

CHILE



Chile se encuentra situado en el extremo sudoccidental de América del Sur, limita con Perú, Bolivia y Argentina y su territorio continental tiene una longitud de 4.329 km, con un ancho promedio de 177 km. La superficie continental e insular es de 756.626 km² y la del territorio antártico es de 1.250.000 km².

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

La división político-administrativa del país considera 13 unidades geográficas o Regiones: Tarapacá (I), Antofagasta (II), Atacama (III), Coquimbo (IV), Valparaíso (V), Libertador General Bernardo O'Higgins (VI), Maule (VII), Bío-Bío (VIII), Araucanía (IX), de los Lagos (X), Aysén (XI), Magallanes y de la Antártica Chilena (XII) y Metropolitana (RM).

Determinantes sociales, políticos y económicos

La economía ha seguido consolidando su crecimiento, con un producto interno bruto de 6,1% para el año 2004. La tasa de inflación ha descendido desde 4,5% en diciembre de 2000 a 2,4% en diciembre de 2004. Sin embargo, desde el año 2000 las cifras de desempleo solo han disminuido marginalmente, alcanzándose una tasa de desocupación de 8,8% en 2004, según el Banco Central de Chile. Los recursos naturales que particularmente se relacionan con el auge económico son la minería, la silvicultura y la acuicultura.

La preocupación por la protección ambiental se ha acrecentado en temas críticos como la calidad del aire en la Región Metropolitana y en las inmediaciones de las fundiciones de cobre en el norte del país. Chile ha fortalecido progresivamente sus políticas ambientales sobre la base de un modelo de coordinación ambiental multisectorial.

La población adulta tiene una alta percepción de problemas ambientales y sociales, siendo la contaminación ambiental e higiene y los problemas ligados al alcohol y la drogadicción, la segunda y tercera causa de problemas percibidos, respectivamente. De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2003 la cobertura de agua potable es cercana a 100% en áreas urbanas y más de 90% en zonas rurales concentradas; la cobertura de alumbrado eléctrico alcanza a 96,1% de los hogares; solo 2,7% de los hogares del país no disponen de algún sistema de eliminación de excretas en áreas urbanas, proporción que se incrementa a 3,5% en áreas rurales (1). Ya en 1994 casi 100% de la población urbana disponía de un servicio regular de recolección domiciliar. Algunos rellenos sanitarios, donde se depositan los residuos urbanos, han debido cerrar al haber cum-

plido su ciclo de vida. Los municipios han externalizado el servicio de recolección de basura, observándose algunas imperfecciones, pues las pocas empresas que existen controlan el mercado.

El Ministerio de Planificación y Cooperación, a través de la encuesta CASEN, evalúa los niveles de pobreza en el país así como también la cobertura, distribución e impacto que tienen los programas de protección social. En Chile una persona se considera pobre si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas; e indigente, si este no le permite satisfacer sus necesidades alimentarias. Entre 2000 y 2003 la situación de pobreza total, que es la suma de las personas pobres no indigentes y las personas en situación de indigencia del país, bajó 1,8% y alcanzó 18,8% a finales de 2003. Esto contrasta fuertemente con 38,6% existente al año 1990. La pobreza e indigencia rural es permanentemente mayor que la urbana; la razón entre los ingresos autónomos familiares del 20% más rico y el 20% más pobre era de 14,3 en 2003, cifra que se reduce a 7,6 al incluir dentro de los ingresos totales los aportes monetarios y no monetarios que hace el Estado. En 2003, 31,6% y 27% de la población indígena se encontró bajo la línea de la pobreza en las zonas rural y urbana, respectivamente.

En 2002 había 11.226.309 personas de 15 años o más, de las cuales 5.877.149 personas constituían la fuerza de trabajo, lo que representa 27,2% de aumento respecto al censo de 1992. La participación laboral femenina aumentó 7,5% y la masculina se redujo en 1,5% en el mismo período.

Desde el año 2000 ha habido una creación más dinámica de empleos y una moderada pero sostenida disminución de la desocupación. Existen problemas significativos de inserción laboral de mujeres, jóvenes y personas de baja calificación junto con una mayor inestabilidad en el empleo. El empleo femenino sufre de discriminación sectorial y salarial, lo que se refleja en que mayoritariamente se concentra en el sector servicios, las posiciones directivas son dominadas por los hombres y el salario promedio por hora que reciben las mujeres es 20% inferior al de los hombres. Desde 1994 los jóvenes exhiben una participación laboral declinante, con tasas de desempleo que se han mantenido elevadas. Desde una perspectiva geográfica, el mayor número de ocupados durante 2002 se encontraba en las regiones Metropolitana (43%), VIII (11%) y V (10%).

En el período 1992–2002 se observa un aumento porcentual de viviendas (30,6%), siendo las urbanas, con 34,2%, las que presentaron mayor crecimiento; las rurales crecieron 13%. Las viviendas caracterizadas como permanentes ocupadas aumentaron en 31,6% mientras que las semi-permanentes disminuyeron en 48,2%, lo cual refleja que la población ha tenido un mejor acceso a soluciones habitacionales de carácter más estable (2).

La población alfabetizada al año 2002 fue de 98,5% en los mayores de 10 años, cifra que se distribuye en el país de forma casi igualitaria entre hombres y mujeres (2). Al comparar con el censo anterior (1992) se observa una leve mejoría (1,2%), con incrementos en los niveles pre-básico (menores de 5 años), medio y superior. La cobertura de educación preescolar ha aumentado y 1 de cada 3 niños actualmente accede a este tipo de educación. El promedio de años de escolaridad es de 10,2, fluctuando entre 8,7 años en la Región VII a 11 años en la Región Metropolitana. Los pueblos indígenas tienen un menor porcentaje de alfabetización, especialmente mujeres (10,4% no sabe leer ni escribir, según la encuesta CASEN de 2003) (3).

La participación social en la población adulta es baja, pues 55% de los adultos de 15 o más años no pertenece a ninguna organización. El principal grupo de pertenencia y participación son las organizaciones territoriales, luego los grupos religiosos y los deportivos. Por otra parte, solo 57% de los adultos percibe tener redes de apoyo social de tipo emocional y material (instrumental).

Demografía, mortalidad y morbilidad

Según el censo del año 2002 (2) la población asciende a 15.116.435 personas, de las cuales 7.447.695 son hombres y 7.668.740 son mujeres. La población menor de 15 años representa 25,7% y la de 60 o más años 11,4% del total. La densidad poblacional es de 20,4 habitantes por km² y la edad promedio, de 30,04 años. Entre 1992 y 2002 el ritmo promedio anual de crecimiento fue de 1,2% (0,6 puntos menor que la tasa de la década anterior). La población rural corresponde a 13,4% y la población urbana (86,6%) se concentra en las regiones Metropolitana (40%), VIII (12%), V (10%) y X (7%). En el censo de 2002, 4,6% de la población declara pertenecer a alguno de los ocho pueblos indígenas reconocidos por la ley indígena. De ellos, 87,3% pertenece al pueblo mapuche y 7% al pueblo aymará. Los residentes extranjeros registrados fueron 184.064 (1,2% de la población total del país), de los cuales 77,1% proviene de otros países americanos (Argentina, Perú y Bolivia).

La tasa de natalidad ha mantenido su tendencia estable al descenso estimándose para el año 2003 en 15,5 por 1.000 habitantes (3). Una situación similar ha experimentado la mortalidad infantil, que para el año 2003 alcanzó a 7,8 por 1.000 nacidos vivos, como lo muestran las figuras 1 y 2. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer para el período 2005–2010 se ha estimado en 78,5 años.

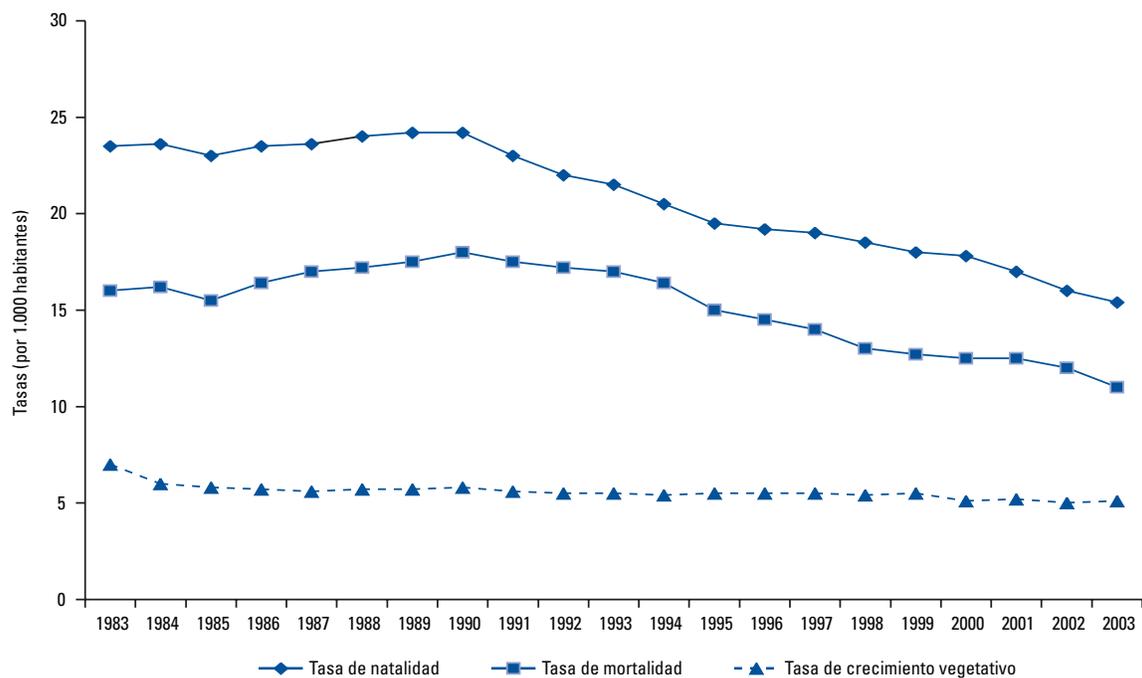
Los indicadores de mortalidad provienen del sistema nacional de registro de hechos vitales (Instituto Nacional de Estadísticas, INE) y de la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10) de causas de muerte (Ministerio de Salud, MINSAL). Las últimas cifras publicadas (2003) (3) muestran muy buenos indicadores de calidad: 98,9% de certificación médica de las muertes y 2,8% de causas de muerte mal definidas (R00-R99). En el año 2003 hubo 83.672 defunciones, con una tasa bruta de mortalidad general de 5,25 por 1.000 habitantes. La tasa ajustada por edad a la población estándar mundial corresponde a 5,0 por 1.000 habitantes. En general, se observó una tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad ajustada por edad entre los años 2000 y 2003 (5,17 y 5,0 por 1.000 habitantes, respectivamente). La diferencia entre sexos en estos años se mantuvo constante y para todos los tramos de edad, con un índice promedio de sobremortalidad masculina de 1,2. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes, según grandes grupos de causas se muestran en la figura 3.

En el período 2000–2003 la mortalidad materna descendió de 1,9 por 10.000 nacidos vivos (49 defunciones) a 1,4 muertes por 10.000 (35 defunciones), en tanto que la mortalidad por aborto bajó de 0,5 por 10.000 nacidos vivos (13 defunciones) a 0,3 (7 defunciones). La mortalidad fetal para 2003 fue de 5,7 por 1.000 nacidos vivos, observándose un incremento sostenido desde 1999 (tasa de 4,1 por 1.000 nacidos vivos). Durante 2003 se produjeron 909 muertes fetales tardías (tasa de 3,9 por 1.000 nacidos vivos), lo que es una reducción importante respecto de las cifras de 1998 (tasa de 4,3 por 1.000), considerando que durante las décadas de 1978 a 1988 y de 1988 a 1998 la tasa se había mantenido estable.

De 1983 a 2003 la tasa global de fecundidad disminuyó de 2,5 hijos por mujer a 1,9. En 1983 la mayor tasa de fecundidad correspondió al grupo de 20 a 24 años (137,6 por 1.000 mujeres), mientras que en 2003 correspondió al grupo de 25 a 29 años (100,6 por 1.000 mujeres). La fecundidad deseada es de 2,76 hijos, lo que no difiere mucho de la fecundidad real de 2,26 evaluada por el censo de 2002. En la población de bajo nivel socioeconómico, la tasa observada llega a 3,2 hijos por mujer (2003), lo cual implica que esta población tendría más hijos que los deseados por falta de acceso a información o programas relacionados con la planificación familiar.

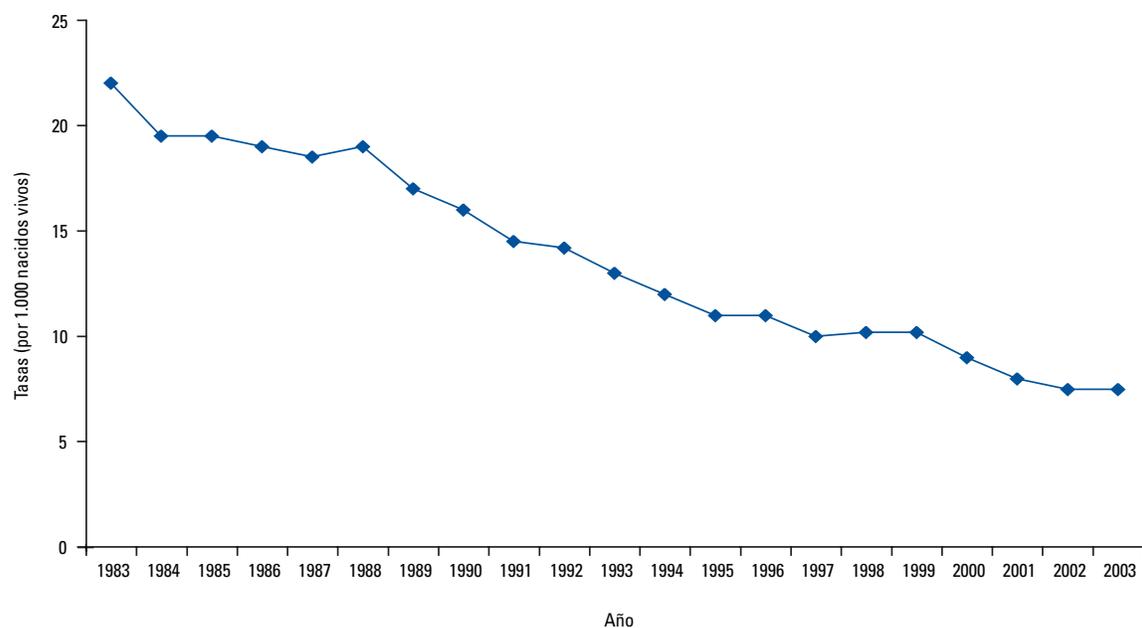
La Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ENS 2003) muestra elevadas tasas de morbilidad por enfermedades crónicas del adulto, las que representan la principal carga de enfermedad y muerte. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres sumadas, corresponde a 58% de las muertes del país (4). La Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud de 2000 (ECV 2000) mostró que el grado de satisfacción de la población general con su salud es bueno (mayor que 5 en una escala de 1 a 7); sin embargo, las mujeres y las personas de bajo nivel socioeconómico presentan menor grado de satisfacción (5).

FIGURA 1. Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento vegetativo, Chile, 1983–2003.

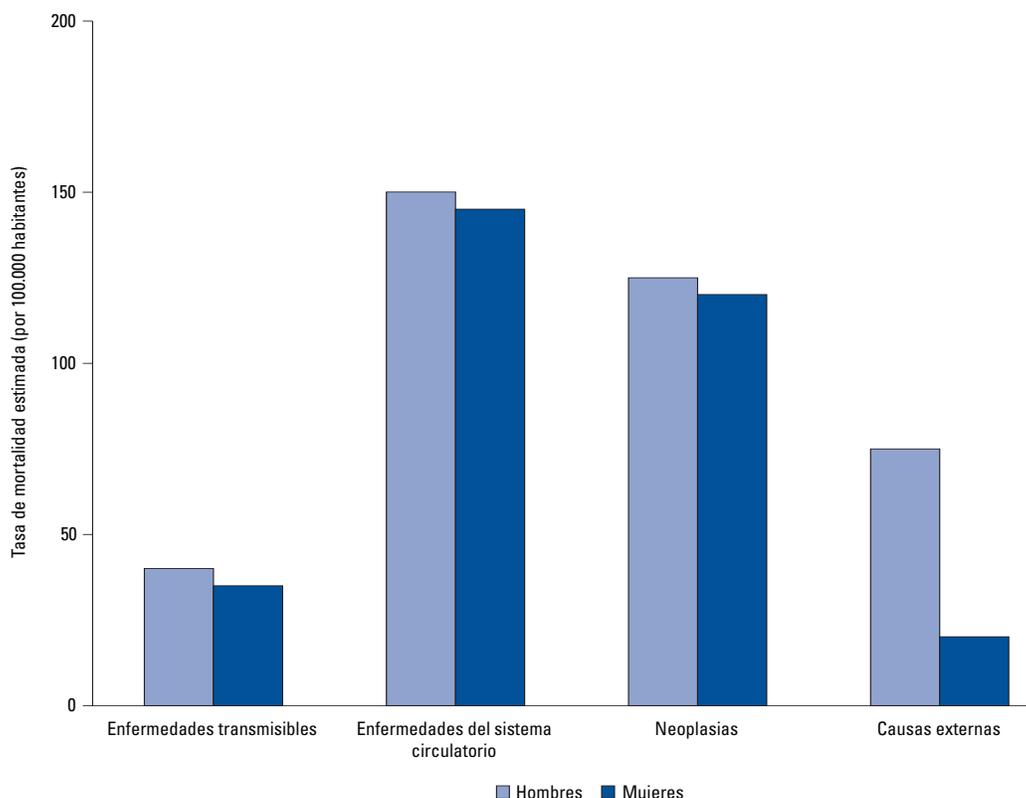


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2003). Anuario de Estadísticas Vitales 2003.

FIGURA 2. Tasas de mortalidad infantil, Chile, 1983–2003.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2003). Anuario de Estadísticas Vitales 2003.

FIGURA 3. Tasa ajustada de mortalidad^a según grandes grupos de causas, por sexo, Chile 2000–2003.

^aAjustada según población mundial.

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Salud.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN (3)

Salud de los niños menores de 5 años

Las defunciones en menores de 1 año para 2003 fueron 1.935, lo que constituye 2,3% del total y se refleja en una mortalidad infantil de 7,8 por 1.000 nacidos vivos. La reducción de la mortalidad infantil ha sido a expensas de la mortalidad infantil tardía. Para 2003, 64% corresponde a mortalidad neonatal (4,9 por 1.000 nacidos vivos); de ese porcentaje, 75% (723 muertes) ocurrió durante la primera semana de vida. El análisis regional de la mortalidad infantil muestra fluctuaciones que van desde 9,6 por 1.000 nacidos vivos en la Región de Aysén hasta 7,1 en las regiones Atacama y Metropolitana. Las principales causas específicas de muerte del menor de 1 año son: prematuridad extrema, malformaciones congénitas del corazón, neumonía, síndrome de muerte súbita y malformaciones del sistema nervioso, las que en conjunto representan 48% del total de defunciones de este grupo de edad.

Alrededor de 5,2% de los recién nacidos pesan menos de 2.000 g y 16,5% tienen peso insuficiente (entre 2.500 y 2.999 g). Estas cifras se han mantenido relativamente estables en los últi-

mos años. Los recién nacidos de muy bajo peso (menos de 1.500 g) representan 0,9% del total de nacidos, pero contribuyen con un tercio de la mortalidad infantil. La sobrevivencia de este grupo es de 69%, fluctuando entre 8% en los de 500-599 g y 90% entre los de 1.250 y 1.499 g. En cuanto a los egresos hospitalarios de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (36,8%), seguidas por enfermedades del sistema respiratorio (31,4%); enfermedades infecciosas y parasitarias (7,4%), y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (5,4%).

En 1990 se inició un programa nacional para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de 1 año, lográndose una disminución de la tasa de mortalidad por neumonía desde 23,9 por 1.000 nacidos vivos en ese año hasta 3,4 por 1.000 en 2003. Las neumonías en menores de 1 año son responsables de 90% del total de muertes por IRA y siguen siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia. El síndrome bronquial obstructivo constituye la principal causa de hospitalización, representa 23% a 25% del total de consultas de morbilidad pediátrica en Santiago y afecta a la cuarta parte de todos los niños menores de 1 año. En cuanto a malfor-

maciones congénitas, en el país se han priorizado dos condiciones: las malformaciones del sistema nervioso y las cardiovasculares. Los datos registrados en las maternidades de la Región Metropolitana muestran una disminución de alrededor de 40% de la incidencia de defectos de cierre del tubo neural. Este logro se asocia a la fortificación de la harina con ácido fólico implementada en el año 2000. Otro problema importante lo constituye la fisura palatina, cuya incidencia se estima en 1,8 por 1.000 nacidos vivos aproximadamente. En el programa de búsqueda masiva de fenilcetonuria e hipotiroidismo, en el período 1992–2004 se han realizado 1.780.457 determinaciones (programa con 100% de cobertura) y se han pesquisado 644 niños portadores de hipotiroidismo congénito (una incidencia de 1/2.764 recién nacidos) y 114 portadores de fenilcetonuria clásica (una incidencia de 1/15.618 recién nacidos).

Según datos del sistema de evaluación y vigilancia nutricional del MINSAL, la prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años ha disminuido durante los últimos 10 años, manteniéndose estable hasta la fecha. Por otra parte, entre 1990 y 2003 se observó un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad, manteniéndose estables las cifras de sobrepeso en los años 2004 y 2005 (15% y 7,4% respectivamente).

Se estima que al menos 16% de los niños menores de 2 años sufre de retraso del desarrollo psicomotor. Aunque existe un subregistro del problema, se estima que la mitad de los menores de 6 años han sido severamente maltratados. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia estima que 74% de los niños y niñas chilenos viven o han vivido situaciones de violencia en su entorno familiar (6).

Salud de los niños de 5 a 9 años

El grupo de 5 a 9 años concentra 0,3% de las defunciones para 2003, por lo que resulta el grupo con menor tasa de mortalidad (0,17 por 1.000 habitantes); 59% de las muertes fueron en varones. Las muertes registradas en 2003 se deben principalmente a causas externas (35,2%), tumores malignos (17,6%) y anomalías congénitas (10,8%). Entre las causas externas específicas destaca que 45,5% fueron por accidentes de transporte. Entre los tumores, 45,5% son leucemias. En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema respiratorio (26,3%); enfermedades del sistema digestivo (14,2%); enfermedades infecciosas y parasitarias (7,4%); enfermedades del sistema genitourinario (7,0%); tumores (5,5%); malformaciones congénitas, y deformidades y anomalías cromosómicas (5,1%). Entre los egresos por enfermedades del sistema respiratorio, 23% fueron por neumonía; entre las digestivas, 55% fueron relacionadas con el apéndice, y entre las infecciosas y parasitarias, 53% fueron diarreas.

Estudios de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) dependiente del Ministerio de Educación, en una muestra de niños de primero básico encontraron que 5,9% de los

niños son hiperactivos en el hogar, 4,2% en la escuela y 1,2% en ambos lugares. Con ayuda de los instrumentos TOCA-R y PSC, que detectan problemas de salud mental en niños de primer ciclo básico, a través de la observación de sus profesores y sus padres respectivamente, se encontró en estos niños, mediante el instrumento PSC, que 11,9% de las mujeres y 17,1% de los hombres tienen riesgo en salud mental. No viven con el padre 30% de los niños, 54,2% de las familias no participa en actividades sociales, 17,2% tiene algún hijo que requiere de ausencias frecuentes al colegio y 9,4% tiene algún familiar en control por alguna enfermedad mental (7).

Salud de los adolescentes (10 a 19 años)

La tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años es 0,33 por 1.000 habitantes. Las muertes de este grupo (934) representan 1,1% del total. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas son: causas externas (17,2), tumores (4,5) y enfermedades del sistema nervioso (3,1). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (13,1%); enfermedades del sistema respiratorio (7,3%); enfermedades del sistema genitourinario (5,1%) y tumores (4,4%). En 2003 hubo 34.832 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, lo que representa 14,9% del total de nacidos vivos y significa una disminución respecto a 16,2% en 2001. Entre los años 1993 y 2003, la tasa de fecundidad específica en la población adolescente disminuyó de 63,9 a 54,7 hijos por 1.000 adolescentes. El total de embarazadas menores de 20 años bajo control en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se mantuvo estable entre los años 2002 (21,1%) y 2004 (21,7%). La encuesta nacional de la juventud de 2003 mostró que 33,1% de los adolescentes entre 15 y 18 años había tenido relaciones sexuales. El 6% de mujeres entre 15 y 17 años ya había tenido hijos. El 80,4% de las mujeres entre 15 y 20 años que había tenido hijos no estudiaba al momento de la encuesta. El 31,6% de la población entre 15 y 29 años había iniciado su vida sexual a una edad de 15 o menos años (8).

Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo de 2003, los escolares presentan tasas de prevalencia de tabaquismo muy elevadas, especialmente en las mujeres (9). La Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) muestra que los adolescentes de familias de más altos ingresos tienen prevalencias que duplican a las de familias de más bajos ingresos (9), lo que es consistente con el patrón de consumo diferencial observado en el adulto en la Encuesta Nacional de Salud de 2003. La prevalencia de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de 12 a 18 años disminuyó de 8,6% en 2000 a 6,5% en 2004. En cambio los jóvenes entre 19 y 25 años persisten con tasas elevadas entre 2000 (16,3%) y 2004 (16%). Las mujeres han aumentado su consumo de cualquier droga ilícita. En 2004 las regiones de Tarapacá y Metropolitana presentaron las tasas más altas de consumo de drogas en población general. La Encuesta Nacional de Trabajo Infantil de 2003

detectó que la prevalencia de trabajo inaceptable (el trabajo que impide que el niño estudie, se realiza en la noche, en la calle o en jornada excesiva) en los adolescentes de 15 a 17 años es de 7,1%.

Salud de los adultos (20–64 años)

En 2003 ocurrieron 7.273 muertes en el grupo de 20 a 44 años, que representan 8,7% del total, con una tasa de 1,2 por 1.000 habitantes. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas fueron: causas externas (51,9); tumores (20,3); enfermedades del sistema circulatorio (12,2) y enfermedades del sistema digestivo (9,1). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (9,5%); enfermedades del sistema genitourinario (6,9%) y tumores (5,1%). En el grupo entre los 45 y 59 años de edad la mortalidad alcanza a 4,6 por 1.000 habitantes, con 11.288 muertes, representando 13,5% del total. En el año 2003 la distribución de las defunciones por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas fue: tumores (146,6); enfermedades del sistema circulatorio (105,1); enfermedades del sistema digestivo (63,3) y causas externas (62,2). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (18,2%); tumores (15,0%); enfermedades del sistema genitourinario (11,7%); enfermedades del sistema circulatorio (10,9%) y enfermedades del sistema respiratorio (5,2%).

El grupo de 60 a 64 años tuvo una tasa de mortalidad de 11,6 por 1.000 habitantes, lo que equivale a 7,4% del total (6.177 muertes). Las defunciones por 100.000 habitantes según grandes grupos de causas fueron: tumores (397,8); enfermedades del sistema circulatorio (302,9); enfermedades del sistema digestivo (149,2); causas externas (71,6) y enfermedades endocrinas (66,7). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema digestivo (17,7%); enfermedades del sistema circulatorio (15,8%); tumores (13,8%); enfermedades del sistema genitourinario (10,5%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,1%). La ENS 2003 mostró una avanzada transición epidemiológica, destacando elevadas prevalencias de tabaquismo, síntomas musculoesqueléticos de origen no traumático síntomas depresivos en el último año y también destacan las elevadas tasas de hipertensión, como lo muestra el cuadro 1.

La población de bajo nivel educacional presenta mayor riesgo en la mayoría de los problemas de salud crónicos, a excepción del tabaquismo en el cual se presenta un gradiente inverso. La población femenina presenta mayores prevalencias de condiciones que afectan la calidad de vida: desdentamiento, síntomas musculoesqueléticos, obesidad, disminución de la visión y síntomas depresivos. El hombre, por otro lado, presenta mayores prevalencias de determinantes relacionados con el riesgo cardiovascular, lo cual es consistente con su mayor mortalidad. La población rural presenta tasas significativamente más altas en relación a dete-

riorio cognitivo y desdentamiento, lo que denota algún grado de inequidad en el acceso de servicios básicos de educación y salud. La población urbana presenta tasas significativamente más altas de síntomas depresivos. Existe gran heterogeneidad regional en las prevalencias de problemas de salud crónicos. El 83% de los adultos que presentan multimorbilidad (dos o más enfermedades crónicas) tiene menos de 65 años y 46% tiene menos de 8 años de educación.

Entre las mujeres y hombres mayores de 15 años, 47,5% utilizan (la persona o su pareja) algún método anticonceptivo: dispositivo intrauterino (DIU) (16,7%), anticonceptivos orales (15,6%); preservativo (4,6%). La esterilización femenina voluntaria es de 7,6%. Existen algunas diferencias por edad: las personas de 20 a 44 años dicen que utilizan de preferencia anticonceptivos orales (26,3%) y DIU (25,8%), y mucho menos el preservativo (5,7%); en cambio, entre las personas de 15 a 19 años, 10,1% utiliza preservativo, 9,4% píldoras, y mucho menos el DIU (3,2%).

Salud de los adultos mayores (65 años y más)

La mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad asciende a 28,7 por 1.000 habitantes, con 28.247 muertes que equivalen a 33,8% del total. Las principales causas de muerte por 100.000 habitantes son: enfermedades del sistema circulatorio (916,3); tumores (866,4); enfermedades del sistema respiratorio (243,2) y enfermedades del sistema digestivo (238,0). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema circulatorio (18,6%); enfermedades del sistema digestivo (14,5%); enfermedades del sistema respiratorio (12,7%); tumores (12,4%) y enfermedades del sistema genitourinario (9,9%).

La población de 80 años y más tiene una tasa de mortalidad de 116,8 por 1.000 habitantes, 27.172 muertes o 32,5% de las ocurridas en 2003. La distribución de las defunciones por 100.000 habitantes es la siguiente: enfermedades del sistema circulatorio (4.178,0), tumores (2.056,8) y enfermedades del sistema respiratorio (1.723,3). En cuanto a los egresos de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a enfermedades del sistema respiratorio (22,5%); enfermedades del sistema circulatorio (20,0%); enfermedades del sistema digestivo (10,6%); enfermedades del sistema genitourinario (7,3%), y tumores (7,3%).

Las condiciones de salud crónicas presentan prevalencias más altas en mayores de 60 años, a excepción de los síntomas depresivos y el tabaquismo, cuyas prevalencias son inferiores a las de la población general mayor de 17 años (4). La disminución de la agudeza auditiva en algún grado alcanza a 66,6% de los hombres y 49,2% de las mujeres de 60 o más años, y según estimaciones de 2006 con base en ENS 2003, 33% de los adultos mayores puede requerir el uso de audífono. La disminución de la agudeza visual lejana (con corrección) es de 34,5% para hombres y 44,2% para mujeres de 60 o más años; el desdentamiento de algún maxilar es de 41,8% en los hombres de este grupo y 61,8% en las mujeres.

CUADRO 1. Prevalencia (por 100 adultos) de condiciones de salud crónicas seleccionadas, Chile, 2003.

Condición de salud	Hombres	Mujeres	Total
Hipertensión arterial (PAS \geq 140 o PAD \geq 90 mmHg)	36,7	30,8	33,7
Dislipidemias:			
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	35,1	35,6	35,4
HDL disminuido (<40 mg/dl)	48,4	30,6	39,3
Estado nutricional:			
Normal	36,6	36,9	36,9
Enflaquecido (IMC <18,5)	0,6	1,1	0,8
Sobrepeso (IMC 25 < 30)	43,2	32,7	37,8
Obesidad (IMC >30)	19,4	27,0	23,2
Obesidad Mórbida (IMC > 40)	0,2	2,3	1,3
Diabetes	6,1	6,5	6,3
Tabaquismo (fumador actual)	48,0	37,0	42,0
Síndrome metabólico	23,0	22,3	22,6
Riesgo cardiovascular global elevado (ATPIII)	64,2	46,2	54,9
Síntomas de angina y riesgo cardiovascular elevado	11,7	13,8	12,8
Sedentarismo	87,9	90,8	89,4
Síntomas musculoesqueléticos:			
Síntomas últimos 7 días, dolor \geq 4 (de 1–10)	26,1	42,2	34,3
Incapacidad para trabajar e invalidez de los sintomáticos	2,4 ^a	5,1 ^a	4,0 ^a
Síntomas depresivos (en el último año)	10,4	24,3	17,5
Función renal			
Creatininemia elevada (según edad y sexo)	6,1	7,3	6,7
Clearance disminuido 30–80 ml (ajustado a superficie corporal)	19,4	22,4	21,0
Clearance bajo 30 ml	0,14	0,21	0,18
Síntomas respiratorios crónicos	22,2	21,3	21,7
Problemas bucodentales			
Desdentado algún maxilar (0 dientes en el maxilar)	9,1	17,2	13,3
Desdentado ambos maxilares (0 dientes en boca)	3,2	7,7	5,5
Prevalencia de caries dentales	68,6	63,3	66,0
Visión (mejor ojo, con corrección, Snellen, normal 0,4–1)			
Disminución de la agudeza visual (0,1–0,3)	7,9	14,2	11,2
Ceguera (<0,1)	1,9	3,2	2,6
Disminución de agudeza auditiva			
Test de susurro y tic-tac alterados	18,9	16,3	17,6
Reflujo gastroesofágico (pirosis o regurgitación de alimentos)	26,5	33,1	29,9
Deterioro cognitivo adulto mayor			
Deterioro cognitivo+discapacidad (MMSE < 13 + Pfeffer \geq 6)	8,3	8,6	8,5
Anemia (hemoglobina \leq 12mg%)	^b	5,1	^b
Antígeno prostático elevado > 4ng/ml	3,8	^c	^c

^aSolamente en los sintomáticos.^bSolamente mujeres.^cSolamente hombres.**Fuente:** Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud 2003.

El deterioro cognitivo (confirmado con las pruebas de Mini-Examen del Estado Mental, MMSE y el cuestionario de actividad funcional de Pfeiffer) alcanza a 8,5% de la población de 60 o más años. Tanto la disminución de agudeza visual, como el desdentamiento y el deterioro cognitivo son mayores en las mujeres y especialmente en las zonas rurales. Un 7,8% de los adultos mayores presenta una importante dificultad para caminar en terreno plano. La prevalencia de antígeno prostático elevado por sobre 4 ng/ml es de 13,6% en los hombres adultos de 60 años o más.

Salud de la familia

Entre 1990 y 2003 se incorporaron 720.000 mujeres al mercado laboral, lo que constituye una tasa de participación de 38%. Un 60% de las mujeres ocupadas estaba en edad reproductiva (menores de 40 años). La proporción de hogares con jefatura femenina ha aumentado desde 25% en 1992 a 32% en 2002, y también la proporción de familias en que ambos miembros trabajan (de 27% en 1990 a 39% en 2000). Las familias extendidas representan solo cerca de 10%. Persisten patrones de división del tra-

bajo en el hogar tradicional, lo que sobrecarga el trabajo femenino. Las mujeres suelen trabajar en promedio 41,5 horas en la semana, y los hombres 44,5. Más de 30.000 niños, niñas y adolescentes hijos de jefas de hogar han entrado al mercado del trabajo en busca de ingresos. De estos, 2.000 tienen entre 5 y 8 años. Cerca de 42.000 niñas y adolescentes se dedican al cuidado de hermanos o hijos, en desmedro de su propio desarrollo.

Entre los objetivos de salud del país para la década 2000–2010 se consigna la necesidad de ejecutar un programa integrado de prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar (VIF) que incluya evaluación y monitoreo del maltrato infantil. Las evaluaciones hasta la fecha han mostrado que más de 50% de las mujeres ingresadas a programas de depresión presentaba situaciones de VIF. Dada la magnitud del problema estimado y el subregistro existente, entre 2002 y 2003 se incorporó en el sistema de registro institucional del nivel primario de atención en salud el diagnóstico de atención por VIF, maltrato infantil y abuso sexual. Durante 2004, se implementó el programa VIF en 30 comunas brindando atención a cerca de 4.500 mujeres, lo que significó que las atenciones por estos problemas aumentarían a casi el doble en 2005 respecto a 2004.

Salud de los trabajadores

En 2004 ocurrieron al menos 297 accidentes de trabajo con desenlace fatal, lo que equivale a una tasa de 10,3 por 100.000 trabajadores; 28% fueron accidentes en el trayecto hacia el trabajo. Se ha observado una tendencia a la reducción desde 2000 cuando ocurrieron 14,12 accidentes por 100.000 trabajadores, manteniéndose la proporción de accidentes fatales. La tasa de accidentabilidad se ha mantenido relativamente estable entre 2000 y 2004, fluctuando entre 8,66% y 8,24%. La tasa anual de enfermedades profesionales registrada para 2004 fue de 0,15%, mientras que para 2000 fue de 0,10%. En 2004 se perdió en promedio 1 día laboral por trabajador debido a accidentes y 0,03 días por enfermedades profesionales. En 2004 los accidentes de trabajo alcanzaron a 240.000 en empresas afiliadas a mutualidades de empleadores (Ley 16.744).

Se considera la intoxicación aguda por plaguicidas de origen laboral un accidente de trabajo. Desde el inicio de la notificación obligatoria en el año 2004 se ha duplicado el número de casos laborales informados, llegando a 461 trabajadores afectados en 2005, con una tasa de 63 por 100.000 trabajadores. En el año 2005 las regiones con mayores tasas de intoxicación laboral por 100.000 trabajadores fueron la Metropolitana (148), la V (101) y la VI (92), las cuales concentran un número importante de trabajadores de la rama económica “agricultura, caza y pesca”. La mayor frecuencia se presentó en hombres (53%), con un promedio de edad de 33 años. Se notificaron 25 casos laborales en menores de 18 años.

La disminución de la morbilidad y mortalidad asociada a las condiciones de trabajo es uno de los objetivos de salud del país.

Con este fin se ha diseñado un sistema permanente de alerta que permite investigar 100% de los accidentes laborales con resultado de muerte dentro de las 48 horas de conocido el hecho. Se ha incrementado la cobertura de inspección en prevención de riesgos y fiscalización de empresas priorizadas por riesgo (de 8% en 2005 a 15% en 2006) y se ha brindado capacitación a equipos de salud ocupacional y a comités paritarios en investigación de accidentes; también se ha mejorado el financiamiento del programa y el traspaso de recursos financieros.

Salud de las personas con discapacidad

La primera Encuesta Nacional de Discapacidad (10) realizada en el año 2004 revela que 12,9% de la población (2.068.072 personas) vive con algún grado de discapacidad. La discapacidad es cuatro veces más frecuente en adultos que en niños y 14 veces más prevalente en adultos mayores que en niños. Una de cada dos personas con discapacidad no ha completado la educación básica y sólo una de cada tres personas discapacitadas en edad de trabajar realiza trabajo remunerado. El 6% de los discapacitados declara no tener acceso a rehabilitación. Una de cada 40 personas tiene una discapacidad de grado severo (403.942 personas). El 34,6% de los hogares tiene al menos un integrante con discapacidad. Entre las personas discapacitadas 58% son mujeres. Las mayores prevalencias se observan en el grupo de 30 a 64 años (51%). La deficiencia más prevalente es la física (31,3%), seguida de la visual (19%). Un 10% de los discapacitados presenta deficiencias múltiples. La mayor causa que origina las discapacidades reportadas fueron las enfermedades crónicas.

Salud de los grupos étnicos

En 1997 se realizó el primer estudio sociodemográfico y epidemiológico de los pueblos indígenas en Chile (11), el cual evidenció desigualdades al comparar la situación de estos grupos con el resto del país: altas tasas de mortalidad infantil superiores en 40 puntos a la media nacional, para el caso del pueblo atacameño; menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años para la población aymará; bajo índice de Swaroop, equivalente al que poseía el país a inicios de los años ochenta; patrón de causas de muerte pretransición epidemiológica para el caso aymará, y condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en centros urbanos más deterioradas que la de los que viven en el campo. Estudios posteriores han mostrado que la incidencia de la muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche (12). Del mismo modo la TBC es más alta en las zonas de alta concentración indígena, siendo especialmente vulnerable la población aymará, lo que se refleja en el Servicio de Salud Arica, con una tasa de mortalidad por TBC del doble de la tasa nacional. Estudios han revelado que la población mapuche presenta menor talla tanto en adultos como en niños, y parte de esta diferencia se explica por su asociación a la

Plan AUGE: garantías básicas para la salud

El núcleo de la reforma de la salud en Chile es una ley que establece un Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE, establecido por la Ley 19.966 denominada de Régimen General de Garantías en Salud) y una ley que fortalece la autoridad sanitaria y genera condiciones de mayor flexibilidad para la gestión hospitalaria (Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red). El Plan AUGE explicita, para un conjunto de problemas de salud, cuatro garantías básicas: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. El proceso de puesta en marcha del AUGE comenzó en el sector público en agosto de 2002 cuando se establecieron garantías para tres problemas de salud y continuó durante 2003 con la incorporación de dos nuevos problemas de salud, llegando a cubrir en 2006 las 40 enfermedades de mayor impacto en la salud y el presupuesto familiar de la población. La implementación de AUGE se propone completar en 2008 el proceso de garantías para 56 problemas de salud. Los beneficios asegurados incluyen los medicamentos e insumos médicos que se requieran para la debida atención de la patología. Las prestaciones serán otorgadas sólo por consultorios, centros médicos, hospitales y clínicas que hayan acreditado cumplir con reglas de calidad que fijará el Ministerio de Salud. Las personas tendrán la seguridad de que serán atendidas en un plazo máximo, pudiendo reclamar, si no se cumple, a la Superintendencia de Salud.

pobreza y vulnerabilidad social. La IX Región de la Araucanía (concentración de población mapuche) presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula, coexistiendo una alta prevalencia de colestiasis con un pobre acceso a colecistectomía.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Todos los datos incluidos en esta sección tienen como fuente el Departamento de Epidemiología del MINSAL (13).

Enfermedades transmitidas por vectores

En 2000 se conoció la presencia del vector del dengue *Aedes aegypti* en Isla de Pascua, con índices de infestación de las casas cercanos a 70%, motivando una campaña de eliminación del vector en conjunto con la implementación de un sistema de vigilancia de febriles. En marzo de 2002, se diagnosticó el primer caso de dengue autóctono en Isla de Pascua, constituyéndose en el caso índice de un brote epidémico que duró hasta mediados de mayo y afectó a 17% de la población, sin fallecidos. El serotipo fue DEN-1, filogenéticamente idéntico al que circuló en la Polinesia a fines del año anterior. Con posterioridad no se han detectado nuevos brotes. Chile continental se ha mantenido libre del vector.

Chile alcanzó en 1999 la interrupción de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi*. El área endémica para la **enfermedad de Chagas**, se extiende desde la Región I a la VI, incluyendo la Región Metropolitana. Desde 1992 se ha observado una estabilización en la tasa de mortalidad (0,3 por 100.000), que corresponde a un promedio de 52 muertes anuales. En 2001 se produjo un alza, alcanzando a 68 muertes (0,44 por 100.000), con una

nueva tendencia al descenso los años siguientes. El 80% de las muertes corresponde a cardiopatías y el resto a otras visceromegalias. Desde 1996 se han incrementado las notificaciones de sangre de donantes, llegando a una tasa promedio anual de 0,4 por 100.000 habitantes (2003).

No se han reportado casos de fiebre amarilla, peste y esquistosomiasis. Desde 1945 no se notifican casos autóctonos de malaria; en la actualidad, existen focos de anofelinos en el valle de Yuta (Arica) y Quebrada de Tarapacá (Iquique), Región I, si bien se han mantenido libre de *Plasmodium*.

Enfermedades inmunoprevenibles

Los datos de esta sección tienen como fuente el Programa Ampliado de Inmunizaciones del MINSAL (14). La cobertura nacional de vacunación en menores de 1 año con BCG, Hib, tres dosis de PVO y tres dosis de DPT se encuentra sobre 95%, así como la cobertura con la vacuna triple viral SRP (sarampión, rubéola, y parotiditis) al año.

Con respecto a la **poliomielitis**, desde 1975 el país ha permanecido libre de la circulación de poliovirus salvaje. La cobertura con la tercera dosis de DPT/Hib en 2001 fue de 96,6% y la de polio oral fue de 96,1% y en 2004 de 95,1%. La tasa de notificación de parálisis flácida para 2005 fue de 2,2 por 100.000 menores de 15 años, similar al registro de la década de los noventa.

Desde el principio de la década de 1990, la **difteria** pasó de endémica a esporádica; en 1996 se presentó el último caso. Desde 2002 a 2005, ingresaron a la vigilancia siete casos sospechosos de difteria, siendo todos descartados. La cobertura de DPT en 2004 fue de 93,1 (tercera dosis) (15).

Desde 2004 no se han confirmado casos de **sarampión**. Entre 2001 y 2005 se continuó con campañas de vacunación periódicas

en niños menores de 5 años para mantener la meta de eliminación. En 2003 se registró un caso importado en un chileno de 33 años procedente de Japón, aislándose el virus H1. Las coberturas de vacunación al año de edad durante los últimos cinco años se mantuvieron sobre 90%, alcanzando en 2004 su cifra máxima, con 94,4%.

Entre los años 1996 y 2000, hubo un alza en la tasa de **tos ferina**. Se normaliza a partir de 2001 volviendo a su situación de baja endemia (tasa de 6,6 por 100.000 habitantes en 2004), aunque en las últimas semanas de 2005 se aprecia un alza en relación al quinquenio anterior, alcanzando una tasa anual de 7,7 por 100.000. En 2005 en el grupo de adolescentes y adultos hasta 44 años, las tasas aumentaron en relación a años previos. La letalidad de la enfermedad es de aproximadamente 0,2 a 0,4% (5–11 muertes anuales). En 2003 se produjeron 11 muertes, 10 de ellas diagnosticadas como “tos ferina sin especificar”.

El **tétanos** se presenta de forma esporádica, con un rango de entre 7 y 17 casos por año en los últimos 11 años, con tasas de incidencia entre 0,04 y 0,12. Para 2005 se registraron 9 casos (tasa de 0,06 por 100.000). No se han notificado casos de **tétanos neonatal** desde 1996. En el país se aplican dos refuerzos con DPT (a los 18 meses y 4 años de edad) y el toxoide DT cuando los niños cursan el segundo año básico escolar.

En 2005 se registraron 1.607 casos de **parotiditis**, siendo la tasa de incidencia 9,96 por 100.000.

Debido a un repunte del número de casos de **rubéola** en 1997 (más del 70% de los casos correspondió a personas entre 10 y 28 años), en agosto de 1999 se realizó una campaña de inmunización dirigida a mujeres entre 10 y 29 años a fin de evitar el síndrome de rubéola congénita (SRC), alcanzándose una cobertura de 99%. Así, la tasa disminuyó de 31 por 100.000 habitantes en 1998 a 11 en 1999, hasta lograr una incidencia de 1,9 en el año 2002 (disminución del 94%). Los menores de 5 años concentraron el 68% de los casos. En 2003, se confirmaron 128 casos con una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución de 58% en relación a 2002 y de 97% con relación al año epidémico (1998). En 2004 se confirmaron casos aislados. En 2005, se produjo el primer brote pos-campaña masiva en la Región V, de tipo institucional (militar) y que afectó a 46 hombres jóvenes. A partir del mes de junio de 2005, no se confirmaron otros casos de rubéola en el país. En septiembre de 1999 se puso en marcha un sistema de vigilancia de SRC. Entre 1999 y 2000, se tuvo conocimiento de 18 casos de SRC, 14 de ellos con malformaciones al momento del examen. De 2001 a 2005 no se confirmaron nuevos casos de SRC.

En 1996 se implementó la vigilancia de cuadros invasivos producidos por **Haemophilus influenzae tipo b** (Hib) en niños entre 2 meses y 5 años de edad. También en 1996 se introdujo la vacunación gratuita contra este agente, después de lo cual la tasa de notificación pasó de 10,6 en 1996 a mantenerse cercana a 2,0 (por 100.000 < de 5 años) en el último quinquenio. En 2005 se confir-

maron 19 casos de infecciones por Hib en el grupo de edad bajo vigilancia, y 58% de los casos correspondió a hombres. El rango de edad fue de 2 meses a 3 años, con una mediana de 1 año.

La **influenza** se presenta con brotes epidémicos cada 3 ó 4 años. En 2004 el número de casos duplicó lo observado a igual período de 2003 (5.143 casos), considerándose epidémico. La tasa acumulada nacional para 2005 es de 633 casos por 100.000 habitantes, inferior a lo observado a igual fecha del año 2004. En 2004 se puede observar que todos los grupos aumentaron sus tasas de notificación en relación al año anterior y que el diferencial respecto al año 2003 fue significativamente menor en el grupo de 65 y más años (37%). Esto podría ser resultado del programa de vacunación en ese grupo de edad. En la última década se han presentado variaciones de la mortalidad cada tres años, asociadas a brotes epidémicos de influenza. En 2001, 82% de las defunciones por esta causa (56 defunciones; tasa de 0,4 por 100.000) ocurrió en personas de 65 años y más (4,1 por 100.000). En los años 2002 y 2003 se observa una baja mortalidad por esta causa (16 y 19 defunciones, respectivamente), incluyendo un descenso en las personas de 65 y más años (tasa 2003 de 1,6 por 100.000). En 2001 (año epidémico) se observa una mayor mortalidad por neumonía en el grupo de mayores de 65 años, con una tendencia posterior al descenso. En 2005, la cobertura de vacunación para influenza fue de 94,6% para los adultos mayores de 65 años, enfermos crónicos 100%, embarazadas 93,7% y personal de salud 95,1%.

Enfermedades infecciosas intestinales

La **fiebre tifoidea** y **paratifoidea** son enfermedades endémicas con tendencia estacional (marzo, octubre y noviembre). Han evolucionado a una endemia baja desde 1984, presentándose en forma de brotes localizados en escuelas o jardines infantiles asociados al consumo de agua y alimentos de mala calidad bacteriológica. Las tasas de incidencia para 2004 y 2005 han sido similares (4 por 100.000), notificándose 488 casos en 2005. Los grupos de mayor riesgo son entre los 5 y 19 años, en ambos sexos. Las regiones con los mayores riesgos son la II, X, VIII y VI.

La **hepatitis A** se presenta en forma endémica intermedia con brotes epidémicos, cada cuatro o cinco años, preferentemente institucionales. El ciclo epidémico más reciente se inició en 2002 (2001 en algunas regiones), manteniéndose en 2003, y con una presentación dentro de lo previsto en 2004. En 2005 se constató 62,4% menos de lo observado el año anterior y 57% menos que lo esperado para un año no epidémico, con una tasa de incidencia acumulada de 14,4 por 100.000. Las tasas de incidencia semanal en 2005 (alrededor de 0,3 casos por 100.000) se han mantenido por debajo de lo observado en los años 2003 y 2004. El grupo de 5 a 14 años concentra 40% de los casos y destaca un aumento en la importancia relativa de los adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad, con un predominio en el sexo masculino. La enfermedad se distribuye en todo el país. La Región de

Tarapacá presenta la incidencia más alta (81 por 100.000). Le siguen las regiones de Antofagasta y Coquimbo.

Desde 1998 no se han presentado nuevos casos de **cólera**, después de su reaparición en 1991. Las muertes por **enfermedades diarreicas** en menores de 5 años presentan una importante caída desde 3,8 por 100.000 niños en 1990 a 0,6 por 100.000 niños en 2003. A raíz de la epidemia del cólera, se reforzó la vigilancia epidemiológica de las diarreas agudas y se estableció la notificación de todas las diarreas con deshidratación. A partir del año 2003 se dispone de información brindada por los centros centinelas, los cuales desarrollan vigilancia de morbilidad y etiológica. Durante 2005 se notificaron un total de 8.672 cuadros de diarrea en menores de 5 años, con una tasa de 9 por 1.000 niños. La diarrea en este grupo de edad tiene una presentación estacional, fundamentalmente en verano (semanas 1 a 16). El grupo menor de 1 año presentó el mayor riesgo de enfermar de diarrea, con una tasa de 89 por 1.000 niños. La mayoría de las regiones presentan tasas entre 6 y 9 por 1.000 niños menores de 5 años. La vigilancia de la infección por **rotavirus** se inició en el segundo semestre de 2004 en 13 centros centinelas de diarrea seleccionados, habiéndose detectado la presencia de rotavirus en diciembre de 2005 en 14,8% de las muestras examinadas. La región que presentó el mayor porcentaje de positividad fue Coquimbo (21%) y el menor Antofagasta (8,3%). El agente se encuentra en similar proporción en hombres y mujeres (14% y 13%, respectivamente); el grupo de edad con mayor número de positivos es el menor de 1 año (32%).

Enfermedades crónicas transmisibles

La tasa de morbilidad por **tuberculosis** en 2001 y 2004 fue similar (18,4 por 100.000 habitantes). Durante estos años se han mantenido las actividades del programa nacional de prevención y control: baciloscopías de sospecha y de control de tratamiento, cultivos diagnósticos y de control, y administración de DOTS para todas las formas de tuberculosis en el país. Durante 2004 esto ha permitido tener 11.000.000 habitantes en fase de eliminación de la enfermedad (tasa < de 20 por 100.000).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Desde la notificación del primer caso de **sida** (1984) hasta el 31 de diciembre de 2004 se habían notificado en todo el país 13.728 casos, de los cuales 6.509 correspondían a sida y 7.219 a personas VIH+ asintomáticas. La tasa de incidencia VIH/sida acumulada es 98,1 por 100.000. La tasa nacional de incidencia de casos VIH/sida notificados en 2004 fue 7,18 casos por 100.000 (12 en hombres y 2,44 en mujeres). La mayor proporción de casos acumulados corresponde a hombres (85,2% de los casos). La relación hombre:mujer para el quinquenio 1999–2003 es cercana a 5, y la relación acumulada para el período 1984–2004 es 5,7. Los principales grupos de edad afectados tienen entre 15 y 49 años y concentran 90% de los casos. Las mayores tasas de incidencia acumulada para el período 1984–2004 por regiones corresponde

a la Región Metropolitana (152,2 casos por 100.000 habitantes), Región de Tarapacá (137,1 casos por 100.000 habitantes) y la Región de Valparaíso (129,6 casos por 100.000 habitantes). El principal factor de exposición fue por vía sexual (86,1%), siendo 56,4% por vía homosexual o bisexual. Las primeras defunciones por sida en el país fueron en 1984 y desde entonces se acumulan 4.644: 4.086 hombres (88%) y 558 mujeres (12%). La tasa de mortalidad acumulada 1984–2003 es de 33,4 defunciones por 100.000 habitantes. Desde 1998 se produce una inestabilidad en la mortalidad con tendencia al incremento logrando el máximo en 2001 (3,5 por 100.000). La tasa de 2003 (último año oficial) es de 2,7 defunciones por sida por 100.000. La tasa de 2003 en hombres es 4,5 por 100.000 y en mujeres 0,8 por 100.000. El grupo de 25 a 44 años concentra 68% de las defunciones. Entre 1993 y 1997 se brindó monoterapia (AZT) y a partir de 1998 se ofrece triterapia antirretroviral. Desde entonces hasta 2005 la tasa de transmisión vertical se ha logrado reducir de 30% a 1,8%.

Tanto la **sífilis** como la **gonorrea** son de notificación obligatoria. La tasa de incidencia de sífilis para 2000 fue de 23,9 por 100.000 y la tasa para 2005 fue de 17,4 (2.831 casos), aunque es probable que exista subnotificación. La mayor proporción de casos notificados durante 2005 ha sido en mujeres (52,9%). Durante 2005 se registraron 276 casos en embarazadas y 44 de sífilis congénita, manteniéndose en la mediana del período 2000–2005. Las tasas más elevadas durante 2005 se observaron en las regiones de Aysén y de Antofagasta (cuatro y dos veces la incidencia del país, respectivamente). La tasa de incidencia de gonorrea para 2000 fue de 16,1 por 100.000 y la tasa para 2005 fue de 10,7 (1.739 casos) y 77,2% de los casos se registraron en hombres. El mayor registro se observó en la Región de Tarapacá superando en siete veces la tasa del país, seguido por las regiones de Los Lagos y Aysén que más que triplican la tasa nacional.

La vigilancia de la **hepatitis B** es universal, con notificación diaria caso a caso y de laboratorio. En la ENS 2003 se encontró una prevalencia de portación del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B de 0,1% en población mayor de 17 años. Actualmente, se realiza vacunación de grupos de riesgo: personal de salud y pacientes en programa de hemodiálisis crónica. Se está discutiendo la incorporación de la vacuna en el calendario de vacunación infantil.

La ENS 2003 (mediante autotoma de muestra vaginal) encontró que 15% de la población femenina con vida sexual activa es portadora del **virus del papiloma humano**. Las mayores prevalencias se observan en menores de 35 años (sobre 23%).

Zoonosis

La **hidatidosis** es endémica en el país, en especial en zonas rurales dedicadas al pastoreo ovino. La mortalidad por hidatidosis ha tenido una tendencia estable en el tiempo, siendo la segunda causa de muerte por enfermedad parasitaria, después de la enfermedad de Chagas, con 30 a 40 defunciones anuales. La tasa de mortalidad por hidatidosis para el año 2003 fue de 0,2

por 100.000, la misma de 2001 y 2002. La tasa de notificación de hidatidosis se ha mantenido en alrededor de 2 a 2,5 por 100.000 desde 1989. Durante 2005, se notificaron 345 casos (2,14 por 100.000). Pese a la elevada cifra y a que se trata de una enfermedad de notificación obligatoria, existe una importante subnotificación, la que se evidencia en los egresos hospitalarios: 1.220 egresos por hidatidosis el año 2003, mientras que solo se notificaron 337 casos, siendo la hidatidosis la principal causa de hospitalización por enfermedad parasitaria ese año. Las hospitalizaciones tienen una marcada variación regional, observándose mayores tasas de hospitalización en la zona sur del país. La región de Aysén (XI) es la que presenta las tasas más elevadas con 41 egresos por cada 100.000 habitantes, seguida por la IX con una tasa de 38.

El **ántrax** se presenta de manera esporádica en Chile. Durante 2004 se caracterizó por un incremento respecto de los años anteriores (tasa de incidencia de 0,07 por 100.000 habitantes); durante 2005 no se registraron casos. La **brucelosis** también se presenta en forma esporádica: en 2005 se registraron nueve casos, correspondientes a las regiones X y Metropolitana; no se notificaron muertes por esta enfermedad. La **triquinosis** se presenta en brotes esporádicos en grupos familiares, con una incidencia variable de 0,7 a 0,2 por 100.000 habitantes. Las muertes varían entre 0 y 2 por año. Durante 2005 se notificaron 55 casos, siendo la tasa de incidencia de 0,4 por 100.000 habitantes. En todos los brotes se ha tratado de cerdos de faenamiento clandestino.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Las enfermedades nutricionales por déficit calórico han disminuido enormemente, dando paso a problemas nutricionales derivados del exceso de ingesta. En 2003, 5,6% de los recién nacidos pesaron menos de 2.500 g y 1% pesaron menos de 1.500 g. En 2004 la prevalencia de embarazadas de bajo peso en el total que se encontraba en control en el sistema público de atención fue de solo 12,2%, mientras que la obesidad alcanzó 32,2%. Esta última cifra de obesidad se ha mantenido estable en el periodo 2000–2004, aunque es más alta que en 1994 (26,4%). Los niños menores de 6 años bajo control en el nivel primario de atención han disminuido sus tasas de desnutrición y aumentado sus prevalencias de obesidad; sin embargo, en el último período las cifras de obesidad tienden a estabilizarse. En la población adulta la prevalencia de población enflaquecida (IMC < 18,5) es de 0,8% y la de obesidad es de 23,2% (19,6% en hombres y 29,3% en mujeres). Más de 60% de la población tiene algún grado de exceso de peso (sobrepeso u obesidad). El 1,3% presenta obesidad mórbida (IMC \geq 40). Las mayores tasas de obesidad del adulto se observan en mujeres de bajo nivel socioeconómico. La obesidad en personas con menos de 8 años de educación es de 33,4%. El

29,5% de los adultos presenta obesidad de tipo central o visceral (circunferencia de cintura elevada), alcanzando tasas de 44,3% en la población de bajo nivel educacional. Las tasas de obesidad son mayores en los estratos socioeconómicos bajos y en el extremo sur del país (Región de Magallanes).

La prevalencia estimada de **diabetes** en hombres de 60 o más años es de 22,7% y en mujeres, 18,6%. La prevalencia de diabetes es significativamente mayor en la población con menos de 8 años de estudios. La mortalidad ajustada por edad para diabetes lleva una tendencia en alza. En 2003 murieron 3.278 personas con una tasa de 20,6 muertes por 100.000 habitantes.

En la población general, la mujer no embarazada y mayor de 17 años presenta una prevalencia de anemia (<12g/dl) de 5,1%. La lactancia materna exclusiva al quinto mes en población beneficiaria del nivel primario de atención pública aumentó de 16% en 1993 a 39,5% en 2000 y a 43,1% en 2002.

Enfermedades cardiovasculares

La mortalidad por **enfermedades isquémicas** ha descendido en el período 1998–2003 de 53,8 a 50,9 por 100.000 habitantes. En el mismo período la mortalidad por **enfermedades cerebrovasculares** se ha mantenido en 50,1 por 100.000. Se proyecta una disminución de mortalidad ajustada por edad para enfermedades isquémicas y cerebrovasculares, pero un aumento en la mortalidad por causa hipertensiva. La tasa de egresos hospitalarios por enfermedad isquémica del corazón es de 127,9 por 100.000 y la de egresos por enfermedades cerebrovasculares es de 124,7.

Las tasas de **hipertensión** en la población adulta son elevadas (33,7% de tamizaje positivo), especialmente en el hombre joven. Se estima que la prevalencia real de hipertensión es cercana al 26% (post confirmación diagnóstica). De acuerdo a la ENS 2003 las tasas de detección, tratamiento y control de la hipertensión son de 59,8%, 36,3% y 11,8%, respectivamente. Estas tasas son mayores en las mujeres. Un 12,8% de los adultos refiere dolor torácico de esfuerzo y a la vez presenta más de dos factores de riesgo cardiovascular o diabetes o enfermedad cardiovascular conocida. La prevalencia de **colesterol total elevado** (>200mg/dl) o colesterol HDL disminuido (<40mg/dl) alcanza a 63% de la población general adulta mayor de 17 años. La dislipidemia específica más prevalente es el HDL bajo (39,3%). El síndrome metabólico está presente en 28% de los adultos en la población general (ATPIII).

Más de la mitad de los adultos presenta dos o más de cinco factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, edad, antecedentes familiares, HDL < 40mg/dl e hipertensión). Un 6,6% de los adultos mayores de 17 años se encuentra en situación de riesgo cardiovascular máximo en base a la evaluación de factores de riesgo (tabaco, sexo, edad, presión sistólica, HDL y colesterol total); es decir, presenta una probabilidad Framingham (sin considerar diabetes) mayor de 20% de riesgo de evento coronario en un período de 10 años. En base a la clasificación ATPIII, que con-

sidera tanto factores de riesgo como diabetes o equivalentes cardiovascular, 13% de la población se encontraría en situación de riesgo máximo. En cuanto a los determinantes de riesgo cardiovascular en la población, el sedentarismo alcanza a 89,4% de la población general y 95,4% de la población con menos de 8 años de estudios. El 29% de la población de adultos jóvenes entre 24 y 44 años presenta simultáneamente tabaquismo, exceso de peso (sobrepeso u obesidad) y sedentarismo.

Neoplasias malignas

El cáncer es responsable de 23% del total de muertes anuales, constituyendo la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades del aparato circulatorio. En 2003 fallecieron 20.123 personas de ambos sexos por cáncer, con una tasa de 123,7 por 100.000. Se estima que anualmente se producen unos 96.000 egresos hospitalarios y se diagnostican más de 30.000 casos nuevos de cáncer. En 2003 se produjeron 3.115 muertes por cáncer de estómago (19,6 por 100.000) y 2.016 por cáncer de pulmón (12,7 por 100.000). En el hombre, las primeras causas de muerte por cáncer son cáncer de estómago (26,1 por 100.000), próstata (18,7 por 100.000) y pulmón (16,6 por 100.000). En la mujer, las primeras causas de muerte por cáncer son cáncer de vesícula (17,6 por 100.000), mama (13,3 por 100.000) y estómago (13,1 por 100.000).

En los 16 años de actuación del programa nacional de cáncer infantil se ha comprobado una mejoría de la sobrevida y reducción de la letalidad en la mayoría de los cánceres pediátricos. En el trienio 2000–2002 la disminución de la mortalidad fue de 26,4%. Para las leucemias agudas la disminución fue de 35,5% y para las leucemias linfáticas fue de 44,1%. La disminución de la enfermedad de Hodgkin fue de 70,5%, y las cohortes tratadas desde 1999 presentaron 73,2% de remisión completa, una sobrevida libre de enfermedad a los 5 años de 87% y una sobrevida total de 98%. Los tumores del sistema nervioso central en niños constituyen 17% del cáncer infantil en el sector público de salud, existiendo registro de los mismos a partir de 1997.

La mortalidad por cáncer cervicouterino ajustada por edad entre 1999 y 2003 se redujo 40%. Las tasas en el grupo foco del programa de detección precoz (mayores de 25 años) disminuyeron de 17 por 100.000 en 1999 a 14,4 en 2003.

La prevalencia de antígeno prostático elevado por sobre 4ng/ml es de 3,8% en los hombres mayores de 35 años. Desde 2000, el programa de cuidados paliativos ha aumentado su cobertura, atendiendo a 13.900 pacientes en 2004.

Enfermedades musculoesqueléticas

En 2003, la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos de origen no traumático fue de 34,3% en la población mayor de 17 años. Las prevalencias son significativamente mayores a mayor edad, en el sexo femenino y en los grupos socioeconómicos bajos. La localización más prevalente de molestias es la rodilla, seguida

de la zona lumbar, el tobillo y la mano. El 64% de la población con síntomas musculoesqueléticos tiene una funcionalidad normal; solo 4,2% presenta discapacidad o invalidez. La mayor parte de los casos refiere un curso crónico y solo un bajo porcentaje tiene un diagnóstico médico específico. La prevalencia estimada de artritis reumatoidea es aproximadamente 1%. No hay otros estudios poblacionales en el último quinquenio que entreguen cifras de prevalencia específicas por causas. Las patologías musculoesqueléticas son una importante comorbilidad de enfermedades crónicas del adulto, estimándose que en 2003 aproximadamente 7% de los adultos mayores de 17 años presentaba al menos la coexistencia de la tríada dislipidemia, hipertensión y síntomas musculoesqueléticos crónicos.

OTRAS ENFERMEDADES Y PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En el período 2000–2005 se registraron 19 desastres naturales. Producto de terremotos, han muerto en el período 11 personas, 182 lesionadas y 27.463 afectados. El país, pese a ser considerado zona de alta exposición física a terremotos (más de 10 millones de habitantes expuestos), presenta una vulnerabilidad media de 1-10 muertos por 1.000.000 de personas expuestas. A causa de las temperaturas extremas se han visto afectadas 25.000 personas en el período. Por inundaciones han fallecido 47 personas y han sido afectadas en promedio 40.886 personas, 221.842 personas entre mayo y junio de 2002. Las inundaciones de mayo y junio de 2002 y de junio de 2000 se encuentran entre los diez desastres que más personas han afectado entre 1996 y 2005.

Violencia y otras causas externas

Desde 1995 los accidentes ocupan el tercer o cuarto lugar como causa de muerte. En 2003, 9% de las muertes correspondió a esta causa, con una tasa de mortalidad de 46,5 por 100.000 y registrándose una reducción de 7,7% en relación a 1999. Los hombres tienen una sobremortalidad promedio de 4,3 veces respecto a las mujeres, fenómeno que se observa en todos los grupos de edad, en todas las regiones del país y en cada uno de los distintos tipos de accidentes, excepto caídas. Las regiones con la tasa más baja y la más alta son Atacama y Aysén, respectivamente. La Región Metropolitana presenta tasas inferiores a la media nacional, con tendencia decreciente. La mortalidad por traumatismos y envenenamientos afecta principalmente a los adultos a partir de los 20 años. Durante 2003, 31% de las muertes externas en hombres fueron por accidentes de transporte y 23,5% por lesiones autoinflingidas, en tanto que en las mujeres 29% fueron por accidentes de transporte y 21% por caídas. En 2003 los traumas, envenenamientos y otras causas externas contribuyeron con 10% del total de egresos y representaron la cuarta causa de hospitalización; estas patologías fueron la primera causa de hospitaliza-

ción de los hombres, con 17% de los casos (102.718 egresos) y fueron la sexta causa para las mujeres, con 6% de los casos (54.652 egresos).

Salud mental

Aunque la importancia de los problemas de salud mental se ha relevado desde la década de 1990, no existen estudios específicos que exploren en detalle la situación en el último quinquenio. Se estima que la prevalencia poblacional de **trastornos depresivos** oscila entre 13% y 17% para el último quinquenio. En 2004, el programa nacional de diagnóstico y tratamiento de la depresión atendió a 103.166 pacientes en el nivel primario de atención y a 7.500 pacientes en el nivel especializado. La incidencia anual de la **esquizofrenia** en la población mayor de 15 años es de 12 por 100.000. Entre 2000 y 2003, la tasa de suicidios ajustada por edad aumentó de 9,7 a 10,4 por 100.000. La depresión es un problema importante; sin embargo, los trastornos de angustia sumados a los relacionados al consumo de sustancias (incluido el alcohol) tuvieron en conjunto un mayor peso relativo en los estudios realizados en la década de 1990.

Adicciones

Concordando con la ENS 2003 y la ECV 2000, CONACE informa que las tasas de prevalencia de **tabaquismo** en el período 2000–2004 se han estabilizado en 42% (16). Sin embargo, al igual que en los escolares, las mujeres siguen aumentando su consumo, especialmente aquellas en edad fértil (de 19 a 34 años). En 2004, 55% de las mujeres entre 19 y 25 años fumaba.

Por su asociación con la mortalidad por cirrosis, accidentes y violencia, el **consumo de alcohol** es un tema muy relevante pero muchas veces subvalorado. En 2000, según la ECV, 15% de los adultos era bebedor problema, siendo mayor la prevalencia en hombres, poblaciones rurales y personas de nivel educacional bajo. El consumo de alcohol en la población general supera el 50% en todos los niveles de ingreso según declaraciones de consumo en los últimos 30 días previos a la encuesta (2004). Los consumos son ascendentes en la medida que aumentan los ingresos familiares; sin embargo, los mayores problemas y dependencia asociada al alcohol se presentan en personas de más bajos ingresos. Estudios de hogares realizados por CONACE desde 1994 muestran un ascenso sostenido del consumo de todas las drogas ilícitas hasta 2000 (tanto en las tasas de consumo anuales, como en las del último año y del último mes). La tendencia en el período 2000–2004 fue a la estabilización.

Salud oral

No existen estudios epidemiológicos actualizados y de nivel nacional que evalúen integralmente la salud bucal en el período 2001–2005. En un análisis parcial en la población de 6 a 8 y de 12 años, después de ocho años de fluoruración del agua en la Región Metropolitana (1996–2004) se observó que el número de piezas dañadas por caries en dentición definitiva en niños de 6 a 8 años

disminuyó en 49,6% (el índice de dientes cariados, perdidos y obturados, CPO-D, bajó de 1,17 piezas a 0,59 piezas). En niños de 12 años este indicador disminuyó en 16,9% (de CPO-D 3,13 piezas a CPO-D 2,60 piezas) (17). La ENS 2003 mostró que 66% de los adultos mayores de 17 años presenta caries y que 13,3% presenta desdentamiento de uno o ambos maxilares. El 5,5% de los adultos presenta desdentamiento total, prevalencia que aumenta a 33,4% en el adulto mayor de 65 años, siendo mayores las prevalencias en mujeres, población rural y población con menos de 8 años de educación. Las menores prevalencias de desdentamiento se encuentran en el norte del país y las mayores en el sur, lo que es consistente con el contenido natural de flúor en las aguas. Se estima que la cobertura de población expuesta a agua fluorurada sería de 70,5% para el año 2004.

Enfermedad meningocócica

A partir de 2001 comenzó a observarse un descenso y cambio en la presentación de la enfermedad a una epidemia baja (con tasas de 2,7 y menos) hasta alcanzar una incidencia de 1,5 por 100.000 en 2005 (235 casos). El mayor riesgo de enfermar se concentra en la Región Metropolitana y es levemente mayor en los hombres. La mortalidad se ha mantenido estable con tasas entre 0,2 a 0,3 por 100.000, disminuyendo a 0,1 en 2004 y 2005. La letalidad que alcanzaba cifras de 11,2%, en 1990, se redujo a 5,5% en 2005. Durante 2005 se observó un cambio en la presentación, pues las meningitis disminuyeron a 34% y las meningococemias aumentaron a 45%. Los menores de 5 años concentran la mitad de los casos. De los 121 casos confirmados en 2005, 84% correspondieron al serogrupo B, 6% al C, y 9% al Y y W-135.

Síndrome pulmonar por hantavirus

El agente etiológico identificado en Chile es el virus de los Andes, cuyo único reservorio comprobado hasta el momento es el *Oligoryzomys longicaudatus*. Desde los primeros casos esporádicos detectados en 1995, esta enfermedad ha progresado a una presentación endémica, con brotes estacionales (70% entre noviembre y abril) y localizados en algunas regiones del país. Desde 1995 hasta diciembre de 2005 se han confirmado 461 casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH). La incidencia más alta ocurrió en 2001, observándose posteriormente una estabilización. En 2005 alcanzó a 0,42 por 100.000 habitantes. La letalidad de SCPH ha ido descendiendo de 60% en 1997 a 31% en el año 2005 (20 fallecidos). La letalidad es mayor en mujeres (37%) que en hombres (27%). La tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos tres años, con cifras de 0,11 a 0,13 muertes por 100.000. Durante 2005 se confirmaron 67 casos de SCPH y 7 casos de enfermedad leve (sin compromiso pulmonar), cifras que se encuentran por encima de lo esperado. Los casos de SCPH se han presentado desde Valparaíso hasta Aysén. El mayor riesgo de enfermar se encuentra en esta última región, donde la tasa de incidencia alcanzó a 3 por 100.000 habitantes. Por otra parte, el mayor número de casos se observó en la VIII región

(20 casos). El reservorio del virus de los Andes tiene una distribución más amplia, detectándose roedores infectados desde la IV a la XI región.

LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

La actual reforma de la salud se inició formalmente con un conjunto de proyectos de ley que el anterior gobierno (2000–2006) presentó al Parlamento en 2002. El núcleo de la reforma lo constituyen dos leyes: la Ley 19.966, denominada Régimen General de Garantías en Salud, que estableció el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE), y la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Hospitales Autogestionados en Red, que fortalece la autoridad sanitaria y genera condiciones de mayor flexibilidad para la gestión hospitalaria. La propuesta de reforma también contemplaba dos proyectos que abordaban cambios a la ley de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y un proyecto de financiamiento de estos cambios.

El Plan AUGE explicita, para un conjunto de 56 problemas de salud (ver cuadro 2), cuatro garantías básicas: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. La implementación de la Ley

19.937 se inició el 1 de enero de 2005. Este nuevo marco jurídico transforma la anterior Subsecretaría de Salud en dos subsecretarías: una de Salud Pública y una de Redes Asistenciales. Además, transforma la anterior Superintendencia de ISAPRE en la Superintendencia de Salud, con atribuciones para vigilar no solo a las ISAPRE sino también al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a los prestadores públicos y privados de salud. La implementación de AUGE se inició en un enfoque gradual que se propone completar en 2008 el proceso de garantías para los problemas que se incluyen en el plan.

El marco de políticas y planes definido para el período de gobierno 2006–2010 en el ámbito de la salud establece completar la implementación y consolidación de la reforma antes descrita. De manera más específica, esto incluiría: el aumento de cobertura por parte del Plan AUGE del número de problemas de salud de 56 a 80 para el año 2010; el fortalecimiento de los cambios institucionales orientados a separar la prestación de servicios asistenciales de las funciones de fiscalización, así como la implementación del régimen de hospitales autogestionados en red; reforzar la atención primaria con enfoque familiar; mejorar la salud privada introduciendo más competencia en el mercado de las ISAPRE y simplificando los planes de salud, y sentar las bases de una política de salud para el adulto mayor (18). Los objetivos sanitarios

CUADRO 2. Problemas de salud considerados en el Plan AUGE.

1. Atención del parto con analgesia	29. Hipoacusia
2. Todos los cánceres infantiles	30. Hiperplasia benigna de la próstata
3. Cáncer cervicouterino	31. Neumonías en el adulto mayor
4. Cáncer de mama	32. Ortesis adulto mayor (bastones, sillas de ruedas, otros)
5. Leucemia (adultos)	33. Hemofilia
6. Linfoma (adultos)	34. Fibrosis quística
7. Cáncer de testículo	35. Escoliosis
8. Cáncer de próstata	36. Depresión
9. Cáncer gástrico	37. Dependencia al alcohol y drogas
10. Cáncer de vesícula y vías biliares	38. Psicosis (trastornos psiquiátricos severos)
11. Cánceres terminales (cuidados paliativos)	39. Asma bronquial
12. Enfermedad isquémica (infarto miocardio)	40. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
13. Trastornos de conducción	41. Hipertensión arterial
14. Cardiopatía congénita operable	42. Accidente vascular encefálico
15. Defectos del tubo neural	43. Diabetes Mellitus Tipo I y II
16. Labio leporino y fisura palatina	44. Prematurez
17. Insuficiencia renal crónica	45. Retinopatía del prematuro
18. VIH / sida	46. Dificultad Respiratoria del recién nacido
19. Cataratas	47. Accidentes que requieren UTI
20. Gran quemado	48. Artritis reumatoidea
21. Politraumatizado con y sin lesión medular	49. Artrosis
22. Hernia núcleo pulposo	50. Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil)
23. Tumores y quistes SNC	51. Trauma ocular
24. Aneurismas	52. Desprendimiento de retina
25. Retinopatía diabética	53. Estrabismo (menores de nueve años)
26. Vicios de refracción	54. IRA (menores de 15 años)
27. Pérdida de dientes en el adulto mayor	55. Salud oral integral
28. Cirugía que requiere prótesis	56. Urgencias odontológicas

Fuente: Ministerio de Salud.

con vistas al año 2010 son: reducir las desigualdades en la situación de salud; enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad; mejorar los logros sanitarios alcanzados y proveer servicios de calidad de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población.

La atención de salud está regulada por normativas emanadas del MINSAL, cuyos programas definen coberturas, frecuencia o periodicidad de los contactos entre usuarios y prestadores de atención, así como responsabilidades por nivel de atención del sistema. Estas normas constituyen marcos de carácter obligatorio para los establecimientos públicos y privados en convenio con el sector público y representan un referente para la organización de la atención en los establecimientos del sector privado.

La regulación sanitaria sobre los establecimientos de salud del sector público y privado antes del cambio establecido en la Ley 19.937 de la Autoridad Sanitaria era ejercida por las direcciones de los Servicios de Salud, a través de las oficinas de profesiones médicas y paramédicas en sus respectivos territorios jurisdiccionales. Desde el 1 de enero de 2005, estas atribuciones y las oficinas de profesiones médicas y paramédicas fueron transferidas a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de cada región, las que se fortalecieron como autoridad sanitaria regional.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud (MINSAL) ejerce la conducción sectorial, correspondiéndole formular y fijar las políticas de salud y dictar normas y planes generales, así como supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las mismas. Del MINSAL dependen los Servicios de Salud, el FONASA, la Superintendencia de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). De acuerdo a los últimos cambios legislativos contemplados en la reforma de salud, la Ley 19.937 asigna a las direcciones de los 29 Servicios de Salud las funciones de gestores de la red asistencial, habiendo traspasado a las SEREMI de cada una de las 13 regiones del país las funciones de autoridad sanitaria. El ISP ejerce la función de regulación de los medicamentos e insumos médicos.

El sistema de salud nacional es mixto, tanto en el financiamiento como en el aseguramiento y en la prestación de servicios. Todos los asalariados están obligados por ley a destinar 7% de su remuneración mensual a un seguro de salud, ya sea en el seguro público (FONASA) o en una entidad privada administradora de la contribución obligatoria (ISAPRE). Además de las contribuciones de sus afiliados, el FONASA también recibe las transferencias del Tesoro de la Nación para atender a los indigentes así como para ejecutar los programas de salud pública. El sector privado asegurador está constituido por las ISAPRE, entes privados de protección contra los riesgos para la salud, que administran la cotización obligatoria que deben hacer los asalariados. Las ISAPRE pueden acordar con sus clientes primas complementarias al porcentaje obligatorio para mejorar los planes de seguro.

Estas instituciones, al igual que FONASA, están bajo la tutela de la Superintendencia de Salud. La puesta en marcha de AUGE ha fortalecido estas atribuciones. Además, existen mutuales de empleadores que administran un seguro de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, cuyo financiamiento está a cargo de los empleadores. Si bien gozan de autonomía de gestión, tanto FONASA como la Superintendencia de Salud se encuentran sometidos a la rectoría del MINSAL, quien mantiene la responsabilidad política del sector. El ISP, a la vez que controla los medicamentos e insumos médicos, actúa como laboratorio de referencia nacional. La CENABAST es el agente intermediario para la compra de productos destinados al sector público.

La prestación de servicios también es mixta: la gran mayoría de los establecimientos de primer nivel de atención de salud dependen administrativamente de los municipios y los hospitales están bajo la dirección de los Servicios de Salud. La Ley 19.937 reconoce un régimen de hospitales autogestionados en red, que permite una mayor flexibilidad para la gestión de los hospitales de mayor complejidad en el país (56 hospitales). En 2005 los primeros cinco hospitales fueron reconocidos como autogestionados y en 2009 todos los 56 hospitales deberán serlo. Por otro lado, un conjunto de clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias son manejados por personas o sociedades privadas. La presencia de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro en la provisión de servicios de salud es escasa, y se limita a algunos centros de salud u hospitales rurales ligados a instituciones religiosas.

El FONASA cubre a 68,3% de la población y las ISAPRE a 17,6%. El 14,1% restante está cubierto por otros sistemas particulares (como el de las fuerzas armadas) o no tienen ninguna cobertura (19).

Las ISAPRE pueden ser cerradas o abiertas. En el primer caso, la posibilidad de inscripción está limitada a las personas que trabajan en una empresa o en un sector económico determinado (por ejemplo, las grandes empresas públicas de la minería del cobre). En el segundo caso, la inscripción es libre. En su gran mayoría, las ISAPRE (15 en todo el país) trabajan con prestadores privados, pero también pueden establecer acuerdos con instituciones públicas de salud para ciertos tipos de servicios (hospitalización en alas privadas de los hospitales llamados pensionados, atención de urgencia y atención en unidades de pacientes críticos). Algunas ISAPRE disponen a su vez de su propia red para la atención de sus afiliados, situación que se ha potenciado como consecuencia de la implementación de AUGE. En las ISAPRE el contrato de seguro se negocia individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, cuyos planes requieren de un copago a cargo de este último, de valor muy variable. Las ISAPRE no pueden proponer planes de salud inferiores a los que ofrece el FONASA. La garantía de protección financiera establecida en AUGE determina un monto máximo de copago para los beneficiarios, sean de FONASA o de ISAPRE (garantía de protección financiera) en las patologías garantizadas.

Los servicios públicos de salud están obligados a atender todas las demandas de los servicios de urgencias. Asimismo, los programas de salud pública (como la inmunización o el control de la tuberculosis) están destinados a toda la población sin discriminación. La mayor cobertura de las ISAPRE se alcanzó en 1995 con 26,3%. Desde 1997 se ha venido observando una migración de afiliados de ISAPRE hacia FONASA, lo que se atribuye a las repercusiones de la crisis económica asiática de finales de los años noventa, al mejoramiento de los servicios públicos y a la reciente incorporación de AUGE (20).

La supervisión y el control sobre el financiamiento público del sector salud competen a FONASA. El control último lo ejerce la Contraloría General de la República, en el marco de las disposiciones de la administración pública.

Servicios de salud pública

Los programas básicos del MINSAL (Infantil, de la Mujer, del Adulto y Odontológico), así como los respectivos subprogramas, se han estructurado con enfoques integrales que incorporan en su diseño acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. El MINSAL ha establecido programas de prevención específica entre los cuales se destacan los de vacunación, alimentación complementaria, control de los trastornos respiratorios, prevención de los accidentes de tránsito, control de la malaria y erradicación de la enfermedad de Chagas. A diciembre de 2004, la cobertura global del programa de Papanicolaou (mujeres de 25–64 años) era de 68% y para el grupo de mayor riesgo (35–64 años) era de 67%. Para el programa de prevención de cáncer de mama, la cobertura alcanzaba a 54% en 2003. Estos dos últimos programas se verán fortalecidos al ser incluidos el cáncer cervicouterino y de mama dentro de las patologías garantizables del Plan AUGE.

El Instituto de Salud Pública cumple funciones de vigilancia epidemiológica en coordinación con el Departamento de Epidemiología del MINSAL. A través del Departamento de Control Nacional, el ISP vigila el sistema nacional de control de productos farmacéuticos, alimentos, cosméticos, pesticidas de uso sanitario y doméstico, y artículos de uso médico. Además, el ISP cumple funciones como centro de referencia nacional y de certificación de laboratorios clínicos y bancos de sangre de las diferentes regiones del país. De este modo, el ISP brinda apoyo a los programas ministeriales de control de enfermedades transmisibles y de calidad de pesticidas, laboratorios clínicos y bancos de sangre. El elemento más sólido del sistema de información lo representan los certificados de hechos vitales (nacimientos y defunciones), cuya cobertura alcanza 99%. El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles es universal. A raíz del brote ocurrido en Chile en 2002, se reforzaron las medidas para evitar el ingreso de la influenza aviar y otras patologías de interés en salud animal. En la actualidad el Servicio Agrícola y Ganadero realiza las actividades de control y de vigilancia en aves, cerdos y caballos, no habiéndose detectado nuevos brotes de influenza aviar después de 2002.

En cuanto a la prevención y el control de la contaminación del aire, al sector salud le corresponde velar por la eliminación o control de todos los factores, elementos o agentes del medio ambiente que afecten a la salud, la seguridad y el bienestar de los habitantes. Existen programas de saneamiento básico, contaminación atmosférica, sustancias químicas peligrosas, residuos peligrosos y residuos industriales líquidos, higiene de los alimentos, vectores de importancia sanitaria, zoonosis, enfermedades de origen microbiano y parasitario, evaluación de impacto ambiental, salud ocupacional, locales de uso público y emergencias ambientales. La reforma de salud transfirió los Departamentos de Programas de Salud Ambiental de los Servicios de Salud a las SEREMI de Salud de cada región. Lo mismo aconteció con el Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana. De este modo, las SEREMI de Salud han pasado a ser las instancias responsables de ejecutar las acciones de prevención, control, fiscalización y vigilancia en el área ambiental. El diagnóstico ambiental se realiza a través de 20 laboratorios que funcionan de manera coordinada con el ISP, institución que actúa como laboratorio de referencia nacional en microbiología, bromatología, contaminación ambiental y salud ocupacional.

Las directrices programáticas respecto a la calidad del ambiente apuntan a controlar los riesgos para la salud de la población derivados de la presencia de contaminantes en el aire comunitario. La autoridad de salud desarrolla programas de vigilancia de la calidad del aire a través de la verificación del cumplimiento de las normas primarias de calidad del aire vigentes y fiscaliza en forma permanente, en instalaciones de alta y mediana complejidad, las emisiones de contaminantes atmosféricos de acuerdo a los riesgos asociados a dichas emisiones. El diagnóstico regular considera los siguientes elementos: catastro de fuentes fijas; catastro de combustibles utilizados por las fuentes fijas; estimación de las emisiones de las fuentes fijas; estaciones de monitoreo; contaminantes medidos; días del año con mediciones, y población afectada. La Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA), que depende del Ministerio del Interior, es la instancia intersectorial que representa la máxima autoridad medioambiental en el país. Las Comisiones Regionales del Medio Ambiente (COREMA) son las instancias correspondientes en cada región.

Los sistemas de protección y control de alimentos se sustentan en el Código Sanitario. En 1996 entró en vigencia el Reglamento Sanitario de Alimentos, que determina las características que deben reunir los productos alimentarios destinados al consumo humano en el país. La fiscalización del cumplimiento de esta norma estuvo originalmente a cargo de los Servicios de Salud, a través de los Departamentos de Programas del Ambiente. A partir del 1 de enero de 2005 esta labor de control y fiscalización pasó a ser responsabilidad de la SEREMI de cada región.

Chile cuenta con un Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) cuyos beneficiarios son los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas. La entrega de los alimentos se hace en los establecimientos de nivel primario. Se

suministra leche, cereales y arroz, cuya cuantía depende del estado nutricional de las mujeres y niños beneficiarios. En los últimos años se han diferenciado un PNAC para niños prematuros y otro PNAC para fenilcetonuria. Un programa complementario para la población escolar, a cargo de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), consiste en la distribución de raciones de desayuno y almuerzo en las escuelas de acuerdo con la categorización socioeconómica de los niños y sus familias. En los últimos años se ha puesto en marcha un programa de ayuda alimentaria para adultos mayores. Existen también programas de fortificación de harina y de yodación de sal.

La nueva regulación sanitaria de los alimentos tiene por fin proporcionar normas sanitarias básicas sobre inocuidad, salubridad y valor nutricional de los alimentos, y pautas sobre hábitos de alimentación. Existe, además, un programa de control e higiene articulado a nivel nacional, el cual es apoyado por la red nacional de laboratorios bromatológicos. Las acciones de protección y control de los alimentos, emanadas de la normativa establecida por el Código Sanitario, se expresan en que cada año se toman aproximadamente 60.000 muestras de alimentos. De estas, la gran mayoría corresponde a análisis microbiológicos (75%), químico-bromatológicos (20%) y parasitológicos (5%).

Servicios de atención a las personas

La red asistencial del sector público está constituida por establecimientos ambulatorios y hospitalarios de diferente complejidad asistencial. Entre ellos se cuentan 196 hospitales, de los cuales 60 corresponden a los de mayor complejidad (23 hospitales tipo 1 y 37 hospitales tipo 2). Los hospitales tipo 4 (rurales) son 99. También forman parte de la red hospitalaria 14 hospitales privados que mediante un convenio de delegación prestan servicios a beneficiarios públicos. La red ambulatoria pública contempla 594 consultorios de nivel primario (258 consultorios generales urbanos, 151 consultorios generales rurales, 115 consultorios adosados de atención primaria, 70 centros de salud familiar). Además existen 40 centros ambulatorios de salud mental, 5 Centros de Referencia de Salud (CRS) que ofrecen servicios en las cuatro especialidades médicas básicas (medicina interna, pediatría, cirugía y ginecología-obstetricia) y 5 Centros de Diagnóstico y Terapéuticos (CDT), que son establecimientos ambulatorios de muy alta complejidad. La red ambulatoria se completa con 1.165 postas de salud rurales.

El total de consultas y controles médicos efectuados en 2004 por el SNSS ascendió a 38.089.674, lo que equivale a 3,6 por beneficiario de FONASA y representa un aumento de 7,5% respecto a 1999. De este total, 93,7% fueron consultas y 6,3% fueron controles. Entre 2000 y 2005, las consultas médicas en el nivel primario aumentaron 27%, las intervenciones quirúrgicas mayores 17%, las atenciones de urgencia 22% y los egresos se mantuvieron estables. En cuanto a la atención odontológica, en 2004 se registraron 14.733.772 actividades, de las cuales 3.770.032 (25,6%)

correspondieron a actividades odontológicas preventivas y 7.835.598 (53,2%) a actividades odontológicas recuperativas, y el resto correspondió a atenciones de especialidad y a consultas de urgencia. En 2005 se practicaron 54.859.829 exámenes de laboratorio y 4.989.970 exámenes diagnósticos por imagen, que representan 2,2 y 0,2 exámenes por consulta médica, respectivamente. En el sector privado, la Superintendencia de Salud informó que en 2005 se atendieron 12.162.032 consultas médicas. Asimismo, informó que se hicieron 13.844.703 exámenes de laboratorio, 3.002.066 exámenes de imagenología y 315.777 intervenciones quirúrgicas. Esto significa 4,5 consultas médicas y 5,1 exámenes de laboratorio por beneficiario de ISAPRE.

En el sector público existe una dotación de camas hospitalarias que alcanzó 28.135 en 2005, lo que equivale a 2,6 camas por 1.000 beneficiarios de FONASA. Esto implica una reducción de más de 10% comparado con el decenio de 1990, pero una estabilización durante los últimos 5 años. El sector privado dispondría de unas 11.000 camas distribuidas en 223 hospitales, clínicas y maternidades.

En 2003 se produjeron 1.599.280 egresos hospitalarios en el país, de los cuales 1.155.787 correspondieron a beneficiarios públicos (72,3%), 252.879 a beneficiarios de ISAPRES (15,8%) y el resto a otros tipos de beneficiarios (accidentes del trabajo, escolares, particulares). En el sector público, el índice ocupacional en 2003 fue de 70,6% con un promedio de 6,1 días de estancia. Las cinco causas más frecuentes de hospitalización fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (20%), las enfermedades del sistema digestivo (12%), las enfermedades del sistema respiratorio (11%), los traumatismos y envenenamientos (10%) y las enfermedades del sistema genitourinario (8%).

La atención de urgencia la prestan los servicios de emergencia de los hospitales y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Los principales hospitales y clínicas privadas también ofrecen atención de emergencias. Desde fines de la década de 1990 funciona un sistema de atención de urgencia prehospitalaria, con ambulancias de rescate de diferente complejidad y capacidad de respuesta y un centro regulador. El sistema se inició en las tres regiones más pobladas (Metropolitana, Valparaíso y Bío-Bío) y se ha ido extendiendo al resto del país.

Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico son de naturaleza pública y privada. En el sector público estos servicios se encuentran ubicados en los hospitales y atienden la demanda que se genera no sólo en el nivel hospitalario sino también en el nivel ambulatorio. Se complementan con unos pocos laboratorios comunales ubicados en comunas urbanas de grandes ciudades. En el sector privado, los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico corresponden a unidades dependientes de hospitales o clínicas privadas, o bien a establecimientos que solo ofrecen este tipo de servicios. Los bancos de sangre corresponden a unidades principalmente ligadas a establecimientos hospitalarios públicos, así como a los principales hospitales del sector privado. En el contexto de un esfuerzo por mejorar la calidad y seguridad ade-

cuando el procesamiento de sangre y hemoderivados a estándares de calidad internacional, se ha reducido el número de bancos de sangre de 120 a 70. El objetivo es llegar a concentrar la producción en solo cuatro grandes centros de sangre y bancos de tejidos a nivel nacional. Otro eje de la política de bancos de sangre es fomentar la donación altruista, habiéndose avanzado desde 2 a 8% de participación de donantes altruistas entre 2002 y 2005. En el sistema público de salud se reciben cada año aproximadamente 180.000 donaciones.

La atención odontológica es provista por prestadores públicos y privados. En el sector público, el programa de salud oral prioriza la atención integral para los niños y las embarazadas; para el resto de la población se ofrece atención de urgencia. La atención se presta en los consultorios de primer nivel y la atención especializada en algunos establecimientos hospitalarios. En la población infantil el programa del MINSAL ha fortalecido un enfoque preventivo, incluyendo la salud oral integral entre los 56 problemas de salud garantizados por el Plan AUGE. Este esfuerzo se complementa con el funcionamiento de clínicas odontológicas en los establecimientos educacionales municipales, subvencionadas por JUNAEB. En el sector privado se observa una creciente institucionalización de la atención odontológica en redes de prestadores de algunas ISAPRE, aunque la cobertura todavía sigue siendo baja. La atención curativa se ha complementado con acciones de salud pública como la fluoruración del agua potable.

La atención de la salud mental constituye el área que concentra las mayores disparidades entre oferta y demanda, tanto en el sector público como en el privado. En el sector público, la atención hospitalaria especializada de larga estancia más importante se otorga sólo en tres establecimientos. La atención de pacientes agudos se brinda en estos mismos establecimientos, así como en servicios de psiquiatría de algunos de los hospitales generales. En los últimos años, en el contexto del Plan Nacional de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, se ha impulsado la creación de hogares protegidos para desinstitucionalizar a algunos pacientes y favorecer su reinserción social. La red pública de atención también considera la atención ambulatoria en centros comunitarios de salud mental, ubicados en algunas comunas urbanas, administrados por los municipios y que totalizan 40 establecimientos en todo el país. La cobertura que ofrecen las ISAPRE en sus planes de salud para la atención psiquiátrica es mínima. Las garantías explícitas del Plan AUGE contemplan depresión, dependencia de alcohol y drogas y psicosis, lo que se espera que ayude a mejorar la oferta de salud mental y a reducir las inequidades de acceso entre diferentes grupos de población.

Los servicios de salud reproductiva se otorgan por la red de prestadores públicos y privados. El programa del MINSAL incluye la planificación familiar y los anticonceptivos (hormonales, dispositivos intrauterinos, de barrera), que se entregan en forma gratuita en los establecimientos del nivel primario de atención. El control del embarazo normal se hace en los establecimientos de nivel primario, y se envían a los centros hospitalarios los casos de

alto riesgo. Tanto en el sector público como en el privado existen centros que ofrecen servicios para el tratamiento de la infertilidad, pero su cobertura es aún baja. La anticoncepción de emergencia fue solo recientemente incorporada a los servicios provistos por establecimientos públicos.

Los servicios de gerontología tienen escaso desarrollo en los sectores público y privado. La atención en el sector público se otorga a través de los servicios generales que brindan los consultorios de primer nivel y los hospitales generales. Solo existe un centro especializado (el Instituto Geriátrico, ubicado en la Región Metropolitana), que aún tiene baja capacidad de atención. En el sector privado funcionan residencias protegidas para los adultos mayores, en las cuales se ofrecen servicios de atención.

La atención oncológica se brinda en algunos establecimientos especializados, tanto públicos como privados, que ofrecen prestaciones de cirugía, quimioterapia y radioterapia. En el sector público funciona el Instituto Nacional del Cáncer y otros tres centros regionales con un nivel de desarrollo algo menor. En el sector privado existen centros que practican radioterapia, algunos de los cuales tienen convenios con el seguro público para la atención de los beneficiarios. El MINSAL ha establecido programas nacionales de quimioterapia para algunos tipos de cáncer que afectan tanto a los niños como a los adultos. Los cánceres infantiles, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, leucemia y linfoma (adultos), cáncer de testículo, de próstata, gástrico, de vesícula y vías biliares, y cánceres terminales (cuidados paliativos) están incluidos en las patologías de atención garantizada por el Plan AUGE.

Los servicios de rehabilitación se prestan en establecimientos de los sectores público y privado, aunque la cobertura en ambos casos es baja. En el sector público hay algunos centros de referencia nacional, ubicados en los Servicios de Salud Metropolitano Norte para la población adulta y Metropolitano Oriente para la población infantil. También existen servicios de rehabilitación en algunos establecimientos de otras regiones, como en el Hospital Regional de Concepción. En el sector privado, la iniciativa más importante corresponde a los servicios que ofrece una fundación sin fines de lucro, el Instituto de Rehabilitación Infantil, que tiene centros en la Región Metropolitana y otras regiones del país. En 1994 se creó el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), dependiente del Ministerio de Planificación y Coordinación, que en 2005 realizó la primera encuesta nacional sobre discapacidad.

Promoción de la salud

En 1997 se establecieron objetivos generales orientados a promover modos de vida y ambientes saludables, aumentar el conocimiento y la capacidad individual y comunitaria para el autocuidado, y reforzar la función reguladora del Estado sobre los factores determinantes de la salud. Además, se creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud (Vida Chile), organismo de carácter intersectorial integrado por 24 instituciones nacionales, que se encarga de asesorar a los ministerios y gobiernos

regionales y locales, apoyar la ejecución de los planes comunales y recomendar políticas públicas saludables. Posteriormente, se logró establecer planes que privilegian las estrategias de comunas saludables, escuelas promotoras de la salud, el Programa Salud por la Gente, los lugares de trabajo saludables y el proyecto Carmen. En 2001 existían 305 planes comunales de promoción. La estrategia de escuelas promotoras de la salud alcanza a 2.435 establecimientos educacionales y existen 32 escuelas acreditadas por el sector salud como escuelas promotoras de la salud. Además, el país suscribió los acuerdos alcanzados en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en 2000. En 2002 un estudio de evaluación del Plan de Promoción mostró diferencias favorables en el grupo sujeto a planes de promoción en comparación con poblaciones objetivo similares no expuestas a estos planes.

Suministros de salud

El mercado farmacéutico nacional se caracteriza por la circulación de una importante proporción de medicamentos genéricos, así como una dilatada participación de laboratorios nacionales y la existencia de la CENABAST del MINSAL. No hay un control para la fijación de los precios de los medicamentos. En 2002 los medicamentos genéricos representaron 39,3% de las unidades de venta del mercado, los genéricos de marca 38,5% y los productos de marca 22,1% (21). En términos de valor monetario de las ventas, los genéricos solo representan 7,7%, los similares 49% y los fármacos de marca 43,3%. La importante participación de los medicamentos genéricos en el mercado farmacéutico incide en un bajo precio promedio de los medicamentos, que fue de US\$ 3,03 en 2002. El laboratorio con mayor participación fue el Laboratorio Chile (27% del mercado). Del total de patentes solicitadas en el Ministerio de Economía entre octubre de 1991 y abril de 2002, 19,2% correspondieron a patentes farmacéuticas. De las patentes otorgadas, 43% son de los Estados Unidos y 24% de Europa. Existen alrededor de 1.500 farmacias comunitarias, de las cuales 37% son propiedad de tres cadenas (Salco-Brand, Ahumada y Cruz Verde), las que controlan 90% de las ventas (22). Este oligopolio presenta además el problema de integración vertical entre producción y venta de varios productos farmacéuticos. Hay ausencia de farmacias comunitarias en 35 comunas del país con más de 10.000 habitantes.

La política de medicamentos busca asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y de uso racional, de manera de obtener los máximos beneficios, controlando a la vez el costo. Se estima que el gasto promedio anual por beneficiario en el sector público es de US\$ 8,00 (23). Aunque entre 1999 y 2002 el mercado farmacéutico tuvo una caída de US\$ 567 millones a US\$ 501 millones, se mantuvo una cifra cercana a las 168 millones de unidades vendidas. En 2002 los precios por unidad de productos ge-

néricos, similares y de marca fueron US\$ 0,59, US\$ 3,86 y US\$ 5,96, respectivamente. La diferencia en el gasto en medicamentos entre el quintil más alto de ingresos y el más bajo es de 6,5 veces. Además, la participación del quintil de más ingresos en la compra de medicamentos corresponde a aproximadamente la mitad, en tanto que la participación del quintil más pobre solo alcanza a 7,3% (20). En el sector público, la CENABAST actúa como intermediaria para concentrar y facilitar las compras de los establecimientos públicos de salud que así lo desean. Además, esta compra y distribuye los productos incluidos en los programas nacionales de salud pública (por ejemplo, vacunas y medicamentos anti tuberculosis). La presencia del farmacéutico es obligatoria en las farmacias privadas y también en los hospitales públicos, pero no así en las clínicas privadas.

A partir del año 2003, el ISP cerró el área de producción (vacuna triple DPT, toxoide diftérico, vacuna antitifoidea, vacuna antirrábica y antitoxina tetánica) para centrarse en fortalecer las tareas de regulación, fiscalización y control propias de su identidad como componente de la autoridad sanitaria nacional. Para poder ser incorporados al mercado nacional, los reactivos y productos inmunobiológicos provistos por empresas privadas deben contar con la autorización sanitaria del ISP.

Durante el decenio de 1990 la red pública tuvo inversiones en obras civiles y equipamiento médico por un monto de US\$ 260 millones, cuyos principales resultados fueron la construcción o reconstrucción de 13 hospitales. Además, se modernizaron otros 53 hospitales y 13 centros clínicos o consultorios de especialidades, por un monto de US\$ 180 millones y US\$ 105 millones, respectivamente. Estudios regionales de la red asistencial realizados a fines de la década de 1990 catastraron equipo por un valor de US\$ 571 millones, de los cuales US\$ 523 millones correspondieron a equipamiento médico e industrial, y los restantes US\$ 48 millones a vehículos. En inversiones asociadas a la implementación de AUGÉ se destinaron US\$ 24,6 millones en 2005, y US\$ 22,3 millones en 2006, además de US\$ 66,3 millones para la construcción de 31 nuevos consultorios.

Recursos humanos

Estudios recientes (22) han contabilizado 25.542 médicos en servicio, de los cuales 2.276 fueron formados en el extranjero y reconocidos directamente por el Ministerio de Relaciones Exteriores y 963 fueron inmigrantes que revalidaron su título en el país. De este total, los médicos certificados como especialistas alcanzan a 14.306 (56%). El número actualmente inscrito en el Colegio Médico de Chile es de 20.146 médicos (la inscripción en el Colegio Médico no es obligatoria), y la relación médico/habitante ha aumentado de 1/921 en 1998 a 1/612 en 2004. En relación a los beneficiarios públicos (FONASA) existen 8,45 médicos por 10.000 beneficiarios, con una distribución regional que oscila entre 6 y 16 médicos/10.000 beneficiarios. Del total de médicos habilitados para ejercer solo 42,3% lo hace en el SNSS, observán-

dose también que la mayor proporción de los médicos que trabajan en el sector público corresponde a especialistas (61%). De los médicos que trabajan en el sector público, 13% están contratados por los municipios. En 12 facultades de medicina (nueve públicas y tres privadas) se gradúan alrededor de 600 médicos por año. Se estima que del total de los 18.000 enfermeros que existen en el país, solamente 8.000 trabajan en el sector público. En total, en el año 2004 existían alrededor de 60.000 profesionales, técnicos y auxiliares de salud en el sector público y había un enfermero por cada tres médicos. En el mismo año, en el sector público se desempeñaban 90.000 personas, por lo que el personal administrativo y de servicios representaba un tercio del conjunto. Aunque entre 1990 y 2000 hubo un incremento de alrededor de 5.000 médicos y de 1.000 enfermeros, aún es notoria la falta de algunos profesionales como enfermeros y oftalmólogos.

Los títulos profesionales solo pueden ser entregados por las universidades, las que a su vez están reguladas por el Ministerio de Educación. El marco jurídico no establece la obligatoriedad de certificación de especialidad médica después de obtenido el título profesional de Médico Cirujano. La certificación de especialidad (o subespecialidad) es efectuada por las universidades al término de un período de capacitación formal. Para quienes no han seguido un curso formal impartido por la universidad, ha existido un mecanismo alternativo de certificación de especialidades médicas a través de la Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). En esta comisión participan las universidades y las sociedades científicas de especialidades.

En virtud de los cambios derivados de la reforma de salud (Ley 19.937), se asigna al MINSAL, en conjunto con el Ministerio de Educación, la responsabilidad de establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales. Queda a cargo de la Superintendencia de Salud la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, como personas naturales respecto de su certificación. Para estos efectos, la Superintendencia de Salud deberá establecer un registro nacional de prestadores individuales certificados y un registro nacional de entidades certificadoras.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Estado, a través de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), incentiva la investigación en salud, que se ha orientado más a las áreas de ciencias básicas y clínicas que a las de salud pública. Para fortalecer la investigación esencial sobre los problemas prioritarios de salud del país, el MINSAL constituyó la Comisión de Investigación y Tecnología, con representantes de las facultades de medicina y de las escuelas y departamentos de salud pública de las principales universidades del país y creó el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS). A partir de 2004, FONIS desarrolla un concurso anual de proyectos de investigación en salud pública, en el que se pre-

sentan alrededor de 600 proyectos cada año, seleccionándose sólo alrededor de 30 cada vez. El monto máximo de financiamiento por proyecto es aproximadamente US\$ 40.000.

En los últimos años se han hecho esfuerzos para presentar la información científica en formato electrónico para facilitar el acceso por parte de los diferentes usuarios. Se ha progresado en el establecimiento de la Biblioteca Virtual de Salud, en cuyo comité consultivo participan el MINSAL, la Biblioteca de la Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, la Biblioteca del Congreso Nacional y la Sociedad de Editores de Revistas Científicas.

Desde 1997 el MINSAL cuenta con la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud (Unidad ETESA), la que en 1998 fue reconocida como Agencia Chilena de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. La Unidad ETESA mantiene vínculos institucionales con la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología de Salud y la Sociedad de Evaluación de Tecnología en Atención de Salud. El actual quehacer de la Unidad ETESA incluye la elaboración de informes de evaluación que analizan y sintetizan la evidencia científica para apoyar la toma de decisiones por parte de autoridades y otros usuarios del sistema; la elaboración de guías metodológicas, que analizan temas relacionados con el proceso de extracción, análisis y aplicación de la evidencia científica en salud, y con la gestión de calidad a nivel hospitalario; y la divulgación de ensayos clínicos controlados nacionales.

Gasto y financiamiento sectorial

De acuerdo a las cuentas nacionales de salud elaboradas por FONASA (23), el promedio per cápita del gasto del total de la población beneficiaria del FONASA en 2003 era de US\$ 177 y para la población beneficiaria de ISAPRE de US\$ 332. El sector salud se financia con el aporte fiscal para salud (solo sector público), las cotizaciones y co-pagos de las personas inscritas en FONASA e ISAPRE. En 2003 el aporte fiscal significó 27,2% del financiamiento total del sector salud, en tanto que las cotizaciones de FONASA significaron 17,4% y las cotizaciones obligatorias de las ISAPRE 15,8% más 6,7% de cotización voluntaria. Los gastos de bolsillo representaron 26,3%, la mitad de los cuales correspondieron a co-pagos en medicamentos. El aporte directo de los municipios para 2003 se estima en US\$ 6,0 per cápita. En 2003, en relación al financiamiento del sector público, 51% correspondió a aporte fiscal, 34,9% a cotizaciones, 6,4% a ingresos de operación y 7,3% a co-pagos de usuarios.

Cooperación técnica y financiera en salud

Durante el período 2000–2004 se ha recibido cooperación técnica externa para proyectos sobre calidad de vida, medicina transfusional, salud mental, y VIH/sida. La primera fase del proyecto Profundización de la Respuesta al VIH/sida (2003–2005)

contempló US\$ 13 millones y la segunda (2006–2008) contempla US\$ 24,6 millones. Se tramitó en 2002 un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), destinado a la promoción de la salud de los pueblos indígenas con enfoque multisectorial, por un monto de US\$ 45 millones, en dos fases, la primera de las cuales finalizó en 2006. La cooperación financiera de la OPS alcanzó un total aproximado de US\$ 2,15 millones para el bienio 2004–2005 y una cifra similar para 2006–2007.

Referencias

1. Chile, Ministerio de Planificación y Coordinación. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional; 2003.
2. Chile, Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población; 2002.
3. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Salud; 2003.
4. Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud; 2003.
5. Chile, Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud; 2000.
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Chile. Informe Anual de Actividades 2005. Santiago de Chile: UNICEF; 2006.
7. Chile, Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; 2006.
8. Chile, Ministerio de Planificación y Coordinación, Instituto Nacional de la Juventud. IV Encuesta Nacional de la Juventud; 2003.
9. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes; 2003.
10. Chile, Ministerio de Planificación y Coordinación, Fondo Nacional de la Discapacidad. Encuesta Nacional de Discapacidad; 2004.
11. Toledo V. Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud; 1997.
12. Oyarce A, Bustos P. Características socioculturales de la mortalidad por neumonía en niños mapuches, 1996-2003 [Doc. inédito]; 2004.
13. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.
14. Chile, Ministerio de Salud, Programa Ampliado de Inmunizaciones.
15. Chile, Organización Panamericana de la Salud. Informe del Programa Ampliado de Inmunizaciones presentado en la Reunión de la OPS de Programas PAI; 2005.
16. Chile, Ministerio del Interior, Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes; 2005.
17. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Salud Oral.
18. Programa de Gobierno Michelle Bachelet. “Estoy contigo”. Santiago de Chile; octubre 2005.
19. Chile, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud; 2003.
20. Inostroza M, Muñoz A, Sánchez M. Migración de afiliados en el sistema ISAPRE. *Rev Chil Salud Pública* 2005; 9(3): 177–181.
21. Chile, Ministerio de Salud. Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud. Resolución exenta N° 515. Santiago de Chile; 2004.
22. Román O, Acuña M, Señoret M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Méd Chile* 2006; 134(8): 1057–1064.
23. Chile, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud. Cuentas de Salud de Chile; 2005.

