
CHILE

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Chile tiene una superficie continental de 756.626 km². Según el último censo de 1992, su población asciende a 13.348.401 habitantes, con una tasa de crecimiento intercensal de 1,64%. La población proyectada para junio de 1996 es de 14.418.864 habitantes. El 84,7% de la población vive en zonas urbanas. La mayor concentración se observa en la región metropolitana de Santiago (39,8%) y le sigue, en términos de densidad poblacional, la región del Biobío (12,8%), Valparaíso (10,3%) y la región de Los Lagos (7,1%). La división político-administrativa comprende 13 regiones y 341 comunas.

La economía de Chile ha experimentado una variación positiva. Su producto interno bruto (PIB) muestra una tendencia ascendente de 1960 en adelante, con un aumento notable en los últimos cinco años y una tasa promedio de crecimiento anual de 7,4% en el período 1990–1995 y de 7,2% en 1996. El ingreso per cápita, estimado en US\$ 2.450 en 1990, aumentó a US\$ 4.987 en 1996. De acuerdo con la clasificación de las Naciones Unidas según el índice de desarrollo humano, Chile ha ascendido cinco lugares desde 1994, ubicándose en 1996 en el lugar 33.

Junto con la variación del PIB, la evolución de otros indicadores, como la tasa de inversión total (28,0%), la tasa media anual de inversión interna bruta (9,8%), la de exportaciones de bienes y servicios (9,1%), la de importaciones de bienes y servicios (11,9%), el prepago de la deuda externa y el reducido índice de inflación (6,6% en 1996), ha permitido consolidar la economía del país. El saldo de la balanza de pagos muestra valores positivos para todo el período 1991–1996, con un promedio de US\$ 1.294 millones, y un margen de variación que va de US\$ 577 millones en 1993 a US\$ 3.194 millones en 1994. El índice de precios al consumidor, utilizado para medir la inflación, descendió de 27,3 en diciembre de

1990 a 12,2 en diciembre de 1993, tras lo cual se estabilizó entre 8 y 9 en 1994, 1995 y 1996. El rubro de la construcción también mostró un incremento. En 1991 se estimó que la superficie total edificada era de 8.633.855 m², de los cuales 64,4% correspondió a viviendas, 29,0% a instalaciones de uso industrial o comercial y 6,7% a servicios. En 1995 la superficie total edificada aumentó a 13.101.655 m², de los cuales 62,7 correspondieron a viviendas, 31,6% a instalaciones de uso industrial o comercial y 5,8% a servicios.

En el campo de la educación, según el censo de 1992 el índice de alfabetización para la población mayor de 15 años fue de 91,2% y se estima en 94,5% para 1995. La educación se organiza en los niveles básico (de carácter obligatorio), medio y superior. En 1995 había 3.533.047 alumnos matriculados en todos los niveles de educación, 7,5% en la enseñanza prebásica, 62,3% en el nivel básico, 20,9% en la enseñanza media y 9,3% en el nivel superior. Estas cifras suponen coberturas de 95,7% en el nivel básico y de 79,3% en el nivel medio. La escolaridad promedio estimada en 1995 fue de 9,57 años. En la actualidad se está aplicando un programa de reforma del sistema educacional que aumenta las horas de asistencia en los niveles básico y medio.

De acuerdo con la Nueva Encuesta Nacional del Empleo, la población económicamente activa aumentó de 4.550.000 personas en 1988 a 5.500.000 en 1996 en el cuatrimestre enero-abril y se observa un leve incremento de la participación femenina en la fuerza de trabajo: de 31,8% en 1990 a 33,7% en 1996 para el total del país. Los mayores valores se registraron en Tarapacá (40,4%) y en la región metropolitana de Santiago (39,4%) y los menores en las regiones de Araucanía (22,4%) y Coquimbo (26,0%). Al comparar las cifras de la encuesta realizada en el período octubre-diciembre de cada año, en los últimos años se advierte que el índice de desempleo ha ido descendiendo paulatinamente de 5,69% en 1990 a 4,7% en 1995. La encuesta de empleo cuatrimestral de 1996 muestra un repunte a 5,4%. Este incremento es consecuencia de las medidas de ajuste adoptadas con el propósito de disminuir el

ritmo de crecimiento y evitar presiones inflacionarias, lo que redujo la oferta de trabajo pero a la vez logró disminuir el consumo y, por tanto, contener la inflación en una cifra de menos de 2 dígitos por varios años consecutivos. Las cifras anuales (tasas de variación en 12 meses) revelan una evolución positiva, con un índice de desocupación de 8,2% en 1991 que llegó a 6,4% en 1996, el menor de la década. El índice de desempleo femenino fue mayor (7,9%) que el masculino (5,6%), con variaciones regionales que van de un mínimo de 1,6% en Aysén a un máximo de 7,9% en Biobío.

En abril de 1996 el índice de remuneraciones por hora alcanzó un valor nominal de 153,28 (tomando como base 100 el de abril de 1993), de modo que aumentó 0,8% respecto al índice de marzo de 1996 y 5,3% desde diciembre de 1995. El aumento acumulado en 12 meses, es decir desde abril de 1995, fue de 14,6%. Las ramas de actividad económica con mayor ascenso acumulado en 12 meses fueron transportes y comunicaciones (18,0% de variación) y servicios comunales (16,1%), en tanto que los menores incrementos se observan en el rubro de la construcción (8,1%). Según el grupo ocupacional, los mayores aumentos se aprecian en operación y montaje de instrumentos y maquinaria (20,3%) y en el grupo de profesionales (18,2%), y los menores, en el grupo de trabajadores de servicios personales (10,9%) y en el de trabajadores calificados (11,6%). El salario real mostró una variación anual positiva (en promedio, de 4,1% para el último período). Las negociaciones entre el Gobierno, las organizaciones de trabajadores y los empresarios han permitido que el salario mínimo mensual aumentara en forma lenta pero progresiva de US\$ 92 en 1989 a US\$ 157 en 1996.

En la estructura de la fuerza laboral según rama de actividad económica, los servicios constituyen la mayor fuente de empleo (25,16%), seguidos del comercio (18,1%) y la industria manufacturera (16,16%).

En cuanto a los índices de pobreza, los resultados de las encuestas de caracterización socioeconómica (CASEN) que realiza el Ministerio de Planificación muestran su disminución, con porcentajes regionales variables. En 1984 se estimó que 44,6% de la población podía catalogarse como pobre, este porcentaje pasó a 32,7% en 1992 y a 25,0% en 1996. De acuerdo con la encuesta de CASEN 94, las regiones con mayores niveles de pobreza eran Maule (VI), con 40,5%, y Biobío (VIII), con 40,3%. Las regiones con menor proporción de población pobre eran Magallanes (XII), con 14,8%, y la región metropolitana de Santiago, con 20,9%. En las zonas rurales, la mayor proporción se encontraba en la región de Tarapacá (I), con 43,5%. En las zonas urbanas, Biobío (VIII) era la región con mayor pobreza (40,9%). La distribución de la pobreza según el sexo mostró leves desventajas para la mujer (28,9% frente a 28,0%). La proporción de indigentes era mayor entre las mujeres que entre los hombres (8,2% frente a 7,8%).

La tasa de natalidad presenta un marcado descenso, en particular en el decenio de 1960, lo que ha ido asociado a una disminución de la tasa de fecundidad, que en el período 1985–1990 solo alcanzó a 2,65. En 1945 la tasa de natalidad fue de 35,5 por 1.000 habitantes, nivel en el que permaneció hasta los años sesenta (36,3 por 1.000 en 1965) para luego experimentar una marcada declinación como consecuencia de la aplicación de programas de paternidad responsable. En 1975 la tasa de natalidad se estimó en 24,2 por 1.000 habitantes, mientras que en 1995 alcanzó a 19,7 por 1.000 habitantes. En 1995, la tasa global de fecundidad fue de 2,5 hijos por mujer, lo que representa una fuerte reducción en comparación con la tasa observada en 1975, que fue de 3,2 hijos por mujer.

Mortalidad y morbilidad

La mortalidad ha presentado un claro descenso, estabilizándose en los últimos años en alrededor de 5,5 por 1.000 habitantes según datos de 1995. La mortalidad general en 1945 fue de alrededor de 19,1 por 1.000 habitantes, cifra que disminuyó a un tercio de ese valor en la década del setenta (7,2 por 1.000 en 1975). En 1995 la mortalidad del grupo de 1 a 4 años alcanzó a 0,6 por 1.000 habitantes, la mortalidad materna fue de 0,3 por 10.000 nacidos vivos y la del grupo de 15 a 44 años fue de 1,3 por 1.000 habitantes. En el grupo de 45 a 54 años la tasa de mortalidad fue de 7,5 por 1.000 habitantes y en el de 65 años y más, de 51,4 por 1.000 habitantes.

Las principales causas de defunción en 1995 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, con una tasa específica de 149,5 por 100.000 habitantes (27,8% del total de defunciones de ese año), seguidas por los tumores malignos, con una tasa específica de 115,7 por 100.000 (20,7% del total de defunciones del año), los traumatismos y envenenamientos, con una tasa específica de 63,6 por 100.000 (11,8% del total de defunciones del año) y las enfermedades del aparato respiratorio, con una tasa específica de 61,2 por 100.000 (11,4% del total de defunciones del año).

Con la variación de estos indicadores, la esperanza de vida al nacer en 1996 se incrementó a 78,3 años para las mujeres, 72,3 para los varones y 75,21 para ambos sexos. Al considerar el intervalo censal 1920–1992, la variación de estos indicadores representa un incremento de 40,47 años en la esperanza de vida de las mujeres para este período (0,62 años por cada año del intervalo), y de 45,06 en la de los hombres (0,55 años por cada año del intervalo).

Hay diferenciales por sexo en las causas de defunción, destacándose la sobremortalidad masculina por traumatismos y envenenamiento (casi 4 veces mayor). La mortalidad masculina también es mayor en las enfermedades del aparato digestivo (1,60). Se observa una sobremortalidad masculina de

1,28 para las afecciones originadas en el período perinatal y de 1,26 para las defunciones por trastornos del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos. Existe sobremortalidad femenina en el grupo de enfermedades del sistema osteomuscular (3,22) y en enfermedades de la piel y tejido celular y subcutáneo (1,86). Un seguimiento de las principales causas de muerte de 1960 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas revela que en ese año 26,2% de las defunciones se debieron a enteritis, colitis y neumonía (CIE-7, A89, A104, A132). En 1995, estas causas representaron solo 9,15% del total de muertes (CIE-9, 008, 009, 480). En 1960, el grupo de la enfermedad arteriosclerótica, degenerativa y otras enfermedades del corazón (CIE-7, A81 y A82) representó 5,69% del total de muertes, porcentaje que aumentó a 14,43 en 1995 considerando los códigos CIE-9, 410–414, 415 y 416. En 1990 y 1995 no se registraron casos de sarampión, enfermedad que en 1960 representaba 2,15% de las defunciones. En 1960, 3,9% de las defunciones fueron a causa de las tuberculosis del aparato respiratorio (CIE-7, A1), mientras que en 1995 se registraron 0,5% de muertes por esta causa (CIE-9, 010–012).

La disminución de la mortalidad se observa en todos los grupos de edad, pero es mayor en el de las mujeres y en los menores de 5 años. En 1980 este último grupo representaba 12,7% de las defunciones y en 1994, solo 5,4%. El descenso de las tasas de mortalidad en el grupo de 55 años y más ha sido leve, lo que aumenta la importancia relativa de los adultos mayores en la mortalidad general del país. La sobremortalidad masculina en 1994 fue de 1,25. En el período 1995–2005, la esperanza de vida al nacer se estima en 75,2 años para ambos sexos, 78,3 años para las mujeres y 72,3 años para los hombres.

Al analizar las defunciones de 1995 por diagnósticos específicos, las cuatro causas más frecuentes son los infartos agudos del miocardio (CIE-9, 410), con 7,3% del total de defunciones de 1995, seguidos por las bronconeumonías (CIE-9, 485), con 5,9% del total, la enfermedad cerebrovascular aguda (CIE-9, 436), con 4,4% del total de defunciones, y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (CIE-9, 571), con 4,2% del total.

De acuerdo con el estudio efectuado por el Ministerio de Salud, denominado “Carga de enfermedad”, en el que se calcularon los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), las cinco causas de muerte más importantes fueron las anomalías congénitas (7,53 por 1.000 habitantes), las infecciones respiratorias agudas bajas (5,23 por 1.000 habitantes), la enfermedad isquémica del corazón (4,9 por 1.000 habitantes), la enfermedad hipertensiva (4,37 por 1.000 habitantes) y la enfermedad cerebrovascular (4,19 por 1.000 habitantes).

En relación con las hospitalizaciones, tanto en el sector público como en el privado, en 1996 se registraron 1.404.478, la mayor parte por embarazo, parto y puerperio. En 1995 se re-

gistró en los establecimientos públicos un índice ocupacional de 69,7, con un promedio de días de estada de 7,10 y 33,7 egresos por cama. En los establecimientos del sector privado se registraron 370.811 egresos, con un promedio de 5,7 días de estada, un índice de ocupación de 57,5 y 32,1 egresos por cama.

En la atención ambulatoria, la principal causa de consulta es la hipertensión arterial y, en el agrupamiento por causas, las enfermedades del aparato respiratorio son las más frecuentes (24,0%) y representan alrededor de 40% de las consultas del nivel primario.

La tasa de consulta por habitante, que en 1985 era de 1,28 por habitante, descendió a 1,07 en 1996. Del total de consultas y controles efectuados en 1996, un tercio (30,6%) se produjeron en la población infantil, y de este, alrededor de 10% correspondió a controles de salud. Otro 10% de las consultas se produjo en el Programa de la Mujer y 55% correspondió a consultas de adultos.

La relación de controles enfermera/médico en el Programa Infantil presenta un descenso sostenido de 1981 en adelante. En ese año se realizaban 8,8 controles de salud por enfermera por cada control médico; en 1996, este índice fue de 6,03, lo que evidencia el déficit de enfermeras que afecta al país, sobre todo en el nivel primario de atención. La relación similar, pero relativa a consultas, fue de 0,03 en 1996.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La mortalidad infantil presenta un franco descenso, sostenido incluso en los últimos años, como consecuencia de la marcada disminución de la natalidad, la buena cobertura institucional del control prenatal y la atención profesional del parto, que en 1995 alcanzó a 99,50%. También han contribuido la amplitud de la cobertura de los programas de control de crecimiento y desarrollo del niño y de los programas de vacunación y alimentación complementaria, el creciente nivel educacional, en particular de las mujeres, el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico y la utilización de tecnologías de tratamiento perinatal. En 1945 la tasa de mortalidad infantil se estimaba en 165 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en 1995 solo alcanzó a 11,1 por 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal fue de 6,1 por 1.000 nacidos vivos en 1995, la tasa de mortalidad infantil tardía llegó a 5,0 por 1.000 y la neonatal precoz alcanzó a 4,5 por 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, en 1975 las muertes infantiles representaron más de un tercio del total y en 1995 alcanzaron solo a 3,96%. La tasa de mortalidad neonatal en 1995 correspondió a 57,1% del total de las muertes del grupo de menores de 1 año.

En cuanto a la distribución en el país, en la mortalidad infantil de 1995 se advierten disparidades regionales que oscilan entre un mínimo de 9,6 por 1.000 en Magallanes y un máximo de 14,6 por 1.000 en Antofagasta. Las regiones con mayor tasa de mortalidad infantil que siguen a Antofagasta son Araucanía (14,3 por 1.000 nacidos vivos) y Biobío (14,1 por 1.000 nacidos vivos).

Con respecto a las diferencias según las condiciones de vida, en el Servicio de Salud Occidente de Santiago, que recibe a la población rural y más pobre, la mortalidad infantil de 1994 fue de 11,4 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que atiende a una población de mejores niveles de ingreso, fue de 7,6 por 1.000.

La extensión de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y de la cadena de frío en el nivel nacional, ha permitido disminuir las muertes por enfermedades inmunoprevenibles en la última década. La cobertura de BCG alcanzó en 1996 a 97,99% por 100 recién nacidos, la de DPT (difteria, tos ferina y tétanos), tercera dosis, llegó a 94,16 por 100 nacidos y la de vacuna antipoliomielítica, tercera dosis, fue de 94,26% por 100 recién nacidos. La mortalidad por difteria descendió a una tasa de 0 en 1992 desde la última defunción por esta causa ocurrida en 1991. La tasa de mortalidad por sarampión disminuyó de 0,2 en 1989 a 0 en 1990 y desde entonces no se registran defunciones por esta causa.

La mortalidad en el grupo de 1 a 4 años ha disminuido a 0,6 por 100.000 habitantes de ese grupo en 1995, lo que se asocia con la expansión de la cobertura de la atención primaria urbana y rural y del PAI, así como con la disminución de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas inmunoprevenibles y, en particular, de la mortalidad por diarreas e infecciones respiratorias agudas.

En Chile se trabaja desde 1975 con el enfoque de alto riesgo obstétrico y perinatal en el programa maternoinfantil. Uno de los resultados de este enfoque ha sido la disminución progresiva del porcentaje de recién nacidos de bajo peso, que ha pasado de 5,7% en 1991 a 5,0% en 1995.

Se observa también una leve mejoría de los indicadores de deficiencias nutricionales de la población menor de 6 años controlada en los establecimientos de salud públicos, con leves pero sostenidos descensos de los estados nutricionales alterados; sin embargo, también hay un leve incremento de los estados alterados por exceso.

En 1996, 60% de los egresos de menores de 2 años correspondió a causas respiratorias.

Con respecto a las consultas ambulatorias, no existe en el país un sistema de seguimiento, solo se dispone de datos de 1990, período en el que 57% de las consultas en menores de 15 años correspondió a enfermedades respiratorias agudas, 18% a enfermedades infecciosas y parasitarias y 9% a enfermedades de la piel.

En estudios de preescolares realizados en 1990 en niños matriculados en jardines de infantes de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, se registraron 11 episodios agudos en niños observados durante 100 meses, de los cuales 57% correspondió a enfermedades respiratorias, 13,9% a enfermedades de la piel y 10,5% a diarreas. El sistema de atención integral de escolares impulsado por el Ministerio de Salud, cuya cobertura comprende a niños de 6 a 10 años de edad que asisten a escuelas particulares subvencionadas y municipales, informa que 5,8% de los escolares presenta deficiencias visuales, 8,2% tiene problemas posturales y 2,2%, hipoacusia. Se han puesto en marcha programas de referencia de escolares con este tipo de problemas a médicos especialistas del sector público o privado.

En relación con los egresos hospitalarios, los datos disponibles para 1993 indican que la principal causa de egreso en el grupo de 10 a 14 años fueron los traumatismos y envenenamientos, con una tasa de 704,9 egresos por 100.000 habitantes. Le siguen las enfermedades del aparato digestivo (569,28 egresos por 100.000 habitantes) y del aparato respiratorio (404,68 egresos por 100.000 habitantes). Con respecto a las diferenciales por sexo, en los hombres de 10 a 14 años las causas más frecuentes de egresos son los traumatismos (955,99 por 100.000 habitantes) y las enfermedades del aparato digestivo (625,60 por 100.000 habitantes), mientras que en las mujeres del mismo grupo de edad las causas más frecuentes de egreso son las enfermedades del aparato digestivo (511,4 por 100.000 habitantes) y los traumatismos (445,40 por 100.000 habitantes).

La salud del adolescente

Los adolescentes de Santiago presentan 2,8 episodios de enfermedad por año, con una tasa de consulta de 1,58 en 1995. De acuerdo con estudios realizados en 1990, las enfermedades más frecuentes son las mal definidas, seguidas por las respiratorias agudas y las digestivas. De los envíos de pacientes al nivel secundario de atención, 40% correspondieron a psiquiatría, 18% a oftalmología, 11% a dermatología y 5% a traumatología.

En cuanto a los egresos, en el grupo de 15 a 19 años la causa más frecuente es el parto (2.272 por 100.000 habitantes), seguida de traumatismos y envenenamientos (823,65 por 100.000 habitantes). En este grupo son altamente relevantes las adicciones, problema al que el Gobierno asigna la máxima prioridad. El Consejo Nacional para el Control de los Estupefacientes (CONACE) puso en marcha un sistema nacional de información sobre drogas. En 1994, la CONACE administró una encuesta a 8.271 personas de 12 a 64 años, que representaban a 80% de los habitantes de las zonas urbanas del país y a cinco regiones geográficas (Norte Grande, Norte

Chico, región metropolitana de Santiago, Zona Sur y Zona Austral). Para el grupo de 12 a 18 años la prevalencia de vida, es decir el consumo en cualquier etapa de la vida de al menos una de las tres drogas ilegales (marihuana, pasta base o clorhidrato de cocaína), muestra un valor de 9,43% para el país. Al dividir por zonas se advierte que los mayores valores están en la Zona Norte Grande (regiones de Tarapacá y Antofagasta), con 9,7% de prevalencia de vida, y en la región metropolitana de Santiago, con 12,4%. Los menores valores se registran en la Zona Sur (Libertador B. O'Higgins, Maule y Biobío), con una prevalencia de vida de 6,4%. El menor valor observado de prevalencia de vida se obtuvo en la Zona Austral (Araucanía, Los Lagos, Aysén y Magallanes), con 5,0%. El Norte Chico (Atacama, Coquimbo, Valparaíso) arrojó una prevalencia de vida de 7,1%. Con respecto al tipo de drogas utilizado en el grupo de 12 a 18 años, el estudio de la CONACE muestra que la prevalencia de vida según la droga empleada es de 9,03% para la marihuana, 1,92% para la pasta base (de cocaína) y 1,57% para la cocaína. Para el total de los encuestados, la pasta base se consume preferentemente en los niveles socioeconómicos bajos (prevalencia de vida de 3,16%), la cocaína en los niveles socioeconómicos alto y medio-alto (prevalencia de vida de 3,24% y 3,59%, respectivamente). Según la zona de consumo, la prevalencia de vida es de 3,9% en el Norte Grande, 1,0% en el Norte Chico, 2,6% en la región metropolitana, 1,1% en la zona sur y 0% en la zona austral.

La prevalencia de consumo de tabaco en el último mes del grupo de 12 a 18 años es de 24,27%. En el mismo grupo, el consumo de alcohol en el último mes es de 24,04% y el de tranquilizantes, 1,08%.

La salud del adulto

En 1994, la mortalidad en el grupo de 15 a 59 años fue de 2,21 por 1.000 habitantes; la masculina fue el doble que la femenina, con valores similares en las distintas regiones del país. Las diferencias por sexo se observan fundamentalmente en accidentes y violencia (118,05 por 100.000 habitantes en hombres y 18,80 por 100.000 habitantes en mujeres) y defunciones por enfermedad del aparato circulatorio (43,84 por 100.000 habitantes en hombres y 25,01 por 100.000 habitantes en mujeres).

La mortalidad en el grupo de 15 a 44 años disminuyó levemente: de 12,6% en 1984 a 11% en 1995, y la del grupo de 45 a 64 años descendió a 7,6 por 100.000 personas de este grupo de edad. Por grupos de causas, la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas disminuyó en ambos sexos (de 3,6% del total de defunciones en 1984 a 2,7% en 1995), al igual que la correspondiente a causas externas (de 12,4% en 1984 a 11,3% en 1995) y la de enfermedades del aparato circulatorio

(de 28,4% en 1984 a 26,9% en 1995). Aumentaron su peso relativo los tumores (de 16,6% del total de defunciones en 1984 a 21,7% en 1995) y los trastornos endocrinos y metabólicos (de 2,3% en 1984 a 3,6% en 1995).

La salud del adulto mayor

Los mayores de 60 años constituyen 9,71% de la población del país. El total de defunciones en este grupo de edad en 1995 fue de 54.527, lo que corresponde a 69,4% y genera una tasa de 39,1 por 1.000. En cuanto a las causas de muerte, la suma de enfermedades del aparato circulatorio y de los tumores en 1994 representó 57,1% del total de muertes; le siguen las enfermedades respiratorias con 13,5% y las digestivas con 6,1%. En cuanto a los egresos, la tasa en 1993 fue de 174,8 egresos por 1.000 habitantes para el grupo de mayores de 65 años y el grupo más frecuente de causas fueron las enfermedades del aparato circulatorio, con un volumen de 35.418 egresos y una tasa de 41,19 egresos por 1.000 habitantes, seguidas de los trastornos del aparato respiratorio, digestivo, genitourinario, traumatismos y tumores.

Según datos del único estudio sobre las necesidades de la población adulta mayor en comunas urbanas, realizado en 1984 en una muestra poblacional de 1.500 adultos mayores, 71,9% declaró tener alguna enfermedad. De estos, 17,7% padecían enfermedades del aparato circulatorio y 14,9%, enfermedades del sistema osteomuscular.

Según resultados de CASEN 92, 65,2% de los adultos mayores afirmó no haber tenido enfermedades agudas o accidentes durante los tres meses previos, y entre los que declararon haberlos tenido, la mayoría (cerca de 90%) había recibido atención médica. Alrededor de 70% necesitaban tomar medicamentos; de estos, 57% había podido adquirirlos (31,8% los había comprado y 18% los había conseguido gratis). De esta encuesta se desprende también que 75% de la población mayor de 65 años es beneficiaria del sistema público de salud, 11% se atiende en forma particular, 5% en instituciones de salud previsual (ISAPRE) y 4% por el sistema de las Fuerzas Armadas.

La salud de la mujer y de la familia

La mortalidad materna, que alcanzó a 30 por 100.000 nacidos vivos en 1995, ha mostrado tendencia a estabilizarse; en 1960 se estimó en alrededor de 300 por 100.000 nacidos vivos y un tercio de las muertes era por abortos. El Programa de Paternidad Responsable logró disminuir considerablemente las defunciones por esa causa.

Con respecto a la violencia familiar, se estimó que en 1993 una de cada cuatro mujeres, independientemente de su nivel socioeconómico, era víctima de violencia física y psicológica.

Un tercio de las mujeres reconocía ser objeto de violencia psicológica. Encuestas realizadas por el UNICEF en 1995 revelan que solo 22% de los menores entrevistados estaban exentos de sufrir algún tipo de violencia, mientras que 34% eran víctimas de violencia física grave. En razón de estos índices, se han impulsado iniciativas para prestar servicios de prevención, asistencia o ambos y se han promovido cambios legales destinados a aumentar la protección de menores víctimas de violencia.

La tasa de nupcialidad ha disminuido desde una tasa de 7,5 por 1.000 habitantes en 1990 hasta una de 6,1 por 1.000 habitantes en 1995, lo que equivale a la celebración de 87.205 matrimonios.

La salud de los trabajadores

En 1993 se calculó que 68% de la fuerza de trabajo ocupada tenía algún tipo de protección frente a los problemas de salud de origen laboral. Esta protección consiste en un seguro que cubre dos riesgos laborales (accidentes y enfermedades profesionales) y es administrado por alguna de las tres instituciones facultadas para ello: el Instituto de Normalización Previsional, que cubre a 24% de la fuerza de trabajo ocupada; las mutualidades de empleadores, que cubren a 74% de la fuerza de trabajo ocupada, y las empresas de administración delegada, que cubren al restante 2%. El papel de fiscalización lo realizan los servicios de salud.

Los datos disponibles indican que la tasa de accidentes en 1993 en las mutualidades fue de 12,5 por 100 trabajadores protegidos, con importantes variaciones según la región y la rama de actividad (es mayor en la construcción, la industria, la minería y la agricultura). Asimismo, la tasa de accidentes guarda relación inversa con el tamaño de la empresa, puesto que es obligatorio contar con un Departamento de Prevención de Riesgos en lugares con más de 100 trabajadores.

Las enfermedades profesionales en Chile acusan un importante subregistro en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Las denuncias más frecuentes son las enfermedades de la piel, de los oídos y del sistema osteomuscular. De acuerdo con la información disponible, en 1992 las enfermedades más frecuente fueron las dermatitis, seguidas por hipoacusia y tendinitis.

La salud de los discapacitados

Los datos del censo de 1992 muestran que en Chile existían 283.888 personas con algún tipo de discapacidad (ceguera total, sordera total, mudez, parálisis o deficiencia mental), lo que significa una proporción de 2,12%, con leve predominio del sexo masculino (razón hombre/mujer: 1,16). La discapaci-

dad más frecuente es la parálisis (36,2%), seguida de deficiencia mental (30,4%), sordera (21,1%), ceguera (14,5%) y mudez (4,8%). Solo la ceguera es más frecuente en las mujeres.

Según los datos disponibles, en 1955 el sistema de Administradoras de Fondos de Pensión otorgó 4.131 pensiones, 82% por invalidez total. Los motivos más frecuentes fueron los problemas psiquiátricos, seguidos de afecciones neurológicas, cardiológicas y oncológicas, con importantes variaciones según la edad y el sexo.

La salud de los indígenas

La información epidemiológica disponible, aunque incompleta, muestra que en las comunas de mayor concentración de población indígena los indicadores de salud son más deficientes que en el resto de la población. Un estudio reciente presenta un perfil epidemiológico basado en la información correspondiente a 39 comunas con porcentaje de población indígena igual o superior a 20%. La tasa de mortalidad infantil en el período 1988–1992 varió entre los diferentes grupos indígenas: en los aymará fue de 40 por 1.000 nacidos vivos, en los atacameños, de 57 por 1.000, en los rapa nui, de 32 por 1.000 y en los mapuches, de 34 por 1.000. Las condiciones de salud de los indígenas aparecen más deterioradas en las zonas urbanas que en el medio rural. Las conclusiones del estudio constituyen una primera aproximación a la situación de salud de los pueblos indígenas del territorio de Chile.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La presencia del *Triatoma infestans* en Chile se extiende entre los paralelos 18° 30' y 38° 35' y comprende las regiones I (Tarapacá), II (Antofagasta), III (Atacama) y IV (Coquimbo), de manera que la población expuesta a la enfermedad de Chagas asciende a unas 500.000 personas, repartidas en 43 comunas. De acuerdo con estudios serológicos, el porcentaje de población positiva es 19%. En las zonas endémicas se realiza el control serológico en los bancos de sangre de 57 hospitales que atienden a 75,7% de los donantes del país. La última tasa de incidencia disponible es de 1994 y es de 3,3 por 100.000 habitantes. Se calcula para 1996 un total de 11.721 viviendas infestadas en las regiones I y IV. En estas regiones, se aplicaron en 1995 programas de control que lograron reducir el porcentaje de viviendas positivas de 51% a 2%.

La mortalidad por hidatidosis descendió de una tasa de 0,5 por 100.000 habitantes en 1981 a 0,24 por 100.000 habitantes en 1994 (34 casos). En 1994 se registró una tasa de in-

cidencia de 2,4 por 100.000 habitantes (332 casos). La prevalencia de hidatidosis en los mataderos se mantiene estable en alrededor de 10% de los animales beneficiados.

No se conocen casos de fiebre amarilla, y en cuanto a la malaria, en 1994 se registraron 8 casos. No existen estudios actualizados de ciudades infestadas por *Aedes aegypti*.

Enfermedades inmunoprevenibles. La tasa de incidencia de difteria en 1995 fue de 0,01 por 100.000 (2 casos). Su disminución ha sido lenta pero progresiva, con variaciones periódicas. Entre 1991 y 1995 se registraron respectivamente 25, 12, 8, 4 y 3 casos. La cantidad de muertes registradas anualmente desde 1987 es inferior a cinco, y desde 1991 no se produjo ninguna (1 caso).

Los casos notificados de tos ferina han tenido fluctuaciones en el último quinquenio, ya que la enfermedad se presenta en brotes cíclicos. En 1990 se notificaron 59 casos, con dos defunciones; en 1991, 61 casos y dos defunciones; en 1992, 264 casos y cuatro defunciones, en 1992 los casos descendieron a 59, con dos defunciones; en 1993 se notificaron 517 casos; en 1994, 10 casos y en 1995, 361 casos, sin defunciones. Se registraron dos brotes en el período 1992–1997, el primero en 1993, con una tasa de incidencia de 4,3 por 100.000 habitantes (517 casos y cinco defunciones) y el último en 1996, con una tasa de 5,0 por 100.000 habitantes (600 casos y dos defunciones).

Los ciclos epidémicos de sarampión en Chile son de aproximadamente cuatro años. El último brote ocurrió en 1988, con 45.079 casos notificados y una tasa de morbilidad de 351 por 100.000. En 1989 hubo 13.008 casos, cifra que descendió a 1.958 en 1990, sin muertes, y a 2.098 casos en 1991. En 1992 se produjeron 397 casos, dos de ellos mortales. Desde 1993 no se han producido muertes por sarampión. La morbilidad ha sido exitosamente controlada gracias a la ejecución en 1992 y 1996 de dos campañas nacionales de vacunación y a la posterior aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológica activa. Entre 1993 y 1996 solo se han producido 2 casos, ambos importados, el último, en 1993.

No se han registrado casos de poliomielitis en el período 1976 a 1996.

El tétanos es una enfermedad controlada en el país, con tasas de incidencia bajas que van de 0,4 por 100.000 habitantes en 1971 (41 casos) a 0,1 por 100.000 habitantes en 1994 (11 casos, ninguna defunción). En 1995 no se presentó ningún caso de tétanos neonatal y en 1994 solo uno de los 11 casos registrados fue neonatal.

La rubéola presenta una tasa descendente con brotes no cíclicos, el último de ellos en 1988. La tasa de incidencia pasó de 54,9 por 100.000 habitantes en 1990 a 16,5 por 100.000 en 1994.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Desde el brote de cólera de 1991, en el que se confirmaron 41

casos con una letalidad de 4,8%, la enfermedad ha sido controlada. El último caso se registró en 1994.

El número de casos de fiebre tifoidea y paratifoidea disminuyó en más de 50% entre 1980 y 1990. En 1990 se alcanzó una tasa de incidencia de 39,3 por 100.000 habitantes (5.172 casos). La mortalidad registrada en ese mismo año alcanzó a 0,22 por 100.000. La evolución de la enfermedad tiene, sin embargo, dos etapas en el período: entre 1980 y 1983 la tasa aumentó de 97,6 a 119,8 por 100.000, para disminuir posteriormente hasta 1990. El brote de cólera en 1991 condujo a la aplicación de una serie de medidas de control que determinaron un descenso espectacular de la fiebre tifoidea y de la hepatitis, que registró en 1994 la tasa de morbilidad más baja de la historia: 11,2 por 100.000 (1.565 casos).

La hepatitis A es la enfermedad entérica asociada con el saneamiento más frecuentemente notificada en el país. La tasa de incidencia entre 1980 y 1984 aumentó de 36,7 a 107,6 por 100.000 habitantes, para disminuir posteriormente a 66,5 por 100.000 en 1990 (11.400 casos). Desde el inicio de la epidemia de cólera se produjo un descenso espectacular de la incidencia: de 66,6 en 1991 (8.909 casos) a 38,9 por 100.000 en 1992 (5.291 casos); sin embargo, a partir de ese año aumentó y en 1994 llegó a 90,8 por 100.000 habitantes (12.732 casos). Las tasas en estos años han sido superiores en las regiones, en comparación con las observadas en la región metropolitana de Santiago. El número de casos de hepatitis B fue de 125 en 1994, con una tasa de 0,9 por 100.000 habitantes. Asimismo, se registran en el mismo año tres defunciones atribuidas a esta enfermedad (0,02 por 100.000 habitantes). En cuanto a la hepatitis C, se estima que en Chile la infección afecta a menos de 1% de la población. Estudios en bancos de sangre del país indican una prevalencia de anticuerpos de 0,15% a 0,35%.

Enfermedades crónicas transmisibles. La mortalidad por tuberculosis en 1994 fue de 2,84 por 100.000 habitantes. Se ha logrado una reducción a un tercio de la tasa observada 10 años atrás (12,2 en 1980). La prevalencia también descendió de 55,0 por 100.000 en 1985 a 41,1 en 1991 y a 29,5 en 1994 (4.138 casos). En 1994 fueron hospitalizadas 6.636 personas, 81% con tuberculosis pulmonar y una edad mediana de 42,5 años. En la incidencia actual de la enfermedad se observan variaciones importantes por servicios de salud del país y aparecen casos en menores de 15 años. En el período 1989–1996 se produjeron 40.000 casos y 3.800 muertes. En 1994 se registraron 3.646 casos nuevos de tuberculosis (60% en varones), 4% en menores de 15 años. Del total de casos notificados en 1994, 75% fueron de localización pulmonar y de estos, 62% presentó baciloscopia positiva.

Solo existen casos de lepra en la V Región, Isla de Pascua. Durante 10 años (1984–1993) no se presentaron nuevos casos y entre 1994 y 1996, 6.

Infecciones respiratorias agudas. En Chile las enfermedades respiratorias constituyeron la tercera causa de muerte en la población general en 1990 y la segunda en 1994 (5,2% del total de defunciones). En los menores de 1 año, las infecciones respiratorias agudas contribuyeron con 9,3% del total de defunciones en este grupo de edad en 1994. La tasa de mortalidad infantil por neumonía (CIE-9, 480–486) se redujo de 3,04 por 1.000 nacidos vivos en 1985 a 1,27 en 1994, producto de estrategias específicas de intervención ejecutadas en los períodos de mayor incidencia. En cuanto a los egresos hospitalarios, las bronconeumonías representan 60% de todas las causas de egresos en los menores de 1 año y 46% en el grupo de 1 a 4 años. Del total de egresos en todas las edades, 9,4% es por esta causa. Las enfermedades respiratorias son, además, un componente importante de las consultas pediátricas en los centros de atención primaria y en los servicios de urgencia infantil (habitualmente entre 40% y 50% del total). Los egresos hospitalarios por causa respiratoria suman 60% del total de egresos del grupo de menores de 2 años. Las tasas de egreso hospitalario son muy altas en menores de 15 años (2.000 por 100.000 egresos) y en mayores de 60 años (4.000 por 100.000 egresos).

Rabia y otras zoonosis. En relación con la rabia humana, en Chile se diagnosticó 1 caso en 1972. En 1996 se presentó un nuevo caso en un menor de la VI Región, consecutivo a mordedura de murciélago.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. En Chile el sida se detectó en 1984 en el sexo masculino y al año siguiente en el femenino. Hasta marzo de 1996 se habían notificado 1.456 casos (92% en hombres y 8% en mujeres), 909 defunciones y 2.203 portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La razón hombre/mujer fue de 10:1 para el período 1992–1996, y se ha ido reduciendo desde 1984–1991, período en el que fue de 15:1. Al 31 de diciembre de 1994, Chile presentaba una tasa acumulada de 8,8 casos por 100.000 habitantes, situándose entre los países sudamericanos en la zona media. La vía de transmisión sexual es la más común (91%), sobre todo en los hombres. Se observa con el tiempo un aumento de la tasa de incidencia en los grupos más jóvenes. Las regiones más afectadas son la región metropolitana de Santiago, la V y la II. El 60% de los casos de infección por vía intravenosa están asociados con prácticas de drogadicción intravenosa. La vigilancia del sida en el país se está llevando a cabo por medio de la metodología de centros centinelas en grupos específicos de población: donantes de sangre, embarazadas y consultantes en centros de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los resultados de estos estudios indican que en el caso de la vigilancia de consultantes por ETS cuyo seguimiento se inicia en 1992, las cifras de prevalencia de VIH positivos se han mantenido esta-

bles (1% en 1992, 1% en 1993 y 0,66% en 1994 para el total de centros centinelas). En cuanto a la prevalencia de infección por el VIH en embarazadas, se observa un incremento para el total de los centros centinelas que va de 0% en 1992 a 0,05% en 1993 y a 0,1% en 1994; para los donantes de sangre, el sistema de detección sistemática se inició en 1987 y puede apreciarse un leve pero progresivo incremento, de 0,12 por 1.000 donaciones en 1988 a 0,31 por 1.000 donaciones en 1994.

En 1994, las ETS denunciadas en Chile fueron principalmente la sífilis (33,5 por 100.000 habitantes), la gonorrea, con 26,1 por 100.000, y la uretritis no gonocócica, con 5,9. La sífilis se encuentra en una etapa estacionaria, luego de un período de descenso que finalizó en 1989. En 1994 se registraron 4.705 casos, con una tasa de incidencia de 33,5 por 100.000 habitantes. La gonorrea ha descendido en los últimos años de una tasa de 114 casos por 100.000 habitantes en 1981 a 26,1 en 1994. Sin embargo, existe un volumen no cuantificado de subnotificaciones, por cuanto la mayor parte de las denuncias provienen de los establecimientos públicos y aun en estos existirían casos no notificados.

Enfermedades emergentes y reemergentes. La incidencia de meningitis por *Neisseria meningitidis* experimentó un leve ascenso en los últimos años, en especial en la zona norte del país. De una tasa de 0,6 por 100.000 habitantes en 1971 pasó a 3,38 por 100.000 habitantes en 1995. La enfermedad afectó principalmente a menores de 5 años (55% del total de los casos) y aumentaron relativamente los casos en el grupo de 5 a 9 años. Con todo, el grupo de 0 a 9 años concentró 70% del total de casos.

Desde 1996 se ha incorporado al PAI la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B, para todos los menores nacidos del 1 de mayo de 1996 en adelante, y se espera la aplicación de 973.000 dosis en 1997.

Durante 1995 y 1996 se registraron respectivamente 2 y 3 casos de infección por hantavirus con aislamiento positivo en la X Región, al sur de Chile, 3 de ellos mortales. En 1995 se registraron 2 casos de síndrome hemolítico urémico consecutivo al consumo de carne contaminada con *Escherichia coli* enterohemorrágica.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La desnutrición infantil según el peso para la edad en 1975 presentó una incidencia de 15% y en 1993 descendió a 5%. En junio de 1996, el Ministerio de Salud informó apenas 0,6% de menores de 6 años bajo dos desviaciones estándar en las mediciones según el criterio del Centro

Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de los Estados Unidos. El diagnóstico nutricional integrado, medido en similar período de tiempo, muestra que 74,4% de los menores de 6 años son clasificados como normales. En mujeres embarazadas, la prevalencia de bajo peso se redujo de 26% en 1987 a 17% en 1996, mientras que el porcentaje de madres con malnutrición por exceso alcanzó una prevalencia de 46% en 1994. El último estudio disponible del estado nutricional de la población infantil controlada en los establecimientos públicos, muestra que respecto del denominado diagnóstico nutricional integrado, existe 3,1% de niños en riesgo de desnutrición y 0,7% de desnutridos. El 73,7% de los niños tiene un estado de nutrición normal y 22% presenta malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad). La reducción de la desnutrición infantil se asocia a las actividades del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, a la extensión de la cobertura de los servicios infantiles y al mejoramiento del nivel educacional de las madres.

En cuanto a las deficiencias de micronutrientes, el estudio de Evaluación Nacional sobre la Situación de las Vitaminas realizado en 1975 permitió concluir que en Chile no existe deficiencia de vitamina A. La incidencia de anemia, según investigaciones del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), es de 20% en niños de 6 a 24 meses y de 20% en embarazadas. Por otro lado, la exigencia de yodar la sal (97% de la sal es yodada en Chile) ha contribuido al control del bocio. Sin embargo, estudios en poblaciones escolares localizadas en 1995 muestran una prevalencia de 9% en este grupo.

Los estudios realizados por la Comisión Nacional de la Lactancia, creada por el Ministerio de Salud para estimular la lactancia natural, revelan una proporción de 87% de niños que reciben alimentación natural durante el primer mes de vida, porcentaje que disminuye a 59% en el cuarto mes y a 25% en el sexto. Otros estudios llevados a cabo en servicios de pediatría presentan un porcentaje de lactancia exclusiva a los 120 días de edad en 57,1% de las encuestadas.

De acuerdo con distintos estudios, la obesidad afecta más a las mujeres, con cifras entre 22,7% y 25,0%, que a los varones (13,0% y 17,6%). Existen diferenciales según nivel socioeconómico ligadas al sexo, vale decir, es más frecuente en mujeres de nivel socioeconómico bajo y en varones de nivel socioeconómico alto.

La prevalencia de diabetes se sitúa entre 3,0% y 5,6%, según diversos estudios realizados en la población general. La diabetes aumenta significativamente como causa primaria de hospitalización, además de ser una frecuente enfermedad asociada. En 1990 fueron internadas 11.650 personas por diabetes mellitus, lo que correspondió a una tasa de hospitalización general de 8,84 por 10.000 habitantes y de 35,8 por 10.000 habitantes de 45 años y más, correspondiendo a 70% de los egresos por causas endocrinas. La menor mortalidad

por diabetes, asociada a un mejor manejo terapéutico, y formas de vida desfavorables, serían las causas de su mayor prevalencia. En el nivel de atención primaria se estima que 2,9% del total de consultas son por este diagnóstico.

Enfermedades cardiovasculares. Este grupo de enfermedades es desde hace varios años el que más contribuye a la mortalidad de los chilenos, en particular la de los adultos. Más de la cuarta parte de todas las defunciones se deben a ellas (20.922 casos, que corresponden a 27,7% del total de defunciones de 1994, con una tasa específica de 149,5 por 100.000 habitantes). Dentro de este grupo se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad hipertensiva y la enfermedad cerebrovascular. Según la información de los pacientes hospitalizados, las enfermedades cardiovasculares generaron una tasa de hospitalización de 5,2 por 1.000 habitantes en la población general en 1991, lo que representó un aumento de 35% con respecto a 1975. Las enfermedades isquémicas del corazón (CIE-9, 410-414) son las de mayor trascendencia en la mortalidad. El infarto del miocardio (CIE-9, 410) por sí solo explica 25,9% de las muertes del país en este grupo.

Tumores malignos. La tendencia de la tasa general de mortalidad por esta causa ha sido ascendente en la última década. En 1980 la tasa de mortalidad por tumores malignos fue de 101,6 por 100.000 habitantes, tasa que ascendió a 104,3 por 100.000 en 1987 y alcanzó a 115,7 en 1994. En 1995, los tumores malignos representaron la segunda causa de muerte del país, con 16.429 defunciones (20,7%). Las cinco localizaciones principales fueron: estómago (16,7%), tráquea, bronquios y pulmón (10,4%), vesícula y vías biliares (10%), próstata (6,4%), mama (5,7%) y cuello del útero (4,5%).

En 1994 se notificaron 10.293 casos de cáncer (73,4 por 100.000 habitantes). Los más frecuentes en mujeres fueron el de cuello del útero (25,6% del total de cánceres notificados en mujeres), el de mama (15,8%) y el de piel (8,7%), y en hombres, el cáncer de estómago (20,5% del total de cánceres masculinos), el de próstata (12,2%) y el de pulmón (10,1%). La razón de notificación hombre/mujer fue de 0,68.

Accidentes y violencia. En 1991, la tasa de mortalidad por traumatismos, envenenamientos y violencia fue de 69,1 por 100.000 habitantes, mientras que en 1994 fue de 63,6 por 100.000. Los accidentes y la violencia han ido adquiriendo un lugar cada vez más importante, tanto como causa de muerte como de morbilidad. El 84,8% de las muertes ocurre en personas menores de 65 años (para las otras causas este porcentaje es de 44,5%) y 16,5%, en menores de 15 años. La contribución de este grupo a la mortalidad osciló en el último decenio entre 11% y 12% (11,8% en 1994). El 38% de las muertes por causas violentas se debe a accidentes de todo tipo; de estos, casi la cuarta parte son de vehículos de motor.

Según datos policiales, la cantidad de personas lesionadas o muertas en accidentes de tráfico aumentó entre 1980 y 1995 de 25.176 a 41.582, es decir, un promedio de 9,4% por año, y el número de muertes se elevó de 1.191 a 1.747, es decir, 7,4% anual. En 1996, las estadísticas policiales registraron 1.925 defunciones en accidentes de tráfico y un total de 60.093 accidentes. En términos económicos se estima que en 1993 los accidentes de tráfico produjeron un gasto privado de alrededor de US\$ 274 millones, considerando los daños a personas y a vehículos. El cálculo del costo social de estos accidentes en 1993 fue de US\$ 321 millones, entre los daños a vehículos, los lesionados y los muertos. Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Banco Mundial en 1993 sobre los accidentes registrados en 1989 muestra que alrededor de 5,8% de los vehículos del país participaron en algún tipo de accidente, con cifras que oscilaron entre 2,0% para el parque automotor de las regiones de Coquimbo y O'Higgins, hasta 12,2% para la región de Aysén. El porcentaje de vehículos de transporte público involucrados en accidentes en el estudio mencionado fue de 44,8%, es decir, casi la mitad del parque automotor que participó en algún accidente en 1989. Al desagregar la información por comunas, se verificó que este porcentaje alcanzó a 63% de los vehículos de transporte público en la región de Valparaíso. Esta situación llevó al Gobierno a constituir una Comisión Interministerial dedicada a la Seguridad en el Tránsito, la que ha formulado las bases para una política de Estado en esta materia.

Trastornos mentales y del comportamiento. Los problemas de salud mental han mostrado un aumento significativo en los últimos años. Algunos indicadores indirectos se encuentran en diferentes estudios, la mayoría referidos a grupos pequeños, grupos específicos o ambos. El 5,6% de las licencias médicas otorgadas por el Fondo Nacional de Salud corresponde a neurosis. En las licencias extendidas a beneficiarios de las ISAPRE este porcentaje fue de 7,48% en 1994.

En relación con el alcoholismo, se estima que en la actualidad 20% de las personas pueden ser clasificadas como bebedores-problema, 15% sin dependencia y 5% con dependencia alcohólica. El alcoholismo es más frecuente en los hombres y entre los que están cesantes o solo disponen de un empleo ocasional. Constituye la octava causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA: 53.498, con 3,02%). El alcoholismo se asocia con 38% de los egresos hospitalarios. Es responsable de 4,5% de los egresos hospitalarios, de 7% de las muertes como causa principal y de 25% de las muertes como causa asociada. Se encuentra una alcoholemia positiva en 48,6% de los homicidios, 38,6% de los suicidios y 50% de los accidentes de tráfico con vehículos de motor.

Según la información obtenida en la encuesta de la CONACE, la prevalencia de consumo de alcohol durante el último mes, independientemente de la cantidad consumida,

fue de 39,97% (50,23% en los hombres y 31,03% en las mujeres). No existen grandes variaciones según grupos de edad, observándose un mínimo de 24,04% en el de 12 a 18 años y un máximo de 49,74% en el de 19 a 25 años. Según el nivel socioeconómico, se advierte una mayor prevalencia en el nivel alto (56,95%) y medio-alto (47,18%), comparado con los niveles medio-bajo (35,25%) y bajo (38,52%). El diseño del estudio consideró la aplicación de la Encuesta Breve de Beber Alcohol a fin de conocer el porcentaje de consumidores de alcohol que pueden ser calificados como bebedores-problema. Se encontró que 24% de las personas que declararon haber bebido alcohol en el último año pueden ser catalogadas como bebedores-problema (35,6% entre los hombres y 11,1% entre las mujeres), invirtiéndose las proporciones según el nivel socioeconómico, es decir que los mayores porcentajes se encuentran en los niveles bajo (41%) y medio-bajo (32%), mientras que esta proporción es menor en los niveles alto (13,1%) y medio-alto (11,5%). El consumo se inicia por lo general antes de los 18 años (71,35% en el caso de los hombres y 57,07% en el de las mujeres) y es más frecuente el consumo precoz (antes de los 12 años) en los niveles socioeconómicos bajos (11,41%).

La mortalidad específica por cirrosis hepática fue de 20,8 por 100.000 habitantes en 1994, una de las tasas más altas de la Región. Las enfermedades hepáticas mantienen su importancia, en particular la cirrosis, que es un destacado componente de la mortalidad, asociada con el alcoholismo y el tabaquismo. La mortalidad llegó a 27,4 por 100.000 habitantes en 1989, 28,5 en 1990 y 20,8 en 1994.

Según la encuesta sobre drogadicción de la CONACE, en el total de los encuestados de 12 a 64 años de edad existe una prevalencia de vida de 13,42% para las tres drogas ilícitas, que es de 20,63% para los hombres y 7,14% para las mujeres. Esto equivale a decir que 1 de cada 8 chilenos entre los 12 y los 64 años ha consumido alguna vez alguna de estas sustancias. La prevalencia de vida es mayor para cualquiera de las tres sustancias indicadas en los grupos de 19 a 25 años de edad (22,23%) y de 26 a 34 años (20,84%). La prevalencia de vida es, además, más elevada en el estrato socioeconómico alto (21,11%) y medio-alto (15,35%) y es menor en el estrato socioeconómico bajo (11,73%). La droga más consumida es la marihuana (12,85%), seguida de la cocaína (2,35%) y la pasta base (1,97%). La principal diferencia según el sexo se refiere al consumo de cocaína, que es seis veces mayor en los hombres (4,4%) que en las mujeres (0,7%).

De acuerdo con los datos de CASEN 94, la prevalencia de tabaquismo es de 38% en la población masculina y de 25% en la población femenina. Se advierte una disminución de la prevalencia entre los hombres (de 47% a 44%) y un aumento entre las mujeres (de 36% a 41%). Estos datos guardan alguna relación con la encuesta del CONACE de 1995, en la que se encontró una prevalencia de 45,43% en los hombres y de

36,25% en las mujeres. El consumo se inicia antes de los 12 años en 8,15% de los hombres y en 4,21% de las mujeres, y se encuentran prevalencias en el último mes que oscilan entre un máximo de 50,82% en el grupo de 19 a 25 años de edad y un mínimo de 24,27% en el de 12 a 18 años de edad. La prevalencia es más alta en el nivel socioeconómico alto (42,31%) que en el bajo (31,78%).

La prevalencia del uso de drogas lícitas como los tranquilizantes (sobre todo las benzodiazepinas) en el último mes fue de 6,2% y resultó más alta en las mujeres (8,37%) que en los hombres (3,71%). Las diferencias según la edad van de un mínimo de 1,08% en el grupo de 12 a 18 años a un máximo de 11,28% en el de 45 a 64 años. El consumo de este tipo de drogas es mucho mayor en el nivel socioeconómico alto (10,77%) que en el bajo (3,67%).

Salud oral. La prevalencia estimada de caries en la población del país supera al 90% y el promedio de piezas dañadas es de 12 por persona. El 34% de los preescolares presentan caries. En la región metropolitana de Santiago el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) en niños con dentición definitiva que consultan a los servicios ambulatorios (6 a 18 años) fue de 6,27. No obstante, se observa una leve mejoría de estos índices, producto de las diversas actividades preventivas de amplia cobertura (educación, enjuagatorios y aplicación de selladores), si bien entre los adolescentes y la población adulta la prevalencia es alta. Otro tipo de problema es la gingivitis, cuya prevalencia se ha estimado en 37,7% en la población de 6 a 12 años, y aumenta con la edad. Los estudios realizados hasta ahora indican una relación entre bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad, lo que constituiría un factor de riesgo de enfermedad bucodental. En cuanto a los niveles de cobertura de las acciones odontológicas del SNSS, se estimó que en 1995 solo 1,97% de la población había recibido alguna atención. La población de 0 a 9 años tenía una cobertura de 3,91%, la de 10 a 19 años, de 2,46%, el grupo de gestantes, de 0,85%, y la población mayor de 20 años solo estaba cubierta en 0,85%.

Desastres naturales y accidentes industriales. Por su geografía, Chile está expuesto a diversos tipos de fenómenos naturales que pueden afectar a la salud de su población; entre ellos se cuentan sismos, aluviones e inundaciones que, en la última década, han perjudicado a la población en forma diversa. En 1996, la sequía sufrida en al menos cuatro regiones del país, incluida la región metropolitana, afectó al sector agrícola y a la vez produjo la disminución de las reservas de agua utilizada para la generación de electricidad. Asimismo, los servicios sanitarios se mostraron insuficientes para distribuir agua potable en ciertos sectores de la región metropolitana, lo que llevó a idear diversas estrategias para disminuir el consumo innecesario. Superado en parte este problema,

surgió uno nuevo debido al fenómeno climático inverso, es decir, un exceso de lluvias que produjo un estado de emergencia, en especial en el norte del país, en las regiones de Atacama y Coquimbo, ambas de clima desértico y sin la infraestructura vial y sanitaria apropiadas para enfrentar la situación. Muchas familias de escasos recursos perdieron sus viviendas o enseres, y se produjeron defunciones producto de las labores de rescate que efectuaron las organizaciones sociales en los sectores más dañados.

En 1992, la ciudad de Antofagasta fue víctima de un gran aluvión, producto de lluvias que ablandaron el terreno en el que se encontraban ubicados los estanques de agua potable, lo que afectó a un amplio sector de la ciudad. En 1993, un fenómeno similar afectó a la región metropolitana, en el sector denominado quebrada de Macul, a consecuencia de lluvias cordilleranas que hicieron que una masa de lodo y piedras inundara un vasto sector de la ciudad, causando más de 100 víctimas entre muertos y desaparecidos.

Debido a la naturaleza sísmica del país, en particular de la región metropolitana del Norte, la población se ve sometida con cierta frecuencia a movimientos sísmicos. El último, de mediana intensidad, afectó a la zona central del país en 1996.

Los accidentes industriales son un fenómeno de reciente aparición que ha llevado a la constitución de equipos de trabajo dedicados tanto a su prevención como a la planificación de acciones para afrontarlos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

De acuerdo con la Constitución de 1980, la salud es un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio del derecho a la protección de la salud y a habitar en un medio ambiente sin contaminación. La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado". La función del Ministerio de Salud es asegurar el acceso libre e igualitario a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como a las de rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Asimismo, debe coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar acciones en los ámbitos mencionados.

Las políticas gubernamentales del segundo Gobierno democrático proponen en líneas generales la modernización del Estado y la superación de la extrema pobreza. En relación con la salud, el compromiso es mejorar la calidad de vida de los chilenos. En 1996, la orientación del Gobierno fue la modernización de los sectores sociales, traducida en el logro de mayor eficacia en el uso de los recursos y la disposición del sector,

cuya organización se considera un elemento fundamental del desarrollo socioeconómico y el mejoramiento de la calidad de vida. La planificación sanitaria en Chile es un proceso esencialmente descentralizado. El Ministerio formula los lineamientos estratégicos y las metas nacionales y los servicios regionales de salud elaboran los planes y programas detallados. Los principales problemas del sector son la falta de equidad entre las distintas regiones y comunas del país, y entre los sectores público y privado en lo que respecta a la distribución de recursos y acciones; las limitaciones en cuanto a los recursos, la organización y la gestión del subsector público, y la necesidad de valorar y dignificar al usuario, convirtiéndolo en sujeto activo de todo el quehacer del sistema.

En 1994 y 1995 se aplicó el Plan de Fortalecimiento y Modernización del Sector Público de Salud, que procura mejorar la eficiencia y la calidad de la atención, en particular la que se brinda a los sectores más pobres de la población. Los ejes estratégicos del plan son la transferencia a las personas de los beneficios del proceso modernizador en el que el Gobierno centró sus esfuerzos durante los primeros años y la construcción de un sistema de seguridad social integrado, con cobertura total de la población mediante un conjunto de prestaciones de carácter individual y colectivo y financiamiento solidario.

Los ejes principales de la reforma sanitaria comprenden los siguientes aspectos: disminución de las listas de espera, aporte del sector a la superación de la extrema pobreza, humanización de la atención y mejora del trato al usuario, fortalecimiento y modernización del sistema público de salud, ampliación de la participación y el control social en salud, mejora de la cobertura y de la calidad de la atención al adulto mayor, refuerzo de la atención a la salud del adolescente y fortalecimiento de la fiscalización de las ISAPRE.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de salud único estatal de cobertura universal que adoptó Chile en 1952 experimentó importantes transformaciones de 1980 en adelante, en dos sentidos principales: la creación de una instancia gestora de financiamiento de naturaleza privada, esto es, las instituciones de salud previsual (ISAPRE), y el traspaso de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal. Estos cambios han ido acompañados por la descentralización de la gestión de las acciones a los servicios regionales de salud (28 a comienzos de 1997).

El subsector público está constituido por los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud, 28 servicios regionales de

salud distribuidos en el país, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimientos y la Superintendencia de las ISAPRE, todos descentralizados. Se pueden incorporar también las instituciones y empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales para su personal.

En cada región, el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Los 28 servicios de salud, a los que se agrega uno especializado (el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente), brindan asistencia médica y sanitaria a la población de una determinada zona geográfica por medio de sus establecimientos y unidades de atención. El personal del sector público está compuesto por 68.400 funcionarios del SNSS y 16.500 funcionarios municipales de salud dedicados a la atención primaria.

El FONASA es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los fondos estatales destinados a la salud. Sus funciones principales están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el sistema. Cuenta con una estructura central y con 13 agencias regionales para la administración de la modalidad de libre elección.

El Instituto de Salud Pública ejerce la función de Laboratorio Nacional y de referencia, y se encarga de normalizar y supervisar a los laboratorios de salud pública que determine el Ministerio de Salud, en los campos de microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional.

La Central de Abastecimiento tiene a su cargo la adquisición y provisión de medicamentos, productos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos que requieren los organismos, entidades y personas integrantes o adscritas al sistema.

Los servicios de salud, de acuerdo con la complejidad de sus unidades de atención, están organizados en tres niveles de atención (primario, secundario y terciario) para llevar a cabo las funciones de protección, fomento, recuperación de la salud y rehabilitación que les corresponde ejecutar.

En 1980 se dictó el Decreto N 1/3063, que permitió el traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal. El proceso, iniciado en 1981, buscaba lograr una mayor descentralización administrativa de los establecimientos y, a la vez, extender la cobertura, adecuándola a las necesidades de cada comunidad. Culminó en 1988, año en que quedaron en manos de los municipios la mayoría de los consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales de salud y estaciones médico-rurales.

Las ISAPRE son entes privados que captan el aporte de 7% del salario de los trabajadores que voluntaria e individualmente se afilian a sus planes de salud. Según el plan elegido, el trabajador debe complementar su contribución. Por lo general, se obliga además a cancelar copagos que varían de

acuerdo con el plan contratado, en el punto y momento de la prestación del servicio. Cuando los trabajadores no se afilian voluntariamente a alguna ISAPRE, su contribución de 7% del salario la recibe el FONASA, que pasa así a cubrir sus riesgos de salud. Esa institución recibe también fondos fiscales para la atención de indigentes y personas sin cobertura (por ejemplo, tabajadores autónomos).

Legislación sanitaria

El proceso de reforma del sector requiere una extensa adaptación del cuerpo legal. Los principales proyectos en curso son el proyecto de ley de remuneración profesional y estímulos, resultante del acuerdo entre el Ministerio y los profesionales de salud; una serie de proyectos en el marco del esfuerzo legislativo hacia la descentralización; la nueva ley médica, que trata de las condiciones de trabajo y remuneración de médicos, dentistas y farmacéuticos; proyectos de ley para regular los aspectos relacionados con la bioética, como es el caso de los trasplantes (ya aprobado), el prolongamiento artificial de la vida, la fertilización asistida y la manipulación genética. Como grandes cuestiones pendientes se encuentra una legislación ambiental, donde se defina claramente el papel del sector salud y la ampliación de la ley de medicamentos en lo relacionado con su producción y comercialización.

La armonización de la legislación sanitaria nacional con los procesos de integración regional se realiza por medio de dos mecanismos básicos: el convenio Hipólito Unanue (Pacto Andino) y el Mercosur e Iniciativa del Cono Sur. No se observan hasta el momento tentativas concertadas de promover una legislación sanitaria que responda a las necesidades presentes y futuras de la integración regional.

El Congreso chileno es bicameral y cada una de las cámaras cuenta con una comisión de salud. Esos foros han pasado a ser espacios de debate de la reforma y de otros temas del sector, en particular de los conflictos entre el Gobierno y las asociaciones gremiales de profesionales.

Modalidad de la conducción sectorial

El proceso de descentralización de los servicios tiene su marco legal en las reformas de 1980. La población se encuentra cubierta por los 28 servicios regionales de salud que poseen autonomía financiera, presupuestaria y de acción, y que constituyen el centro de gravedad del sistema de salud chileno. La atención primaria está delegada en los municipios que coordinan sus acciones con los servicios regionales. Tanto los servicios regionales de salud como los municipalizados tienen autonomía financiera y son financiados por el FONASA o por la vía de las ISAPRE, a las que venden servicios. Uno de los aspectos fundamentales de la reforma sanitaria es

la separación de las funciones institucionales. En este sentido, el Ministerio de Salud, históricamente el proveedor básico de servicios de salud en el país, se reserva en forma progresiva un papel rector y regulador; el FONASA cumple funciones de aseguramiento y financiamiento, y los servicios regionales de salud se ocupan de la provisión de servicios.

En el sector privado, el papel asegurador está a cargo de las 21 ISAPRE abiertas y las 15 cerradas que operan en el país. Las primeras reclutan sus cotizantes entre la población trabajadora en general y las segundas sirven con exclusividad a los trabajadores de determinadas empresas, por lo general de grandes dimensiones, como las mineras, las petroleras, las ferrocarrileras, etcétera. La prestación de servicios a la clientela de este nivel tiene lugar en las clínicas privadas y en un porcentaje de las camas de hospitales públicos (alrededor de 10%). Algunas ISAPRE cuentan con servicios ambulatorios especialmente para atención primaria, pero en general no para atención hospitalaria.

La participación privada en el sistema de salud chileno se hace en cuanto al financiamiento, por medio de las ISAPRE, y en la prestación de servicios, por medio de los consultorios médicos y de las 11.549 camas de que dispone ese subsector: 26,78% del parque hospitalario del país, con un índice ocupacional de 57,5. La cantidad de camas disponibles en el SNSS se mantuvo por muchos años por encima de 33.000, con una tendencia descendente desde 1980 hasta llegar a 31.579 en 1995. Hay 3,5 camas por 1.000 beneficiarios en el subsector público y 3,0 camas por 1.000 habitantes, incluido el sector privado.

De 35,3% de la población que declara atenderse en el sector privado de salud 23,7% está cubierto por las ISAPRE, 2,7% por los sistemas de las Fuerzas Armadas, 0,9% por otros sistemas y 8,0% declara atenderse con recursos particulares.

Los beneficiarios del sistema público (FONASA) constituyen 64,47% del total de la población y los de las ISAPRE, 27%, cifra en la que se incluye el 1,3% atendido bajo el régimen de las ISAPRE cerradas. El resto de la población (9,05%) se atiende en los sistemas de las fuerzas armadas y de carabineros, en formas alternativas de atención, y particularmente.

Modalidad de aseguramiento y cobertura

En 1995 el SNSS ofreció 2,53 consultas por beneficiario; las ISAPRE abiertas, 2,9, y las cerradas, 4,9. En el caso del SNSS, si a las consultas médicas se agrega la atención brindada por el personal no médico (enfermeros, matronas y auxiliares), la proporción se eleva a 4,04 atenciones por beneficiario.

En 1995 egresaron 1,4 millones de pacientes de todos los establecimientos con servicio de hospitalización del país. El SNSS produjo 1.064.000 egresos, con un rendimiento de 33,7 egresos por cama. En el sector privado la proporción fue de 32,1 egresos por cama. En 1996 el SNSS produjo 116,2 egre-

sos por 1.000 beneficiarios, las ISAPRE abiertas, 86,4 egresos por 1.000 beneficiarios y las cerradas, 139,8 egresos por 1.000 beneficiarios. La tasa de internación (cociente egresos:consultas) fue de 4,58% en el SNSS, 2,50% en las ISAPRE cerradas y 2,76% en las ISAPRE abiertas. Si a las consultas del sector público se agrega la atención brindada por personal no médico, esa proporción llega a 2,86%.

En los establecimientos públicos y privados, en 1996 se obtuvo un índice de 2,18 exámenes de laboratorio por habitante. En estudios de imagen, el índice fue de 0,21 examen por habitante y en anatomía patológica, de 0,05 examen por habitante. Se obtuvo una relación de 2,04 exámenes de laboratorio clínico por consulta. La relación de estudios de imagen por consulta fue de 0,20 y en anatomía patológica, de 0,05 examen por cada consulta.

En 1996 se registró una relación de 2,67 intervenciones de cirugía mayor por 100 habitantes y de 4,82 intervenciones de cirugía menor por 100 habitantes, lo que totaliza 7,4 intervenciones, de cualquier tipo, por 100 habitantes.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La construcción de nuevos establecimientos privados de salud está reglada por la Ordenanza General de Construcción y Edificaciones en su capítulo de Edificaciones Hospitalarias y de Establecimientos de Salud. Los servicios regionales de salud son los encargados de autorizar la edificación de estos establecimientos.

En 1981 el gobierno militar modificó la ley de los Colegios Profesionales vigente desde 1948, que determinaba la tuición ética de la profesión por el Colegio Médico, eliminando la afiliación obligatoria. Esto acarrió graves consecuencias de naturaleza ética y de control del ejercicio de la profesión, ya que se estima que de 20% a 30% de los profesionales en ejercicio no se encuentran afiliados. Actualmente, hay cuatro proyectos de ley en el Congreso Nacional que buscan corregir esa situación.

El mercado chileno de medicamentos representa cerca de US\$ 400 millones anuales, de los cuales cerca de la mitad se produce en laboratorios nacionales y la otra mitad, en laboratorios de origen internacional. El registro de medicamentos se realiza en el Instituto de Salud Pública según la legislación recién actualizada (marzo de 1997). La fiscalización la ejercen los servicios regionales de salud, y los análisis correspondientes los realiza el Instituto de Salud Pública.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Control de la calidad del ambiente. El sistema de regulación ambiental ha sido reforzado por la Ley de Base del Medio

Ambiente aprobada en 1994 y por el Reglamento de Evaluación de Impacto Ambiental de Proyectos de Desarrollo, aprobado en abril de 1997. La implementación de este sistema permite la divulgación diaria de los niveles de contaminación en la capital y la declaración de situación de preemergencia y emergencia ambiental con niveles mayores a 300 mg/m³, lo que implica fuertes restricciones al tráfico de vehículos y la paralización de muchas industrias que actúan como fuentes fijas.

En la región metropolitana de Santiago, el control de la calidad del aire está a cargo del Servicio Metropolitano de Salud que se encarga de lo relativo a fuentes fijas. El Servicio Metropolitano de Transportes controla las fuentes móviles de contaminación.

El control de calidad de las aguas lo realiza la División General de Aguas del Ministerio de Obras Públicas. Las aguas marinas las controla Directemar, vinculado al Ministerio de Marina. La actualización del uso de aguas la conduce la Comisión Nacional de Medio Ambiente (CONAMA).

Protección y control de los alimentos. El control de la calidad de los alimentos es responsabilidad del Instituto de Salud Pública y la ejecuta el Ministerio de Salud por medio de los servicios de salud regionales. Los servicios regionales de salud realizan la fiscalización por muestreo, autorizan la comercialización de los alimentos, vigilan su manipulación y controlan las condiciones sanitarias de los establecimientos alimentarios. La red de laboratorios de salud pública efectúa los análisis. La legislación sobre alimentos está en proceso de modernización para adecuarse al código de prácticas alimentarias internacional.

Promoción de la salud. Chile está realizando un esfuerzo significativo en lo que se refiere a actividades de promoción de la salud. Las principales acciones se vinculan con la organización de consejos de desarrollo (consejos de participación comunitaria) a nivel de servicios y de establecimientos básicos y hospitalarios. En 1995 funcionaban 40 consejos de desarrollo y a fines de 1996 ya había 111.

Programas de prevención y control de enfermedades. Las acciones de prevención y control se realizan en los servicios primarios municipalizados y en los servicios regionales de salud. El resultado de esas actividades se refleja en las cifras: más de 95% de cobertura de inmunización, 99,5% de atención del parto y tasas de mortalidad infantil de 12,0 por 1.000 nacidos vivos.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Los servicios regionales de salud realizan la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles mediante diversas estrategias de intervención que consideran la participación de epidemiólogos para el control de brotes y el monitoreo de la situación. A los modelos tradicionales de

vigilancia epidemiológica se está incorporando tecnología de procesamiento y transferencia de datos, una de cuyas mejores experiencias se está llevando a cabo en el servicio de salud Atacama, con el sistema Epivigil, a través de la adaptación del modelo de vigilancia NETSS de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA) a las características de los servicios de salud del país.

Existe una red nacional de laboratorios de salud pública coordinada y controlada por el Instituto de Salud Pública por medio del llamado "Programa de Evaluación Externa de la Calidad de los Laboratorios Clínicos del País" (PEEC), que incluye ocho secciones de laboratorio clínico (química clínica, hematología, parasitología, serología de sífilis, bacteriología, inmunología, virología y micobacterias). Cada una de ellas tiene subprogramas de acuerdo con las especialidades que evalúan. La organización y administración del PEEC, llevada a cabo por el Instituto de Salud Pública, contempla un mínimo de dos y un máximo de cuatro evaluaciones al año por cada subprograma a cada uno de los establecimientos adscritos al programa. En marzo de 1997, los establecimientos adscritos sumaban 886 laboratorios clínicos, 201 públicos, 77 municipales, 56 pertenecientes a las fuerzas armadas, universidades o entidades religiosas, y 552 establecimientos privados. A estos laboratorios se agregan 128 bancos de sangre, 75 de ellos en servicios públicos y 53 privados. Todos los bancos de sangre cuentan con tamizaje obligatorio para VIH, hepatitis B, sífilis y Chagas, este último en zonas endémicas. El PEEC permite evaluar el cumplimiento de las normas de calidad establecidas. Durante 1996 se contaba con un universo de 833 laboratorios y 57 bancos de sangre y la participación en el PEEC alcanzó a 88%.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La cobertura de abastecimiento de agua salubre es de 98,0% en la zona urbana y de 67,3% en la rural. La cobertura de alcantarillado es de 84,7% en la zona urbana, aunque 97% de las aguas servidas sean evacuadas en cursos de agua sin tratamiento previo.

El consumo de agua por habitante es de 184 litros por día en la zona urbana y 50 litros por día en la rural. El 100% de la población con servicios de agua recibe agua clorada.

Servicios de recolección de residuos. La tasa de recolección de residuos sólidos es de 98% y la cobertura de disposición en rellenos sanitarios, de 74,2% en la zona urbana. De los residuos industriales generados en 1995 en la región metropolitana, 3,0% fueron calificados como peligrosos.

Programas de ayuda alimentaria. Desde los años veinte, en Chile se realiza un conjunto de actividades relacionadas con la complementación alimentaria, que han constituido en 1952 un Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Este programa, que ha demostrado una notable esta-

bilidad a lo largo de los años, explica en parte los buenos índices de mortalidad infantil y de cobertura de inmunizaciones que se observan en el país, ya que se asocia la vacunación a la recepción de la complementación alimentaria. En 1994, el PNAC representaba 9,12% del gasto público en salud.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. Los establecimientos vinculados a los servicios regionales de salud se encuentran organizados en red. Asimismo, los consultorios de atención primaria municipalizada se articulan con los servicios regionales y son coordinados por estos por medio de sus divisiones de atención primaria, divisiones de programas o divisiones de atención integrada (DAI).

En 1995 los establecimientos del sistema público sumaban 187 hospitales, 15 consultorios urbanos administrados por el SNSS, 215 consultorios urbanos municipalizados, 146 consultorios rurales y 1.102 postas rurales (sin médico permanente). De los hospitales, 20 (11.855 camas) son de alta complejidad, 30 son del tipo 2, es decir, con especialidades (8.019 camas); 23 son del tipo 3, es decir, con algunas especialidades básicas (4.114 camas), y 105 son operados por médicos generales (5.332 camas).

En varios servicios de salud de la región metropolitana de Santiago, Valparaíso y Viña del Mar funciona una red de unidades de atención de emergencia (SAPU) y de atención pre-hospitalaria, esta última en algunos casos con médico (modelo SAMU francés) y otras con personal auxiliar, que ha ayudado a mejorar este tipo de atención.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Con el propósito de mejorar el aspecto resolutivo del nivel secundario, desde 1994 se han instalado unidades autónomas centradas en el apoyo diagnóstico (laboratorio e imagen), especialmente en la región metropolitana, centros de diagnóstico y tratamiento anexados a hospitales y centros de referencia de salud.

De los 160 bancos de sangre registrados en el país en 1993, 118 (73,7%) son públicos, 31 (19,3%) son privados y los restantes pertenecen a las fuerzas armadas (4,4%), a las universidades (1,3%) y a establecimientos privados independientes (1,3%). En 1996, el Instituto de Salud Pública informó que el país cuenta con 128 bancos de sangre (58,5% públicos y 41,4% privados).

Servicios especializados. En 1994, el SNSS disponía de 37 establecimientos psiquiátricos con 1.334 camas. Actualmente se ejecuta un Plan Nacional de Salud Mental que realiza un esfuerzo normativo amplio, con el apoyo de unidades

multiprofesionales en los 28 servicios de salud y acciones de integración del paciente con trastorno mental en la comunidad, utilización de hogares comunitarios, talleres protegidos y servicios de hospital de noche, además de la delegación de la atención de este tipo de paciente a los servicios de atención primaria. Las unidades de salud mental de los 28 servicios de salud se preocupan principalmente de los aspectos promocionales y preventivos, y de definir los aspectos que requieren una atención urgente, como salud y violencia, uso de alcohol y drogas, salud mental infanto-juvenil, discapacidad psíquica y rehabilitación.

El país cuenta desde 1990 con un Programa de Salud Bucodental orientado a los aspectos promocionales y preventivos. El 38% de la población recibe aguas fluoruradas y en las regiones donde ello no ocurre se aplica la práctica del enjuagatorio de flúor en poblaciones escolares, que cubre actualmente a 900.000 de los cerca de 2 millones de escolares del país. A estas acciones se suman un programa educativo realizado junto con el Ministerio de Educación y los municipios, y actividades de vigilancia tanto del índice CPO como de problemas de fluorosis. En la atención, se observa un activo esfuerzo de aplicación de tecnología innovadora con uso intensivo de personal auxiliar. La capacitación de auxiliares ha cambiado sus requerimientos horarios (de 350 a 1.200 horas) y se procura la integración docente-asistencial para la formación de profesionales. En 1992 se logró que una facultad (Temuco) aplicara un plan de estudios basado en esa tecnología innovadora.

Insumos para la salud

Medicamentos. Según legislación recientemente actualizada (marzo de 1997), el Instituto de Salud Pública lleva a cabo el registro y control sanitario de medicamentos, alimentos de uso médico, cosméticos y pesticidas de uso sanitario o doméstico. Al Instituto de Salud Pública le corresponde también el control, la autorización y la inspección de los establecimientos que fabriquen productos farmacéuticos, cosméticos y pesticidas en todo el país. La fiscalización de depósitos, droguerías o distribuidoras de estos productos la ejercen los servicios regionales de salud y los análisis correspondientes los realiza el Instituto de Salud Pública.

Productos inmunobiológicos. El Instituto de Salud Pública de Chile es el productor oficial de biológicos del Estado. En él se elabora vacuna antirrábica preparada con cerebro de ratón lactante, de uso humano y canino. El volumen de producción satisface completamente la demanda interna y, además, se exporta a siete países de la Región. La calidad del proceso de elaboración de este producto ha contribuido a reducir la incidencia de la rabia y ha permitido que el Instituto de Salud Pública colabore en el control de producción de la va-

cuna antirrábica en otros centros de la Región. Por otra parte, el Instituto es el único productor del país de la vacuna triple (DPT) y la mixta (DT), preparadas con cepas estándares y procedimientos clásicos, y satisface completamente la demanda interna con un producto de rendimiento y potencia aceptables. Otro producto elaborado por el Instituto de Salud Pública es la vacuna antitifoidea de bacteria completa, cuyo uso está centrado esencialmente en manipuladores de alimentos y personal del ejército. El Instituto de Salud Pública produce además derivado proteínico purificado (PPD) para la detección de tuberculosis, Rotagel para el diagnóstico de rotavirus y antígeno estándar para el diagnóstico de rabia. El resto de las vacunas se importan y el Instituto de Salud Pública tiene a su cargo el control de calidad.

Reactivos. La ley recientemente modificada que introduce modificaciones al Código Sanitario, regula las actividades de control de calidad de una serie de productos, con el propósito de garantizar seguridad y eficacia en su utilización. En la actualidad, el Instituto de Salud Pública está elaborando el Reglamento que determinará sus atribuciones de fiscalización. Entre los productos sometidos a fiscalización se incluyen instrumentos, equipos, reactivos de diagnóstico y artículos o elementos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades en humanos, así como los destinados al reemplazo o modificación de la anatomía.

El control de calidad se hará en establecimientos expresamente autorizados por el Instituto de Salud Pública, de acuerdo con las especificaciones técnicas que fije el Ministerio de Salud sobre la base de las propuestas del Instituto de Salud Pública. Ningún producto será comercializado si no cuenta con un régimen de control o con un certificado de calidad emitido por una entidad autorizada a tales efectos.

Recursos humanos

De los 13.857 médicos en actividad en el país en 1966, 66,2% se encuentran vinculados al sector público y 7.831 están adscritos al SNSS; de ellos, 11,7% ejercen en el nivel municipal. De los 5.817 odontólogos, 26,1% trabajan en el sector público y 8,75%, en el nivel municipal. En el caso de los enfermeros (6.738) la proporción es de 59,0% en el sector público y 14,5% en el nivel municipal, y en el de las matronas (5.369), 54,6% en el sector público y 17,1% en el nivel municipal. De los 1.830 químicos y farmacéuticos existentes en el país, 15,9% ejercen en el sector público y 1,5% en el nivel municipal. En cuanto a los técnicos paramédicos, 26.972 ejercen en el sector público, de los cuales 19,5% ejercen en el nivel municipal. En 1996 el país contaba con 0,54 médicos, 0,07 odontólogos, 0,22 enfermeros, 0,14 matronas y 1,54 auxiliares por 1.000 habitantes.

Formación del personal de salud. La formación de pregrado del personal de salud se realiza en las universidades estatales y privadas del país. La formación de especialistas se inició en 1954, con la creación de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Las especialidades son actualmente reconocidas por la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), previa acreditación de antecedentes o realización de exámenes de suficiencia. Esta organización funciona desde 1985 y está integrada por representantes del Colegio Médico de Chile, las facultades de medicina, la Academia de Medicina del Instituto de Chile y ciertas sociedades científicas. El objetivo de la CONACEM es proporcionar garantía de idoneidad y contribuir a ordenar la práctica de la medicina. En diciembre de 1995, la CONACEM registró a 5.127 médicos certificados como especialistas, la mayor parte de ellos en los campos de pediatría (735), medicina interna (683), cirugía general (561) y obstetricia y ginecología (506). La Universidad de Chile y la Universidad Católica forman a alrededor de 94% de los especialistas egresados de programas universitarios.

Hasta diciembre de 1995, los egresados de programas de especialización universitaria de 1975, 1980, 1985, 1990 y 1995, sumaban 8.654; la mayor parte de ellos estaban formados en medicina interna (1.199). La información proporcionada en noviembre de 1995 por el Colegio Médico de Chile indica la existencia de 10.988 médicos colegiados, de los cuales solo 10,47% estaban registrados como médicos generales, urbanos, rurales e integrales.

Educación permanente del personal de salud. La introducción de un estatuto para la atención primaria es innovadora en el sentido de que incorpora en forma explícita elementos de formación continua del personal de salud; además, constituye un requisito para proseguir la carrera del personal municipal. Los servicios de salud tienen la misión de aprobar y supervisar el cumplimiento de los programas anuales de capacitación elaborados por cada municipalidad.

Un estudio por muestreo de la educación continua realizado en 1996 por los servicios de salud reveló que los funcionarios de todos los niveles del sistema reconocen que desde 1994 ha habido un acentuado cambio en la intensidad de la formación y en el modelo de capacitación, ahora más amplio por la gama de profesionales y auxiliares participantes. Este proceso se ha adecuado a las iniciativas de desarrollo organizacional de los servicios.

Mercado de trabajo de los profesionales de la salud. En 1996 el Ministerio de Salud promovió la realización de un estudio sobre el mercado de trabajo que incluía la oferta, la demanda, la estructura, la remuneración, los factores motivacionales y las tendencias. El estudio reveló una relativa suficiencia de profesionales médicos, a excepción de

algunas especialidades: anestesiología, especialidades relacionadas con procedimientos, oncología y neuropsiquiatría infantil, por orden de carencia. En la región metropolitana de Santiago se observa un superávit relativo (estimado por el estudio en aproximadamente 1.300 profesionales) y una carencia de profesionales predominante en las regiones VIII, X, IX y IV (entre 570 y 340). El país cuenta con una dotación baja de enfermeros y se observa una importante concentración de estos profesionales en la región metropolitana. Apenas uno de cada cuatro enfermeros trabaja en los niveles menos complejos del sistema. De los 5.817 odontólogos en actividad, alrededor de 65% trabaja en la región metropolitana y 30% en el SNSS; de estos, 45% son especialistas.

Investigación y tecnología en salud

La investigación y desarrollo ha crecido en Chile nueve veces en términos reales entre 1965 y 1993. La proporción del producto geográfico bruto (PGB) comprometida con esa actividad aún es pequeña (0,75%). De los recursos distribuidos por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), principal fuente oficial en materia de tecnología, 13,4% se destinó a las ciencias de la salud.

El principal recurso para el financiamiento de la investigación es el FONDECYT. En el ámbito de la salud, dos instituciones nacionales captan una elevada proporción de este Fondo concursable: la Universidad de Chile (Santiago), con cerca de 50% del total de proyectos en el período 1988–1995, y la Universidad Católica de Chile (Santiago), con alrededor de 30% de los proyectos en el mismo período.

De 1.796 proyectos financiados por los distintos sistemas en el país en el período 1985–1994, 12% se destinaron a la formación especializada en medicina. Lamentablemente, las otras profesiones de salud fueron incluidas en el acápito de ciencias básicas y aplicadas (15%), que no las discrimina.

Documentación científico-técnica. En 1997 se identificaron 75 publicaciones regulares en el campo de la salud, de las que 55 contribuyen a la base de datos LILACS. Hay en Chile una extensa red de entidades dedicadas a la consultoría e investigación en la materia, vinculadas o no al sistema universitario, que producen un nutrido volumen de publicaciones. Al Centro de Documentación Minsal/OPS entran cerca de 800 títulos de este tipo al año.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto total en salud en 1997 se estimó en US\$ 3.600 millones, de los cuales el subsector público ejecutó unos

US\$ 2.020 millones. El gasto total como proporción del producto interno bruto (PIB) se estimó para 1997 en 5,02%; 2,13% correspondió al gasto privado. Del gasto público, 10,2% correspondió a gastos directos de las municipalidades. En los últimos cinco años la proporción del PIB destinada a salud creció 15,1% (desde 4,36% en 1993). El componente público aumentó 5,7% en el período (desde 2,96% en 1993) y el privado, 36,5% (desde 1,56% en 1993). En 1994, 46,8% del gasto público correspondía a aportes fiscales, el resto, a la contribución de 7% de los ingresos de los trabajadores.

Los analistas consideran que el crecimiento de la participación privada en el sector mostrará una desaceleración en los años futuros debido a la saturación del mercado de las ISAPRE. Hay disposición manifiesta del Gobierno de continuar aumentando los gastos sociales en salud y educación.

Con respecto al gasto público y privado en servicios preventivos, el SNSS ha gastado en 1995 un total de US\$ 183,17 por beneficiario. El mismo gasto para el sistema privado fue de US\$ 212,69 en el caso de las ISAPRE abiertas y de US\$ 431,88 en el de las ISAPRE cerradas. De los gastos del subsector público, modalidad institucional, 11,99% se destinó a la atención primaria.

En cuanto al gasto público y privado en atención ambulatoria y hospitalaria, el FONASA destinó 33,6% de los recursos a días-cama, 19,3% a exámenes de apoyo diagnóstico, 17,1% a atención ambulatoria, 13,9% a intervenciones quirúrgicas, 5,03% a procedimientos de ginecología y obstetricia, 4,8% a atención odontológica, 1,3% a hemodiálisis y otras prestaciones, 0,82% a actividades de protección específica y 2,31% a atenciones sobre el medio ambiente. En el subsistema de las ISAPRE, 46,15% de los recursos se dedicaron a la atención ambulatoria y al apoyo diagnóstico relacionado con ella, 48,3% de ellos a programas médicos donde se incluye la atención hospitalaria, 2,18% a atención dental (no prevista en todos los planes de salud) y 0,35% a actividades preventivas. El 13,9% de los gastos de FONASA se realizó bajo la modalidad de libre elección, un tipo de atención que se aproxima al modelo ISAPRE del sector privado. La opción por esa modalidad la realiza el beneficiario en el momento de recibir la atención.

En relación con la distribución regional de los recursos públicos, en 1994, entre los 28 servicios regionales de salud, los ingresos per cápita para salud han variado de un mínimo de US\$ 78,55 (Biobío) a US\$ 249,17 (Iquique). La mediana se situó en US\$ 114,67 (Antofagasta); el cuartil superior en US\$ 162,50 (Valparaíso-San Antonio) y el inferior en US\$ 94,14

(Viña del Mar-Quillota y región metropolitana Sur-Oriente); el cociente amplitud semicuartil/mediana (coeficiente no paramétrico de variación) resultó 29,81%.

El presupuesto público de salud de 1997 está formado por las contribuciones de los trabajadores (33%), el aporte fiscal (48%), los ingresos de operación (8%), otros ingresos (9%) y endeudamiento (2%). De los recursos públicos para salud, 10,2% corresponde a los aportes fiscales municipales. En 1996 las inversiones en el sector alcanzaron los US\$ 112 millones, lo que representa 6,3% del total del gasto público en el sector. Ese rubro ha crecido 651% en los cinco años hasta 1995.

Cooperación técnica y financiera externa

La situación de desarrollo de la salud en Chile hace que los aportes financieros tengan menos significación que las actividades conjuntas que los proyectos de cooperación posibilitan. A su vez, Chile realiza un significativo esfuerzo de cooperación entre países dirigido sobre todo a América Central y el Caribe, como es el caso de Haití y Nicaragua.

En el período 1994-1995 Chile contó con recursos extrasectoriales provenientes de créditos otorgados por el Banco Mundial por US\$ 3,3 millones para recuperación hospitalaria y rehabilitación; US\$ 23,9 millones para unidades de emergencia en la región metropolitana; US\$ 3,5 millones para proyectos de desarrollo institucional y US\$ 86,5 millones para invertir en ocho servicios regionales de salud. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) concedió un crédito de US\$ 70 millones para un proyecto de racionalización (funcional y física) de servicios regionales. El Gobierno de Alemania otorgó un préstamo de US\$ 31,75 millones para rehabilitación hospitalaria.

En términos de cooperación bilateral, en ese mismo período Alemania aportó US\$ 894.000 para la realización de un proyecto en el campo de la rehabilitación; Estados Unidos US\$ 10,8 millones para atención primaria a comunas carenciadas; el Reino de los Países Bajos US\$ 348.000 para la prevención del sida; Italia US\$ 10,34 millones para la atención sanitaria en zonas de alto riesgo social; Francia US\$ 42.000 para la lucha contra el sida; Japón US\$ 700.000 para el desarrollo de unidades de atención secundaria resolutive, y Suecia US\$ 416.000 para la lucha contra el sida. En cuanto a la cooperación multilateral, la Unión Europea aportó US\$ 986.440 para la prevención de la drogadicción.