestra población de adultos mayores una inequidad estructural en el financiamiento de las prestaciones de salud. Al analizar el gasto detectamos una inequidad real de 57,3% en cuanto a gasto por afiliado según sistema asegurador. Quien está afiliado a ISAPRE gasta 57,3% más que el afiliado a FONASA.

**14.** El estado se ha hecho cargo en parte de la inequidad previsional al desarrollar la pensión solidaria y los aportes estatales a las pensiones de los adultos mayores más pobres, política actualmente en ejecución.

**15.** Queda pendiente la resolución estatal de la inequidad en las cotizaciones de salud. La mejor forma para hacer esto sería establecer un fondo solidario en salud, que distribuya los riesgos de enfermar de manera uniforme (al azar) entre los actores aseguradores (ISAPRE y FONASA) de manera de terminar con esta inequidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Chile. Ley de Autoridad Sanitaria. 19.937. Artículo 14 B N 2. Santiago, Santiago, Chile : Diario Oficial de Chile, 24 de febrero de 2004.
2. Organización Mundial de la Salud. Comisión de los determinantes sociales. [En línea] 2011. [Citado el: 27 de noviembre de 2011.] [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html).
3. Weber, Max. Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva. Tübingen: J.C.B Mohr.(Paul Siebeck), 1922.
4. "Med ist eine sociale Wissenschaft" - Virchow, R (1821-1902) als Pathologe, Politiker und Publizist. Bauer, Axel W. 1, Heidelberg: medizbibliothek-information., 2005, Vol. 5.
5. Becker, Volker. Der Einbruch der Naturwissenschaft in die Medizin. Gedanken um, mit, über, zu Rudolf Virchow. Heidelberg: Springer, 2008.
6. Instituto Nacional de Estadísticas. www.ine.cl. [En línea] 2011. [Citado el: 14 de noviembre de 2011.] [www.ine.cl](http://www.ine.cl).
7. Sistema de Salud de Chile. Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,(1) Juan de Dios Reyes, MC, MSP, (2). 2, Mexico: Salud Pública de México, 2011, Vol. 53.
8. Organización Panamericana de la Salud. [En línea] [Citado el: 1 de 12 de 2011.] [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp\\_152.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_152.htm).
9. Fernando Arrau, Virginie Loiseau. ww.bcn.cl. BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. [En línea] 2005. [Citado el: 1 de 12 de 2011.] [http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/informes/estudios\\_pdf\\_informes/nro145.pdf](http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/informes/estudios_pdf_informes/nro145.pdf).
10. Molina Bustos, Carlos. Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989. Santiago de Chile: LOM ediciones, 2010.
11. Superintendencia de Salud. Chile. Estadísticas Básicas del Sistema ISAPRE septiembre 2011. 2011.
12. FONASA. [En línea] [Citado el: 1 de 12 de 2011.] [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl).
13. INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL. INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL. [En línea] [Citado el: 1 de 12 de 2011.] <http://www.ips.gov.cl/>.
14. Superintendencia de Pensiones. Chile. Superintendencia de Pensiones. [En línea] [Citado el: 1 de 12 de 2011.] [www.safp.cl](http://www.safp.cl).
15. Ministerio del Trabajo y Prevision Social Subsecretaria de Prevision Social. Ley 20.255. Establece reforma previsional. S.L. : Diario oficial, 2008.
16. OCDE. [En línea] [Citado el: 2 de 12 de 2011.] [http://www.oecd.org/document/28/0,3746,es\\_36288966\\_36287974\\_38828060\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/28/0,3746,es_36288966_36287974_38828060_1_1_1_1,00.html).
17. Black, Douglas. Black Report. London : Penguin, 1980.
18. Wilkinson. The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier. Padstow: Routledge, 2005.
19. Servicio Nacional del Adulto Mayor. [En línea] [Citado el: 2 de 12 de 2011.] <http://www.senama.cl/NuestraMision.html>.
20. Salud, Organización Mundial de la. [En línea] [Citado el: 2 de 12 de 2011.] <http://www.who.int/countries/chl/es/>.
21. Salud un Derecho. Salud un Derecho. [En línea] [Citado el: 2 de 12 de 2011.] <http://www.saludunderecho.cl/archivos/2011/07/Salud-en-Chile-en-Cifras-Desigualdad.pdf>.
22. Superintendencia de Salud. [En línea] 2007. [Citado el: 2 de 12 de 2011.] <http://www.slideshare.net/Alhejandrosalud/adulto-mayor-en-chile-salud>.
23. Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. 2006.
24. PNUD. Desarrollo Humano en Chile 2010. P 14. 2010.
25. Banco Mundial. En <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>. accedido el 12.12.11.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.