



Facultad de Economía y Negocios

Magíster en Gestión de Sistemas de Salud

**Determinantes Sociales en  
Salud que influyen en no  
solicitar atención y/o a no  
adherir a tratamientos de  
salud, con base en los  
resultados de encuesta  
CASEN 2020**

Memoria para optar al grado de Magíster en Gestión de Sistema de Salud

**Alumno: Jorge Encina Cid**

**Profesor Guía: Margarita Pereira Córdova**

Talca - Chile

2022

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2022

**DERECHOS DE AUTOR**

© Jorge Andrés Encina Cid

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento

## RESUMEN

La presente investigación ahonda en la búsqueda de los determinantes sociales en salud (DSS) que aumentan la probabilidad de que las personas se alejen de la atención en salud y/o de adherir a tratamientos de salud según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2020. Los objetivos se centran en la descripción de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”, en identificar las principales determinantes sociales que inciden en ello, propone un modelo probabilístico que describa la incidencia de las DSS y en elaborar sugerencias que contribuyan al diseño de políticas en salud.

El proceso fue desarrollado a través de la metodología correlacional, con la utilización de *R studio versión 3.3.0* para estadística descriptiva y *Stata versión 15.1* para estadística inferencial.

La investigación se acota a la utilización de CASEN 2020 la cual se ejecutó durante un inicio de la pandemia por COVID-19 en Chile. Los resultados podrían variar al utilizar una nueva base de datos compuesta por otra muestra.

Los resultados impresionaron, considerando que gran parte de la teoría, establece que el alejamiento de las personas de los sistemas de salud se relaciona con determinantes sociales estructurales e intermedios de gran diversidad. A medida que avanzó el estudio, los hallazgos fueron focalizados sobre el grupo de personas entre 15 y 29 años, pertenecen a los tres quintiles de menores ingresos del país.

Durante la conclusión se potencia el análisis de los resultados y entregan recomendaciones valoradas como aportes al diseño de políticas de salud nacional basada en la intersectorialidad del estado y la sociedad civil, principios como la promoción y prevención y el fortalecimiento de la participación de la ciudadanía en la evaluación de las intervenciones en salud con jóvenes vulnerables económicamente.

<b>Palabras Clave:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinantes Sociales en Salud.</li><li>• Jóvenes.</li><li>• Factores protectores.</li><li>• Políticas de salud.</li><li>• Vulnerabilidad socioeconómica.</li></ul>
------------------------	--

## ABSTRACT

This research delves into the search for social determinants in health (DSS) that increase the probability that people move away from health care and/or adhere to health treatments according to the 2020 Socioeconomic Characterization Survey. The objectives focus on the description of "Not requesting care and/or not adhering to health treatments", on identifying the main social determinants that affect it, proposes a probabilistic model that describes the incidence of DSS and on making suggestions that contribute to the health policy design.

The process was developed through the correlational methodology, using R studio version 3.3.0 for descriptive statistics and Stata version 15.1 for inferential statistics.

The research is limited to the use of CASEN 2020, which was carried out during the beginning of the COVID-19 pandemic in Chile. The results could vary when using a new database composed of another sample.

The results were impressive, considering that a large part of the theory establishes that the distancing of people from health systems is related to structural and intermediate social determinants of great diversity. As the study progressed, the findings were focused on the group of people between 15 and 29 years old, who belong to the three lowest income quintiles in the country.

During the conclusion, the analysis of the results is enhanced and recommendations valued as contributions to the design of national health policies based on the intersectorality of the state and civil society, principles such as promotion and prevention and the strengthening of citizen participation in the evaluation of health interventions with economically vulnerable youth.

<b>Keywords:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Social Determinant in Health.</li><li>• Youths.</li><li>• Protective Factors.</li><li>• Health Policies.</li><li>• Socioeconomic Vulnerability.</li></ul>
------------------	---

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>pág 3</b>
1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	
1.3 OBJETIVOS	
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	
1.4 CONTENIDO Y ORGANIZACIÓN DE LA TESIS	
<b>2. MARCO TEORICO.....</b>	<b>pág 6</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>pág 11</b>
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	
<b>4. RESULTADO Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>pág 13</b>
4.1 INTRODUCCIÓN	
4.2 CUERPO	
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>pág 38</b>
<b>6. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>pág 39</b>
<b>7. FUENTES DE CONSULTA.....</b>	<b>pág 43</b>

## Índice de Cuadros y/o Tablas

1. **N.º 1 Tabla de distribución según variable dependiente;** “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” con factor de expansión.....**pág 15**
2. **Tabla N.º 2 de distribución según variable dependiente;** “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” e independiente “Quintil” .....**pág 15**
3. **Tabla N.º 3 de distribución según variable dependiente;** “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” e independiente “Zona Central” con factor de expansión.....**pág 15**
4. **Tabla N.º 4 de distribución según variable dependiente;** “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” Frente a variable; Rural / Urbana. Con factor de expansión.....**pág 16**
5. **Tabla N.º 5 de distribución según variable dependiente;** “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” Frente a variable independiente; “Sexo”. Con factor de expansión. ....**pág 17**
6. **Tabla N.º 6 de distribución variable dependiente;** “Por qué motivo no solicita atención y/o no adhiere a tratamientos de salud” y variable independiente “Pobreza”. .....**pág 17**
7. **Tabla N.º 7 Distribución Nivel País según;** “No Solicitar atención y/o No Adherir a Tratamientos” Frente a variable; Sistema de salud al que pertenece.....**pág 19**
8. **Tabla N.º 8 Modelo de regresión logística;**.....**pág 28**
9. **Tabla N.º 9 Count R2;**.....**pág 30**
10. **Tabla N.º 10 Estadísticos Coxsnel y Nagelkerke**.....**pág 30**
11. **Tabla N.º 11 Modelo derivada de la variable dependiente**.....**pág 31**

## Índice de Ilustraciones.

1. **Matriz N° 1;** Porque no consultar. Sexo. Edad. Zona. Estado civil. Ingresos.....**pág 20**
2. **Matriz N° 2;** Porque no consultar, Sistema Previsional de Salud Público, Educación, Edad.....**pág 22**
3. **Matriz N° 3;** Porque no consultar, Tratamiento médico últimos 12 meses, ¿Su tratamiento fue cubierto por el sistema AUGE-GES?, ¿Por qué este tratamiento médico no fue cubierto por el sistema AUGE- GES?, Edad.....**pág 23**
4. **Matriz N° 4;** Porque no consultar, Sexo, Edad, Estado Civil, Tipo de vivienda.....**pág 24**
5. **Matriz N° 5;** Porque no consultar, Tratamiento médico últimos 12 meses, ¿Por qué este tratamiento médico no fue cubierto por el sistema AUGE- GES? , Edad, Situación ocupación de la vivienda.....**pág 25**
6. **Matriz N° 6;** Porque no consultar, Tratamiento médico últimos 12 meses, ¿Por qué este tratamiento médico no fue cubierto por el sistema AUGE- GES? , ¿De dónde proviene el agua de la vivienda? , Edad.....**pág 26**
7. **Matriz N° 7;** Porque no consultar, ¿Cuál es el nivel más alto alcanzado o el nivel educacional actual? , Edad.....**pág 27**

## 1. INTRODUCCIÓN

En Chile, las américas y el mundo las Determinantes Sociales en Salud (DSS) constituyen un enfoque trascendental a la hora de construir políticas de salud. Existe reconocimiento, que los factores de riesgo para la aparición de enfermedades y el pronóstico de ellas no sólo depende de cuestiones biológicas, sino también, de condiciones ambientales, culturales y económicas.

Para el Estado, las DSS también influyen en la decisión de “no solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” cuando existe el diagnóstico de una patología previa. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros autores, la no adherencia a tratamientos de salud, constituye un problema de gran magnitud, siendo la principal causa de fracaso terapéutico.

El presente trabajo, desarrolla en términos probabilísticos, la relación entre las DSS y la decisión de las personas por “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” en Chile, con base a los datos levantados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2020 (CASEN 2020). Para tales efectos, en primer término, se expone la identificación del problema y luego, se presenta una discusión bibliográfica en relación a la revisión documental vinculada con el tema en cuestión. Se utiliza un modelo probabilístico en búsqueda de la relación ya antes mencionada. Por último, el trabajo revisa los resultados y propone sugerencias que sean útiles en el diseño de políticas públicas en salud a nivel nacional.

## 1.1 Identificación del problema

Actualmente, no existen en Chile estudios suficientes sobre la problemática “no solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

Propiciar la adherencia a los servicios de salud ha sido una preocupación constante de las políticas públicas a nivel nacional desde la implementación del “medio litro de leche de leche” promovido durante el gobierno del presidente Allende, en 1971 como un aporte para favorecer la adherencia al desarrollo del programa de alimentación complementaria<sup>1</sup>. En los años ochenta, nuestro país sufre grandes cambios en su sistema de salud siendo el más destacado la municipalización de la Atención Primaria, política orientada a acercar la salud a las comunidades. En el 2005 entra en vigencia la Ley AUGE, Acceso Universal de Garantías Explícitas, pilar fundamental para mejorar la accesibilidad a la atención de salud<sup>20</sup>.

La no adherencia terapéutica es considerada un problema para la atención de salud, ya que no se obtienen todos los beneficios propios de un tratamiento<sup>2</sup>. El no adherir a este tratamiento o no consultar por atención médica, es considerada la principal causa del fracaso terapéutico según la OMS<sup>3</sup>. Este organismo internacional en el 2004 definió la no adherencia como un *“problema mundial de alarmante magnitud”*<sup>3</sup>. La magnitud también estaría relacionada con las DSS. Las personas más vulnerables ante este problema, pertenecerían a los estratos socioeconómicos bajos, personas mayores y con presencia de multimorbilidad, lo que se puede explicar principalmente por las condiciones de habitabilidad. Algunos ejemplos son, la deficiente conservación de los medicamentos por parte de las usuarias/os, la baja accesibilidad por distancia hacia los establecimientos de salud o la imposibilidad de seguir dietas alimentarias que implican la inversión de recursos por sobre la capacidad económica de las personas<sup>4</sup>. Además, el no consultar a los servicios de salud podría estar mediado por condiciones socioculturales como son, la religión, validación social de la ciencia médica, según la zona o territorio, la validación de la medicina alternativa, integrativa, la medicina ancestral

de pueblos originarios, entre otros.

En el país se ha realizado esfuerzos para desarrollar políticas públicas en salud que faciliten la accesibilidad, muestra de lo anterior, es la implementación de la ley AUGE y las Garantías Explícitas en Salud<sup>5</sup>. No obstante, un estudio desarrollado en Chile durante el año 2014 mostró que sólo un 36,3% de los usuarios en general adherían a su tratamiento. Cabe destacar que de este porcentaje las mujeres muestran un grado mayor de adherencia con un 38,4%<sup>6</sup>.

## **1.2. Pregunta de Investigación**

**¿Cuáles son las determinantes sociales que influyen en no solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud con base a la encuesta CASEN 2020?**

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Analizar cuales Determinantes Sociales influyen en “No solicitar atención y/o a no adherir a tratamientos de salud” en base a la CASEN 2020 aportando al diseño de políticas públicas en salud.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- 1- Describir la decisión de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” según CASEN 2020 .
- 2- Identificar los principales determinantes sociales que inciden en “no solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud”

- 3- Proponer un modelo probabilístico que muestre la relación entre las Determinantes Sociales en Salud y/o no solicitar atención y no adherir a tratamientos de salud.
- 4- Presentar sugerencias que contribuyan al diseño de políticas públicas de salud con relación al tema de investigación.

## 2. MARCO TEÓRICO

Con el estudio de las Determinantes Sociales en Salud (DSS), se ha abierto la discusión sobre las causas y contextos sociales que propician el surgimiento de problemas en salud y específicamente, en cuanto requerir atención y/o adherir a tratamientos.

Hoy, en la política de salud nacional, las DSS tienen especial relevancia al momento de tomar decisiones en el ámbito promocional y preventivo<sup>6</sup>. Si bien el estado se ha hecho cargo del tema y lo declara dentro del diseño de sus intervenciones, Chile no tiene densidad suficiente de información para establecer una relación entre el abandono terapéutico y las propias vulnerabilidades sociales<sup>7</sup>.

El Colegio Médico de Chile elaboró en el año 2020 un informe denominado; *“El impacto del COVID19 en el Sistema de Salud y Propuestas para la Reactivación”*<sup>16</sup>. El documento pone el foco desde un principio en el impacto que ha significado para la población el hecho que exista una disminución de oferta para patologías No Covid-19. Este problema es de una magnitud considerable, ya que obligó en palabras del propio organismo, a reorganizar la actividad hospitalaria y de la atención primaria, en beneficio de personas afectadas por patología respiratoria.

Las DSS generan disparidades en el acceso a la atención de salud e influyen en no solicitar atención en salud a pesar de haber sido diagnosticados con una patología que necesite de adherencia a tratamiento, ya sea farmacológica o a través de la generación de cambios en las conductas y hábitos sanitarios<sup>8</sup>.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS); *“Las DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana”*<sup>8</sup>. Se enmarcan en DSS estructurales como los ingresos, educación, el género, el grupo étnico y DSS intermedias como son la calidad de la vivienda, entorno físico, calidad de trabajo, acceso a servicios básicos. La OMS es categórica al indicar que las DSS son; *“como nacen, crecen, viven y envejecen las personas”* y que éstas ejercerán fuerza sobre la calidad de vida de las personas<sup>8</sup>.

Epidemiológicamente las DSS logran albergar condiciones sociales como factores de riesgo y predisponen el desarrollo de enfermedades<sup>9, 18</sup>.

Para la OMS, la adherencia terapéutica es definida como *“el grado en que el comportamiento de una persona a tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria y/o como el cumplimiento del mismo; tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo”*<sup>43</sup>. Bajo estos términos, no existe la “buena o mala “ adherencia a tratamientos, ya que esta se expresa en términos dicotómicos como adherir o no adherir a tratamientos de salud.

El estado de Chile históricamente ha diseñado diversos instrumentos útiles para conocer la situación de salud de la población, como también, para caracterizar la situación social. La más importante y actualizada es la Encuesta de Caracterización Socioeconómica “CASEN 2020”, cual tiene el valor de haber sido aplicada con posterioridad al estallido social y durante la pandemia por COVID-19.

La Encuesta CASEN 2020 provee los datos necesarios para responder a preguntas como; *¿Qué pasa actualmente con el acceso a los servicios de salud?, ¿Cuáles son las principales causas para no acceder a atención de los servicios de salud en Chile?, ¿Son los hombres quienes consultan menos a los servicios de salud?, ¿Los ingresos*

*económicos influyen en no solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud?*

A modo de ejemplo la respuesta a una de las preguntas enunciadas, sería que: sí, son los hombres por sobre las mujeres, quienes tienen mayores índices de morbilidad, mortalidad y consultan menos a los servicios de Atención Primaria, no sólo de Chile, sino también en Europa y Latinoamérica<sup>10</sup>.

La “enfermedad” ha sido relacionada durante la historia con ser débil, lo que es contrario a una característica socialmente aceptada para el hombre y el género masculino. Por otra parte, los hombres viven menos tiempo que las mujeres. Para el período 2015-2020 el Instituto Nacional de Estadística (INE) estimó una esperanza de vida de 82,1 años para las mujeres y de 77,3 años para los hombres<sup>11</sup>.

Otra DSS a la que se puede responder en base a la CASEN 2020 es que existe la generalidad de asociar la ruralidad con la actividad económica agropecuaria, generalmente vista con precariedad, segregada de servicios públicos y privados. Sin embargo, en el país y América Latina, existe una transformación de la ruralidad que la liga con diversidad de actividades económicas y la integran al ritmo de la evolución social comercial<sup>4</sup>. Por otra parte, en Chile existen regiones con altos índices de ruralidad que aún se encuentran rezagadas y distantes de los servicios sanitarios, como de desarrollo económico, lo que no ha generado un cambio en los modos de vida, especialmente de las personas mayores quienes en general no migran a sectores urbanos que dispongan de mayores servicios<sup>12</sup>.

El país se encuentra en una transición demográfica que insta al estado en adaptarse y absorber la demanda generada por una población envejecida y vulnerable en términos biopsicosociales. Con ello, la edad se ha transformado en una DSS estructural para la salud<sup>12</sup>. La carga de mortalidad y morbilidad aumenta con la edad, ello es atribuible principalmente a enfermedades crónicas no transmisibles la que creció en un 15% en tan sólo 10 años. Al mismo tiempo, creció la adquisición de hábitos no saludables, como

el consumo de drogas, sedentarismo y vidas ajetreadas<sup>6</sup>.

El foco en el envejecimiento de la población, no sólo está centrado en las personas que en la actualidad superan los 60 años de edad, sino que la prevención se instala también, en los jóvenes dueños de una salud desgastable por la exposición y baja percepción de los factores de riesgo, lo que caracteriza a la adolescencia, la adultez joven y al género masculino. El estudio denominado “*Salud sexual y reproductiva en hombres jóvenes en Chile*” describió una baja percepción de riesgo en la salud sexual y reproductiva de los hombres chilenos. Históricamente, se ha centrado la responsabilidad sexual en las mujeres, visualizándose al género masculino como lejano de los servicios de salud y al cuidado que ellos proveen<sup>25</sup>. Lo mismo es extrapolable sobre el consumo de drogas<sup>25</sup>. Lo anterior se relaciona con el aumento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que han registrado los jóvenes en Chile, especialmente del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en personas de entre 15 y 29 años de edad<sup>28</sup>. Otro antecedente sobre el estado de salud de este grupo etario, se abre en la salud mental de las personas entre 10 y 29 años, ya que un 1 de cada 7 de ellos experimenta un trastorno mental y sólo un 50% éstas son detectado antes de los 15 años, lo que afectará su desarrollo hacia la adultez y posterior envejecimiento<sup>24</sup>.

Desde hace años, la discusión y la opinión pública, ha sostenido que la calidad de vida de las personas se ve deteriorada a medida que envejecen, no sólo por desarrollar enfermedades no transmisibles, sino también por la disminución de los ingresos económicos y la inseguridad financiera<sup>5</sup>. Además, la convulsión social, las protestas y la discusión sobre el modelo de estado que los chilenos desean, trae consigo incertidumbre acerca del sistema previsional de salud compuesto por ISAPREs y FONASA<sup>7</sup>. Uno de los cambios significativos en el sistema previsional de salud público es la incorporación del Copago Cero. Con lo anterior, el estado asume un costo anual de 20 mil millones de pesos que antes eran asumidos por familias pertenecientes a FONASA.

Por otra parte, el país y el mundo centra sus esfuerzos financieros en el tratamiento de

patologías de una alta prevalencia en la población, como la Hipertensión, Diabetes, Depresión y Trastorno Afectivo Bipolar. Durante los últimos años el sistema nacional de salud creó el Plan AUGE, el cual a través de las Garantías Explícitas en Salud (GES) cubre en la actualidad 85 patologías, 4 de éstas, nombradas con anterioridad en el presente trabajo<sup>5</sup>.

En el año 2017, la Encuesta Nacional de Salud destacó que el 17,2% de la población padece de síntomas depresivos, teniendo gran participación las mujeres. El mismo informe, reconoce que la OMS identifica que en el país podrían existir cerca de 800 mil personas mayores de 15 años con algún tipo de trastorno depresivo<sup>17</sup>.

La depresión se constituye, por tanto, en un diagnóstico que genera alta carga al sistema nacional de salud, lo que motivó que ingresara su cobertura de tratamiento GES. Si bien la prevalencia es alta, también es necesario considerar que dentro de este diagnóstico pudiesen encontrarse otros diagnósticos diferenciales, entre ellos el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)<sup>16</sup>.

Como señala la Guía Clínica GES, los diagnósticos diferenciales para la Depresión transitan desde alteraciones de origen médico hasta otras patologías de salud mental y consumo de sustancias que generan sintomatología depresivos<sup>16</sup>. De acuerdo con la misma guía, existen estudios que indican que entre el 25% y el 50% de los pacientes con diagnóstico depresivo padecen de TAB.

Desde la Encuesta Nacional de Salud 2011, se ha reconocido que las DSS estructurales ya señaladas, como la educación, los ingresos, la situación de habitabilidad-vivienda y el género son condiciones importantes en el desarrollo de la depresión. Según lo anterior, la guía GES señala que la mayor prevalencia es hallada en la región de la Araucanía, aun considerando, que cerca del 80% de la población nacional vive en la zona central del país (se recuerda esta zona incluye las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Maule, Ñuble y Bio Bio). Cabe destacar, además, que el 40% de la población

vive en la región metropolitana de Santiago<sup>26, 27</sup>.

### **3. METODOLOGÍA**

La presente investigación y su alcance corresponde a un estudio del tipo correlacional.

Los estudios correlacionales buscan asociaciones entre conceptos o variables, generando predicciones respecto a los fenómenos en estudio<sup>15</sup>. Se espera a través de la presente metodología, dar respuesta a la probabilidad de que las DSS influyan en “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud”. De esta forma, al seleccionar este tipo de estudio, se crea conocimiento sobre la probabilidad que existe entre variables que consideren los DSS y la variable dependiente de “No Solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de Salud” en el contexto de la CASEN 2020 ejecutada durante el inicio de la pandemia por COVID-19.

Sampieri en el 2014 refiere que en un comienzo se deben medir las variables, posteriormente se cuantifican, se analizan y vinculan entre sí. En el proceso de correlacionar las variables, las categorías y conceptos se someterán a análisis para contestar a la pregunta de investigación del presente estudio<sup>15</sup>.

El interés está orientado en responder a la pregunta de investigación a través del encuentro de una explicación en las condiciones que originan el fenómeno. De la mano del alcance correlacional, se explicará en qué condiciones se relacionan las variables y categorías contempladas en el trabajo<sup>15</sup>.

El “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” será considerada como una variable dicotómica, que es expresada en CASEN 2020 como:

- **¿Tuvo alguna consulta o atención médica por esa enfermedad y/o accidente?**

Valor 1	Valor 0
No	Sí

Las variables independientes consideradas en este estudio, fueron construidas en términos dicotómicos:

- Nivel socioeconómico (Quintiles):

Quintil I	Pertenece	Valor 1
	No Pertenece	Valor 0
Quintil II	Pertenece	Valor 1
	No Pertenece	Valor 0
Quintil III	Pertenece	Valor 1
	No Pertenece	Valor 0
Quintil IV	Pertenece	Valor 1
	No Pertenece	Valor 0
Quintil V	Pertenece	Valor 1
	No Pertenece	Valor 0

- Zona del país.

Norte Grande	Habita	Valor 1
	No Habita	Valor 0
Norte Chico	Habita	Valor 1
	No Habita	Valor 0
Zona Central	Habita	Valor 1
	No Habita	Valor 0
Zona Sur	Habita	Valor 1
	No Habita	Valor 0
Zona Austral	Habita	Valor 1
	No Habita	Valor 0

### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación se ajustará a predecir con el uso de probabilidades, las variables que para un grupo o población son influyentes. En el caso del presente estudio, se utilizará la variable dependiente; “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud”<sup>15</sup>.

En coherencia con lo anterior y las herramientas para el procesamiento de datos, es que la investigación es del tipo cuantitativa. Como tal, es que se midió el fenómeno, los planteamientos de los resultados son presentados de forma acotada, se utilizan técnicas estadísticas y se responde a la pregunta de investigación<sup>15</sup>.

## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. Introducción**

A continuación, se presentan los principales hallazgos alcanzados en el estudio por medio de la metodología correlacional y un modelo probabilístico con un índice de confianza del 95% y margen de error del 5%.

Es preciso aclarar que, a raíz de los resultados de estadística descriptiva, el proceso inferencial se focalizó sobre población joven de entre 15 y 29 años de edad.

Se trabajó con variables dicotómicas en donde la variable de control toma el valor 1 y la variable independiente el valor 0.

Para dicho análisis, se han utilizado dos softwares estadísticos. En un comienzo a nivel descriptivo se usó R Studio versión 3.3.0 y para el análisis, inferencial se aplicaron modelos probabilísticos con Stata 15.1.

La variable dependiente utilizada fue; “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”. Para efectos de la base de datos CASEN 2020 la variable es “s17”.

Para efectos de enriquecer la investigación, a nivel de estadística descriptiva se añade como variable dependiente; “Por qué motivo no solicita atención y/o no adhiere a tratamientos de salud” que en la base de datos CASEN 2020 la variable es “s18”.

La presentación de los resultados fue organizada en primer lugar con estadística descriptiva, para finalizar con inferencial y la exposición del modelo probabilístico.

## **4.2. Cuerpo**

En este análisis no se ajustó el resultado por tanto a “buena o mala” adherencia, y sólo se consideró si la persona siguió el tratamiento como se ha indicado, por un facultativo o un profesional de la salud.

Para efectos de la base de datos CASEN 2020 la variable dependiente es “s17”: ¿tuvo alguna consulta o atención médica por esa enfermedad o accidente? En esta investigación, cabe precisar que ésta es definida como: “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

Para fortalecer la estadística descriptiva, es que se ha analizado de manera complementaria la variable “Por qué motivo no solicita atención en salud y/o no adhiere a tratamientos de salud”, el símil de esta variable en CASEN 2020 es “s18 “. ¿por qué no tuvo consulta ni atención?”.

Por otra parte, a objeto de dirigir la investigación a variables que concentren mayor representatividad, dentro de las limitaciones de la encuesta CASEN 2020, este estudio no utilizó variables como: la nacionalidad de origen y población de pueblos originarios.

#### 4.2.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se exponen resultados de estadística descriptiva en que se presenta la variable dependiente de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” y variables independientes descritas como Determinantes Sociales y otras. Los primeros resultados son aplicados a la población general y no focalizados según grupo etario.

**N.º 1 Tabla de distribución según variable dependiente; “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” con factor de expansión.**

	Si	%	No	%	NS	%
<b>no consultar</b>	2.869.523	92,25%	237.439	8%	3.636	0,12%
<b>Total</b>						
<b>3.110.598</b>						
<b>Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020</b>						

Las personas que “No solicitan atención y/o no adhieren a tratamientos en salud” alcanzan a 237.439, correspondiente al 8% de quienes tuvieron un accidente y/o enfermaron en los últimos 3 meses. En otras palabras, de cada 1000 personas, 80 no se atendieron y/o no siguieron tratamiento.

**Tabla N.º 2 de distribución según variable dependiente; “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” e independiente “Quintil”.**

no consultar	Quintil I	%	Quintil II	%	Quintil III	%	Quintil IV	%	Quintil V	%
<b>Si</b>	78.117	92%	96.543	92%	82.418	91,2%	87.145	94,3%	61.148	95,2%
<b>No</b>	7.511	8,8%	8.287	8%	7.988	8,8%	5.290	5,7%	3.055	4,8%
<b>Total</b>	85.628	100%	104.830	100%	90.406	100%	92.435	100%	64.203	100%
<b>Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020</b>										

Un 8,8% de las personas que deciden “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” pertenecen al Quintil I. Esto se distancia en un 4,8% de personas que “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” pertenecientes al Quintil V.

**Tabla N.º 3 de distribución según variable dependiente; “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” e independiente “Zona Central”.**

no consultar	Zona Central	
<b>Si</b>	266.403	93,5
<b>No</b>	18.563	6,5%
<b>Total</b>	284.966	100%
<b>Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020</b>		

Para la zona central, se obtiene que un 6,5% de la población general que “No solicita atención y/o no adhiere a tratamientos en salud” por debajo del 93,5% que “Solicita atención y/o adhiere a tratamientos en Salud”.

**Tabla Nª4 de distribución según variable dependiente; “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” Frente a variable; Rural / Urbana. Con factor de expansión.**

no consultar	Urbano	Rural	R/U%	U/R%	Rural %	Urbano %
<b>Si</b>	2.553.806	315.717	12,36%	87,64	92,59	92,21
<b>No</b>	212.465	24.974	11,75%	88,25	7,3	7,67
<b>NS/NR</b>	3.328	308	9,25%	90,75	0,09	0,12
<b>Total</b>	2.769.599	340.999	12,31%	87,69	100	100
<b>Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020</b>						

Las personas que no consultan a los servicios de salud correspondientes a la zona urbana representan 7,67% de hogares por sobre a la zona rural con un 7,3%, lo que no muestra una diferencia significativa entre ambas categorías.

**Tabla N°5 de distribución según variable dependiente; “No Solicitar Atención y/o No Adherir a Tratamientos en Salud” Frente a variable independiente; “Sexo”. Con factor de expansión.**

no consultar	Sexo				Hombre	Mujer
	Hombre	Mujer	H/M%	M/H%		
<b>Si</b>	1.162.199	1.707.324	68,071	31,93	91,82	92,54
<b>No</b>	102.333	135.106	75,743	24,26	8,09	7,32
<b>NS/NR</b>	1.165	2.471	47,147	52,85	0,09	0,13
<b>Total</b>	1.265.697	1.844.901	68,605	31,39	100,00	100,00

**Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020**

Son los hombres quienes en mayor proporción “No solicitan atención y/o no adhieren a tratamientos en salud”, con un 8,09%, siendo éste un 0,77% superior al resultado de las mujeres, las que obtienen un 7,32, lo cual no muestra una diferencia importante entre ambos sexos.

**Tabla N.ª 6 de distribución variable dependiente; “Por qué motivo no solicita atención y/o no adhiere a tratamientos de salud” y variable independiente “Pobreza”.**

En el siguiente cuadro se exponen los resultados de la variable “¿Por qué motivo no solicita atención y/o no adhiere a tratamientos de salud?”. Se despliegan por tanto las causas por las que las personas manifestaron “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud”, frente a la variable independiente de Pobreza, haciendo referencia al nivel socioeconómico como DSS.

<b>“Por Qué Motivo No Solicita Atención en Salud y/o No Adhiere a Tratamientos de Salud”</b>	<b>Pobres Extremos %</b>	<b>Pobres No Extremos %</b>	<b>No Pobres %</b>
No lo consideró necesario, así que no hizo nada.	13,02	18,70	24,94
No lo consideró necesario y tomó remedios caseros.	4,61	12,37	5,45
Decidió tomar sus medicamentos habituales.	2,29	2,43	3,56
Prefirió consultar en una farmacia por medicamentos para su problema de salud.	0,00	0,00	0,47
Prefirió consultar a un especialista en medicina alternativa (medicina vibracional, biomagnetismo, reiki, iriología).	0,00	0,00	0,16
Prefirió buscar atención de medicina indígena fuera del consultorio o posta.	0,00	0,00	0,19
Prefirió acudir a la medicina natural u homeopática.	0,00	0,00	0,45
Pensó en consultar, pero no tuvo tiempo.	7,82	1,41	2,85
Pensó en consultar, pero no tuvo dinero.	14,02	3,72	4,45
Pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar 20 de atención.	0,00	0,26	0,76
Pidió hora, pero no la obtuvo.	6,81	4,94	6,35
Conseguió hora, pero todavía no le toca.	0,77	1,57	3,26
consiguió hora, pero no la utilizó.	0,00	0,22	0,59
Prefirió no consultar por temor al contagio de COVID-19.	11,19	11,88	22,61
No contaba con permiso para asistir a la consulta pues 23 su comuna estaba en cuarentena.	0,79	0,00	1,00
Su consulta o atención fue cancelada debido a la 311 emergencia del Covid-19.	8,74	14,17	1,46
El especialista o establecimiento de salud no estaba 201 atendiendo debido a cuarentena.	7,98	11,14	10,02
Otra razón. Especifique.	4,20	9,85	6,67
No sabe.	17,76	7,34	4,77
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020**

La tabla anterior se destaca que un 13,02% de las personas del grupo de pobres extremos, no consultó porque “No lo consideró necesario, así que no hizo nada”.

De este mismo grupo, un 14,02% "pensó en consultar, pero no tuvo dinero". A su vez,

en las personas no pobres extremos un 3,7% optó por esta última categoría y, para el grupo de no pobres con un 4,45% optó por lo mismo.

Los resultados muestran que el 8,74% de personas en pobreza extrema manifestó que “Su consulta o atención fue cancelada debido a la emergencia del Covid-19”. Un 14,17% del grupo de no pobreza extrema eligieron esta misma categoría. Por el contrario, esta elección en las personas no pobres fue de un 1,46%. Las personas que seleccionaron la categoría "El especialista o establecimiento de salud no estaba atendiendo debido a cuarentena" alcanzaron un 7,98% en el grupo de pobres extremos, un 11,14% en personas del grupo pobres no extremos y un 10,02% del grupo no pobres.

Las personas del grupo pobres extremos evidencian la mayor proporción en “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” por motivos económicos.

**Tabla N°7 Distribución Nivel País según; “No Solicitar tención y/o No Adherir a Tratamientos” Frente a variable; Sistema de salud al que pertenece.**

<b>no consultar</b>	<b>FONASA</b>	<b>%</b>	<b>Isapre</b>	<b>%</b>	<b>Ninguno (parte)</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Si</b>	2.271.760	92,02%	77.036	95,28%	90.134	84,48%	2.869.523
<b>No</b>	194.159	7,86%	3.449	4,27%	16.465	15,43%	237.439
<b>NS/NR</b>	2.760	0,11%	364	0,45%	92	0,09%	3.636
<b>Total</b>	2.468.679	100,00%	80.849	100,00	106.691	100,00	3.110.598

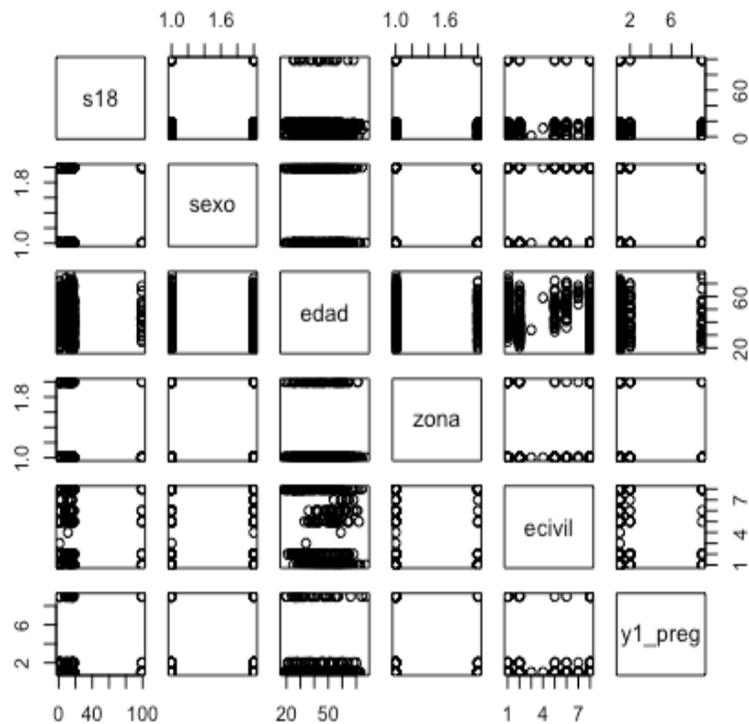
Destaca que del 100% de la población que refirió haber tenido una enfermedad o accidente durante los últimos 3 meses, el 79,4% se encuentra afiliado al sistema público previsional de salud y tan sólo un 2,6% al sistema privado.

## 4.2.2 Matrices de Calor

A continuación, se presentan matrices de calor que aportan en la orientación de la investigación y el desarrollo de la próxima estadística inferencial.

### Matriz N.º 1

**“¿Por Qué Motivo No Solicita Atención y/o No Adhiere a Tratamientos de Salud?”**



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020.

Resulta interesante resaltar que la matriz de calor direcciona la atención hacia las categorías 2 (No lo consideró necesario y tomó remedios caseros) y 8 (Pensó en consultar, pero no tuvo dinero) de la variable “¿Por qué motivo no solicita atención en y/o no adhiere a tratamientos de salud?” junto con “las personas menores de 20 años y en menor medida las personas mayores de 90 años”. Lo mismo sucede con la variable

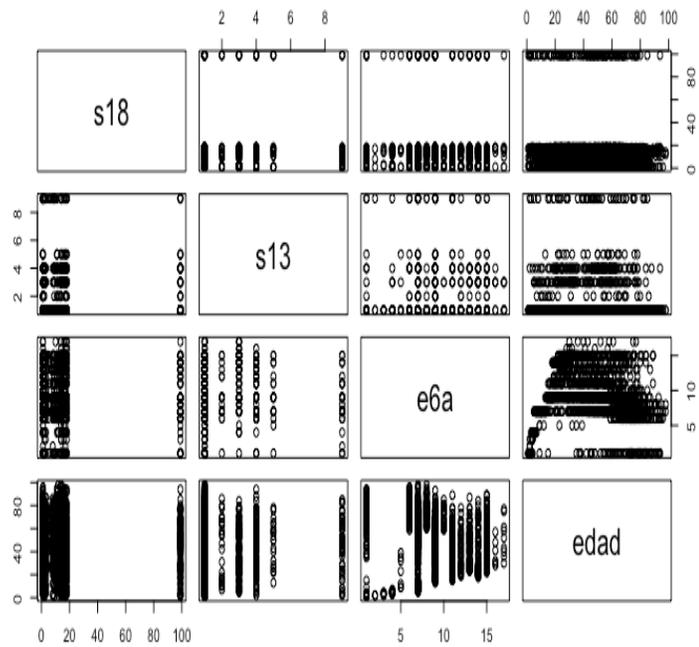
ingresos que toma relevancia para las personas de los rangos etarios ya mencionados.

Las personas menores de 20 años decidieron con exactitud “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” ya que no lo consideraron necesario y buscaron resolver sus problemas de salud con remedios o medicinas que estén disponibles en casa. Sin embargo, otro grupo tuvo la misma preferencia ya que no tuvo dinero para acceder a atención en salud. Así, las personas mayores de 90 años no consultarían ya que prefieren medicinas naturales y porque no tuvieron dinero para hacerlo.

Por otra parte, la matriz indica que el sexo y la zona urbana o rural, no resultarían tener relevancia a la hora de decidir consultar por atención y/o adherir a sus tratamientos en salud.

Respecto al estado civil, las personas casadas y convivientes se relacionarían con “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud”, ya que no lo consideraron necesario y prefirieron consumir medicamentos caseros, al igual que las personas separadas, divorciadas y viudas (5,6,7 y 8).

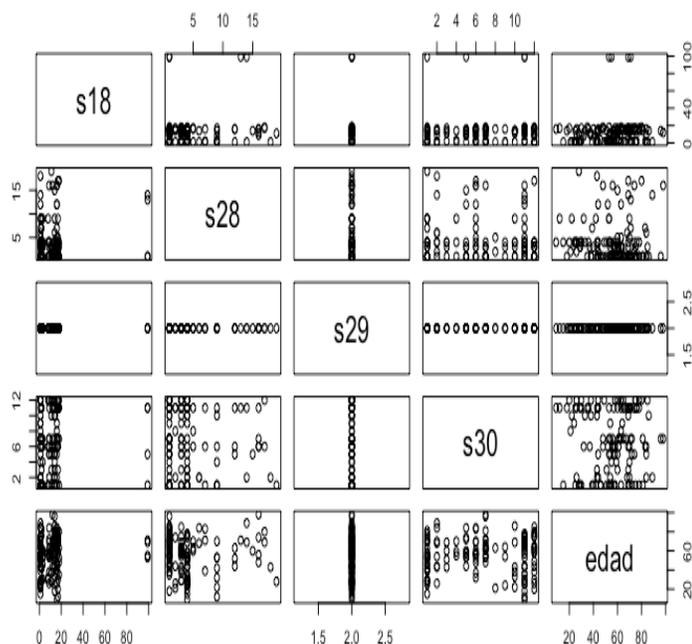
## Matriz N.º 2



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020.

La mayor parte de las personas menores de 20 años que “No solicitan atención y/o no adhieren a tratamientos en salud”, pertenecen al sistema público de salud FONASA.

### Matriz N.º 3



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020.

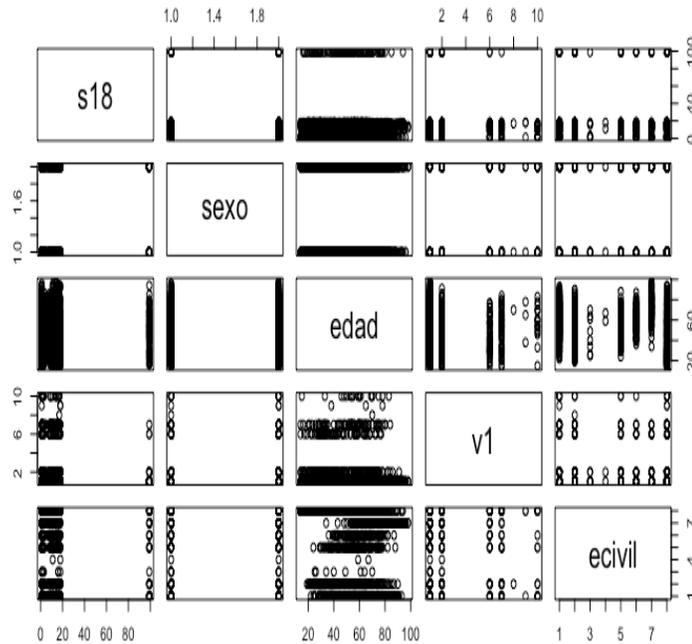
Es de interés también, concentrar la atención en otra variable similar a la dependiente ya revisada; “Los últimos 12 meses, ¿ha estado en tratamiento médico?” (s28) y el grupo etario de menores de 20 años. Estos tienen cercanía con no haber consultado por atención en salud y/o no han tenido adherencia a tratamientos de salud durante el último año.

Se aprecia que al consultar, ¿este tratamiento fue cubierto por el sistema AUGE-GES (s29) las personas menores de 20 años señalan que no. Sin embargo, respecto a los diagnósticos por las que necesitan atención y/o adherencia en salud, resaltan problemas que si debieron ser cubiertos por el sistema AUGE-GES (s30).

En primer lugar, se ubicó la Hipertensión Arterial, Urgencia Odontológica, Diabetes y Depresión. Si bien en menor medida, se puede apreciar también, la cercanía con

personas menores de 20 años que padecen asma bronquial moderada o grave, insuficiencia renal crónica, seguido de accidente cerebral isquémico.

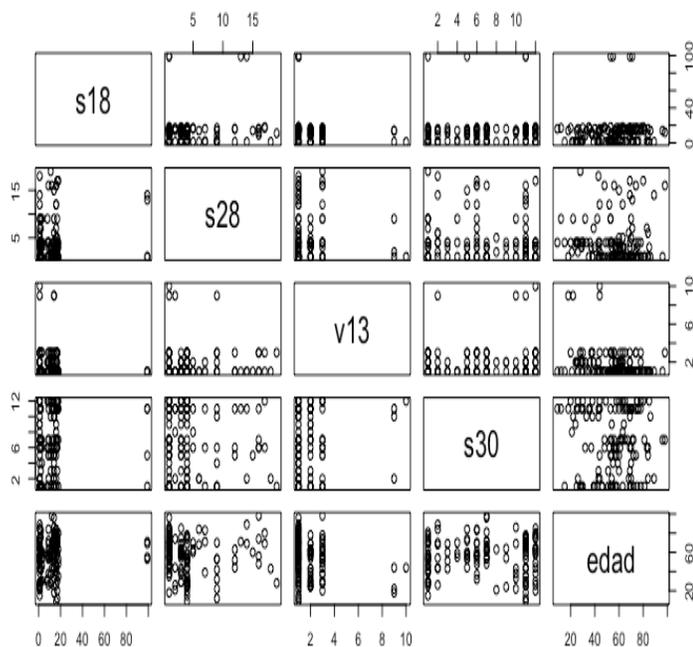
**Matriz N.º 4**



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020.

En la siguiente presentación de resultados se incluye la variable “¿cuál es el tipo de vivienda en que usted vive?” (v1); Se evidencia concentración de las personas que deciden “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud”, ubicado en las categorías “casa” y “departamento”, sin embargo, también en “pieza en casa antigua, conventillo, en galpón o en espacio subdividido”. Le siguen personas que residen en “viviendas precarias de materiales reutilizables” (latas, plásticos, cartones).

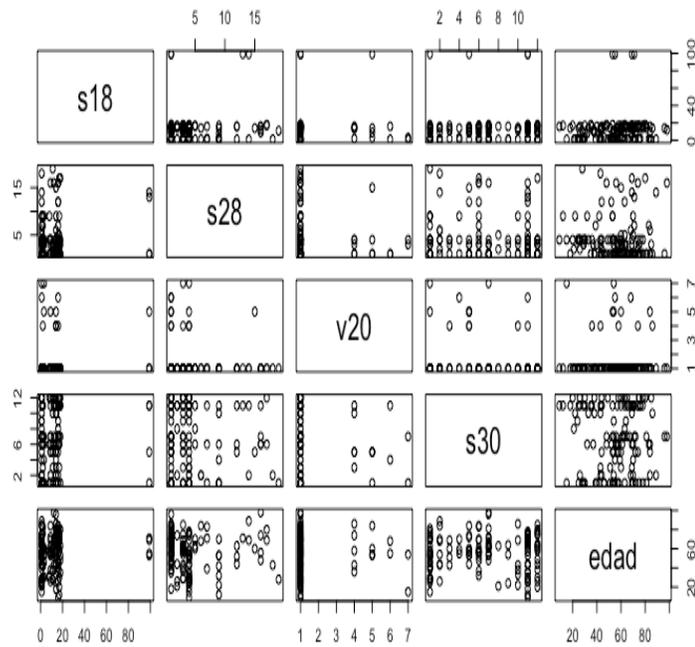
## Matriz N.º 5



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020.

Cuando se explora la variable “ocupación de la vivienda”, es posible apreciar una cercanía con las personas de entre 5 y 20 años que viven en hogares donde se paga “arriendo” o bajo la calidad de “cedida”. Sin embargo, otra parte pertenece a hogares propietarios de la vivienda. Respecto a la variable “¿Por qué este tratamiento no fue cubierto por el sistema AUGE-GES?” (s30), se aprecia asociación de las personas menores de 20 años con la categoría 1, “prefirió elegir otro médico y establecimiento o seguir con su médico de siempre”. Para otro grupo de menores de 20 años, se observa asociación con la categoría 6, “el sistema AUGE-GES no cubría las necesidades de la enfermedad”. Otro grupo mantiene asociación con la categoría 7, “No sabía que su enfermedad estaba cubierta por AUGE-GES”. Por último, con similar cercanía se ubican las categorías 11 y 12, cuales hacen referencia a que “debido a la crisis del COVID-19 no pudo realizar gestiones para acceder a cobertura AUGE-GES” y “Otra Razones”.

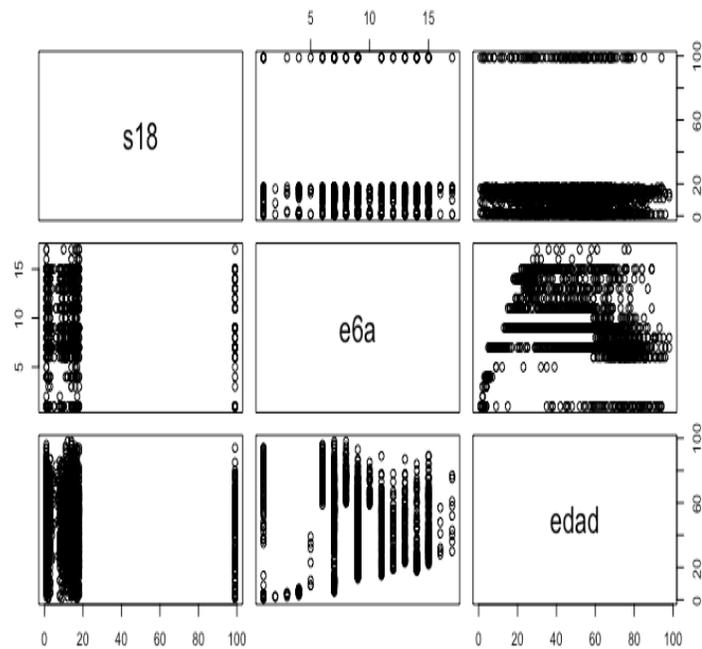
## Matriz N.º 6



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020.

Al analizar la asociación entre la variable “de dónde proviene el agua de la vivienda” (v20), se aprecia que el grueso de la población menor de 20 años que se asocian a la variable “¿Por qué no tuvo consulta ni atención?” (s18), manifestaron si contar con acceso a la red pública de agua potable. Sin embargo, otro grupo de menor tamaño sólo tiene acceso a agua de pozo o noria, seguido por agua de río, vertiente, lago o estero.

## Matriz N.º 7



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020.

Para la variable “nivel más alto de educación alcanzado o actual” (e6a) el resultado en CASEN 2020 muestra una distribución homogénea entre las categorías 5, “educación especial” y 15, “educación superior completa”. Sin embargo, la categoría 1 “nunca asistió” y 4 “Kínder y Prekínder” también aparecen como un grupo asociado a la hora de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud”.

Si bien, la mayoría de las personas que “No solicitan atención y/o no adhieren a tratamientos en salud” cuentan con educación básica y superior, también, se ha detectado a otro grupo correspondiente al rango etario de entre 5 y 20 años de edad, que nunca han asistido a un establecimiento de educación formal que se ubican en esta misma variable.

### 4.2.3 Modelo de regresión logística

En el siguiente acápite se ha considerado mostrar el análisis resuelto luego de eliminar las variables con menor significancia, además de ceñirse con la población perteneciente al rango etario  $\geq 15$  y  $\leq 29$  años.

Durante las pruebas de hipótesis para este rango etario, se ha desestimado significancia para las variables independientes de; sexo, educación (Sin educación formal), sistema de salud (previsión social de salud), zona (rural o urbana), etnia, nacionalidad y vivienda. Por el contrario, se ha hallado significancia para el modelo con las variables, Quintil I, Quintil II, Quintil III y Zona Central.

A continuación, se presenta dos regresiones logísticas, sustentadas en la matriz de calor y la edad  $\geq 15 \leq 29$  años como grupo etario en que se concentran observaciones para la variable dependiente. Se genera la variable “no consultar” de CASEN 2020 (¿tuvo alguna consulta o atención médica por esa enfermedad o accidente? “s17”) para el software Stata 15.1.

La primera regresión logística con *probit*, se aplica para la variable dependiente “no consultar” (s17).

**Tabla N.º 8 Modelo de regresión logístico**

Probit regression			
Number		of	
obs=4,097			
LR	chi2(3)	=	
23.31			

Prob > chi2 =	
0.0030	
Log likelihood = -	
1086.1225	
Pseudo R2 =	0.0106

<b>no consultar</b>	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>z</b>	<b>P&gt;z</b>	<b>[95% Conf.</b>	<b>Interval]</b>
Quintil I	.288	.111	2.58	0.010	.069	.507
Quintil II	.279	.109	2.56	0.010	.065	.494
Quintil III	.280	.111	2.51	0.012	.061	.498
Quintil IV	.113	.116	0.97	0.330	-.115	.342
Norte Grande	-.016	.140	-0.12	0.906	-.290	.257
Norte Chico	-.214	.156	-1.37	0.170	-.522	.092
Zona Central	-.269	.126	-2.13	0.033	-.517	-.021
Zona Sur	-.140	.132	-1.07	0.286	-.399	.117
Cons	-1.47	.142	-10.33	0.000	-1.754	-1.195

**Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020**

Respecto al estadístico **Valor P** impresiona que, para todas las variables independientes aplicadas en el modelo, sólo resultaron significativas con un índice de confianza del 95%, los tres quintiles de menores ingresos; **Quintil I** con un [valor p 0.010], **Quintil II** con [valor p 0.065], **Quintil III** con un [valor p 0.061] y la **Zona Central** [valor p 0.033]. En orden de significancia se encuentra el Quintil I, Quintil II y Quintil III, por último, se ubicará el valor p obtenido con la Zona Central.

Tal como se indicó previamente, para los resultados obtenidos a partir de los datos secundarios CASEN 2020, en los jóvenes entre 15 y 29 años, no resulta estadísticamente significativo el sexo y el no contar con educación formal, por lo que

tampoco se exponen en la tabla N.º 8.

### Tabla N.º 9 Count R2

A continuación, se expone el resultado de “Count R2”.

Log-Lik Intercept Only:	-1100.711	Log-Lik Full Model:	-1.089.055
D(4086):	2172.245	LR(8):	23.311
Count R2:	0.924	Adj Count R2:	0.000
<b>Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020</b>			

El Count R2 muestra que el modelo de regresión logística se ajustó en un 92,4% para predecir la probabilidad de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” de personas entre  $\geq 15 \leq 29$  años.

### Tabla N° 10 Estadísticos Coxsnell y Nagelkerke

<b>Coxsnell</b>
added scalar:
e(coxsnell) = 0.0056
<b>Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020</b>

<b>Nagelkerke</b>
added scalar:
e(nagelkerke) = 0.0136
<b>Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2020</b>

Las variables independientes explicaron entre un (coxsnell) 0,56% y un (nagalkerke) 1,36% la varianza de la variable dependiente que en el caso del presente estudio es; “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

**Tabla N.º 11 Modelo derivada de la variable dependiente.**

A continuación, se describirá la derivada de la variable dependiente respecto a las variables independientes.

- Variable dependiente: “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

<b>Variable</b>	<b>dy/dx</b>	<b>Std. Err.</b>
Quintil I	.045	.019
Quintil II	.043	.018
Quintil III	.044	.019
Quintil IV	.016	.018
Quintil V	<b>Variable Base</b>	
Norte Grande	-.002	.019
Norte Chico	-.026	.016
Zona Central	-.037	.017
Zona Sur	-.018	.016
Zona Austral	<b>Variable Base</b>	

Considerando las variables que resultaron significativas para el modelo, se concluye:

Las personas entre 15 y 29 años pertenecientes al Quintil I, tuvieron un 4,5% de mayor probabilidad con respecto al quintil V “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

Las personas entre 15 y 29 años pertenecientes al Quintil II tuvieron un 4,3% de mayor probabilidad con respecto al quintil V “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

Las personas entre 15 y 29 años pertenecientes al Quintil III tuvieron un 4,4% de mayor probabilidad con respecto al quintil V “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

Por último, las personas entre 15 y 29 años pertenecientes a la zona central compuesta por la región de Valparaíso, región Metropolitana, O`Higgins y Maule mostraron un -3,7% de menor probabilidad de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” respecto a otras regiones y zonas del país.

## **5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

A través de la aplicación de diversas herramientas estadísticas a nivel descriptivo e inferencial, se logró estimar la significancia que el conjunto de variables tiene sobre “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

En primera instancia, las tablas describen la distribución de la población según la variable dependiente. Del total de personas que estuvieron enfermas y/o sufrieron un accidente durante los últimos 3 meses, 237.439, el 8% del total, “No solicitaron atención y/o no adhirieron a tratamientos de salud”.

En segundo lugar, las matrices describen de manera gráfica el acercamiento entre variables independientes y la variable dependiente.

Adicionalmente, la edad resulta ser el determinante social estructural que guía el proceso investigativo desde las matrices. Durante el proceso descriptivo, los jóvenes demostraron especial interés para la investigación, considerando como se agruparon los datos. Para estandarizar la posterior estadística inferencial, se utilizó como corte de rango etario al grupo entre 15 y 29 años de edad que es considerada como la etapa de la juventud por parte de las políticas públicas<sup>21</sup>.

Los últimos estudios acerca de los cambios demográficos en el país han concluido la existencia de un tránsito en que prevalecerá la adultez. Aun considerando lo anterior, el estado y el sistema de salud no debe descuidar la juventud. Los jóvenes como personas, son dueños de su salud, sin embargo, es potencialmente un activo que se desgasta a medida que las personas envejecen y adquieren hábitos no saludables. En el país se ha manifestado el crecimiento de la prevalencia de enfermedades no contagiosas, y de esta manera es precisamente la juventud la etapa del ciclo vital en que se deben realizar intervenciones preventivas para evitar el desarrollo de patologías y promocionar factores protectores ante envejecimiento.

Como se expuso en la presentación de los resultados, durante el proceso, se desestimó significancia para otras DSS, entre ellas: vivienda-habitabilidad, sistema previsional de salud pública, estado ocupacional, nivel educacional, sexo-género y zona (rural-urbano). Entre ellas, se encuentran variables del nivel estructural e intermedio. Sin embargo, se afianzaron otras dos variables que si arrojaron significancia en el modelo probabilístico y en su conjunto explicaron cuáles son las DSS que influyen en “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”, que son los Quintiles I, II y III y la Zona Central del país.

A nivel nacional, la ruralidad no se ha manifestado como una DSS estructural que genere marginación o problemas de accesibilidad hacia los sistemas de salud según la encuesta CASEN 2020. Por ello, resulta interesante visualizar otras variables que son asociadas frecuentemente al mundo rural, como es vivienda y habitabilidad. Por ejemplo, antecedentes bibliográficos refieren que la red de alcantarillado en el país se encuentra con un nivel de cobertura del 97% en los sectores urbanos y sólo de un 60% en el rural. Se podría concluir que la variable “rural-urbano” si sería una DSS que entregue significancia al modelo, pero no se condice con el hallazgo del estudio<sup>22</sup>. A pesar de lo anterior, se debe considerar lo ya dispuesto en la nueva Estrategia Nacional de Salud 2030, la que destaca que, en el mundo rural, se consumen alimentos con mayor número

de nutrientes protectores ante enfermedades crónicas. Esto se enfrenta a los estudios que señalan que las personas menores de 12 años habitantes de la ruralidad, poseen más afecciones en su salud bucal. El mismo Ministerio, declara que es menos probable que las personas de áreas rurales accedan atención en salud de manera oportuna. Hasta el presente sólo existen 311 postas rurales en el país distribuidas en las 346 comunas del territorio nacional. Se sustrae de ello, la dificultad para analizar esta variable en la muestra de la encuesta CASEN 2020, puesto que sólo un 11,75% de las personas que respondieron “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos en salud” viven en área rural, muy inferior a lo que sucede con los hogares urbanos. Esto se vería aún más acotado al considerar que en la estadística inferencial, se ejecutó sólo para el grupo etario de personas 15 a 29 años de edad. Lo mismo sucede con el sistema previsional público, ya que, según datos de FONASA, el 78% de la población nacional estaba afiliado al sistema público, estimando un ascenso al 87,4% de la población total asegurada<sup>23</sup>. Esto es similar a lo representado por la base de datos, cual considera que del 100% de la población que refirió haber tenido una enfermedad o accidente durante los últimos 3 meses, el 79,4% se encuentra afiliado al sistema público previsional de salud y tan sólo un 2,6% al sistema privado.

Chile hasta el año 2016 mantuvo las tasas más altas de escolarización a nivel latinoamericano<sup>24</sup>. Según un estudio de la Universidad Del Desarrollo, se estimó que el 88% de las personas terminan la educación media, ubicando al país por sobre el promedio de la OCDE, la Unión Europea, Argentina y Brasil. Se supone que la gran cobertura educacional del país se relaciona con que la variable “Sin educación formal (Nivel educacional)” no haya sido una variable significativa para el modelo.

En representación de la variable independiente sexo, el ser hombre, tampoco resultó ser significativo para la variable dependiente, superando ampliamente intervalo de confianza en el modelo o el margen de error del 5% [valor p 0,096].

Las personas de menores ingresos presentan mayor probabilidad de “No solicitar

atención y/o no adherir a tratamientos de salud”. Si bien se trabajó sobre la base del Quintil V, el Quintil IV no logró ser significativo para el margen de error, pero ello cambió desde el III al I, lo cual representa a los hogares de menores ingresos y en mayor riesgo psicosocial del país. Esto se puede relacionar con el hecho que los hogares con menores ingresos son en su gran mayoría, además cotizantes del sistema previsional de salud público, FONASA. Es importante recordar que, el 78% de la población nacional es beneficiaria del fondo público. En términos de proporción, el 22% de los afiliados corresponden al tramo A, 36% al tramo B, 16% al tramo C y 26% de los cotizantes al tramo D. Un 58% de los beneficiarios pertenecen a los hogares de menores ingresos económicos del país y la renta líquida promedio para los cotizantes en el año 2019 fue de tan sólo \$450.000<sup>22</sup>. Otro aspecto interesante a considerar es que las personas a medida que mejoran su situación económica también mejoran en el índice de dependencia, por tanto, los hogares con personas en situación de dependencia aumentan su vulnerabilidad financiera<sup>24</sup>.

Las personas entre 15 y 29 años integrante de hogares con menor poder adquisitivo, muestran menor asistencia a la atención de salud, ello aun considerando ser beneficiarios del sistema previsional público.

En el modelo asociado al estudio, se observa que las personas pertenecientes al Quintil III [valor p 0.01] tienen mayor asistencia a la atención en salud cuando se encuentran enfermos, esto frente a las personas pertenecientes al Quintil II [valor p 0.009], esta brecha es aún más evidente cuando se observa al Quintil I [valor p 0.007],

Las políticas públicas en salud, históricamente han mostrado resultados positivos en los indicadores. El Ministerio de Salud en su estrategia para el logro de objetivos 2030, indica que en el año 2020 ya se alcanzó que la población entre 12 y 64 años tuviera una disminución en un 5% de la prevalencia del consumo de tabaco, lo que está relacionado con el fortalecimiento de la promoción y prevención respecto a la materia. Sin embargo, aún se reconoce la existencia de una baja percepción de riesgos en los jóvenes menores

de 14 años, lo que se puede extrapolar a la adolescencia, etapa del ciclo vital en que la influencia de los pares, la búsqueda de la validación social de las sustancias, se presenta como un factor de riesgo para propiciar el consumo de tabaco, alcohol y/o otras drogas<sup>24</sup>.

No obstante, el estado reconoce que hasta ahora sus intervenciones no han tenido los efectos esperados en términos del consumo de otras drogas en jóvenes. La última meta ministerial, buscó disminuir el uso de sustancias en un 5% en personas entre 15 y 24 años, sin embargo, se produjo un alza. Además, no se logra mejorar la cobertura de intervenciones motivacionales en los jóvenes con consumo de alto riesgo, sólo aumentando el tamizaje, quiere decir el diagnóstico, y no las altas terapéuticas<sup>24</sup>.

En el país al reconocer la multifactorialidad de elementos sociales que afectan la salud y la calidad de vida, se ha propuesto objetivos de impacto alcanzables para el año 2030, apuntando a aumentar la accesibilidad de servicios de calidad, con foco en los adolescentes y jóvenes, por ejemplo, en términos de su salud sexual y reproductiva<sup>25</sup>.

Además, como fue expuesto durante la construcción el marco teórico, destaca la asociación de los jóvenes varones con la menor percepción de riesgo en torno a sus conductas sexuales, consumo de drogas y adquisición de hábitos no saludables. A lo anterior se suma que el 50% de los niños menores de 15 años que desarrollan un trastorno mental no son diagnosticados por un profesional, por lo tanto, no accederán a tratamiento. Esto se vuelve a vincular con las DSS ya consideradas como significativas. Si bien CASEN 2020 pregunta por personas que enfermaron o se accidentaron en los últimos tres meses, de igual forma es importante mostrar que la evidencia ha indicado que en materia de salud mental, la mitad de los niñas y niños con un trastorno, no llegarán a ser detectados por el sistema sanitario chileno. Tal como reconoce la nueva estrategia de salud 2020-2030, la cobertura de tratamiento eficaz en el país continúa siendo deficitaria hasta hoy.

Respecto al consumo de drogas, se reconoce que en los últimos años ha habido un

aumento en la disponibilidad de éstas, creciente aceptación de ellas y asociación con la vulnerabilidad social, propias de los tres quintiles más bajos aceptados por el modelo probabilístico. La misma estrategia 2020-2030 reconoce que existen deficiencias en el acceso a tratamiento y rehabilitación para los jóvenes vulnerables<sup>24</sup>.

Siguiendo con este análisis, los datos e información presentados por el Ministerio de Salud y el modelo probabilístico expuesto muestra en sus resultados que: los jóvenes entre 15 y 29 años pertenecientes al quintil I, tienen un 4,5% mayor probabilidad que las personas de otros quintiles en “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”. En otras palabras, los adolescentes y jóvenes pertenecientes a las familias de menores ingresos del país, tienen un 4,5% de mayor probabilidad en no solicitar atención y/o de no adherir a tratamientos de salud, ya sea en la atención primaria local, espacios de promoción, prevención, terapia y/o de rehabilitación. En ese sentido, el estado reconoce que debe aumentar los esfuerzos por brindar mayor cobertura sanitaria para los jóvenes más vulnerables económicamente.

Por último, en los resultados se presenta que las personas entre 15 y 29 años pertenecientes a la zona central compuesta por las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O`Higgins y Maule, mostraron tener un -3,7% menor probabilidad de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” en comparación con otras zonas del país.

Si bien, otras variables, compuestas por categorías de gran proporción, como sistema previsional de salud público, zona (urbano-rural), no mostraron ser significantes, la variable Zona Central sorprendió con su significancia para el modelo [valor p 0.033], ya que diversos estudios indican que cerca del 80% de los habitantes viven en esta zona y el 40% vive en la Región Metropolitana<sup>27</sup>. Por tanto, es donde se concentra la demanda de atención en salud, la brecha entre hogares de bajos acceso y “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

## 6. CONCLUSIONES

A continuación, se hará la presentación de las principales conclusiones que se extraen del estudio, considerando los pasos que se han tomado para la construcción de un modelo probabilístico que explique la variable de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” según la base de datos emanada desde la encuesta CASEN 2020.

La investigación se inició abriendo la interrogante sobre “¿Cuáles son las determinantes sociales que influyen en no solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud con base a la encuesta CASEN 2020?”. Para responder a aquella búsqueda, se organizó una discusión bibliográfica que previamente entregó sustento y justificación del aporte a esperado a la salud pública nacional que haría el estudio. La no adherencia a tratamientos de salud resultó ser reconocida en variadas investigaciones como problema de gran magnitud para el logro de objetivos sanitarios de los países<sup>2</sup>.

Considerando el desarrollo del estudio, se ha llegado a las siguientes conclusiones: la primera de éstas es el análisis, del *Count R2*. El resultado logró mostrar que el modelo se ajustó en un 92%, para predecir la probabilidad de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” (Quintil I, Quintil II, Quintil III y Zona Central) de personas entre  $\geq 15 \leq 29$  años. Por lo anterior, ya se había descartado significancia de variables como, vivienda y habitabilidad, zona rural y urbana, sistema previsional de salud público y estado civil. Luego se aplican los estadísticos de *coxsnell* y *nagalkerke* que explicaron entre un 0,56% y un 1,36% la varianza de la variable dependiente.

Posteriormente, se obtuvieron resultados para los efectos marginales, en lo que se analizan variables que el modelo ya había encontrado significancia. Las conclusiones, sólo destacará que los jóvenes entre 15 y 29 años, residentes de las regiones de Valparaíso, Metropolitana, O’Higgins, Maule y Bio Bio, pertenecientes al quintil más vulnerable económicamente, tuvieron un 4,5% de mayor probabilidad que las personas

del Quintil V en “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

Por tanto, en este estudio se ha considerado como principal hallazgo y respuesta a la pregunta de investigación:

*“Las personas entre 15 y 29 años, que pertenecen a los tres quintiles de menores ingresos, tienen mayor probabilidad en “no solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud” en comparación al mismo grupo etario perteneciente al quintil V”.*

Llama la atención que, dentro del análisis de los resultados, no resultó significativo el sexo o pertenecer al género masculino, ya que otros estudios desde un orden cualitativo si lo consideraran relevante para demostrar distancia de los establecimientos de salud”<sup>25</sup>.

## **6.1 Recomendaciones**

Las recomendaciones están orientadas desde lo que han sido las políticas públicas en salud, las que están en implementación y los diseños futuros que habrá en la materia.

Históricamente, nuestro país ha generado políticas públicas de salud que han logrado mejorar la calidad de vida del país. Esto no ha sido sólo responsabilidad de la cartera de salud, sino resultado de un trabajo intersectorial del estado. Por ejemplo, con el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Educación, Cultura y Vivienda y Urbanismo, la regularización de servicios sanitarios y de habitabilidad. Por tanto, se ha demostrado que la intervención sobre las DSS no es estrictamente competencia aislada del Ministerio de Salud.

Actualmente, en las políticas públicas no se encuentra en discusión el hecho que la edad influye en la baja percepción de riesgo en adolescentes y jóvenes, sobre el consumo de

drogas, conductas sexuales de riesgo, las consecuentes Infecciones de Transmisión Sexual asociadas (ITS) y la adquisición de hábitos no saludables, lo que desde este estudio se estima necesario considerar.

Cabe señalar, que en el año 2020 el poder legislativo rechazó la propuesta de ley de Educación Sexual Integral (ESI)<sup>28</sup>. En ésta se reconocía la relevancia de la educación y Ministerio de Educación transmitiría el conocimiento y guiaría a los jóvenes para la toma de decisiones ESI, en este caso, la ley pretendía ser protectora para evitar el contagio de ITS, el embarazo adolescente, y la responsabilidad sexual-afectiva. Como consecuencia del rechazo de esta política intersectorial también se rechazaron dos estrategias propias del Modelo de Salud Chileno y de la Atención Primaria de Salud, como son la promoción y la prevención sistematizada en los establecimientos educacionales. Estas estrategias son altamente relevantes, no sólo para que los jóvenes se acerquen a recibir de atención y/o tratamientos, sino que también para educar sobre como anticiparse a contraer las ITS, embarazos no deseados y relaciones de pareja basadas en el buen trato. Hoy el estado debiera volver a impulsar políticas como la ESI con celeridad, aún más reconociendo que en Chile como en el mundo, se está produciendo un alarmante aumento de las ITS entre jóvenes, especialmente del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el rango etario de 15 a 29 años<sup>28</sup>.

El país hoy se encuentra en una crisis de seguridad, que, según la opinión pública, es la más grave en la historia. Asociado a ello, las cifras de expansión del narcotráfico en Chile, está teniendo un efecto directo en la disponibilidad de drogas para la población nacional<sup>29</sup>. Si bien ello es un asunto de seguridad pública, también le compete actuar a servicios como educación, salud, vivienda, economía, entre otros, ya que son los jóvenes más vulnerables económicamente, con precariedad en la vivienda y lejanía de los principales servicios sociales y privados, quienes poseen mayor exposición, no sólo al consumo drogas, sino a ser atraídos por la delincuencia. El trabajo promocional y preventivo, no se reducirá sólo a las intervenciones directas en este grupo etario, sino también con sus familias y el territorio al que pertenecen. Un ejemplo, lo entrega el

Programa de “*Competencias Parentales Preventivas*” impulsado por el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol<sup>30</sup>. Este programa reconoce que son los adultos responsables del cuidado de los niños y jóvenes en cualquier nivel socioeconómico quienes deben responsabilizarse por la promoción y prevención de la salud.

Se sugiere también, volver a poner el foco en la intersectorialidad del estado, los activos territoriales disponibles, la participación ciudadana y territorial en la elaboración, como en la evaluación de las políticas en salud, no sólo debe quedar restringido a la consulta, sino al involucramiento en la toma de decisiones con real injerencia, otorgando sentido de pertinencia de la ciudadanía en el diseño de las políticas públicas. Con ello, se respondería de forma adecuada a las necesidades que cada uno de los territorios tiene para el cuidado de la salud de los jóvenes. Como lo refiere la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas es necesario avanzar en utilizar servicios presentes en los territorios que no se remitan necesariamente a la inversión económica<sup>18</sup>.

Específicamente, las propuestas para que los establecimientos de salud atraigan y retengan a la población entre 15 y 29 años perteneciente a los tres quintiles de menores ingresos, se deben centrar en el fortalecimiento de la atención primaria, en los programas que intervienen con la adolescencia y procurando e impulsando el trabajo intersectorial integral que no sólo se quede en la declaración de los principios, sino que estandarice el cumplimiento de compromisos de gestión, a través de la evaluación trimestral de indicadores, compartir buenas prácticas, pasantías en los territorios, intercambiando experiencia con aquéllos en que la estrategia haya rendido resultados significativos para la reducción de la problemática de “No solicitar atención y/o no adherir a tratamientos de salud”.

En este contexto, la promoción, prevención, participación social y la intersectorialidad, se deben constituir en compromisos de gestión, debiendo diseñados y evaluados en colaboración con la ciudadanía. Los Compromisos de Gestión en Salud que son firmados por los directores de Servicios de Salud, deben comunicarse a todos los involucrados,

de manera tal que efectivamente se instalen como parte de líneas estrategias ministeriales en el ámbito hospitalario y de atención primaria de salud a nivel nacional.

Por último, a partir de este estudio, se recomienda realizar nuevas investigaciones con otras bases de dato secundarias, entre ella la futura encuesta CASEN 2022 cuyo trabajo de campo concluirá el 31 de enero del 2023.

## 7. FUENTES DE CONSULTA

- 1- “Medio Litro de Leche” para todos los chilenos: la historia de una política pública que se extiende por más de cuatro décadas [Internet]. Uchile.cl. 2019 [citado el 18 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/152243/-la-historia-detras-del-medio-litro-de-leche-para-todos-los-chilenos>
- 2- Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. el 2 de mayo de 2018;16(3):226–232.
- 3- Paho.org. [citado el 18 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- 4- Acuña C, Marín N, Mendoza A, Cristina M, Vera L, Botelho T. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Centra. Rev Pana. 2014;35(2).
- 5- Decreto Supremo N° 44, de 2007, del Ministerio de Salud 1 APRUEBA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD Publicado en el Diario Oficial el 31 de enero de 2007 FISCALÍA [Internet]. Gob.cl. [citado el 28 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-3174\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-3174_recurso_1.pdf)
- 6- Sandoval D, Concha J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev Med Chile. el 15 de septiembre de 2014;2014(142).
- 7- Castillo CA, Molina H, editors. El Sistema de Salud Chileno: Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019 [Internet]. FLACSO. 2020 [cited 2021 Oct 1]. Available from:

[https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16273/1/RFLACSO-EPP14-4-Castillo Molina%20Milman.pdf](https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16273/1/RFLACSO-EPP14-4-Castillo%20Molina%20Milman.pdf)

- 8- Salud en las Américas 2017 [Internet]. Paho.org. [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>
- 9- Vidal D, Chamblas I, Zavala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes Sociales en Salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2014;20(1):61–74.
- 10-Muñoz C, Monrroy M, Elwanger T, Ramírez J, Lagos X. Vida en ruralidad y su efecto sobre la salud de las personas mayores en el sur de Chile. *Humanidades Médicas*. 2021;21(2):310–329.
- 11-Esperanza de vida [Internet]. Default. [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida>
- 12-Navarro R, Salazar-Fernández C, Berta DS. Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *revista médica chile*. 2020;148:196–203.
- 13-Frenz P. Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena Salud*. 2005;9(2):103–110.
- 14-Ministerio de Desarrollo Social. (2021). *Libro de Código Base de Datos CASEN en Pandemia 2020, Observatorio Social*. Gobierno de Chile.
- 15-Hernández Sampieri R. *Metodología de La Investigación*. McGraw-Hill Companies; 2006.
- 16-Ministerio de Salud. *Guía Clínica Auge Depresión en personas de 15 años y más*. 2002.
- 17-FONASA. La depresión en Chile [Internet]. fonasa.cl. 202d. C. [citado el 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.fonasa.cl/sites/fonasa2015/noticias/2017/04/26/la depresion en chile.html](https://www.fonasa.cl/sites/fonasa2015/noticias/2017/04/26/la%20depresion%20en%20chile.html)

- 18-Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública. Marco Operativo Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad. 2021.
- 19-Gómez Suárez RT, Rodríguez Hernández LM, Gómez Sarduy A, Torres Pestana E. Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2017 [citado el 25 de septiembre de 2022];43(2):180–90. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/180-190/es/>
- 20-Minsal.cl. [citado el 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
- 21-INJUV [Internet]. Gob.cl. [citado el 13 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.injuv.gob.cl/injuvquienessomos>
- 22-[MINSAL]. Estrategia Nacional De Salud Para Los Objetivos Sanitarios Al 2030. 2022.
- 23-FONASA. Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita. 2020.
- 24-La Tercera - Centro de Políticas Públicas [Internet]. Centro de Políticas Públicas. 2018 [citado el 28 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://gobierno.udd.cl/cpp/noticias/2018/01/15/el-88-de-los-chilenos-termina-la-educacion-media-la-tercera/>
- 25-Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernales M. Sexual and reproductive health in young men in Chile: results of a qualitative studySaúde sexual e reprodutiva de jovens do sexo masculino no Chile: resultados de um estudo qualitativo. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado el 30 de octubre de 2022];42:e124. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e124/>
- 26-Zona Centro [Internet]. Regiones de Chile 2022. luis.vega; [citado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://regionesdechile.cl/zona-centro/>

- 27-Gobierno Regional Metropolitano [citado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.subdere.gov.cl/división-administrativa-de-chile/gobierno-regional-metropolitano-de-santiago>
- 28-Tamayo S. Alerta sobre aumento del VIH en jóvenes [Internet]. Noticias Universidad Andrés Bello. 2022 [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://noticias.unab.cl/voz-del-experto-alerta-sobre-aumento-del-vih-en-jovenes-entre-15-y-29-anos/>
- 29-Ramos A. A medida que los cárteles del narcotráfico amplían su alcance en América Latina, Chile recibe un golpe [Internet]. CNN Español. 2022 [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cnnspanol.cnn.com/2022/06/04/chile-recibe-un-golpe-de-los-carteles-del-narcotrafico-trax/>
- 30-Habilidades preventivas parentales [Internet]. Gob.cl. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/prevencion/cursos/habilidades-preventivas-parentales/>