

Investigación original / Original research

Desigualdades en salud y en la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en Chile, 2000–2009*

Felipe Vásquez,¹ Guillermo Paraje² y Manuel Estay³

Forma de citar (artículo original)

Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):98–106.

RESUMEN

Objetivo. Medir y explicar las desigualdades en salud y en la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en Chile durante el período 2000–2009, evaluar sus factores determinantes y las variaciones dentro del país.

Métodos. Se usaron datos de las Encuestas de Caracterización Nacional Socioeconómica de 2000, 2003 y 2009. La desigualdad en la utilización de la atención sanitaria relacionada con los ingresos se evaluó con los índices estandarizados de concentración para la probabilidad y el total de consultas de atención especializada, general, de urgencia, odontológica, de salud mental y hospitalaria. El estado de salud autoevaluado y las limitaciones físicas se usaron como mediciones indirectas de la necesidad de atención sanitaria. Se estandarizó por variables demográficas y de necesidad; se utilizó el método de descomposición para calcular la contribución de cada uno de los factores usados para calcular el índice de concentración, entre ellos la etnia, el estado de empleo, el seguro de salud y la región de residencia.

Resultados. Las personas en los quintiles de menores ingresos refirieron peor estado de salud y más limitaciones físicas que las de los quintiles superiores. Se encontraron desigualdades a favor de las personas de mayores ingresos para las consultas especializadas y odontológicas, y una leve utilización mayor en este grupo de consultas generales y totales, aunque todas han disminuido en el tiempo. La atención en salas de emergencias y las hospitalizaciones se concentraron en los quintiles de menores ingresos y han aumentado en el tiempo. Los ingresos y tener mayor educación y seguro de salud privado contribuyen a la inequidad a favor de las personas de mayores ingresos respecto de las consultas odontológicas, generales, especializadas y totales, mientras la residencia urbana y la actividad económica contribuyen a la inequidad a favor de las personas de menores ingresos respecto de las consultas en salas de emergencias.

Conclusiones. Los patrones de utilización de la atención sanitaria en Chile concuerdan con las políticas del país y van en la dirección esperada. La significativa desigualdad en el ingreso y en el uso de servicios odontológicos y especializados, que favorece a las personas de mayores ingresos, requiere la atención de las instancias normativas y merece investigaciones adicionales relacionadas con la calidad de estos servicios.

Palabras clave

Desigualdades en la salud; equidad en el acceso; equidad en salud; economía de la salud; Chile.

¹ Facultad de Economía y Negocios, Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile. La correspondencia se debe dirigir a Felipe Vásquez. Correo electrónico: fvlavin@gmail.com

² Escuela de Negocios, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

³ Departamento de Economía, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

A comienzos de este siglo, varios indicadores de salud en Chile mostraban una clara brecha entre las personas más ricas y las más pobres, lo que llevó al gobierno a establecer un nuevo objetivo de salud para la década 2000–2010: mejorar

la equidad en el sistema de atención sanitaria de Chile (1). En 2005, el gobierno puso en práctica una reforma sanitaria integral, denominada Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), que garantiza el acceso universal a la

*Traducción completa del artículo publicado en la sección especial sobre equidad en los sistemas de salud del número de febrero de 2013 de la Revista Panamericana de Salud Pública.

atención sanitaria por un grupo de enfermedades de atención priorizada —que rápidamente pasó de las 25 iniciales a las 66 que cubre en la actualidad—, independientemente de la capacidad de pago de la persona o la cobertura de seguro que tenga. La puesta en marcha de esta reforma incrementó en corto tiempo el número de consultas, al menos para las enfermedades cubiertas por el Plan AUGE, y ayudó a mejorar la eficacia de algunos tratamientos cubiertos por ese plan (2).

Hasta el momento, no se ha hecho ninguna evaluación sistemática de la evolución de la desigualdad o la inequidad en la atención sanitaria en Chile en el último decenio. Los estudios anteriores que analizan las desigualdades en la utilización de la atención sanitaria en el país son principalmente descriptivos y tienen un alcance limitado (3), pues se centran en dimensiones específicas, como las diferencias entre los sexos (4–6), y se basan en datos de las décadas de 1980 y 1990 (7).

Chile ha experimentado una transición epidemiológica y social que se manifiesta en cambios en la salud, el saneamiento, la educación y los indicadores socioeconómicos; sin embargo, todavía persisten algunas desigualdades reflejadas por estos indicadores (1). Desde la segunda mitad del siglo XX, las principales causas de muerte se han desplazado de las enfermedades transmisibles —que afectan más a los niños que a los adultos—, a las enfermedades no transmisibles —que afectan principalmente a los adultos—, como las cardiovasculares, el cáncer y de causas externas. Estos cambios redujeron las tasas de mortalidad en los niños menores de 5 años y desplazó el perfil de distribución de la mortalidad del grupo más joven en la década de 1950 (31,9%) al grupo de mayor edad en la última década (46,2%). Además, aumentó la esperanza de vida al nacer de 55 años en la década de 1950 a 78 años entre los años 2005 y 2010 (8). Esta tendencia en la mortalidad ha transformado rápidamente la estructura de la población, de un predominio juvenil hasta 1990 a una población predominantemente madura en 2010. Se estima que la población actual chilena es de 17 millones de habitantes (9).

El analfabetismo, el promedio de años de educación y la asistencia a las escuelas primarias y secundarias mejoraron significativamente entre 1990 y 2003: en ese período, la tasa de analfabetismo descen-

dió de 6,3% a 4,2%, mientras el número promedio de años de educación aumentó de 9 a 10,2. La matrícula escolar se elevó de 96,9% a 99,1% en la educación primaria y de 80,0% a 92,8% en la educación secundaria. A pesar de estos logros, aún persisten disparidades entre las personas de los quintiles de ingresos inferiores y las de los quintiles de ingresos superiores, ya que estas últimas han sido las más beneficiadas por estas mejoras (10).

Chile está clasificado por el Banco Mundial como un país de ingresos medios altos, con un ingreso per cápita anual ajustado por la paridad del poder adquisitivo de US\$ 13 270 en 2008 (11). Entre 1990 y 2006, Chile experimentó un crecimiento económico promedio constante de 3,9%; la pobreza y los niveles de indigencia disminuyeron a niveles históricamente bajos: de 39% y 13% a comienzos de la década de 1990 a 13,7% y 3,2% en 2006, respectivamente (12).

A pesar de esta evolución económica positiva, el grado de desigualdad en los ingresos en el país mejoró muy poco. El coeficiente de Gini en Chile varió de 0,57 a 0,58 entre los años 1992 y 2003 y fue de 0,54 en 2006, lo que colocaba a Chile en un nivel relativamente alto de desigualdad en los ingresos. Además, el quintil superior concentraba 50% de los ingresos totales, mientras al quintil inferior solo correspondía 6% (11).

La población chilena puede recibir los servicios de salud a través de seguros públicos o privados. La distribución de la población según el tipo de seguro indica que sigue un claro patrón socioeconómico: las personas de bajo riesgo con ingresos altos están cubiertas predominantemente por un seguro privado, mientras que las personas de alto riesgo con ingresos bajos dependen de la cobertura del sector público. El seguro de salud público lo brinda el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se financia mediante contribuciones obligatorias (7% de los ingresos brutos de los trabajadores), el presupuesto de salud del gobierno nacional, copagos y otras fuentes.

Las contribuciones públicas directas fueron sistemáticamente más de 50% del total de los ingresos en el último decenio. En 2010, más de 72% de la población estaba cubierta por el seguro público, cifra que era de 57% en 1997.

FONASA brinda seguro de salud a las personas que prefieren el sistema público y a las que no pueden pagar un seguro privado. Las contribuciones

y los beneficios de las personas dependen solamente de sus ingresos y no de su riesgo de salud, edad, sexo o causas preexistentes.

Por otro lado, la administración del sistema privado de seguro de salud, cuya participación en el mercado era de alrededor de 17% en 2010, está a cargo de instituciones de salud previsional (ISAPRES). Como el sistema público, la contribución obligatoria a las ISAPRES es también de 7% de los ingresos brutos de una persona, pero puede ser mayor de acuerdo con los beneficios cubiertos. Los aseguradores privados establecen costos y prestaciones para los servicios a los beneficiarios a partir de los riesgos de salud, pero están sujetos a las políticas regulatorias del gobierno. Los afiliados a las ISAPRES también pueden acceder a los servicios públicos de salud para la atención de urgencias, cuidados intensivos y hospitalizaciones.

Entre los años 2000 y 2009, en las ISAPRES se concentraron las personas de los dos quintiles de ingresos más altos, con una mayor proporción de hombres y jóvenes que el promedio de la población (población con menor riesgo relativo de tener problemas de salud). Por ejemplo, según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2009, alrededor de 79% de la población del país estaba cubierta por el FONASA, pero el seguro público abarcaba a 87,5% de la población de 65 años o más. Por otro lado, aunque los beneficiarios de las ISAPRES representaban 13% de la población total, predominaban las personas con mayores ingresos, y 45% de sus afiliados pertenecían al quintil de mayores ingresos.

El objetivo de este estudio fue calcular y descomponer los índices de desigualdad e inequidad en la atención de salud en Chile entre los años 2000 y 2009.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

En este estudio transversal se compararon las desigualdades en la salud y la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en Chile a partir de los datos de la encuesta de CASEN de los años 2000, 2003 y 2009. Esta es una encuesta de hogares realizada por el Ministerio de Desarrollo Social chileno, representativa de la población en los niveles nacional, regional, municipal,

urbana y rural. La encuesta de CASEN de 2009 abarcó a 246 924 personas de 71 460 hogares en 334 municipios. La encuesta de 2003 abarcó a 257 077 personas de 68 153 hogares en 302 municipios y la versión de 2000 abarcó a 252 748 personas de 65 036 hogares en 286 municipios. En este estudio solo se consideraron las personas de 18 años o más.

Variables

La encuesta de CASEN recaba datos que pueden servir para definir los ingresos de la familia, incluidos los sala-

rios, los subsidios, las transferencias y las pensiones. Para calcular los ingresos de la familia se sumaron todos los ingresos, según lo permitieran los datos disponibles. Para calcular los ingresos individuales se dividieron los ingresos de la familia entre el número de adultos equivalentes en el hogar, para ello se siguió el enfoque de Deaton, según el cual, los adultos (de 14 años de edad o más) tienen un peso de 1 y los menores tienen un peso de 0,75 (13). Para todas las estimaciones, se utilizaron los ingresos disponibles por adulto equivalente como indicador del nivel de vida.

Entre las variables dependientes para calcular el índice de concentración y el índice de inequidad horizontal se utilizaron variables del estado de salud —salud autoevaluada y limitaciones físicas— y variables de utilización de la atención sanitaria —número de consultas a médicos generales (MG), a especialistas y total (suma de las consultas a MG y a especialistas); y consultas hospitalarias, a salas de urgencias, y a servicios de odontología y de salud mental—; estas variables se definen y describen en los cuadros 1 y 2. En el cuadro 3 se muestran las distribuciones por quintiles de las variables de salud

CUADRO 1. Descripción de las variables de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Chile, 2000–2009

Variable	Descripción	Pregunta
Estado de salud		
Salud autoinformada	Un grupo de variables dicotómicas con valor 1 para estado de salud muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo, y 0 en otros casos; la línea de base es estado de salud muy bueno	¿Cómo considera su estado de salud?: 1) muy bueno, 2) bueno, 3) regular, 4) malo o 5) muy malo
Limitaciones físicas	Variable dicotómica con valor 1 para limitación física moderada o grave	¿Presenta alguna de las siguientes deficiencias?: de oído, del habla, de la vista, mental, física o psiquiátrica; se definió como grave si la persona no trabajaba debido a su limitación
Enfermedad crónica	No disponible	
Utilización de la atención sanitaria		
Total de consultas médicas	Númerica: suma de las consultas a médicos generales y especialistas en los últimos 3 meses	
Consultas a médicos generales	Númerica: todas las consultas a médicos generales en los últimos 3 meses	Considerando los siguientes servicios de atención sanitaria, ¿cuántas consultas realizó en los últimos 3 meses? Médico general
Consultas a especialistas	Númerica: todas las consultas a especialistas en los últimos 3 meses	Considerando los siguientes servicios de atención sanitaria, ¿cuántas consultas realizó en los últimos 3 meses? Había una lista de diferentes especialistas
Consultas a salas de urgencias	Númerica: todas las consultas a salas de urgencias en los últimos 3 meses	Considerando los siguientes servicios de atención sanitaria, ¿cuántas consultas realizó en los últimos 3 meses? Consultas a salas de urgencias
Consultas odontológicas	Númerica: todas las consultas odontológicas en los últimos 3 meses	Considerando los siguientes servicios de atención sanitaria, ¿cuántas consultas realizó en los últimos 3 meses? Odontólogo
Hospitalizaciones	Númerica: número de días de hospitalización en los últimos 12 meses	En los últimos 12 meses, ¿ha sido hospitalizado? ¿Por cuánto tiempo?
Consultas de salud mental	Númerica: número de consultas de salud mental en los últimos 3 meses	Considerando los siguientes servicios de atención sanitaria, ¿cuántas consultas realizó en los últimos 3 meses? Psicólogo, psiquiatra
Nivel de vida		
Ingresos	Continua: ingresos del hogar por mes por adulto equivalente	
Otro		
Etnia	Variable dicotómica con valor 1 si la persona pertenece a un grupo indígena	La ley chilena reconoce 8 grupos indígenas, ¿usted pertenece a uno de ellos?
Educación	Variable dicotómica con valor 1 para los casos sin educación o poca educación, educación media o educación superior; en la regresión la línea de base es educación superior	Último grado aprobado
Edad y sexo	Variable dicotómica con valor 1 para las mujeres con el grupo de edad incluido en el nombre de la variable o variable dicotómica con valor 1 para los hombres con el grupo de edad incluido en el nombre de la variable; la línea de base son los hombres de 18 a 34 años	Edad en años y sexo
Región geográfica	Variable dicotómica con valor 1 si la persona vive en las regiones I a XII o la Metropolitana (capital); la línea de base es Santiago (la capital)	
Área de residencia	Variable dicotómica con valor 1 para el área rural y 0 para el resto	
Actividad económica	Variable dicotómica con valor 1 para autoempleados, empleados, desempleados, pensionados, estudiantes o trabajadores en el hogar u otro empleo; la línea de base es empleado	
Estado civil	Variable dicotómica con valor 1 para los casados o convivientes y 0 para el resto	
Sistema de salud	Variable dicotómica con valor 1 si la persona pertenece al sistema de salud público, tiene seguro privado, no tiene seguro u otro sistema	

CUADRO 2. Estadística descriptiva de las variables analizadas, Chile, 2000–2009

Variable	Año											
	2000				2003				2009			
	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max	Media	DE	Min	Max
Edad (años)												
18–34	0,397	0,489	0	1	0,392	0,488	0	1	0,355	0,478	0	1
35–44	0,227	0,419	0	1	0,221	0,415	0	1	0,187	0,390	0	1
45–54	0,157	0,364	0	1	0,165	0,371	0	1	0,185	0,388	0	1
55–64	0,103	0,304	0	1	0,108	0,310	0	1	0,126	0,331	0	1
65–74	0,073	0,260	0	1	0,070	0,255	0	1	0,085	0,278	0	1
≥ 75	0,043	0,202	0	1	0,045	0,207	0	1	0,063	0,244	0	1
Sexo												
Masculino	0,522	0,499	0	1	0,522	0,500	0	1	0,531	0,499	0	1
Femenino	0,478	0,499	0	1	0,478	0,500	0	1	0,469	0,499	0	1
Estado de salud												
Muy malo	0,008	0,087	0	1	0,011	0,106	0	1	0,011	0,105	0	1
Malo	0,065	0,246	0	1	0,066	0,248	0	1	0,040	0,196	0	1
Regular	0,277	0,448	0	1	0,289	0,453	0	1	0,203	0,403	0	1
Bueno	0,543	0,498	0	1	0,511	0,500	0	1	0,532	0,499	0	1
Muy bueno	0,098	0,297	0	1	0,122	0,328	0	1	0,112	0,315	0	1
Limitaciones físicas												
Ninguna	0,918	0,274	0	1	0,945	0,229	0	1	0,902	0,298	0	1
Moderada	0,054	0,226	0	1	0,031	0,174	0	1	0,095	0,294	0	1
Grave	0,027	0,163	0	1	0,024	0,153	0	1	0,003	0,055	0	1
Enfermedad crónica												
Ninguna												
Alguna												
Etnia	NA	NA	NA	NA	0,051	0,219	0	1	0,063	0,243	0	1
Educación												
Primaria o sin educación	0,291	0,454	0	1	0,317	0,465	0	1	0,301	0,459	0	1
Secundaria	0,496	0,500	0	1	0,461	0,498	0	1	0,461	0,498	0	1
Escuela superior o más	0,213	0,409	0	1	0,221	0,415	0	1	0,238	0,426	0	1
Actividad laboral												
Empleado	0,428	0,495	0	1	0,431	0,495	0	1	0,426	0,494	0	1
Desempleado	0,060	0,237	0	1	0,059	0,235	0	1	0,059	0,236	0	1
Trabaja en el hogar	0,196	0,397	0	1	0,181	0,385	0	1	0,041	0,197	0	1
Empleado por cuenta propia	0,107	0,309	0	1	0,111	0,315	0	1	0,108	0,310	0	1
Pensionado	0,078	0,268	0	1	0,081	0,273	0	1	0,058	0,233	0	1
Estudiante	0,059	0,235	0	1	0,063	0,242	0	1	0,034	0,182	0	1
Otro	0,074	0,261	0	1	0,074	0,262	0	1	0,275	0,447	0	1
Seguro de salud												
Público	0,655	0,475	0	1	0,710	0,454	0	1	0,730	0,444	0	1
Privado	0,195	0,396	0	1	0,168	0,374	0	1	0,025	0,157	0	1
Sin seguro	0,113	0,316	0	1	0,087	0,282	0	1	0,134	0,341	0	1
Otro	0,038	0,191	0	1	0,035	0,185	0	1	0,091	0,288	0	1
Locación												
Urbana	0,859	0,348	0	1	0,870	0,336	0	1	0,871	0,335	0	1
Rural	0,141	0,348	0	1	0,130	0,336	0	1	0,129	0,335	0	1
Región geográfica												
I	0,026	0,160	0	1	0,027	0,162	0	1	0,027	0,163	0	1
II	0,030	0,170	0	1	0,032	0,175	0	1	0,032	0,175	0	1
III	0,016	0,127	0	1	0,016	0,126	0	1	0,015	0,121	0	1
IV	0,037	0,190	0	1	0,040	0,196	0	1	0,042	0,201	0	1
V	0,105	0,307	0	1	0,103	0,304	0	1	0,103	0,304	0	1
VI	0,053	0,223	0	1	0,053	0,223	0	1	0,052	0,223	0	1
VII	0,060	0,237	0	1	0,060	0,237	0	1	0,059	0,236	0	1
VIII	0,128	0,334	0	1	0,122	0,327	0	1	0,119	0,324	0	1
IX	0,055	0,229	0	1	0,056	0,229	0	1	0,055	0,228	0	1
X	0,068	0,252	0	1	0,068	0,252	0	1	0,069	0,254	0	1
XI	0,006	0,075	0	1	0,006	0,075	0	1	0,006	0,077	0	1
XII	0,010	0,100	0	1	0,009	0,097	0	1	0,009	0,096	0	1
Metropolitana	0,405	0,491	0	1	0,409	0,492	0	1	0,411	0,492	0	1
Estado civil												
Casado	0,508	0,500	0	1	0,474	0,499	0	1	0,420	0,494	0	1
Conviviente	0,102	0,302	0	1	0,121	0,326	0	1	0,140	0,347	0	1
Otro	0,389	0,487	0	1	0,405	0,491	0	1	0,439	0,496	0	1

DE: desviación estándar; Min: mínimo; Max: máximo; NA: no aplica.

CUADRO 3. Distribución estandarizada por quintiles de las variables de salud y atención sanitaria, Chile, 2000–2009

Variable	Año	Media	20% con menores ingresos	Segundo 20% con menores ingresos	Quintil intermedio	Segundo 20% con mayores ingresos	20% con mayores ingresos
Estado de salud							
Salud autoevaluada peor que buena	2000	0,378	0,480	0,434	0,406	0,341	0,217
	2003	0,380	0,502	0,439	0,392	0,326	0,222
	2009	0,356	0,450	0,400	0,364	0,329	0,240
Salud autoevaluada buena o muy buena	2000	0,622	0,520	0,566	0,594	0,659	0,783
	2003	0,620	0,498	0,561	0,608	0,674	0,778
	2009	0,644	0,550	0,600	0,636	0,671	0,760
Limitaciones físicas graves	2000	0,029	0,055	0,038	0,025	0,018	0,010
	2003	0,024	0,046	0,032	0,020	0,014	0,006
	2009	0,003	0,007	0,004	0,002	0,001	0,001
Alguna limitación física	2000	0,085	0,126	0,101	0,086	0,069	0,045
	2003	0,055	0,087	0,070	0,052	0,040	0,026
	2009	0,098	0,160	0,112	0,091	0,073	0,055
Sin limitaciones físicas	2000	0,915	0,874	0,900	0,914	0,931	0,955
	2003	0,945	0,913	0,930	0,948	0,960	0,974
	2009	0,902	0,840	0,888	0,909	0,927	0,945
Utilización de la atención sanitaria							
Cualquier consulta médica	2000	0,166	0,126	0,131	0,156	0,173	0,249
	2003	0,177	0,116	0,134	0,169	0,204	0,274
	2009	0,207	0,179	0,189	0,194	0,205	0,268
Total de consultas médicas	2000	0,327	0,225	0,244	0,313	0,341	0,523
	2003	0,353	0,217	0,242	0,320	0,437	0,571
	2009	0,463	0,386	0,423	0,410	0,468	0,628
Cualquier consulta a un médico general	2000	0,093	0,086	0,086	0,097	0,086	0,112
	2003	0,088	0,078	0,082	0,087	0,096	0,100
	2009	0,146	0,137	0,143	0,142	0,142	0,168
Total de consultas a médicos generales	2000	0,146	0,128	0,142	0,155	0,132	0,173
	2003	0,140	0,130	0,124	0,136	0,156	0,157
	2009	0,283	0,270	0,279	0,261	0,273	0,332
Cualquier consulta a un especialista	2000	0,088	0,052	0,054	0,072	0,104	0,161
	2003	0,106	0,045	0,062	0,097	0,133	0,201
	2009	0,089	0,059	0,071	0,075	0,093	0,148
Total de consultas a especialistas	2000	0,182	0,097	0,102	0,158	0,210	0,350
	2003	0,213	0,087	0,119	0,184	0,281	0,415
	2009	0,180	0,117	0,144	0,149	0,196	0,296
Cualquier hospitalización	2000	0,069	0,071	0,061	0,069	0,067	0,078
	2003	0,077	0,069	0,070	0,074	0,079	0,096
	2009	0,065	0,065	0,062	0,062	0,065	0,070
Total de días de hospitalización	2000	0,674	0,688	0,621	0,754	0,678	0,630
	2003	0,634	0,618	0,607	0,655	0,596	0,695
	2009	0,559	0,612	0,601	0,535	0,545	0,504
Cualquier consulta odontológica	2000	0,108	0,070	0,069	0,098	0,111	0,192
	2003	0,109	0,071	0,078	0,091	0,126	0,177
	2009	0,049	0,037	0,038	0,043	0,051	0,076
Total de consultas odontológicas	2000	0,262	0,147	0,156	0,231	0,294	0,485
	2003	0,241	0,146	0,159	0,204	0,272	0,422
	2009	0,110	0,074	0,082	0,088	0,118	0,189
Cualquier consulta a una sala de urgencias	2000	0,045	0,043	0,049	0,042	0,046	0,045
	2003	0,055	0,050	0,058	0,059	0,064	0,046
	2009	0,059	0,068	0,060	0,059	0,053	0,057
Total de consultas a salas de urgencias	2000	0,068	0,066	0,075	0,067	0,065	0,067
	2003	0,084	0,078	0,089	0,091	0,093	0,069
	2009	0,100	0,124	0,098	0,102	0,090	0,089
Cualquier consulta de salud mental	2000	0,022	0,024	0,018	0,020	0,022	0,029
	2009	0,062	0,057	0,045	0,054	0,055	0,098

de atención sanitaria para cada nivel. La edad, el sexo, la salud autoevaluada y las limitaciones físicas se usaron como variables de estandarización; la región del país, la educación, la actividad laboral, el grupo étnico, la residencia rural o urbana y la cobertura de seguro de salud se usaron como variables explicativas. En todos los análisis se emplearon las mis-

mas variables de estandarización, excepto las consultas odontológicas y las variables de estado de salud, que no consideraron la salud autoevaluada y el sexo.

RESULTADOS

Para cada variable dependiente se realizaron regresiones lineales (míni-

mos cuadrados ordinarios) y no lineales (modelo Probit para la probabilidad y modelos de Poisson y binomial negativo para la intensidad de uso). Los modelos lineales no son apropiados para datos contables o binarios, por consiguiente, se seleccionó el mejor modelo no lineal para los datos y se analizaron los estadísticos del logaritmo de la verosimilitud,

el criterio de información de Akaike y el criterio de información de Bayes. Luego, se usó el mejor modelo para calcular el índice de inequidad horizontal y para compararlo con los obtenidos mediante el modelo lineal. El índice de concentración no cambia con la selección del modelo (14).

El índice de concentración de desigualdad y el índice de inequidad horizontal se descompusieron para cada variable dependiente. Esta descomposición muestra cómo diferentes variables o grupos de variables contribuyeron a la desigualdad (figura 1). En vista de que los índices de inequidad horizontal lineales y no lineales eran similares, se usaron los modelos lineales para la descomposición. El método de descomposición depende de la linealidad del modelo de regresión y puede aplicarse a los modelos no lineales solamente si se usan los efectos parciales, pero eso es una aproximación y generalmente introduce errores. Se realizó un análisis de sensibilidad con los modelos lineales

y de datos contables (o modelo binario) y se encontró que en las descomposiciones del modelo lineal, la mayor parte de la variación en el índice se explicaba por las variables observadas; en los modelos no lineales, una parte considerable de la descomposición se explicaba por el componente no observado (más de 100%).

En el cuadro 4 se muestran el índice de concentración, el índice de inequidad horizontal y las diferencias entre los índices en los años estudiados. En el [material suplementario](#) se proporcionan las curvas de concentración, que brindan una ilustración visual de las desigualdades.

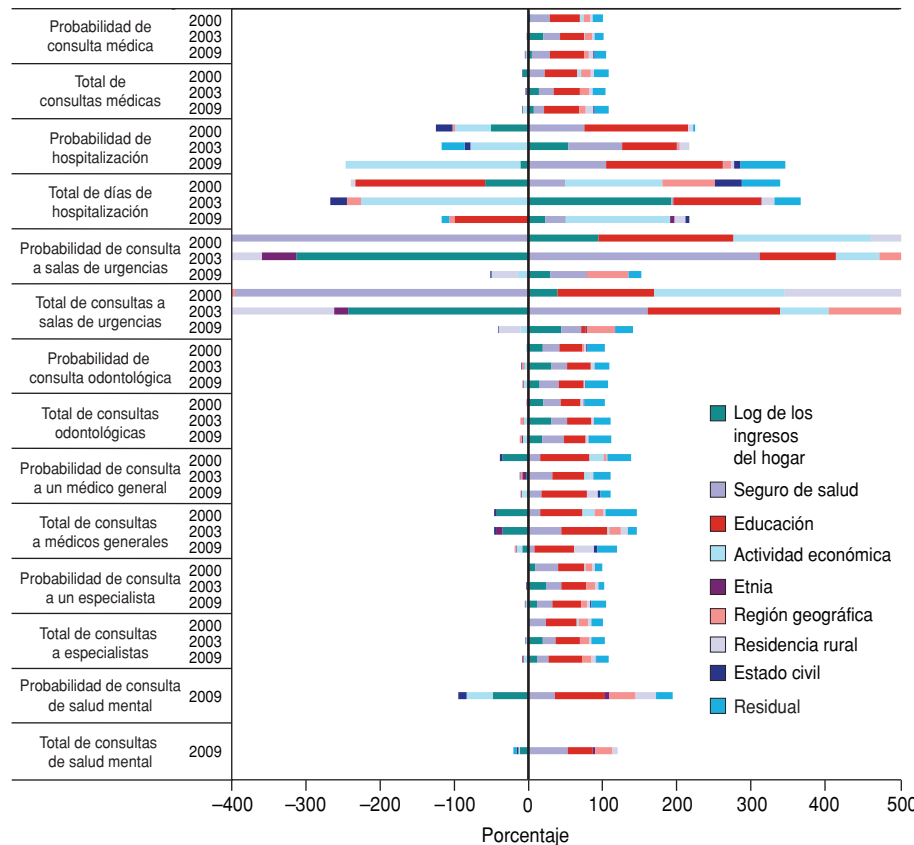
La salud autoevaluada presentó índices de concentración y de desigualdad en salud negativos, lo que indica que tiene una distribución en favor de las personas con menores ingresos; en otras palabras, las personas de los quintiles de personas con menores ingresos informaron un peor estado de salud que las personas de los quintiles con mayores ingresos. Con respecto a la magnitud,

la desigualdad aumentó entre los años 2000 y 2003, pero disminuyó significativamente en 2009. La desigualdad relacionada con las limitaciones físicas aumentó significativamente en el período 2000–2009. Este resultado es novedoso, ya que se esperaba que la proporción de personas con limitaciones físicas no cambiara rápidamente, ya que las políticas de salud pública no pueden afectar sistemáticamente esta variable en tan corto tiempo. Por lo tanto, este resultado puede deberse a los cambios en la formulación de la pregunta acerca de limitaciones físicas en la encuesta de 2009.

En general, en todos los años estudiados se observó una desigualdad a favor de las personas con mayores ingresos en relación con las consultas odontológicas y a especialistas, y una desigualdad en favor de las personas con menores ingresos para las consultas a los MG y salas de urgencias y los días de hospitalización. Los principales factores que contribuyeron a la desigualdad a favor de las personas con mayores ingresos fueron tener un seguro de salud privado y la educación, mientras que los principales factores contribuyentes a la desigualdad a favor de las personas con menores ingresos fueron los ingresos mismos y la educación. Estos resultados simplemente muestran que el acceso a la atención especializada (incluida la odontológica) estuvo determinado en gran parte por la cobertura de seguros privados (que se correlacionó con los ingresos, si bien un número considerable de personas relativamente adineradas estaban cubiertas por el seguro público). Este hecho no necesariamente indica que los beneficiarios del seguro público no tengan acceso a los especialistas, pero demuestra una diferencia en cómo se organizan los dos sistemas. Para ver a un especialista en el sistema público, los beneficiarios primero deben ver a un MG, que los deriva a un especialista específico; en el sistema privado, los beneficiarios pueden de inmediato ver a un especialista (no hay intermediarios).

La descomposición de, por ejemplo, las consultas a salas de urgencias mostró un patrón diferente. En este caso, las variables principales que explican la desigualdad durante todos los años eran variables de necesidad, lo que demuestra que los servicios estaban al alcance de todos, que las personas con menores ingresos los usaban con mayor frecuencia

FIGURA 1. Contribución de las variables de necesidad a la inequidad (índice de inequidad horizontal) en la utilización de la atención sanitaria, Chile, 2000–2009



CUADRO 4. Índices de concentración para las variables de estado de salud y utilización de la atención sanitaria, Chile, 2000–2009

Variable	Años											
	2000		2003		2009		2000–2003		2003–2009		2000–2009	
	IC	IH	IC	IH	IC	IH	IC	IH	IC	IH	IC	IH
Salud autoevaluada (menos que buena)	-0,148 ^a	-0,135 ^a	-0,161 ^a	-0,149 ^a	-0,129 ^a	-0,116 ^a	0,013 ^a	0,013 ^a	-0,032 ^a	-0,032 ^a	-0,019 ^a	-0,103 ^a
Limitación física (cualquiera)	-0,196 ^a	-0,193 ^a	-0,228 ^a	-0,231 ^a	-0,224 ^a	-0,211 ^a	0,032 ^a	0,037 ^a	-0,004 ^a	-0,020 ^a	0,028 ^a	-0,173 ^a
Consulta médica (probable)	0,064 ^a	0,144 ^a	0,082 ^a	0,178 ^a	0,021 ^a	0,079 ^a	-0,017 ^a	-0,034 ^a	0,061 ^a	0,099 ^a	0,044 ^a	0,045 ^a
Consultas médicas (total)	0,054 ^a	0,171 ^a	0,084 ^a	0,210 ^a	0,017 ^a	0,097 ^a	-0,029 ^a	-0,038 ^a	0,067 ^a	0,113 ^a	0,037 ^a	0,058 ^a
Hospitalización (probable)	-0,031 ^a	0,022 ^a	-0,003 ^a	0,069 ^a	-0,041 ^a	0,015 ^a	-0,028 ^a	-0,047 ^a	0,038 ^a	0,054 ^a	0,010 ^a	-0,032 ^a
Hospitalización (días)	-0,112 ^a	-0,010 ^a	-0,091 ^a	0,012 ^a	-0,130 ^a	-0,045 ^a	-0,022 ^a	-0,022 ^a	0,040 ^a	0,057 ^a	0,018 ^a	-0,067 ^a
Consulta a salas de urgencias (probable)	-0,074 ^a	-0,002	-0,088 ^a	-0,004 ^a	-0,107 ^a	-0,040 ^a	0,014 ^a	0,002	0,019 ^a	0,035 ^a	0,033 ^a	-0,037 ^a
Consultas a salas de urgencias (total)	-0,100 ^a	-0,014 ^a	-0,121 ^a	-0,012 ^a	-0,151 ^a	-0,063 ^a	0,021 ^a	-0,001	0,030 ^a	0,051 ^a	0,051 ^a	-0,064 ^a
Consulta odontológica (probable)	0,221 ^a	0,227 ^a	0,197 ^a	0,199 ^a	0,165 ^a	0,163 ^a	0,023 ^a	0,028 ^a	0,032 ^a	0,036 ^a	0,056 ^a	0,191 ^a
Consultas odontológicas (total)	0,255 ^a	0,264 ^a	0,226 ^a	0,227 ^a	0,212 ^a	0,208 ^a	0,029 ^a	0,036 ^a	0,014 ^a	0,019 ^a	0,042 ^a	0,245 ^a
Consulta a un médico general (probable)	-0,004 ^a	0,043 ^a	-0,017 ^a	0,051 ^a	-0,027 ^a	0,035 ^a	0,013 ^a	-0,008 ^a	0,011 ^a	0,015 ^a	0,023 ^a	0,028 ^a
Consultas a médicos generales (total)	-0,024 ^a	0,046 ^a	-0,041 ^a	0,048 ^a	-0,044 ^a	0,036 ^a	0,017 ^a	-0,002	0,003 ^a	0,012 ^a	0,020 ^a	0,034 ^a
Consulta a un especialista (probable)	0,131 ^a	0,252 ^a	0,161 ^a	0,298 ^a	0,124 ^a	0,187 ^a	-0,030 ^a	-0,046 ^a	0,036 ^a	0,111 ^a	0,007 ^a	0,142 ^a
Consultas a especialistas (total)	0,113 ^a	0,272 ^a	0,162 ^a	0,316 ^a	0,111 ^a	0,191 ^a	-0,050 ^a	-0,044 ^a	0,051 ^a	0,125 ^a	0,001	0,147 ^a
Consulta de salud mental (probable)					-0,031 ^a	0,049 ^a						
Consultas de salud mental (total)					0,032 ^a	0,122 ^a						

IC: índice de concentración, IH: índice de inequidad horizontal.

^a Valores estadísticamente significativos ($P < 0,05$).

y tenían más probabilidades de usar el sistema cuando sus condiciones de salud se habían deteriorado lo suficiente como para ir a una sala de urgencias en lugar de ir antes a un MG o a un especialista.

En el primer período de análisis (de 2000 a 2003), la desigualdad aumentó en relación con la salud autoevaluada, las limitaciones físicas y las consultas a salas de urgencias, MG y especialistas, y disminuyó para las consultas hospitalarias y odontológicas. En todos los casos, los cambios fueron relativamente pequeños, lo que refleja una situación bastante estable en el sistema de atención sanitaria. En el segundo período (de 2003 a 2009), la desigualdad aumentó con respecto a las consultas hospitalarias, a salas de urgencias y MG (a favor de las personas con menores ingresos); en cambio, para la salud autoevaluada, las limitaciones físicas y las consultas odontológicas y a especialistas la desigualdad disminuyó (a favor de las personas con mayores ingresos). La reforma implicó un aumento en la utilización media de ciertos ser-

vicios (MG y salas de urgencias) y una reasignación de los recursos dentro del sistema público, que cambió la disponibilidad relativa de ciertos servicios (y la intensidad del uso de otros, especialmente los incluidos en el Plan AUGE). Estos resultados pueden explicar los cambios observados en los valores del índice de concentración, aunque deben realizarse estudios más profundos de estos cambios.

Cuando se estandarizó el índice de concentración según las necesidades de las personas y se calculó el índice de inequidad horizontal, algunos índices revirtieron su signo en algunos años. En general, se observaron índices estandarizados con un patrón más a favor de las personas con mayores ingresos que con los índices no estandarizados. Los índices que se calcularon a partir de la probabilidad (0/1) y una variable dependiente continua dieron resultados cualitativos similares. Por ejemplo, la cobertura de tratamientos odontológicos para las personas con los menores ingre-

sos fue más baja que la cobertura para las personas con los mayores ingresos y la frecuencia de tratamiento odontológico dependió de tener ingresos disponibles para pagarlo; por consiguiente, se espera un nivel más alto de inequidad en la intensidad que en la probabilidad de utilización de la atención sanitaria. Las personas con menores ingresos utilizaban menos los servicios de odontología (con menos disponibilidad en el sistema público y períodos de espera más largos), pero también los consultaban para tratamientos más cortos que las personas con mayores ingresos. Por el contrario, al analizar las hospitalizaciones se observó que las personas con menores ingresos usaron más los hospitales que las personas con mayores ingresos (controlado por las variables de necesidad). La intensidad de uso de los hospitales presentó un nivel más fuerte de inequidad que el de la probabilidad de utilización de la atención sanitaria. Este resultado significa que las personas con mayores ingresos usaron el sistema con mayor

frecuencia (para hospitalizaciones), pero que las personas con menores ingresos permanecían más tiempo una vez que lo usaban. El hecho de que algunos de estos servicios de atención sanitaria —por ejemplo, las consultas a salas de urgencias, la salud autoevaluada y las consultas hospitalarias— tuvieran una distribución en favor de las personas con menores ingresos no necesariamente refleja una situación deseable. La mayor utilización relativa de las salas de urgencias y las consultas hospitalarias por las personas con menores ingresos puede deberse a que cuando acceden al sistema están en una situación más crítica que la población promedio. Este resultado podría indicar que las personas con relativamente menores ingresos eligieron postergar o evitar la consulta a un médico, dado que en muchos casos tenía costos asociados. Por ejemplo, durante 2009, el porcentaje de personas que recibieron atención gratuita por parte de MG y especialistas fue de 60% y 42%, respectivamente; en el caso de las consultas a las salas de urgencias, el porcentaje fue de 70%. Esto demuestra que una parte significativamente mayor de los que usaron las consultas en las salas de urgencias no pagó por esas consultas, en comparación con otros tipos de consultas médicas.

DISCUSIÓN

Hasta donde los autores tienen conocimiento, este es el primer estudio que emplea la metodología descrita por Almeida y Mori (15) para estimar las desigualdades en la utilización de la atención sanitaria en Chile a partir de un gran número de indicadores de salud. Esta investigación forma parte de un esfuerzo muy importante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para comparar las desigualdades en la salud y la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en países de la Región mediante esta metodología estandarizada. Si bien existen varias comparaciones de las desigualdades en la utilización de la atención sanitaria en países europeos (16–20), este tipo de estudio es menos frecuente en América Latina. En una investigación anterior llevada a cabo por la OPS con datos de la década de 1990, se compararon cuatro países, pero Chile no estaba entre ellos (21). Recientemente, Balsa y Rossi calcularon las desigualdades en cuatro ciudades

de América del Sur, con datos de una encuesta administrada exclusivamente a adultos mayores en el año 2000, y encontraron desigualdades en solo dos de las ciudades (22).

Este artículo, que actualiza un análisis anterior del caso chileno, utiliza nuevas fuentes de datos de un período más reciente (decenio pasado) y analiza un considerable número de servicios de atención sanitaria.

Los resultados mostrados en este artículo deben considerarse preliminares debido a varias limitaciones (algunas de ellas por los datos disponibles). Primero, se podrían considerar varias estimaciones alternativas no lineales que toman en cuenta la probabilidad de la decisión de utilizar la atención sanitaria y las decisiones relacionadas con la intensidad de uso (23–26) y compararse con los resultados presentados aquí. Sin embargo, en este estudio se empleó el modelo lineal para reducir al mínimo los errores en la descomposición (lineal) y aumentar la comparabilidad con estudios de otros países. La descomposición es, esencialmente, un ejercicio estadístico sencillo y no se deriva de una relación estructural (la regresión que relaciona la utilización de la atención de salud y variables independientes no se basa en modelos individuales de causalidad). Este hecho significa que los canales por los que una variable independiente afecta a la desigualdad frecuentemente están ocultos en la relación agregada. Cuando los índices de desigualdad (o inequidad) son relativamente pequeños, la descomposición de esos índices puede mostrar que algunas variables ejercen una influencia indebida.

Segundo, no se consideraron las diferencias regionales en la utilización de la atención sanitaria. En el caso de un país tan centralizado como Chile, mirar a través de una lente regional puede brindar un mayor conocimiento acerca de cómo trabaja el sistema de atención de salud y cómo llega a las poblaciones con diferentes características y necesidades.

Por último, cambios en la población bajo análisis —por ejemplo, la inclusión de los jóvenes— podrían alterar considerablemente los resultados. Valdría la pena estudiar estos aspectos en futuras investigaciones.

Las mejoras en la salud de Chile han sido notables durante los tres últimos decenios. Sin embargo, la desigualdad

en materia de salud ha sido un motivo de preocupación y la motivación principal detrás de las reformas sanitarias recientes. Este estudio revela que esas inquietudes son justificadas. Mientras las consultas a los MG, las salas de urgencias y las hospitalizaciones tienen una distribución en favor de las personas con menores ingresos, las consultas a médicos especialistas y odontólogos tienen una fuerte distribución a favor de las personas con mayores ingresos. En general, estos patrones son estables y se observa una tendencia clara en todas las variables de utilización de la atención sanitaria en Chile a la disminución de la desigualdad en el tiempo.

Los patrones observados se relacionan en parte con problemas estructurales del sistema de atención de salud chileno, específicamente los existentes antes de la reciente reforma del sector sanitario, en el que las personas con mayores ingresos tenían cobertura privada y fácil acceso al sistema de atención sanitaria y utilizaban la atención especializada según sus necesidades y sin el requisito de derivación por parte de un MG. Por el contrario, las personas con menores ingresos dependían del seguro público y recibían los servicios de salud a través de proveedores públicos, en el que el acceso a los especialistas dependía de que un MG los derivara (lo que aumenta el uso de MG y disminuye el uso de especialistas). La mayor frecuencia de consultas a las salas de urgencias por parte de las personas con menores ingresos puede indicar un retraso en el uso de la atención necesaria (esperan hasta que la enfermedad se agudice antes de buscar atención) o la necesidad de utilizar el sistema fuera de las horas laborales regulares (porque no pueden dejar el trabajo para ir al médico).

El análisis de descomposición muestra que los factores socioeconómicos contribuyen ampliamente a la desigualdad que todavía existe en Chile y que la reciente reforma del sector sanitario no ha cambiado esta situación de manera substancial. En el caso de las consultas a las salas de urgencias, la tendencia está clara: las personas con un seguro de salud privado usan mucho menos las salas de urgencias que las que no lo tienen (generalmente personas con menores ingresos). Con respecto al acceso y la utilización de los servicios de especialistas y odontológicos, el seguro

de salud privado, los ingresos y la educación también explican las desigualdades: las personas con menores ingresos, sin seguro privado y con menor nivel de educación usan estos servicios mucho menos que las personas con mayores ingresos. La reforma reasignó recursos en el sistema de atención sanitaria —en tiempo, recursos humanos y equipamiento—, destinados a la atención de las enfermedades cubiertas por el Plan AUGE y eliminó recursos destinados a la atención de otras enfermedades no cubiertas por ese plan, como lo demuestran las largas listas de espera en el sistema público para atenderse por

estas últimas enfermedades. Pero la reforma no alteró la dualidad del sistema de atención sanitaria. Desde la reforma, las personas con relativamente mayores ingresos que cuentan con un seguro de salud privado siguen teniendo mejor acceso a servicios relativamente mejores (si bien la calidad del servicio no se discutió en este artículo). Este estudio revela que el gradiente socioeconómico no desapareció con la reforma.

En conclusión, este estudio muestra que la equidad es el talón de Aquiles del sistema de atención sanitaria chileno. A pesar de la reforma dirigida a enfrentar este problema, todavía se observan desigualdades

e inequidades en el uso de los servicios de atención sanitaria; esto se explica probablemente por la segmentación del sistema de atención sanitaria y la falta de solidaridad entre sus diferentes segmentos, temas no abordados por la reforma.

Financiamiento. Este estudio fue financiado por el Proyecto de Equidad en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe (EquiLAC) de la Organización Panamericana de la Salud y el proyecto No. 1110334 del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile.

Conflictos de interés. Ninguno

REFERENCIAS

- Chile, Ministerio de Salud. Estado de avance en los objetivos de impacto. Objetivos sanitarios para la década 2000–2010. Santiago: Ministerio de Salud; 2006.
- Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(12):2161–70.
- Hernández S, Sandoval H, Delgado I. Las diferencias entre lo público y lo privado. En: *Iniciativa Chilena de Equidad en Salud*, ed. La perspectiva de la equidad. Santiago: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud; 2005. Pp. 19–28.
- Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev Med Chil*. 2003;131(6):669–78.
- Vega J, Hollstein RD, Delgado I, Pérez J, Carrasco S, Marshall G, et al. Chile: socioeconomic differentials and mortality in a middle-income nation. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging health inequities: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001. Pp. 123–37.
- Vega J. Enfermo de pobre. *Rev Univ*. 2001;73:43–56.
- Sapelli C, Vial B. Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿es diferente entre grupos de ingreso? *Cuad Econ*. 1998;106(35):343–82.
- Chile, Ministerio de Salud [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.minsal.cl> Acceso el 30 de abril de 2012.
- Chile, Instituto Nacional de Estadística [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.inec.cl> Acceso el 30 de abril de 2012.
- Chile, Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI de Vivienda. Censo 2002, Síntesis de resultados. Santiago: Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI de Vivienda; 2005.
- World Bank. The World Bank database. Washington, D.C.: World Bank; 2012. Disponible en: <http://data.worldbank.org> Acceso el 15 de abril de 2012.
- Banco Central de Chile. Santiago: Banco Central de Chile; 2012. Disponible en: <http://www.bcentral.cl> Acceso el 30 de abril de 2012.
- Deaton A. The analysis of household surveys: a microeconomic approach to development policy. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
- O'Donnell O, World Bank. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, D.C.: World Bank; 2008.
- Almeida G, Mori F. Measuring the evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):83–9.
- Van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ*. 2004;13(7):609–28.
- Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Econ*. 2004;13(7):629–47.
- González Álvarez ML, Barranquero AC. Inequalities in health care utilization in Spain due to double insurance coverage: an Oaxaca-Ransom decomposition. *Soc Sci Med*. 2009;69(5):793–801.
- Van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2004.
- ECuity Project. ECuity Project, 2012 [sitio en Internet]. Disponible en: www2.eur.nl/ecuity Acceso el 15 de abril de 2012.
- Suárez-Berenguela R. Health system inequalities in Latin America and the Caribbean: findings and policy implications. En: *Pan American Health Organization, ed. Investment in health: social and economic returns*. Washington, D.C.: PAHO; 2001. Pp. 119–42.
- Balsa A, Rossi M. Horizontal inequity in access to health care in four South American cities. *Rev Econ Rosario*. 2011;14(1):31–56.
- Grootendorst PV. A comparison of alternative models of prescription drug utilization. *Health Econ*. 1995;4(3):183–98.
- Deb P, Holmes AM. Estimates of use and costs of behavioural health care: a comparison of standard and finite mixture models. *Health Econ*. 2000;9(6):475–89.
- Jiménez-Martín S, Labeaga J, Martínez-Granado M. Latent class versus two-part models in the demand for physician services across the European Union. En: Jones AM, O'Donnell O, eds. *Econometric analysis of health data*. Chichester, United Kingdom: John Wiley and Sons; 2002. Pp. 101–16.
- Jones AM, Rice N, D'Uva TB, Balia S. *Applied health economics*. Abingdon, United Kingdom: Taylor & Francis; 2007.

Manuscrito recibido el 7 de marzo de 2012. Versión revisada aceptada para publicación el 19 de diciembre de 2012.

ABSTRACT**Income-related inequality
in health and health care
utilization in Chile, 2000–2009**

Objective. To measure and explain income-related inequalities in health and health care utilization in the period 2000–2009 in Chile, while assessing variations within the country and determinants of inequalities.

Methods. Data from the National Socioeconomic Characterization Survey for 2000, 2003, and 2009 were used to measure inequality in health and health care utilization. Income-related inequality in health care utilization was assessed with standardized concentration indices for the probability and total number of visits to specialized care, generalized care, emergency care, dental care, mental health care, and hospital care. Self-assessed health status and physical limitations were used as proxies for health care need. Standardization was performed with demographic and need variables. The decomposition method was applied to estimate the contribution of each factor used to calculate the concentration index, including ethnicity, employment status, health insurance, and region of residence.

Results. In Chile, people in lower-income quintiles report worse health status and more physical limitations than people in higher quintiles. In terms of health service utilization, pro-rich inequities were found for specialized and dental visits with a slight pro-rich utilization for general practitioners and all physician visits. All pro-rich inequities have decreased over time. Emergency room visits and hospitalizations are concentrated among lower-income quintiles and have increased over time. Higher education and private health insurance contribute to a pro-rich inequity in dentist, general practitioner, specialized, and all physician visits. Income contributes to a pro-rich inequity in specialized and dentist visits, whereas urban residence and economic activity contribute to a pro-poor inequity in emergency room visits.

Conclusions. The pattern of health care utilization in Chile is consistent with policies implemented in the country and in the intended direction. The significant income inequality in the use of specialized and dental services, which favor the rich, deserves policy makers' attention and further investigation related to the quality of these services.

Key words Health inequalities; equity in access; equity in health; health economics; Chile.