Salud en Chile 2010

Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Serie Técnica de Análisis de Situación - PWR CHI/11/HA/01

Documento de Análisis de Situación - PWR CHI/11/HA/01

La Salud en Chile 2010

Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile

Equipo técnico que preparó el documento

Autores principales

César Gattini [1]
Johan Alvarez Leiva [2,3]

Colaboradores

Fernando González Escalona [3,4]
Equipo Técnico de la Representación OPS/OMS en Chile

Elaborado en

Oficina de la Representación OPS/OMS en Chile
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Santiago de Chile, 2011

1] Asesor en Análisis y Estadísticas de Salud, Oficina de Representación OPS/OMS en Chile
2] Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso
3] Pasantía de Internado en Oficina de Representación OPS/OMS en Chile
4] Interno de Medicina, Universidad de los Andes

Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile - Catalogación

Oficina de la Representación de OPS/OMS en Chile
Organización Panamericana de la Salud
Salud en Chile 2010
Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile
Santiago, Chile: (c) 2011

(Documento de Análisis de Situación - PWR CHI/11/HA/01)

ISBN:

1. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA
2. EQUIDAD EN EL ESTADO DE LA SALUD
4. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
5. DESARROLLO SOSTENIBLE
6. CHILE

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Centro de Información y Conocimiento, Oficina de la Representación OPS/OMS en Chile, Santiago, Chile, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Oficina de la Representación OPS/OMS en Chile, Organización Panamericana de la Salud, 2011

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

creative commons

Esta obra está publicada bajo una Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 2.0 Chile de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/cl/.

Usted es de libre de:

Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Hacer obras derivadas.

Bajo las condiciones siguientes:

Atribución. Debe reconocer la autoría de la obra en los términos especificados por el propio autor o licenciante.

Comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Licenciar Igual. Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, sólo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a ésta.

- Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.
- Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.
- Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

Contenidos

Contenidos 3

Prefacio 5

Resumen ejecutivo 6

1. Introducción 11

1.1. Avance en salud concordante con el desarrollo del país 11
1.2. Logros y desafíos sanitarios 12
1.3. Prioridades en la agenda gubernamental 13
1.4. Contenidos del documento 14

2. Aspectos del desarrollo relevantes en salud 15

2.1. El contexto político, económico y del desarrollo humano 16
2.2. Determinantes sociales en salud 17
2.3. La protección social 23
2.4. El contexto ambiental 25

3. Condiciones de salud y sus tendencias 27

3.1. Aspectos demográficos 27
3.2. Mortalidad y morbilidad 30
3.3. Problemas de salud según grupos de población 32
3.4. Principales problemas de salud según tipo de problema 39

4. Organización y funciones del sistema de salud 49

4.1. Organización del sistema de salud 49
4.2. Políticas y planes de salud 51
4.3. La política nacional de medicamentos 52
4.4. Normativa de salud ambiental 52
4.5. Investigación y desarrollo tecnológico en salud 53

5. Protección social y aseguramiento en salud 54

5.1. La protección social en salud 54
5.2. Aseguramiento 55

6. Financiamiento del sistema de salud 62

6.1. Financiamiento del sistema 62
6.2. Financiamiento de la provisión de servicios 65

7. El Sistema Nacional de Servicios de Salud 67

7.1. Los Servicios de Salud del SNSS 67
7.2. La atención primaria de salud bajo administración municipal 70
7.3. Recursos humanos asistenciales 71
7.4. Medicamentos y otros suministros de salud 75
7.5. Provisión de servicios asistenciales 76

7.6. Otros sistemas asistenciales del sector estatal 79
7.7. Impacto del desastre de 2010 en el SNSS 79

8. Provisión privada de servicios de salud 81

8.1. La red de prestadores privados 81
8.2. Provisión privada de prestadores públicos y privados 81

Referencias 84

Anexo 1. Indicadores Básicos de Salud en Chile 2010 86
Anexo 2. Indicadores de ODM para Chile 1990, 2000, 2007 (o último año disponible) y meta 2015 89
Anexo 3. Funciones del Ministerio de Salud y sus entidades dependientes 92
Anexo 4. Síntesis de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010 95

Prefacio

Como parte de su cooperación técnica, OPS/OMS busca contribuir a la producción y difusión de información y conocimiento en temas de relevancia en salud pública, en apoyo al desarrollo de políticas y procesos de toma de decisiones en el sector salud. En este sentido, procura ser una fuente autorizada en materias de salud pública, y acompaña a los países en los procesos de recopilación, integración, y difusión de información nacional de salud.

Se presenta un panorama actualizado de los aspectos más relevantes de las determinantes sociales, la situación de salud y del sistema de salud en Chile, bajo la perspectiva de la salud pública. El documento sigue el enfoque metodológico promovido por OPS/OMS para la elaboración de perfiles de situación de salud, según lineamientos de la preparación de capítulos de la publicación periódica de Salud de las Américas, y también de los lineamientos para elaborar informes sobre sistemas nacionales de salud, uno de cuyo objetivos es monitorear las reformas sectoriales de salud que se realizan en los países de la región de las Américas.

Chile destaca por haber logrado un alto desarrollo de información en salud, en todos los niveles administrativos y de operación del país, lo que facilita desarrollar este tipo de documentos de situación de salud, en forma relativamente actualizada. Esta actualización periódica, con tendencias históricas, permite configurar un sistema funcional de vigilancia y monitoreo de los aspectos prioritarios que orientan el quehacer de la salud pública. Su principal propósito es servir de insumo para la acción, orientando al mejor conocimiento de necesidades y prioridades de acción en desarrollo de políticas y toma de decisiones en el sector salud.

Esta descripción sintética de la situación de salud, es presentada de un modo operacional y estratégico, procurando que pueda ser comprendida por una audiencia amplia, con particular énfasis en aquellos encargados del desarrollo de políticas y de tomar decisiones - a distintos niveles del sector salud y de instituciones y agencias nacionales e internacionales - que directa o indirectamente se relacionan con el quehacer en salud.

En base a versiones similares preparadas por esta Oficina y a la información relevante disponible hasta fines de 2010, la elaboración del documento ha sido principalmente desarrollada por Johan Álvarez Leiva y César Gattini, con la colaboración de Fernando González y el equipo profesional de la Representación OPS/OMS en Chile.

Los datos se han basado principalmente en fuentes estadísticas gubernamentales disponibles con registros oficiales, hasta el último año disponible. El uso de información secundaria de distintas fuentes - nacionales e internacionales - puede significar que haya distintos valores para un mismo indicador, dependiendo de la fuente. En este dilema, se ha procurado dar prioridad a la información oficial dada por las autoridades sanitarias o estadísticas del país, o en su defecto, de los organismos internacionales en los cuales se asume que se basan en alguna fuente primaria gubernamental.

Este documento y su información relacionada estarán disponibles en forma impresa y en el sitio Internet de la Oficina de Representación de OPS/OMS en Chile. Su formato sigue los lineamientos establecidos para el desarrollo de capítulos de país de la publicación de OPS/OMS “Salud de las Américas, edición 2007” y el material presentado servirá de insumo para la preparación del capítulo de Chile de la edición de Salud de las Américas 2012, proceso cuya preparación comienza ya en el 2011.

Dr. José Antonio Pagés
Representante OPS/OMS en Chile

Resumen ejecutivo

El documento presenta un panorama relativamente actualizado de los aspectos más relevantes de las determinantes sociales, la situación de salud y del sistema de salud en Chile, bajo la perspectiva de la salud pública y las prioridades de la agenda gubernamental. Busca ser un insumo útil para una audiencia amplia, pero especialmente para los encargados de políticas y de tomar decisiones a distintos niveles del sector salud y de instituciones y agencias nacionales e internacionales que directa o indirectamente se relacionan con salud.

La introducción en el capítulo 1 plantea los temas relevantes relacionados con el avance en salud en contexto del desarrollo, los logros y desafíos sanitarios, y la agenda gubernamental de salud. El capítulo 2 se refiere al desarrollo como contexto de la salud, con los aspectos políticos, económicos y del desarrollo humano, las determinantes sociales de relevancia en salud, la protección social factor contribuyente a condiciones de salud y desastres naturales (sismo de febrero de 2010). El capítulo 3 sintetiza las condiciones de salud y sus tendencias, incluyendo aspectos demográficos, morbilidad y mortalidad relevante, principales problemas de salud según grupos de la población, y según tipo de problema. La organización y funciones del sistema de salud, en capítulo 4, es descrita con sus principales entidades participantes, políticas y planes, las normativas de medicamentos y de salud ambiental. El capítulo 5 sintetiza la protección social y aseguramiento en salud, el capítulo 6 describe el financiamiento del sistema de salud, tanto global como de la provisión de servicios. El capítulo 7 se enfoca en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, con los Servicios de Salud y la atención primaria de salud bajo administración municipal. Incluye recursos humanos, medicamentos y otros suministros de salud, así como la provisión de servicios asistenciales. El capítulo 8 se refiere a la provisión privada de servicios de salud, incluyendo la red de prestadores privados y plantea que la provisión privada es realizada tanto por prestadores públicos como privados. Los anexos incluyen los Indicadores Básicos de Salud para Chile, los Indicadores de los Objetivos del Milenio para Chile; las funciones del Ministerio de Salud y sus entidades dependientes; y la evaluación de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010.

El panorama de la salud en Chile

La evolución y situación de la salud en Chile en general es concordante con el mejoramiento paulatino de la situación social y económica del país que ha ocurrido en las últimas décadas, con políticas sociales enfocadas la en población más vulnerable, y el desarrollo logrado en el sistema de salud. El relativo buen nivel de salud se refleja en aspectos como la expectativa de vida al nacer, eventos de salud altamente evitables como la mortalidad materna e infantil, enfermedades transmisibles y las condiciones de saneamiento e higiene.

Se mantienen problemas y desafíos relacionados con el propio desarrollo de la salud y cambios demográficos con envejecimiento paulatino de la población, con aumento importante de la prevalencia de enfermedades crónicas y acumulación de ancianos enfermos con mayor sobrevida y carga de enfermedad. Hay problemas de salud que se siguen pendientes (agenda de salud inconclusa), como los problemas de salud mental, epidemia de VIH/Sida y el embarazo de riesgo en adolescentes. Hay emergencia de nuevos problemas en salud pública, como la influenza AH1N1 o complicaciones no saludables relacionadas con el desarrollo (como la contaminación ambiental, obesidad y enfermedades crónicas, y accidentes industriales o de tránsito).

A pesar del gran avance en salud, el país mantiene importantes diferencias geográficas, económicas, étnicas y educacionales, entre otras, que constituyen factores determinantes de las desigualdades en salud. Estas desigualdades se reflejan en diferente exposición a riesgos de salud y vulnerabilidad de la población, y acceso diferencial a la promoción, prevención y asistencia curativa de los servicios de salud, en detrimento de los pobres, marginados, quienes viven en sectores rurales. La inequidad en salud y el sistema de salud ha sido considerada en los planes del sector salud, por lo cual el plan nacional de salud en desarrollo cuenta entre sus objetivos (2011-2020) el disminuir las inequidades en salud, avanzar en la calidad de los servicios, evaluar, progresar y complementar la implementación de la actual reforma.

El sistema de salud cuenta con políticas sanitarias para el desarrollo sectorial de salud. Existen problemas y desafíos en el sistema de salud, tanto en su organización como recursos y desempeño. Hay limitada provisión pública respecto a la demanda asistencial, relacionada con limitaciones relativas el

recurso humano, financiamiento, descentralización, mejoramiento de gestión y calidad en los servicios de salud, desarrollo y recursos de la atención primaria de salud, y articulación de las redes asistenciales.

El mismo desarrollo logrado en salud representa un nuevo nivel de desafío (más exigente), respecto a los planes y estrategias que es necesario continuar mejorando respecto al nivel de salud, para mejorar los logros alcanzados, disminuir la inequidad en salud y resolver los aspectos deficitarios del sistema público de salud. Además surgen nuevos desafíos debidos a situaciones emergentes como la actual crisis financiera internacional y la aparición de nuevos riesgos, enfermedades y problemas de importancia en salud pública.

El 27 de febrero de 2010, el país enfrentó un severo terremoto (grado 8.8 MW en su epicentro) y tsunami, que provocó 512 muertos y 16 desaparecidos y tuvo consecuencias en las condiciones de vida de 800 mil personas damnificadas, con problemas de vivienda, mayor pobreza, saneamiento, salud mental y otros, y en la infraestructura de salud (18 hospitales y centenas de centros ambulatorios quedaron inutilizables). El sismo afectó especialmente a cuatro Regiones del país (aproximadamente 3 millones de personas). El grado de organización y desarrollo del país y la condición asísmica de la mayoría de viviendas y obras públicas evitaron una catástrofe mayor. Se puso a prueba la capacidad de respuesta, solidaridad y sobrevivencia del país y de la seguridad y capacidad de recuperación del sistema de salud. Hubo una amplia acción nacional e internacional en todos los aspectos de mitigación y recuperación del desastre, incluyendo acciones concretas y luego medidas económicas y planes para recuperar la estructura y desempeño del sistema de salud.

El contexto del desarrollo y las determinantes sociales

Con 17 millones de habitantes, la población crece a una tasa de 0.9% anual. En las últimas décadas un importante desarrollo socioeconómico. Chile destaca por ser un país moderno, con emergencia económica y activa apertura a la globalización, incluyendo tratados de libre comercio establecidas con países importantes del orbe. Sin embargo, existe una notoria inequidad en salud que en general se relaciona con importantes desigualdades en los determinantes sociales (ingreso económico, empleo, educación, condiciones de vida, protección social) y acceso inequitativo a los sistemas de salud.

El ingreso monetario mensual en hogares es de 754 mil pesos (aproximadamente US$ 1.500), pero con amplia desigualdad en su distribución (el quintil de mayor ingreso recibe 15.6 veces más que el de menor ingreso). El Estado cumple un importante rol subsidiario distributivo, con subsidios monetarios y programas sociales focalizados hacia grupos de menores ingresos, lo que favorece la equidad. La pobreza (urbana y rural) ha mantenido un descenso desde 1990, reduciendo a la mitad su valor en 2009. La pobreza es mayor en niños, adolescentes, grupos familiares con jefatura femenina, grupos étnicos y sector rural. El actual Gobierno ha propuesto erradicar la extrema pobreza antes del 2014 y la pobreza antes del 2018, y terminar con las desigualdades excesivas. El país cuenta con un relativo alto nivel de ingresos, con Ingreso Nacional Bruto (ppp) de US$ 13.561 (2009). El alfabetismo alcanza a 98.7%. La expectativa de vida al nacer estimada para 2010 es de 82.2 años y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) alcanzó a 0,878 en 2009 (puesto 44 en el ranking mundial de IDH).

La tasa de desempleo es relativamente baja (8.1% en 2010), con variaciones regionales y problemas de inserción y estabilidad laboral en mujeres, jóvenes y personas de baja escolaridad. El empleo femenino sufre de discriminación sectorial y salarial. Las viviendas aumentaron en un tercio (30,6%) en la última década, especialmente en zonas urbanas. La mayor parte de las viviendas son permanentes o semipermanentes, reflejando un mejor acceso a soluciones habitacionales de carácter más estable.

El alfabetismo en adultos es prácticamente universal (98.6%), con escolaridad promedio de 10,4 años y desigual distribución socioeconómica y geográfica. En el 2009, un 6,9% de la población refería pertenecer o descender de algún pueblo indígena. La población indígena se ubica de preferencia en tres Regiones (63%): Araucanía, Metropolitana y de los Lagos. Las regiones con mayor proporción de población indígena son Araucanía (30%), Arica y Parinacota (25%) y Magallanes (23%).

La mayor parte de viviendas tiene saneamiento satisfactorio, con disponibilidad de energía eléctrica universal, cobertura de agua potable sobre el 95%, y eliminación de excretas sobre el 90%. Menos del 10% tenía hacinamiento. Sólo 76,5% tenía aceptable calidad en la parte materiales de la vivienda. Estas condiciones son más limitadas en zonas rurales. El terremoto y maremoto de febrero de 2010 deterioraron miles de casas y el saneamiento general en cuatro regiones del país, con mayor deterioro en

las regiones de Maule y Biobío, lo que ha requerido un plan paulatino de reconstrucción, que en el corto plazo instaló campamentos y luego ha aportado viviendas temporales y saneamiento básico. El gobierno estima que el impacto socioeconómico del desastre (público y privado) es aproximadamente USD 30 mil millones (equivalente a 18% del PIB)

En apoyo al mejoramiento progresivo de las condiciones de salud relacionado con el desarrollo socioeconómico del país, el país ha desarrollado un importante sistema de protección social, con focalización especial en poblaciones vulnerables.

En las últimas décadas, el desarrollo urbano e industrial de Chile ha producido como efectos secundarios, el deterioro de algunas condiciones ambientales, que es más notorio en la capital que ha tenido una rápida expansión poblacional y de migración interna, sin la suficiente planificación urbana que resguarde la salud y el bienestar. Entre los problemas ambientales relevantes destacan contaminación del aire, agua, suelos, disposición de residuos sólidos. La calidad del aire en los centros urbanos, especialmente en la capital en meses de invierno, ha sido medida a través de diversos diagnósticos y se cuenta con un sistema de monitoreo, acompañado de respectivas soluciones que dependen del grado de calidad del aire (como el caso de restricción vehicular o detención de industrias contaminantes prohibición de combustión de leña en lugares altamente contaminados.

Condiciones de salud y sus tendencias

En demografía destaca que de la población de 17 millones de habitantes, 22,3% son niños menores de 15 años, y 9,01% es de adultos de 60 y más años (2010). Los cambios demográficos resultantes de la disminución progresiva de la natalidad y fertilidad, así como el aumento de la expectativa al nacer y sobrevida han producido una pirámide poblacional con características de envejecimiento y disminución proporcional de niños. 87% de la población es urbana. En la última década se ha producido una inmigración progresiva de habitantes procedentes del resto de Sudamérica, especialmente de Perú y Ecuador estimado en alrededor de 300 mil residentes (no hay estimación exacta de su cantidad y distribución).

En 2008, la mortalidad general fue de 5,4 por mil habitantes (fluctuación entre 4,0 y 6,4 por mil habitantes entre Regiones). Las principales causas de muerte según grandes grupos de causas, al último año disponible son: enfermedades del sistema circulatorio (27,5%), tumores (25%); Causas externas (9,2%) y enfermedades del sistema respiratorio (9,2%). Las principales causas de hospitalización incluyen complicaciones del embarazo, parto y puerperio (19,7%); enfermedades del sistema digestivo (11,6%); enfermedades del sistema respiratorio (10.9%); traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas (9,3%) y Enfermedades del sistema genitourinario (7,9%).

La mortalidad infantil fue de 7,9 por 1000 nacidos vivos en 2008, especialmente por la fracción neonatal (5,5 por 1000 nacidos vivos), que en su mayoría (81,9%) fallece antes en la primera semana de vida. Entre las principales causas de muerte infantil destacan la prematuridad, malformaciones congénitas del corazón (y otras), y dificultad respiratoria del recién nacido. En la prevención de complicaciones y muerte infantil destacan la cobertura de la atención prenatal y de atención profesional del parto, y el cuidado intensivo neonatal. Hay baja tasa global de fecundidad (menos de 2 hijos por mujer), con alta cobertura de uso de anticonceptivos y relativa baja tasa de mortalidad materna (44 fallecimientos en 2008, que representan 16.9 muertes por 100.000 nacidos vivos).

Se producen 10,3 muertes anuales de tipo laboral, por 100.000 trabajadores. La tasa de accidentabilidad se ha mantenido relativamente estable entre en la última década, alrededor de 8,5%. La tasa de enfermedades profesionales es de 0,15%. Más de un millón de personas (6,9% de la población) vive con algún grado de discapacidad, que es 4 veces más frecuente en adultos que en niños y 14 veces más prevalente en adultos mayores. La deficiencia más prevalente es ceguera o visual (45,6%), seguida de la física y/o de la movilización (31%).

Se registró 53 casos de dengue entre el 2006 y 2008 (Isla de Pascua), sin casos en 2010. No se han reportado casos de fiebre amarilla, peste, esquistosomiasis ni casos autóctonos de malaria. En la actualidad, existen focos de mosquitos que son potenciales vectores en áreas del extremo norte. El chagas se mantiene como endemia desde la en 8 regiones causando 52 muertes anuales (0,3 por 100.000 h.). Se logró la interrupción de transmisión vectorial de la enfermedad en 1999. La hidatidosis es endémica en el país, en especial en zonas rurales dedicadas al pastoreo ovino, produciendo 2 a 2,5 casos y 0,2 muertes por cien mil h. (30 a 40 defunciones anuales). No se registra rabia humana

desde 1972 (salvo un caso aislado en 1996). Entre 1995 y 2008, se confirmaron 585 casos de síndrome cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), con 7 defunciones en 2008.

Hay erradicación de polio salvaje, pero la autoridad continúa monitoreando el polio virus derivado de la vacuna viva atenuada. No se han presentado casos de polio asociado a vacuna desde 2003. La cobertura de la vacunación para polio es del 96%. El país ha erradicado la poliomielitis y no registra casos de difteria. En 2009 se registró un caso de sarampión importado. Los últimos casos de rubéola y rubéola congénita se registraron en 2008. En 2009 se registraron 799 casos de parotiditis, afectando principalmente a los menores de 15 años. La tos ferina tiene una relativa baja tasa de incidencia (4 por cien mil habitantes en 2009). El tétanos se presenta de forma esporádica, con un rango entre 7 y 17 casos anuales en los últimos 14 años. No se han notificado casos de tétanos neonatal desde 1996. La influenza tiene una presentación epidémica cada 3-4 años. En 2009 se notificaron 16 mil casos de influenza, con un mortalidad del 0.9 por 100000 habitantes, con predominio de AH1N1 sobre la influenza estacional. Hay una alta cobertura nacional del programa nacional de vacunas (sobre 95%), y se incorporó la vacuna contra Hepatitis B.

La fiebre tifoidea y paratifoidea se presentan en forma de brotes localizados, con 261 casos anuales, (1,6 casos por 100 mil habitantes, 2008). La hepatitis A tiene incidencia anual de 4,7 casos por cien mil hab. se presenta en forma endémica intermedia con brotes epidémicos (cada 4 o 5 años), preferentemente institucionales. Actualmente presenta una tasa de Desde 1998, no se han presentado casos de cólera. Las muertes por enfermedades asociadas a diarreas en menores de 5 años presentan una importante caída desde 3,8 por 100 mil niños en 1990 a 0,6 por 100 mil niños en el 2003. La diarrea en menores de 5 años (6,9 por 100 niños menores de 5 años) tiene una presentación estacional, especialmente en verano.

Se producen 18,4 casos anuales de tuberculosis por 100.000 hab., mientras que la prevalencia estimada de VIH/Sida en Chile al 2009 es de 40 mil personas (0.4% de la población). Hasta 2009 se había notificado un total de 22 mil casos, con 6.494 defunciones por SIDA. Las tasas acumuladas más altas se encuentran en las Regiones de Arica y Parinacota, Metropolitana, Tarapacá y Valparaíso. El 0,1% de población mayor de 17 años es portador de virus de la Hepatitis B y 15% de la población femenina con vida sexual activa es portadora de Virus de Papiloma Humano.

A pesar del riesgo sanitario surgido del sismo de febrero de 2010, se logró evitar brotes y eventos de salud secundarios a las condiciones de vida en campamentos y lugares de hacinamiento y bajo saneamiento. Eso incluyó realizar un plan de emergencia invernal (la zona afectada tiene crudos inviernos, con repercusión en salud, especialmente infecciones respiratorias graves).

El sistema de salud

El sistema de salud es mixto (mezcla público/privada) con un rol rector del Estado. El financiamiento proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas. El rol regulador esta a cargo de la superintendencia de salud. El aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Desde 1990 se han realizado una serie de reformas específicas en el sistema de salud, aunque se mantiene la estructura básica establecida en 1979 (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios). En la última década, destaca el fortalecimiento del sistema de protección social en salud, el establecimiento de garantías explicitas y exigibles para los ciudadanos en un grupo de patologías priorizadas y nuevos modelos de atención y gestión en Salud.

La provisión de salud en lo público es responsabilidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con servicios de salud territoriales y con atención primaria delegada a la administración municipal. Los hospitales de las Fuerzas Armadas y de Orden, siendo estatales, tienen un grupo beneficiario específico según previsión de personal de esas entidades. La parte asistencial privada la conforma un conjunto de prestadores de salud (clínicas, laboratorios, centros médicos, médicos y otros profesionales en práctica autónoma).

La dotación de personal del SNSS (de servicios de salud y atención primaria municipal) es de 123 mil funcionarios, de los cuales el 32% se desempeña en la atención primaria municipal y 68% en la atención secundaria y terciaria. La política de medicamentos busca asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y de

uso racional, de manera de obtener los máximos beneficios, a la vez que controlando el costo.

Desde 1990 el SNSS ha tenido importantes inversiones en obras civiles y equipamiento médico por un monto de USD 260 millones, cuyos principales resultados fueron la construcción o reconstrucción de 13 hospitales, modernizaron de 53 hospitales y 13 centros clínicos o consultorios de especialidades, por un monto de USD 180 millones y USD 105 millones, respectivamente. Los planes de inversión en nuevos estructuras, reparación y construcción de estructuras asistenciales fueron modificados e incrementados para enfrentar las necesidades de recuperar la infraestructura dañada en el terremoto de febrero de 2010, a partir de las soluciones temporales iniciales (como hospitales de campaña y hospitales modulares prefabricados). Como inversión inicial, se proyecta 180 millones de dólares destinados a la recuperación de la capacidad asistencial de la infraestructura dañada. Inicialmente, se estima la necesidad de proyectos de salud para inversión, del orden de 2.720 millones de dólares.

Los desafíos sanitarios y la agenda gubernamental de salud

Según la evaluación de cumplimiento de impacto de los Objetivos Sanitarios de la década 200-2010 (Anexo 3) hay un alto grado de logro en la mayoría de los resultados esperados e indican que el país debe seguir priorizando el avance en salud en lo que respecta a mantener los logros alcanzados, continuar haciendo esfuerzos de acción respecto a la agenda inconclusa, y enfrentar aquellos problemas de salud pública que son emergentes o re-emergentes.

El Plan Nacional de Salud propuesto para la década 2011-2020 corresponde a la planificación estratégica del sector, que sirva para orientar la planificación anual y presupuestaria de las diferentes entidades del sector. Luego, la Planificación Operacional permitirá definir resultados específicos de corto plazo, en sintonía con los resultados esperados del Plan Nacional de la década. El plan considera mantener cuatro grandes objetivos sanitarios para la década 2011-2020:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados;
- Enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad;
- Disminuir las inequidades en salud; y
- Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población.

Los Objetivos Sanitarios 2011-2020 tendrán las siguientes prioridades temáticas:

- Enfermedades transmisibles: emergentes e inmunoprevenibles, VIH/SIDA, TBC, infecciones respiratorias
- Enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, diabetes, enfermedad renal crónica, trastornos mentales, afecciones músculo-esqueléticas órganos de los sentidos, salud bucal, accidentes de tránsito, violencia doméstica, intrafamiliar o de género
- Factores de riesgo: salud óptima, tabaco, alcohol obesidad, sedentarismo, sexo seguro, drogas ilícitas
- Ciclo vital: mortalidad perinatal, rezago infantil, mortalidad adolescente, embarazo en adolescentes, calidad de vida en climaterio, adulto mayor
- Determinantes sociales: inequidades en salud
- Ambiente, alimentos y trabajo: contaminación ambiental, manejo de residuos, agua segura rural, agua servida rural accidentes de trabajo vigilancia laboral, enfermedades transmitidas por alimentos
- Fortalecimiento del sector: sistemas de información, investigación en salud, recursos humanos, financiamiento, infraestructura, gobernanza y participación, gestión
- Acceso y calidad de la atención: acceso y oportunidad, seguridad y efectividad de medicamentos, tecnologías sanitarias, satisfacción usuaria
- Emergencias y desastres: planes de gestión integral del riesgo, hospital seguro

Los temas de financiamiento, aseguramiento, protección social, equidad y acceso a servicios de salud según necesidad y derechos explícitos de la ciudadanía son aspectos cruciales que abarcan la agenda gubernamental y legislativa prioritaria en el sector salud. Las actuales prioridades incluyen buscar consolidar el financiamiento y mejorar la gestión del sistema público de salud, las garantías y derechos de la ciudadanía respecto al acceso a la salud, revisar el sistema ISAPRE en cuanto sistemas colectivos de aseguramiento, las licencias por enfermedad, y las políticas y gestión en materias de medicamentos. La reconstrucción de la infraestructura pública de salud dañada en el terremoto de 2010 es un factor que estará influyendo en las políticas, planes e inversiones del sector salud, al menos en el mediano plazo.

1. Introducción

El documento presenta un panorama relativamente actualizado de los aspectos más relevantes de las determinantes sociales, la situación de salud y del sistema de salud en Chile, bajo la perspectiva de la salud pública y las prioridades de la agenda gubernamental. Se describe la situación de salud y del sistema de salud con enfoque operacional y estratégico - informada de una manera que pueda ser comprendida por una audiencia amplia - con énfasis en los encargados de políticas y de tomar decisiones a distintos niveles del sector salud y de instituciones y agencias nacionales e internacionales que directa o indirectamente se relacionan con salud.

El nivel y grado de desarrollo de la salud y sistema de salud en Chile es concordante - en general - con el desarrollo socioeconómico y humano general y de la protección social que ha tenido el país. Ello implica logros y desafíos sanitarios, con una agenda inconclusa en algunos aspectos y nuevos problemas emergentes o reemergentes, con diversas implicancias para la agenda gubernamental en salud y el desarrollo y fortalecimiento del sistema de salud.

1.1. Avance en salud concordante con el desarrollo del país

La situación general de Chile, reflejada en sus indicadores globales, le permiten ser considerado como un país emergente en el ámbito socioeconómico y del desarrollo humano. En este contexto, la evolución y situación de la salud en general es concordante con el mejoramiento paulatino de la situación social y económica del país, ocurrido en las últimas décadas, junto a la extensión de protección y políticas sociales enfocadas en población más vulnerable, y el desarrollo y cobertura logrados en el desempeño del sistema mixto de salud.

El relativo buen nivel de salud alcanzado – incluso mejor que otros países con similar desarrollo socioeconómico - se refleja en aspectos como el aumento de la expectativa de vida al nacer, reducción de eventos de salud altamente evitables como la mortalidad materna e infantil, y enfermedades transmisibles que son posibles de controlar con vacunas y medidas de saneamiento e higiene (Anexo 1) (1,2). En este sentido, Chile ha sido uno de los primeros países en la región de las Américas en cumplir anticipadamente la meta de varios de los Objetivos del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas esperados lograr en 2015 (última evaluación reportada en el Tercer Informe del Gobierno, Septiembre de 2010). (3,4). La síntesis de la evolución de los indicadores ODM relativos a la situación de salud, desde 1990, y su proyección a la meta 2015, se exponen en el Anexo 2. (2)

El Estado y la sociedad en su conjunto han contribuido históricamente al mejoramiento del nivel de salud y de sus factores determinantes, a su vez coherente con las prioridades valóricas y de acción que cada gobierno ha adoptado para el quehacer nacional, incluyendo el sector salud. El país cuenta con efectivas políticas sanitarias que plantean orientaciones y metas para el desarrollo sectorial de salud.

En la última década destaca el fortalecimiento del sistema de protección social, especialmente en la formulación de garantías explicitas y exigibles para los ciudadanos en un grupo de patologías priorizadas, mejoría de los modelos de atención y gestión en Salud, integración pública y privada en salud, generación de una regulación única para el aseguramiento y provisión de servicios, y mayor solidaridad.

El país cuenta con un moderno y complejo sistema de salud que en las últimas décadas ha sido sometido a una serie de reformas estructurales importantes. En 1979, en el contexto de una reforma neoliberal radical que abarcó a todo el Estado, los servicios públicos y las condiciones de mercado abierto competitivo, se creó el Sistema Nacional de Sistemas de Salud, organismo público constituido por alrededor de 400 entidades, que incluye 29 servicios de salud territoriales con sus hospitales y la mayoría de 350 municipios que administran redes de múltiples establecimientos de atención primaria de salud, junto a entidades privadas sin fines de lucro y que por concesión tienen establecimientos operando bajo la modalidad institucional del SNSS.

En la actualidad, el sistema es segmentado y conformado por una mezcla pública y privada de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, bajo la rectoría estatal a través del Ministerio de Salud. El sistema prestado privado de servicios de salud es bastante amplio y distribuido a través de todo el país (clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y otros). El aspecto previsional y de aseguramiento público es manejado

por el Fondo Nacional de Salud, mientras que el sistema privado de aseguramiento es asumido por un mercado de una docena de Instituciones de Salud Previsional.

El sistema de salud ha logrado un alto grado de cobertura legal y geográfica en la población, lo que a su vez ha contribuido al logro del nivel exhibido en de salud de su población. Sin embargo, existen importantes temas en que cabe evaluar y perfeccionar paulatinamente la estructura y desempeño de los sistemas de salud, respecto al financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, equidad en acceso, provisión e impacto y su pertinencia para responder a las necesidades prioritarias de salud de la población.

1.2. Logros y desafíos sanitarios

La situación y logros en salud alcanzados durante el último decenio (2000-2010) han sido considerados en la evaluación de cumplimiento de objetivos sanitarios realizada por el Ministerio de Salud (2010), lo que a su vez fue considerado para formular los objetivos estratégicos y el Plan Nacional de Salud para el periodo 2011-2020 (actualmente en etapa avanzada de revisión y propuesta, borrador para revisión pública). Este plan contiene objetivos sanitarios específicos y líneas de acción para obtener resultados esperados al fin de la década respecto a la situación de salud y al sistema de salud. (3,4) Los lineamientos para continuar avanzando en el desarrollo en salud y sistema de salud se encuentran también en las agendas de acción en salud internacionales que se han formulado en las últimas décadas y que Chile ha suscrito (como en la Estrategia de Salud para Todos, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, y la Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria de Salud).

Destaca que las características de la situación actual reseñadas en este documento permiten asumir que hay una serie de logros obtenidos (reflejados por indicadores económicos, de salud y del sistema de salud), se mantienen problemas y desafíos relacionados con el propio desarrollo de la salud y cambios demográficos con envejecimiento paulatino de la población, con algunos problemas de salud que siguen pendientes (agenda inconclusa) e incluso hay emergencia de nuevos problemas a considerar, como la crisis financiera internacional ocurrida en 2008-2009 y la emergencia o reemergencia de riesgos y problemas en salud pública (como la epidemia de influenza AH1N1 o las consecuencias en salud del terremoto y maremoto de de 2010).

A pesar del avance señalado, se mantiene una inequidad en salud y en atención de salud, con mayor carga de enfermedad y daño en salud en aquellos grupos más vulnerables y pobres de la población, los estilos de vida no saludables y el mismo éxito del desarrollo que ha permitido aumentar la calidad y expectativas de vida a llevado que aumenten exponencialmente aquellos problemas de salud que se asocian o manifiestan con el envejecimiento y acumulación de enfermedades crónicas.

La inequidad en salud – potencialmente evitable - se relaciona con desigualdades en el desarrollo de los distintos grupos y áreas de la población, los determinantes sociales relevantes en salud (como ingreso económico, empleo, educación, condiciones de vida, protección social) y el acceso inequitativo a servicios de salud de diversa calidad.

En los logros y desafíos que enfrenta el sistema de salud, destaca la recuperación y fortalecimiento del sistema de provisión pública de salud – en particular el SNSS - frente al gran volumen de beneficiarios y demanda asistencial, en que destacan limitaciones relativas el recurso humano, financiamiento, descentralización, mejoramiento de gestión y calidad en los servicios de salud, consolidar la atención primaria de salud y la articulación de las redes asistenciales.

La mantención de los logros sanitarios requiere proseguir con los esfuerzos históricos del sector salud y toda la sociedad hace en resguardo de la preservación y mejoramiento de la salud de la población. Destacan:

- Apoyar los programas sociales y de protección social (como Chile Crece Contigo y otros) que previenen que la inequidad socioeconómica que afecta a la población pueda repercutir negativamente en la salud, especialmente de aquellas personas y grupos más vulnerables (pobres, desempleados, familias disfuncionales, indígenas, residentes rurales, migrantes).

- Asegurar el funcionamiento y cobertura de los programas que se realizan en la atención primaria de salud, especialmente aquellos cruciales que han conseguido cobertura prácticamente universal (como inmunización, atención del embarazo, parto y puerperio, educación sanitaria).

- Asegurar la focalización de aquellos subsidios y programas sociales de impacto en salud para que lleguen prioritariamente a los grupos más

vulnerables (como educación, subsidios monetarios, vivienda, atención primaria de salud, alimentación complementaria materno-infantil, de escolares y ancianos). CASEN cumple un rol esencial de monitoreo de esta focalización y cabe promover sus actualizaciones así como el debido análisis y la difusión de resultados a quienes hacen políticas y toman decisiones.

1.3. Prioridades en la agenda gubernamental

El Plan Nacional de Salud propuesto para la década 2011-2020 corresponde a la planificación estratégica del sector para los próximos años. En instancias posteriores, el Plan Nacional de Salud deberá orientar la planificación anual y presupuestaria de las diferentes entidades del sector. Esta segunda etapa, denominada Planificación Operacional, permitirá alinear la planificación de resultados específicos de corto plazo, en sintonía con los resultados esperados del Plan Nacional a 10 años. A su vez, la metodología también contempla la replicación del proceso de planificación estratégica al interior de las SEREMI durante el 2011, ajustando los objetivos y resultados esperados en la década a la realidad de cada región.

El plan propuesto mantiene como referente los cuatro grandes Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010: (1) Mejorar los logros sanitarios alcanzados; (2) Enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad; (3) Disminuir las inequidades en salud; y (4) Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población. Sin embargo, aun queda pendiente realizar un proceso de sensibilización de los OE desarrollados hasta la fecha, evaluando la consistencia recíproca con los Objetivos Sanitarios.

Respecto a los problemas y desafíos que cabe actualmente enfrentar en el quehacer de salud y la respuesta a las necesidades de la población, es importante la participación intersectorial, de la ciudadanía y las diversas autoridades que directa o indirectamente relacionadas están con el sector salud. En la medida que se genere una red efectiva en torno a la agenda de salud, se podrá difundir y utilizar esta agenda sanitaria como un referente ordenador de prioridades de acción de la salud y del sistema de salud (en la medida que éste efectivamente responda en forma coherente o pertinente a las necesidades sanitarias de la población).

El avance del plan nacional de salud - actualmente en elaboración – refleja adecuadamente las prioridades de acción en temas que representan agenda inconclusa o problemas emergentes. Destaca:

- Enfermedades transmisibles: emergentes e inmunoprevenibles, VIH/SIDA, TBC, infecciones respiratorias
- Enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, diabetes, enfermedad renal crónica, trastornos mentales, afecciones músculo-esqueléticas órganos de los sentidos, salud bucal, accidentes de tránsito, violencia doméstica, intrafamiliar o de género
- Factores de riesgo: salud óptima tabaco alcohol obesidad sedentarismo sexo seguro drogas ilícitas
- Ciclo vital: mortalidad perinatal, rezago infantil, mortalidad adolescente, embarazo en adolescentes, calidad de vida en climaterio, adulto mayor
- Determinantes sociales: inequidades en salud
- Ambiente, alimentos y trabajo: contaminación ambiental, manejo de residuos, agua segura rural, agua servida rural accidentes de trabajo vigilancia laboral, enfermedades transmitidas por alimentos
- Emergencias y desastres: planes de gestión integral del riesgo, hospital seguro

Uno de los aspectos esenciales en el mejoramiento de salud del país lo constituye la efectiva promoción de salud que se ha realizado en el país, ya sea informal o implícita, o promoción formal (campañas masivas, educación sanitaria, búsqueda de ambientes y estilos de vida saludable. Sin embargo, la promoción constituye una tarea permanente y de gran necesidad a todos los niveles, dado el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, sedentarismo, el crecimiento de ciudades con industrialización no planificada en términos de resguardo de salud de la población. Destaca:

- Apoyo a los programas de promoción en salud y educación sanitaria
- Uso de estrategias comunicacionales efectivas para llegar a grupos objetivos específicos y asegurar mejor impacto de las actividades de promoción
- Capacitar agentes de promoción en la misma comunidad, que puedan ser agentes locales de cambio (estudiantes, profesores, líderes) y favorecer las comunidades y escuelas saludables o promotoras de salud
- Continuar con la promoción educativa y legal de espacios libre de cigarro
- Enfatizar la promoción y prevención específica de hábitos no saludables en aspectos como

alcoholismo, drogadicción, sexo inseguro, en grupos de mayor riesgo

Entre los aspectos de mantención y fortalecimiento del sistema de salud – reflejados especialmente por los objetivos sanitarios de la década 2000 a 2010, el informe de la Comisión Presidencial de Salud de 2010 y las discusiones para la elaboración del Plan Nacional de Salud 2011 a 2020 - destacan:

- Fortalecimiento de la estructura y desempeño del sistema en general, y del sector público en particular, incluyendo sistemas de información, investigación en salud, recursos humanos, financiamiento, infraestructura, gobernanza y participación, gestión, acceso y calidad de la atención: acceso y oportunidad, seguridad y efectividad medicamentos, tecnologías sanitarias, satisfacción usuaria.

- Fortalecimiento de la protección social en salud, de la equidad y acceso a servicios de salud según necesidad y la respuesta a los derechos explícitos de salud de la ciudadanía.

- Mejora de la gestión del sistema público de salud, las garantías y derechos de la ciudadanía respecto al acceso a la salud, revisión del sistema ISAPRE en cuanto sistema colectivo de aseguramiento, de las licencias por enfermedad, y las políticas y normas en materias de medicamentos.

- Reparación y reconstrucción de la infraestructura pública de salud dañada en el terremoto de 2010 es un factor que estará influyendo en las políticas, planes e inversiones del sector salud, al menos en el mediano plazo.

1.4. Contenidos del documento

La introducción en el capítulo 1 plantea los temas relevantes relacionados con el avance en salud en contexto del desarrollo, los logros y desafíos sanitarios, y la agenda gubernamental de salud. El capítulo 2 se refiere al desarrollo como contexto de la salud, con los aspectos políticos, económicos y del desarrollo humano, las determinantes sociales de relevancia en salud, la protección social factor contribuyente a condiciones de salud y desastres naturales (sismo de febrero de 2010).

El capítulo 3 sintetiza las condiciones de salud y sus tendencias, incluyendo aspectos demográficos, morbilidad y mortalidad relevante, principales problemas de salud según grupos de la población, y según tipo de problema.

La organización y funciones del sistema de salud (capítulo 4), es descrita con sus principales entidades participantes, políticas y planes, las normativas de medicamentos y de salud ambiental. El capítulo 5 sintetiza la protección social y aseguramiento en salud, el capítulo 6 describe el financiamiento del sistema de salud, tanto global como de la provisión de servicios.

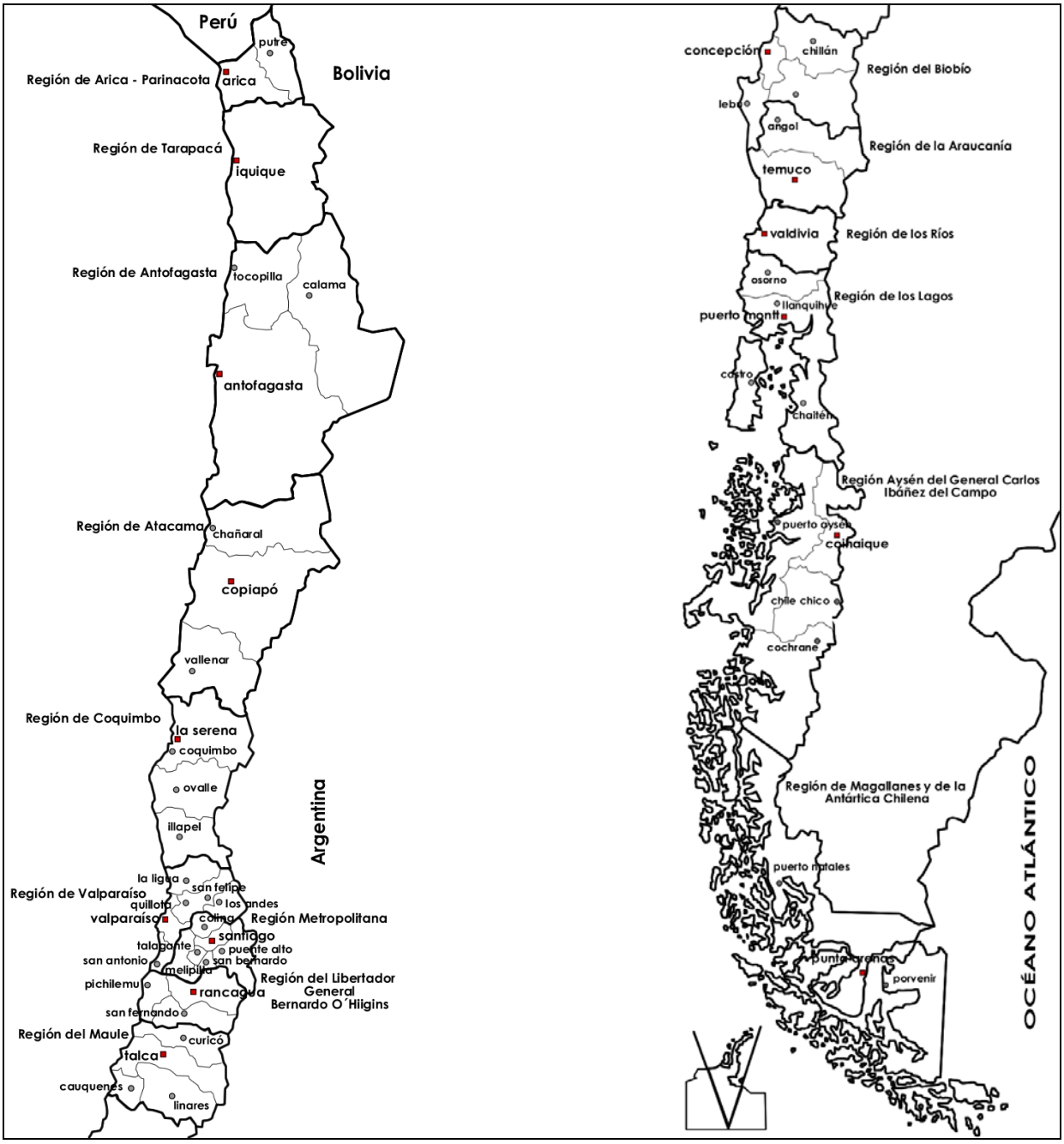
El capítulo 7 se enfoca en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, con los Servicios de Salud y la atención primaria de salud bajo administración municipal. Incluye recursos humanos, medicamentos y otros suministros de salud, así como la provisión de servicios asistenciales. El capítulo 8 se refiere a la provisión privada de servicios de salud, incluyendo la red de prestadores privados y plantea que la provisión privada es realizada tanto por prestadores públicos como privados.

Los anexos incluyen los Indicadores Básicos de Salud 2010, los Indicadores de los Objetivos del Milenio para Chile; las funciones del Ministerio de Salud y sus entidades dependientes; y Síntesis de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010.

2. Aspectos del desarrollo relevantes en salud

Chile se encuentra situado en el extremo sudoccidental de América del Sur, limita con Perú, Bolivia y Argentina y tiene una longitud de su territorio continental de 4.329 Km. con un ancho promedio de 177 Km. La superficie continental e insular es de 756.626 km2 y la del territorio Antártico es de 1.250.257 km2. La división político-administrativa del país incluye 15 Regiones: Arica y Parinacota (XV), Tarapacá (I), Antofagasta (II), Atacama (III), Coquimbo (IV), Valparaíso (V), Metropolitana (RM), Libertador General Bernardo O'Higgins (VI), Maule (VII), Bío-Bío (VIII), Araucanía (IX), de los Ríos (XIV), de los Lagos (X), Aysén (XI) y Magallanes y de la Antártica Chilena (XII) (Figura 2,1) (5)

Figura 2.1 Mapa de Chile con sus regiones



Fuente: www.escolares.net

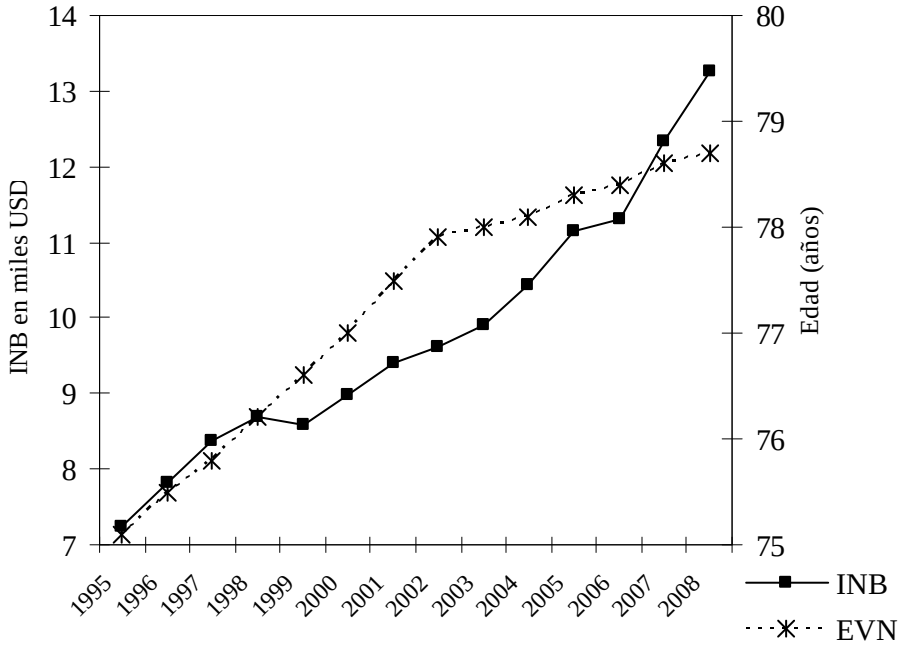
2.1. El contexto político, económico y del desarrollo humano

Chile es una república unitaria con un sistema político democrático estable. El Estado tiene tres poderes: presidencial, junto a un parlamento bicameral y al sistema judicial. Luego de 20 años de gobiernos de una coalición de partidos de centro izquierda, un gobierno de coalición de partidos de centro derecha asumió en 2010, con énfasis en fortalecimiento de la economía social de mercado y modernización del estado y sistema público, bajo lineamientos de mayor eficiencia.

El modelo político y económico chileno se basa en lineamientos neoliberales aplicados desde la década de los 80s, sin variaciones estructurales desde entonces. En este contexto, la economía chilena ha seguido consolidando su crecimiento, reflejada por un Producto Interno Bruto (PIB) que al 2009 alcanzó 63.963.490 MM con una variación anual de -1.57%. La tasa de inflación anual en 20009 fue 0.3%. El desempleo había disminuido ligeramente desde 2000 pero tuvo leve aumento en 2009 (9.7%) y bajó a 8.1% en 2010. El principal aporte de producción está dado por servicios empresas y minería. (6)

El nivel de salud está consistentemente relacionado con el grado de desarrollo socioeconómico y de la calidad de vida alcanzado por cada país y grupo de población. Entre 1995 y 2009, hay una relación positiva de aumento paulatino del Ingreso Nacional Bruto (INB, en USD miles) y de expectativa de vida al nacer en Chile (Figura 2.2). (7) El Índice de Desarrollo Humano, de 0.878, ubicaba a Chile en el lugar 44 del ranking mundial (2008), especialmente por el relativo alto nivel del componente de expectativa de vida al nacer (lugar 31 en el mundo) que de algún modo sintetiza el nivel de salud nacional, y menor grado por los componentes del nivel de alfabetismo, educación y PGB per cápita (cuadro 2.1). Aunque a un relativo alto nivel, existe una notoria variación de IDH entre regiones, fluctuando entre más de 0.920 en Región Metropolitana y menos de 0.800 en la Araucanía (figura 2.3). (8)

Figura 2.2 Evolución del Ingreso Nacional Bruto (INB) en USD miles y expectativa de vida al nacer en Chile, 1995 a 2008



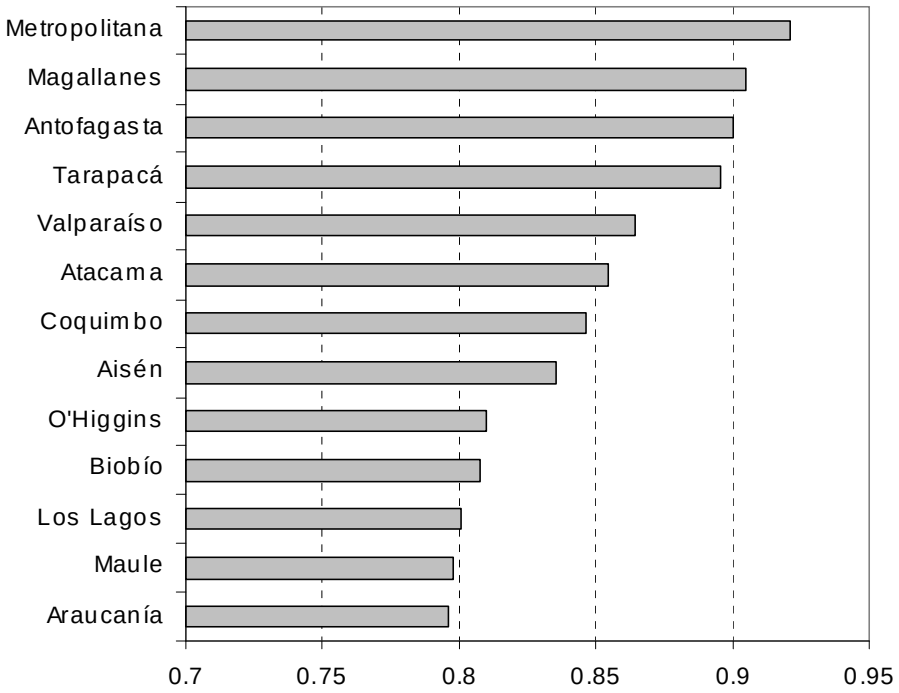
Fuente: OPS - Generador de Tablas y Folletos de Indicadores Básicos de Salud (v. 09.2010) (7)

Cuadro 2.1. Componentes del Índice de Desarrollo Humano en Chile, 2008

Componente		Valor	No. Ranking
IDH		0.878	44
Expectativa Vida al Nacer	años	78.5	31
Alfabetismo	%	96.5	40
Educación (tasa de matrículas)	%	82.5	48
PIB per capita (ppp)	US$	13,880	59

Fuente: PNUD, Informe de Desarrollo Humano 2009 (8)

Figura 2.3. Índice de Desarrollo Humano en Regiones de Chile, 2008



Fuente: PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano en Chile, 2009 (8)

2.2. Determinantes sociales en salud

a) Ingreso

El total de ingreso monetario mensual en hogares de Chile al 2010 fue estimado en 754 mil pesos (equivalente aproximado a USD 1,500). Sin embargo, en la última década se mantiene una amplia desigualdad en la distribución del ingreso, de modo que el quintil de mayor ingreso recibe 15.6 veces más ingreso autónomo que el nivel el primer quintil, con un coeficiente de Gini de 0,53 (cuadro 2.2). Como consecuencias de políticas sociales redistributivas, los subsidios monetarios focalizados en la población socialmente más pobre y vulnerable tienen una distribución que favorece la equidad en el ingreso total del hogar. Como protección social, en el 2009 se entregaron 566.015 pensiones básicas solidarias; con un subsidio promedio de 18.838 pesos. En el decil inferior de ingreso autónomo (D1) los subsidios corresponden al 43.7% del ingreso total, mientras que en el decil superior de ingreso (D10) representan sólo el 0,1% del ingreso total. (9)

Cuadro 2.2: Evolución de la distribución de ingreso. Chile 1990-2009

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2006	2009
Índice 20/20	13.0	12.3	12.4	13.6	13.9	13.3	12.8	11.5	11.9
Índice 10/40	3.3	3.2	3.1	3.4	3.3	3.3	3.2	2.8	2.9
Índice 10/10	27.1	25.2	25.7	28.7	28.4	29.5	27.3	23.9	25.9
Coeficiente de Gini	0.56	0.56	0.55	0.56	0.57	0.58	0.56	0.53	0.53

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2009 (9)

Cuadro 2.3. Ingresos por hogar y Per Cápita según Regiones, último trimestre de 2009

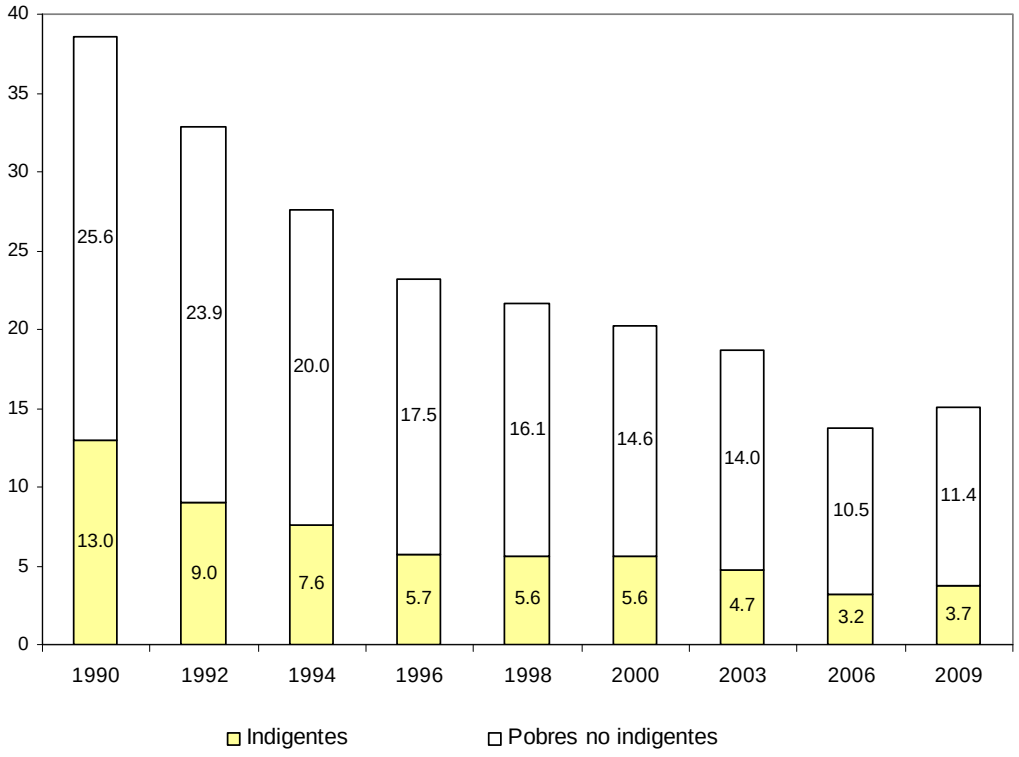
Región	Hogares miles	Personas por hogar n	Ocupados por hogar n	Ingresos por hogar miles $	Ingresos Per Cápita miles $
Arica y Parinacota	5.0	3.7	1.4	546.8	148.2
Tarapacá	81.2	3.8	1.6	836.2	219.5
Antofagasta	148.6	3.8	1.4	785.9	204.7
Atacama	79.0	3.5	1.5	643.1	181.9
Coquimbo	202.6	3.5	1.3	516.7	147.0
Valparaíso	540.5	3.2	1.2	590.8	182.9
O'Higgins	264.0	3.3	1.3	491.1	147.8
Maule	31.0	3.2	1.2	395.1	122.4
Biobío	619.8	3.3	1.1	479.5	146.7
Araucanía	296.1	3.3	1.2	425.3	130.7
Los Ríos	119.9	3.2	1.2	416.8	131.8
Los Lagos	26.2	3.2	1.2	426.8	135.1
Aysén	34.2	3.0	1.4	698.1	229.5
Magallanes	50.7	3.1	1.4	739.4	236.8
Metropolitana	1946.8	3.5	1.5	756.0	216.4
Total país	5006.2	3.4	1.3	610.7	180.5

Nota: Miles de $ de octubre de 2009
Fuente: Compendio Estadístico INE, 2010 (10)

En el último trimestre de 2009, el ingreso promedio de los hogares fue de 610.7 miles de pesos (moneda de octubre de 2009) y el ingreso per cápita fue de 180.5 miles de pesos. Los valores a nivel regional se indican en el cuadro 2.3, destacando que el ingreso per cápita es mayor en las zonas del extremo sur del país y en la Región Metropolitana y menor en zonas sureñas de alta ruralidad, como Maule, Bíobío. (10)

A los pocos meses de esta medición se produjo el sismo de febrero de 2010 que tuvo como epicentro en esa zona.

Figura 2.4. Evolución de la Pobreza e Indigencia 1990-2009



Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN 2009 (9)

b) Pobreza

El Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) a través de la encuesta CASEN evalúa periódicamente los niveles de pobreza en el país así como también la cobertura, distribución e impacto que tienen los beneficios de los programas de protección social. Según esta fuente, en 2009 la pobreza alcanzaba a 15.1% de la población, incluye la indigencia (3.4%) y la pobreza no indigente (11.4%). (9)

El nivel de pobreza ha mantenido un descenso entre 1990-2009; reduciendo a la mitad su valor en este período, con lo cual se ha cumplido con el ODM correspondiente (figura 2.4). Entre 2006 y 2009, hubo un aumento en la pobreza relacionado con la crisis económica mundial de fines de 2008 y 2009. Aunque no es posible tener datos atribuibles a impacto preventivo, el Estado adoptó una serie de medidas económicas de apoyo al sistema bancario y empresarial que evitó una crisis mayor (como ocurrió incluso en EEUU), que hubiese impactado empleos, ingresos, costo de vida, alimentos y otros, y a su vez hubiese aumentado aún más la pobreza en los grupos socialmente más vulnerables. La pobreza e indigencia rural es mayor que la urbana. El 19,9% de la población indígena es pobre, mostrando en la última década, peores indicadores que la población no indígena (es el único grupo donde la pobreza no ha disminuido a la mitad). (9,11) Persiste una mayor pobreza en niños, adolescentes, grupos familiares con jefatura femenina y grupos étnicos presentando cifras superiores a la media nacional, con mayor proporción en sector rural, con mayor intensidad de la indigencia en este sector. Araucanía, Bío-Bío y Maule son las Regiones donde hay mayor ruralidad y proporción de población indígena, y allí se registra mayor proporción de pobreza (figura 2.5). En las regiones de menor pobreza están Magallanes, al extremo sur del país, de baja población, clima inclemente y mayores condiciones de trabajo, ingresos y subsidios. La Región con menor pobreza en Antofagasta, área geográfica donde se ubica la gran minería del cobre y otros, proporcionando empleos y relativas mejores condiciones de vida.

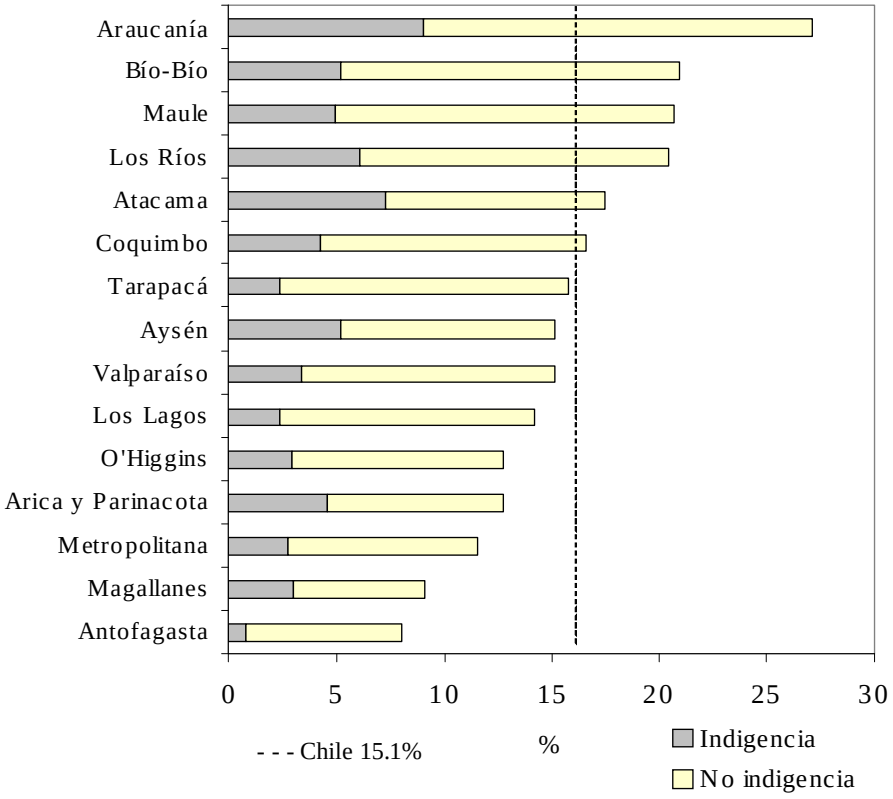
El actual Gobierno de Chile se ha propuesto erradicar la extrema pobreza antes del 2014 y la pobreza antes del 2018 y terminar con las desigualdades excesivas. (2)

Cuadro 2.4 Pobreza e indigencia según ruralidad. Chile 2009

Pobreza	Zona		Total
	Urbana	Rural	
	%	%	%
Indigencia	11.8	8.5	11.4
No indigencia	3.6	4.4	3.7
Total	15.5	12.9	15.1

Fuente: MIDEPLAN Encuesta CASEN 2009 (9)

Figura 2.5. Nivel de pobreza por Región. Chile 2009



Fuente: MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2009. Apartado Pobreza. (9)

c) Empleo

En el país, hay 12.4 millones de adultos mayores de 18 años, de los cuales 6.7 millones constituyen la fuerza de trabajo (2010). El 43% de la fuerza de trabajo de concentra en la Región Metropolitana, y las mayores tasas de desempleo corresponden a las regiones de Valparaíso (10,1) y de Araucanía (10,1). (1,10)

La tasa de desempleo fue 9.7% en 2009 y 8.1% en 2010 (INE). La relación empleo-población (grupo entre 15 y 64 años) es de 49,6 %, con una tasa de crecimiento del empleo que en el último año fue de -0.73%. Persisten los problemas de inserción laboral de mujeres, jóvenes y personas de baja escolaridad junto con una mayor inestabilidad en el empleo. Con un porcentaje de empleo vulnerable del total del empleo de 81%(2000-2008) principalmente en los grupos de baja inserción. La participación laboral femenina alcanza un 41.3%, siendo la Meta ODM de 45%, y una relación entre tasa mujer/hombre de 1.02. (2,10)

El empleo femenino se concentra principalmente el sector servicios, y hay discriminación sectorial y salarial reflejada por una diferencia de salarios medios en que por igual trabajo, los hombres reciben un 26.3% más (ligeramente superior respecto a la Meta de ODM, que es de 25%). La participación de

mujeres en puestos de responsabilidad empresarial o decisión a nivel de empresas es de 27,3% y la tasa de desocupación femenina de un 8,1% (mientras que en los hombres es de 6.0%. (2,10)

d) Vivienda

En la última década, las viviendas aumentaron en 30,6%, lo que fue mayor en sectores urbanos (34,2%), mientras en zonas rurales sólo aumentaron 13%. Las viviendas caracterizadas como de tipo permanente aumentaron en un 31.6% mientras que las semipermanentes disminuyeron en 48.2%, indicando que la población ha tenido mayor acceso a soluciones habitacionales de carácter más estable. (9)

La mayor parte de viviendas cuenta con saneamiento satisfactorio (cuadro 2.4, 2009), destacando que casi el 90% no tenía hacinamiento, la disponibilidad de energía eléctrica era universal, la distribución de agua potable alcanzaba a sobre el 95%, y la eliminación de excretas era aceptable por sobre el 90%. Estas condiciones se daban a pesar que solo tres cuatros de las viviendas (76,5%) tenía aceptable calidad en la parte materiales de la vivienda. Estas condiciones son más limitadas en Regiones con mayor ruralidad.

d) Educación

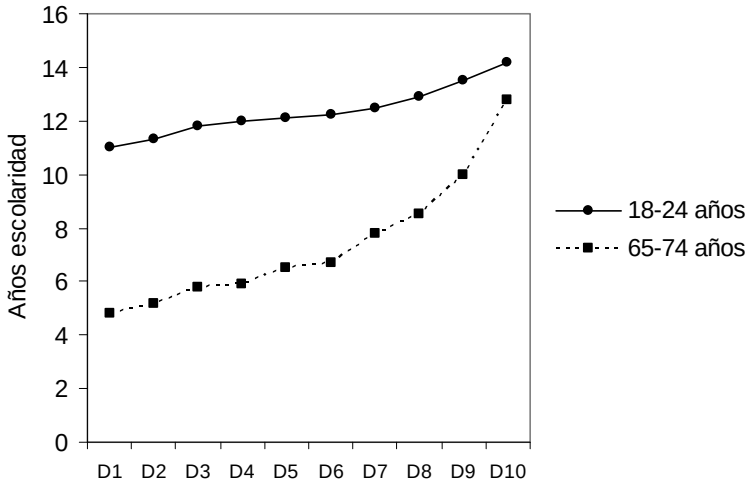
La población alfabeta alcanza a 98.6% en los mayores de 15 años, con una tasa de matriculas neta en la enseñanza básica y secundaria de 4,4% con una tasa de conclusión de enseñanza media de 80,5% y de deserción escolar del 5,1% mayor durante enseñanza media. Existe una tasa de matriculación en enseñanza superior de un 52,1% y es similar según género (relación mujer/hombre de 0.95 en enseñanza básica y 1.0 en la educación superior). (9)

Cuadro 2.5 Proporción de viviendas con saneamiento satisfactorio en las diversas Regiones de Chile, 2009

Región	Hogares sin hacinamiento en vivienda	Eliminación de excretas aceptable	Distribución del agua aceptable	Disponibilidad de energía eléctrica	Materialidad de la vivienda aceptable
15 Arica y Parinacota	82,1	89,9	94,0	98,4	64,0
1 Tarapacá	85,5	96,4	97,1	99,4	66,7
2 Antofagasta	87,0	98,6	98,8	99,9	77,7
3 Atacama	87,1	93,9	95,2	99,3	63,7
4 Coquimbo	87,0	89,5	92,7	98,2	62,8
5 Valparaiso	88,8	94,6	97,0	99,9	73,5
6 O'Higgins	90,4	86,0	93,1	99,5	61,6
7 Maule	88,1	82,6	90,2	99,2	57,1
8 Bio Bio	87,8	87,0	93,9	99,3	75,2
9 La Araucanía	88,8	75,7	88,8	97,1	71,4
14 Los Rios	88,3	81,4	93,1	98,3	85,4
10 Los Lagos	89,3	80,9	92,8	98,1	87,0
11 Aysén	89,3	92,8	96,0	97,5	85,4
12 Magallanes	95,5	97,5	98,3	99,0	80,6
13 Metropolitana	89,4	96,9	98,3	99,9	83,7
Total	88,7	91,3	95,6	99,4	76,5

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2009 (9)

Figura 2.6 Años de escolaridad en jóvenes de 18 a 24 años y adultos de 65 a 74 años, según decil de ingreso autónomo del hogar. Chile 2009



Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2009 (9)

En relación al nivel de 1992, hay 1,2% de incremento en los niveles prebásico (menores de 5 años). La cobertura actual de educación preescolar en el quintil de ingreso más bajo es del 32,3% (aunque es el doble que la existente en 1990). El promedio de escolaridad es de 10.4 años, alcanzando a 10.8% en zonas urbanas y 7,8% en áreas rurales. (3,4) En los jóvenes de 18 a 24 años, la escolaridad en el quintil de menores ingresos (D1) alcanza a casi 11 años, mientras que en el decil de mayores ingresos (D10) llega a 14 años. En el grupo de adultos mayores de 65 a 74 años hay más contraste, pues quienes están en D10 alcanzan a 12 años de escolaridad, el D1 no alcanza a 5 años de escolaridad (figura 2.6). (9)

La escolaridad se relaciona con mayores ingresos, pues el quintil con 16 años de escolaridad drecibe 1.1 millones pesos (aproximadamente USD 2.200) mientras que los que tienen 12 años de escolaridad reciben 357 mil pesos (USD 720).

e) Participación social

La participación social en la población adulta es baja, pues el 57,7% de los adultos de 15 o más años de edad no pertenece a ninguna organización, y 26% refiere participación política. Casi un tercio pertenece y participa en organizaciones religiosas (32%), en menor proporción, en grupos deportivos y los territoriales. El 83% de los adultos refiere tener alguna red permanente de apoyo social, en la que pudiese pedir ayuda o consejo en caso necesario. Sobre solo el 43% percibe tener una red de apoyo a nivel material. (12)

f) Población indígena

El 6,9% de la población chilena refiere pertenecer o descender de algún pueblo indígena reconocido por la ley 19.253 (etnia Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Atacameña o Likan Antay, Quechua, Coyas, pertenece al pueblo mapuche (87,2%) o aymará Diaguita, Káwesqar, y Yámana o Yagan de los canales Australes) (CASEN 2009). La gran mayoría (7.8%). Menos de un tercio de la población indígena vive en el sector rural (31,1%). La población indígena vive en mayor condición de pobreza (19.9%), con tasas de analfabetismo mayor, 40,4% de los diversos grupos étnicos no tiene educación o solo ha completado educación primaria, y sólo 11,9% accede a la educación superior. El nivel de ingresos es 48% menor que la población no indígena. Dos tercios de población indígena se concentran tres Regiones: la Araucanía (24,6%), Metropolitana (24%) y de los Lagos (14,5%). Las regiones que concentran mayor proporción de población indígena son Araucanía (30,1%), Arica y Parinacota (25,4%) y Magallanes (22,7%); en estas dos últimas la población total tiene una baja densidad. Destaca que sólo 12% de la población indígena habla y entiende su lengua originaria, especialmente en el grupo de adultos mayores. (9,10)

g) El contexto ambiental

En las últimas décadas, el desarrollo urbano e industrial de Chile ha aumentado en forma importante. Sin embargo, se ha producido un conjunto de efectos secundarios negativos que incluyen el deterioro de algunas condiciones

ambientales. Ello es más notorio en la capital, que ha tenido un gran crecimiento en pocas décadas (ya supera los seis millones de habitantes, con rápida expansión poblacional y migración interna desde otras áreas y externa desde países colindantes). Entre los problemas ambientales relevantes, destacan contaminación del aire, agua, suelos, disposición de residuos sólidos. La calidad del aire en la capital y otros grandes centros urbanos se deteriora en meses de invierno, lo que lleva a un estricto monitoreo y tomar medidas que llevan a soluciones parciales de la contaminación del aire, como es el caso de restricción vehicular en días hábiles y el control estricto de industrias contaminantes, con prohibición de combustión de leña en lugares altamente contaminados (CONAMA, 2008). (13)

Cuadro 2.6 Cobertura urbana efectiva de saneamiento, 1990 a 2009

Componente del saneamiento	1990 %	200 %	2006 %	2009 %
Agua potable	97.5	99.6	99.8	100.0
Alcantarillado	82.6	93.1	95.2	95.6
Tratamiento aguas servidas	N/D	20.9	81.9	83.3

Fuente: MIDEPLAN (2)

La legislación y regulación ambiental se han fortalecido paulatinamente desde 1994, en que se promulgó la ley general sobre Bases del Medio Ambiente y se creó la Comisión Nacional del Ambiente (CONAMA), que coordina el sistema de gestión ambiental. (13) En 2010 entró en vigencia la Ley 20.417, que creó el Ministerio del Ambiente, el Servicio de Evaluación Ambiental y la Superintendencia del medio Ambiente. (30) También en 2010, Chile adhirió al Acuerdo de Copenhague sobre el cambio Climático, y en consecuencia se comprometió a adoptar acciones para limitar en 20% sus emisiones de efecto invernadero (el año 2020, en relación a 2007). (2,13)

En 2006, la cobertura de agua potable en hogares era cercana al 100% en áreas urbanas y sobre el 95% en zonas rurales concentradas; la cobertura de alumbrado eléctrico alcanzaba al 99,5% de los hogares; el 82% de los hogares del país disponían de alcantarillado como sistema de recolección de excretas (CASEN 2006). (11) Ya en 1994 casi el 100% de la población urbana disponía de un servicio regular de recolección domiciliaria. Algunos rellenos sanitarios, donde se depositan los residuos urbanos, han debido cerrar al haber cumplido su ciclo de vida. Los municipios han externalizado el servicio de recolección de basuras. La cobertura de agua potable se ha hecho universal en zonas urbanas, supera 95% de alcantarillado (cuadro 2.6). Se proyecta una cobertura universal en 2015. El tratamiento de aguas servidas ha aumentado ostensiblemente desde 1990, hasta alcanzar 83% en 2009; también se espera que exista una cobertura universal en 2015. (2)

2.3. La protección social

La protección social en Chile incluye mecanismos y subsidios para prevenir y aliviar las condiciones de sufrimiento, vulnerabilidad y riesgo social y de salud que son debidos a diversas carencias, especialmente aquellas relacionadas con falta de desarrollo socioeconómico y oportunidades de acceder a los beneficios sociales. Se basa en aportes del sistema de la seguridad social en Chile y la red social de apoyo a los grupos de menores ingresos, más vulnerables socialmente, que no pueden acceder a los mecanismos tradicionales que la sociedad ofrece para el desarrollo humano y bienestar (como subsidios financieros, educación, bienes y servicios básicos, salud, vivienda y otros esenciales). La importancia de la protección social es que aporta una serie de factores positivos para promover el desarrollo humano y evitar que las carencias e inequidades en el ámbito socioeconómico puedan tener impacto negativo en la salud de aquellos grupos más vulnerables de la población. También busca asegurar el acceso efectivo y oportuno al sistema de salud (según necesidad de cada persona), especialmente de aquellos que por motivos de pobreza y otros relacionados, puedan verse imposibilitados de tener una mejor salud. Los principales programas de la protección social en Chile se indican en el cuadro 2.7. (14,15,16,17)

Cuadro 2.7. Principales programas de la protección social en Chile

Función	**Programas o Beneficios**
Vejez	Pensión de Vejez Pensión Asistencial de Vejez Programas de Salud Pública Programa de Salud Adulto Mayor Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor Programa de Atención Especial al Adulto Mayor en Vivienda
Sobrevivencia	Pensión de Sobrevivencia Pensión de Viudez Pensión de Orfandad Asignación por Muerte Programas de Salud Pública
Invalidez	Pensión de Invalidez Programa de Capacitación para Discapacitados Fondo Nacional de la Discapacidad Programas de Salud Pública
Accidentes y enfermedades profesionales	Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Invalidez Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Viudez Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Orfandad Subsidios por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Indemnizaciones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales
Familia/Niñez	Subsidio Familiar (Recién Nacido y Madre Embarazada) Asignación Familiar Subsidio de Reposo Maternal y Cuidado del Niño Programas de Salud Pública Asignación por Muerte Programa de Alimentación Escolar
Enfermedad	Programas de Salud Pública Atención de Urgencia Atención Primaria Atención Secundaria
Atención de la salud	Beneficios de Salud Preventiva y Obstetricia Instituciones de Salud Previsional Fondo Nacional de Salud Programas de Inmunización Programa de prevención de Enfermedades Programa de Alimentación Complementaria Programa de Prestaciones Complejas
Desempleo	Subsidio de Cesantía Seguro de Cesantía (Desde 2002) Programas de Empleo con Apoyo Fiscal Programas de Generación de Empleo Programas de Reinserción Laboral Programa de Nivelación de Competencias Laborales Programas de Reconversión Laboral
Pobreza y exclusión social	Beneficios Permanentes (Salud, Educación , Vivienda, Subsidios) Beneficios Temporales (como Programa Chile Barrio, Programas Sociales de Capacitación, Programas de Becas y otros) Subsidios de Vivienda Programas dirigidos a Grupos Vulnerables (Indígenas, Jóvenes, Niños, Mujeres)

Fuente: Arenas A. y Benavides P. (2003) Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2000. Oficina Internacional del Trabajo, Santiago 2003 (14)

Durante los últimos gobiernos, de manera sostenida, se han fortalecido las políticas sociales para hacerlas más amplias y de mejor calidad, con aumento de los derechos explícitos y protección ante situaciones como la enfermedad, la pobreza, el desempleo, la vejez y la discapacidad. En el cuadro 2.6 se plantea algunas de las características básicas de los principales sistemas de protección basados en la seguridad social: Pensiones, Invalidez y supervivencia, Salud, Accidentes de Trabajo, y Desempleo. El sistema público de pensiones de vejez es administrado por el Instituto Nacional de Previsión (INP) y el privado es administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y se financia por cotización de 10% de salarios de los afiliados (o del Estado en caso de pensiones mínimas y pensiones asistenciales)

Las mutuales de seguridad administran seguros de accidentes de trabajo, que pueden cubrir una pensión por invalidez y supervivencia en los trabajadores cotizantes, mientras que puede haber compra de seguro a familiares en caso de invalidez y supervivencia por parte del afiliado, y que son administrados por INP y AFP. A su vez, la red de protección social del Gobierno de Chile (PROTEGE) incluye el trabajo coordinado de los diversos ministerios relacionados con la protección social, y tiene como base un conjunto de nueve programas y beneficios que cubren las principales necesidades de la población a lo largo de todo su ciclo vital:

- Chile Crece Contigo
- Becas de educación escolar y superior
- Subsidio a la contratación de jóvenes
- Garantías explícitas de salud AUGE
- Subsidios para la vivienda
- Chile Solidario
- Seguro de desempleo
- Pensión Básica Solidaria
- Bono por Hijo Nacido vivo o adoptado

La red busca reducir la vulnerabilidad, crear oportunidades para los niños, niñas y sus familias, combatir la discriminación en todas sus formas, disminuir las desigualdades y mejorar la equidad social. La red enfoca su tarea hacia los sectores con mayores necesidades y carencias, pero su público no se limita a las personas en situación de pobreza. Varios de los programas y beneficios de PROTEGE abarcan a grupos mayoritarios de la población, incluyendo a las familias de clase media.

En el mes de octubre del año 2006, se anunció la creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, dirigido a todos los niños y niñas del país, de forma de acompañarlos y apoyarlos en su desarrollo, desde la gestación hasta que ingresen a educación preescolar y al sistema escolar. Chile Crece Contigo es el componente del Sistema de Protección Social que busca acompañar, proteger y apoyar integralmente a niños, niñas y sus familias con acciones y servicios de carácter universal, especialmente a través de los siguientes programas específicos: Programa de Apoyo al Recién Nacido; Ayudas técnicas para usuarios de Chile Crece Contigo; Sala cuna y jardín infantil gratuitos; Programa educativo masivo; Programa de apoyo al desarrollo biosicosocial; y Subsidio familiar. Con el fin de mejorar la eficiencia de programas sociales y focalización de los subsidios a la población, desde 2005 se ha perfeccionado la Ficha de Protección Social, para orientar de una manera más justa a la red de beneficios sociales del Estado, que sea capaz de recoger los cambios experimentados por la pobreza, de identificar las distintas dimensiones que confluyen en ella, de detectar a quienes viven situaciones de vulnerabilidad y de recabar información pertinente para la aplicación de los programas de protección social. (18,19)

2.4. Desastres Naturales

Chile tiene una especial conformación climática, geotectónica y geográfica, con un gran cordón montañoso, que lo hace uno de los países más expuestos a desastres naturales, en especial terremotos. Se han producido 228 desastres naturales entre 1900 y 2009, con un total de damnificados que superan los 8,2 millones de personas, Destaca que 84 de estos sismos han sido terremotos de magnitud igual o superior a 7.0 en la escala de Richter.

El 27 de febrero de 2010, se produjo un severo terremoto (grado 8.8 MW, con epicentro en la costa de la VII Región a 800 Km. al sur de la capital, seguido de un maremoto que abarcó varias regiones del país. Afortunadamente, las condiciones de infraestructura mayoritaria, en general antisísmica, y de desarrollo organizado de la vida del país evitaron que se produjera una catástrofe mayor. El desastre tuvo consecuencias en la salud de la población (512 muertos y 16 desaparecidos), en el desarrollo y condiciones de vida de alrededor de 800 mil personas que resultaron más damnificadas.

Por su condición telúrica y antecedentes de maremotos previos, en Chile cuenta con un sistema de alerta de tsunami debidamente desarrollado. Sin

embargo, la alerta, información y coordinación que se requería para adoptar medias de acción no funcionó como se esperaba. Afortunadamente se registró un total de 156 muertos y 25 desaparecidos, a pesar de que siete ciudades o pueblos costeros tuvieron un serio daño de las construcciones e infraestructura ubicada en el borde marino (incluyendo el pueblo en una isla del archipiélago de Juan Fernández frente a la costa continental. El daño material afectó principalmente a los sectores de vivienda, infraestructura (vial, agua y saneamiento), instalaciones portuarias de alto valor económico, energía y comunicaciones, pesca, agroindustria, silvicultura, comercio y minería. (20)

El impacto socioeconómico se estima aproximadamente en USD 30 mil millones. Destaca que 370.071 viviendas sufrieron daños por el sismo, de las cuales 81 mil quedaron destruidas, 109 mil con daño mayor y el resto con daño menor. El sismo dañó 1.714 establecimientos educacionales, destacando que 67% de establecimientos educacionales quedó inhabilitado en la región de Bíobío y 47% en Maule. Se registró daños en 1.154 Km. de caminos, 191 puentes y 9 aeródromos o aeropuertos. La energía eléctrica se interrumpió por los daños, pero pudo ser recuperada a los pocos días (luego mantuvo inestabilidad por algunas semanas). 114 sistemas urbanos de agua potable sufrieron daños, 49 de ellos severos, y 730 sistemas de agua potable rural presentaron algún tipo de falla. La cobertura de agua potable se redujo notoriamente en los primeros días post sismo, lo que fue suplido por distribución de agua de emergencia (camiones aljibe). (20)

La población damnificada fue protegida por albergues provisorios (como gimnasios o escuelas no dañadas) y luego por campamentos. Posteriormente se apoyó con viviendas provisorias básicas, de madera (mediaguas). A pesar de deterioro de agua y saneamiento inicial, no se produjo brotes o eventos de salud importantes, a pesar del riesgo existente. La labor de apoyo y prevención fue apoyada por importante ayuda gubernamental y no gubernamental, nacional e internacional, destacando la solidaridad y capacidad de respuesta del país ante este tipo de desastres.

Se estima que 93.928 trabajadores perdieron su empleo (en su mayoría, habitantes de Bío-Bío y Maule), principalmente sector pesca (relacionado con tsunami y destrucción infraestructura en puertos), el comercio y la agricultura. El 81% de los empleos perdidos se produjo en trabajadores de pequeñas empresas. (21)

La infraestructura de salud sufrió daño importante 128 hospitales quedaron inutilizables, al igual que centenas de centros ambulatorios, aunque no hubo que lamentar muertes o lesionados en quienes estaban en los centros asistenciales de salud al momento del terremoto. Afectó especialmente a cuatro Regiones del país, con población incluida de alrededor de 3 millones de personas. Este sismo puso a prueba la capacidad de respuesta, solidaridad y sobrevivencia del país en general y del sistema de salud en particular. Las prioridades de acción sectorial de corto plazo se focalizaron en el desastre y hubo que tomar medidas económicas y formular planes para recuperar la estructura y desempeño del sistema de salud. (20)

Además del sismo ocurrido en febrero de 2010, cabe destacar que Chile presenta alta vulnerabilidad en lo que respecta a erupciones volcánicas, con dos de los cuatro volcanes más activos de Sudamérica, que determinan en general poblaciones desplazadas de sus lugares de origen, como es el caso de la ciudad de Chaitén en el 2008; y por otra parte inundaciones, las cuales son cíclicas según los fenómenos ocurran anuales o bianuales.

3. Condiciones de salud y sus tendencias

3.1. Aspectos demográficos

La población estimada para el año 2010 es de 17.094.275 personas (8.461.327 hombres y 8.632.948 mujeres). La población menor de 15 años y la de 60 o más años representan 22,3% y 9,0% respectivamente. (10)

Los cambios demográficos resultan de la disminución progresiva de la natalidad y fertilidad, así como el aumento de la expectativa al nacer y sobrevida producen una pirámide poblacional con características de envejecimiento y disminución proporcional de niños (figuras 3.1 y 3.2). La densidad poblacional es de 8,5 habitantes por km^2 y la edad promedio de 32,1 años.

La Región Metropolitana, con 43 comunas (34 de ellas en el Gran Santiago) alberga al 40.3% de la población y hay otras dos regiones que contienen complejos urbanos y mayor densidad poblacional: Bíobío, con 11% y Valparaíso con 10.3% (cuadro 3.1) El ritmo promedio anual de crecimiento fue 0,9%. La población rural corresponde a un 13% y la población urbana (87%), se concentra en la región del Maule (32,9%) y Araucanía (32,1%).

Al 2009 un 6,9% de la población declara pertenecer o descender de algún pueblo indígena, de los reconocidos por la Ley Indígena.

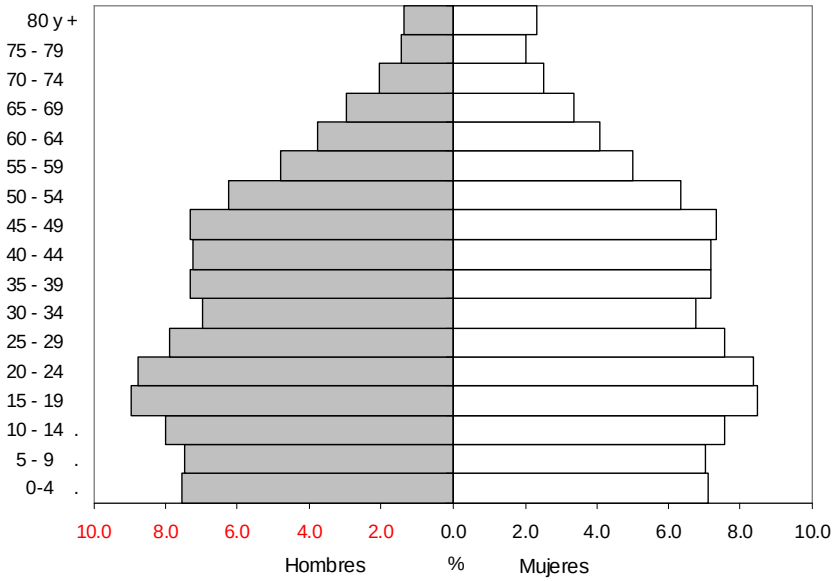
Las condiciones de desarrollo socioeconómico actual de Chile lo hacen atractivo como posibilidad potencial de empleo. Por ello, en la última década se ha producido una inmigración progresiva de habitantes procedentes del resto de Sudamérica, especialmente de Perú y Ecuador. Las condiciones de ingreso general al país (como turistas de corto plazo, búsqueda de trabajos informales) y falta de registros impiden tener una estimación exacta de su cantidad y distribución. (1,3, 11)

Cuadro 3.1 Población por Región, estimada al 30 de junio de 2010

Región	Población (miles hab.)	% de pob. nacional	Superficie Km2	Densidad (hab/km2)
XV Región de Arica y Parinacota	185.0	1.1	16.873.3	11
I Región de Tarapacá	314.5	1.8	42.225.8	7.4
II Región de Antofagasta	575.3	3.4	126.049.1	4.6
III Región de Atacama	280.5	1.6	75.176.2	3.7
IV Región de Coquimbo	718.7	4.2	40.579.9	17.7
V Región de Valparaíso	1.759.2	10.3	16.396.1	107.3
VI Región de O'Higgins	883.4	5.2	16.387.0	53.9
VII Región del Maule	1.007.8	5.9	30.296.1	33.3
VIII Región del Biobío	2.036.4	11.9	37.068.7	54.9
IX Región de La Araucanía	970.4	5.7	31.842.3	30.5
XIV Región de Los Ríos	379.7	2.2	18.429.5	20.6
X Región de Los Lagos	836.3	4.9	48.583.6	17.2
XI Región de Aisén	104.8	0.6	108.494.4	1
XII Región de Magallanes y Antártica	158.7	0.9	1.382.291.1	0.1
Región Metropolitana	6.883.6	40.3	15.403.2	446.9
País	17.094.3	100	2.006.096.3	8.5

Fuente: Compendio INE, 2010. (10)

Figura 3.1 Distribución de la población por sexo y grupo de edad, estimada al 30 de junio de 2010

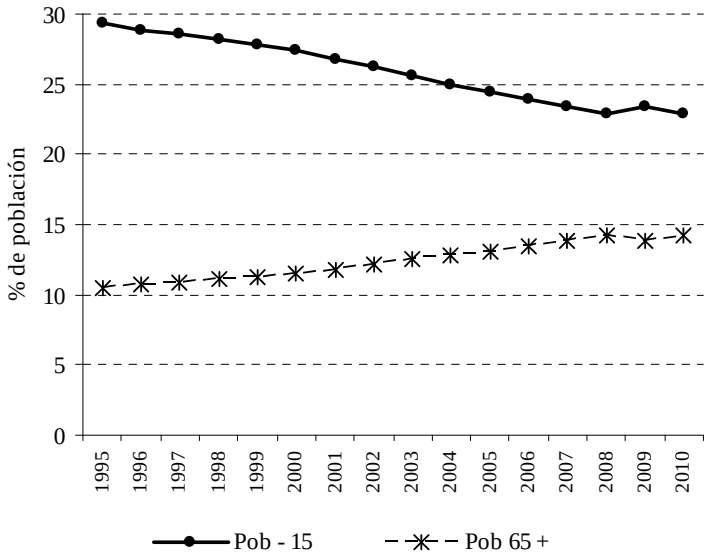


Fuente: INE-CEPAL Chile: Proyecciones población total 1950 al 2050. (22)

En la estructura de población de 2010 (figura 3.1), destaca que en los grupos de menor edad se mantiene una tendencia a la relativa estabilización, salvo el grupo de 15 a 24 años. Los adolescentes (10 a 19 años) son un grupo mayor que los niños de 0 a 19 años En 2020, se proyecta la estructura de población indicada en figura 3.3. (22)

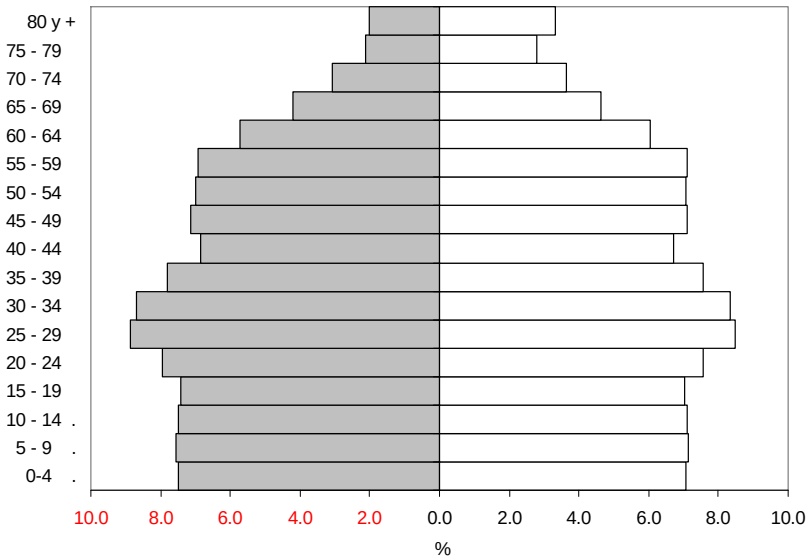
Con los cambios de fecundidad y prolongación de expectativas de vida, existe una paulatina tendencia a la disminución de la proporción de menores de 15 años y aumento de la proporción de adultos mayores de 65 años en (figura 3.2, período 1995 a 2008).

Figura 3.2 Evolución de proporción de menores de 15 años y adultos mayores de 65 años en Chile, 1995 a 2008



Fuente: INE-CEPAL Chile: Proyecciones población total 1950 al 2050. (22)

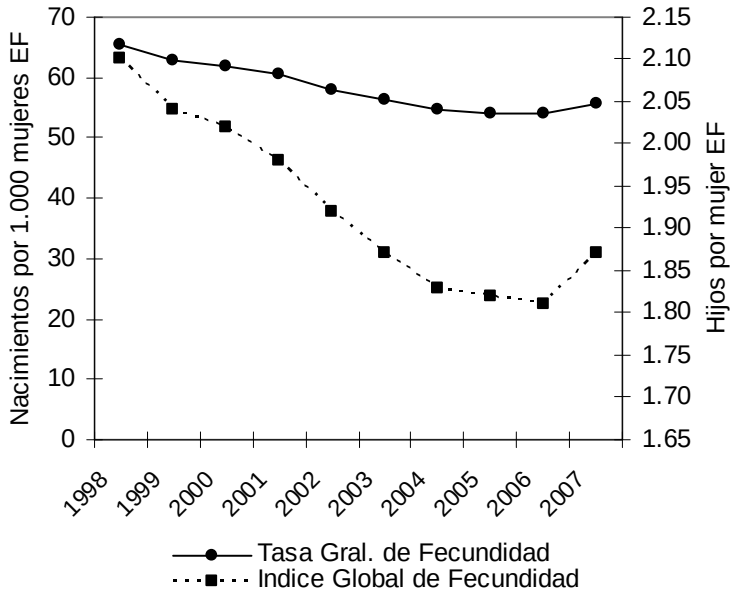
Figura 3.3 Distribución de la población por sexo y grupo de edad, estimada al 30 de junio de 2020



Fuente: INE-CEPAL Chile: Proyecciones población total 1950 al 2050. (22)

La tasa de natalidad ha mantenido su tendencia estable al descenso estimándose al último año disponible de 14,6 por 1.000 habitantes, con disminución tanto de la fecundidad. (1,2) Una tendencia similar ha experimentado la mortalidad infantil que para el año 2010 alcanzó a 7,9 por mil nacidos vivos. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer estimada para el periodo 2010-2015 se ha estimado en 78,6 años, para mujeres de 81,5 años y para hombres de 75,5 años (figura 3.4). (1,2)

Figura 3.4. Evolución de tasa general de fecundidad e índice global de fecundidad. Chile 1998 a 2007



Fuente: MINSAL Los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010, Evaluación de final de período (2)

3.2. Mortalidad y morbilidad

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2006 (ECV 2006), el grado de satisfacción de la población general con su salud es bueno (auto reporte mayor a 5, en una escala de 1 a 7), mientras que en el informe de Desarrollo Humano para Chile mostró que la satisfacción general con la Vida es de 6,3 (escala de 0 a 10), en el periodo 2006-2009 sin embargo, las mujeres y las personas de bajo nivel socioeconómico presentan menor grado de satisfacción. (8,23)

De acuerdo a la Encuesta CASEN 2009, las personas que reportaron algún problema de salud los 30 días previos a la encuesta es de un 14,4%, de los cuales un 17,5% no recibió atención en salud (variabilidad de 14,4 a 26,% según región), del total que recibió atención un 41,2% fue en APS municipal, con menos del 20% en sector privado. Del total que no tuvo atención de Salud (Ver Cuadro) un 13,8% corresponde a problemas en el acceso, un 19,8 opto por medicinas complementarias y el resto considero que su problema no era importante o bien se automedicó. (9)

Los indicadores de mortalidad en Chile provienen del sistema nacional de registro de hechos vitales y codificación CIE-X de causas de muerte (INE-MINSAL). Las últimas cifras publicadas (2005-2006) muestran muy buenos indicadores de calidad: un 99% de certificación médica de las muertes. En el año disponible 2008 hubo 90168 defunciones, con una tasa bruta de mortalidad general de 5,4 por 1000 habitantes (la tasa ajustada por edad a la población estándar mundial indica a 5,0 muertes por 1000 habitantes). La mortalidad general es de 5,9 muertes por 1000 h. en hombres y 4,9 muertes por 1000 h. en mujeres. (24)

En 2007, la mortalidad general fue de 5,6 por mil habitantes (6.1 en hombres y 5.2 en mujeres) y en las Regiones fluctuó entre 4,0 y 6,4 por mil habitantes (cuadro 3.2). La mortalidad materna tiene mayor fluctuación entre regiones, pero la tasa es inestable por cuanto se trata de un número anual de defunciones muy bajo (42 anuales) y en 3 Regiones no hubo muertes maternas en el año 2007. (24)

Cuadro 3.2 Indicadores básicos de natalidad y mortalidad* por Regiones de Chile, 2007

Región	Natalidad (*100 mil hab)	Mortalidad General (*1.000 hab.)			Mortalidad materna (*100 mil NV)	Mortalidad infantil (*1.000 NV.)			Mortalidad menores de 5 a (*1000 hab 0-4 a)
		Total	Hombres	Mujeres		Total	Neonatal	Tardía	
Arica y Parinacota	16.8	5.5	6.3	4.7	0.0	6.4	4.1	2.3	9.4
Tarapacá	17.1	3.9	4.2	3.6	59.7	9.1	7.1	2.1	9.2
Antofagasta	17.1	5.0	5.4	4.6	21.1	8.4	5.6	2.8	12.1
Atacama	17.3	4.9	5.7	4.2	42.2	10.4	7.0	3.3	11.2
Coquimbo	14.4	5.1	5.7	4.6	40.5	7.5	5.5	2.0	11.4
Valparaíso	13.4	6.4	6.7	6.1	17.5	7.3	5.2	2.1	10.1
Metropolitana	14.7	5.3	5.5	5.1	15.3	7.1	5.0	2.2	8.3
O'Higgins	14.3	5.6	6.2	5.0	24.5	8.2	5.9	2.3	9.1
Maule	13.9	6.0	6.7	5.3	14.6	8.7	6.0	2.7	10.5
Bío-Bío	14.0	5.9	6.6	5.2	14.3	8.3	5.9	2.4	10.1
Araucanía	14.3	6.1	6.8	5.5	14.8	9.2	6.6	2.6	10.8
Los Ríos	13.9	6.4	7.4	5.5	38.4	9.0	6.6	2.4	11.1
Los Lagos	15.4	5.9	6.6	5.1	0.0	8.4	5.6	2.8	10.2
Aysén	16.5	4.4	5.5	3.2	59.6	9.1	7.4	1.7	10.7
Magallanes	14.0	6.1	6.6	5.6	0.9	9.6	5.7	3.9	10.9
Chile	14.6	5.6	6.1	5.2	18.2	7.8	5.5	2.3	9.6

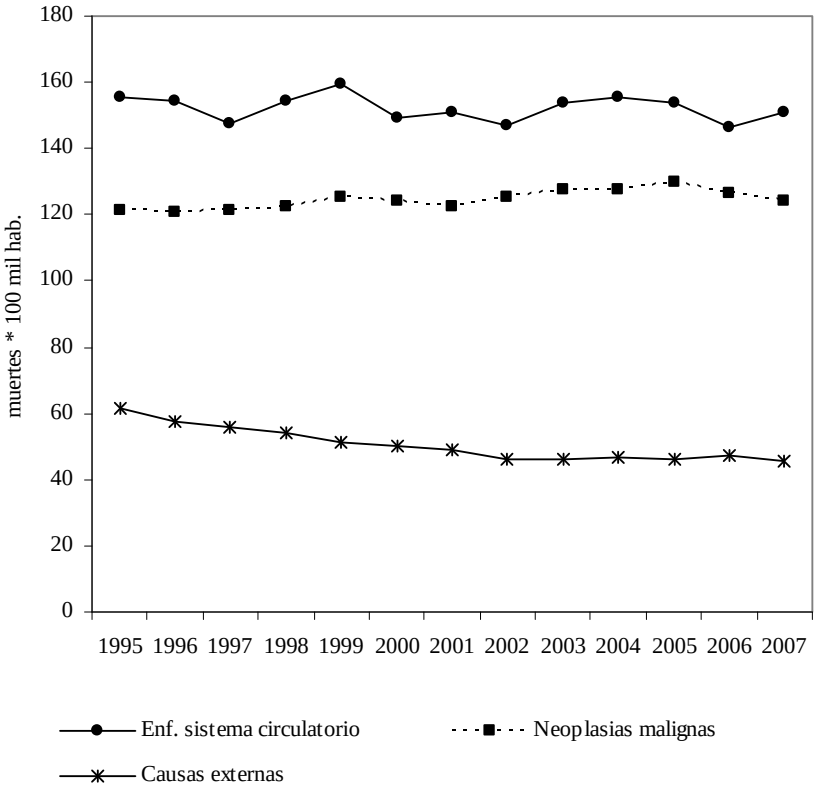
Nota: Información sobre mortalidad infantil corresponde a 2008
Fuente: Ministerio de Salud 2008 y Tercer Informe ODM Chile 2010 (2,24)

Cuadro 3.3 Grupos seleccionados de causas de mortalidad en tasas por 100,000 habitantes, Chile 2007

Grupo de causa	Total		Hombres	Mujeres
	Observada	Ajustada	Observada	Observada
Todas las causas	529,3	452,5	575,8	483,7
Tumores malignos	125,9	104,7	131,0	120,9
Sistema circulatorio	149,3	124,0	153,7	145,0
Enfermedades isquémicas del corazón	48,9	40,4	58,5	39,4
Enfermedades cerebrovasculares	47,3	39,2	45,8	48,8
Diabetes mellitus	20,8	17,2	19,8	21,7
Neumonia	19,0	16,3	18,3	19,8
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	22,9	18,8	33,8	12,9
Accidentes de tránsito	13,2	12,1	21,5	5,0
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	10,3	9,6	17,4	3,4
VIH-sida	2,4	2,2	4,1	0,7
Tuberculosis	1,4	1,2	2,0	0,8

Fuente: Ministerio de Salud 2008. (24)

Figura 3.5 Evolución de tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias malignas y causas externas, por 100,000 habitantes, Chile 1995 a 2007



Fuente: OPS/OMS Generador de Tablas de Indicadores Básicos de Salud (v. 12.2010) (7)

Las principales causas de muerte según grandes grupos de causas, al último año disponible son: enfermedades del sistema circulatorio (27,5% de total de defunciones), tumores (25% del total); Causas externas (9,2% del total de defunciones) y enfermedades del sistema respiratorio (9,2% del total de defunciones). Durante el mismo año las principales causas de egreso hospitalario, incluyendo

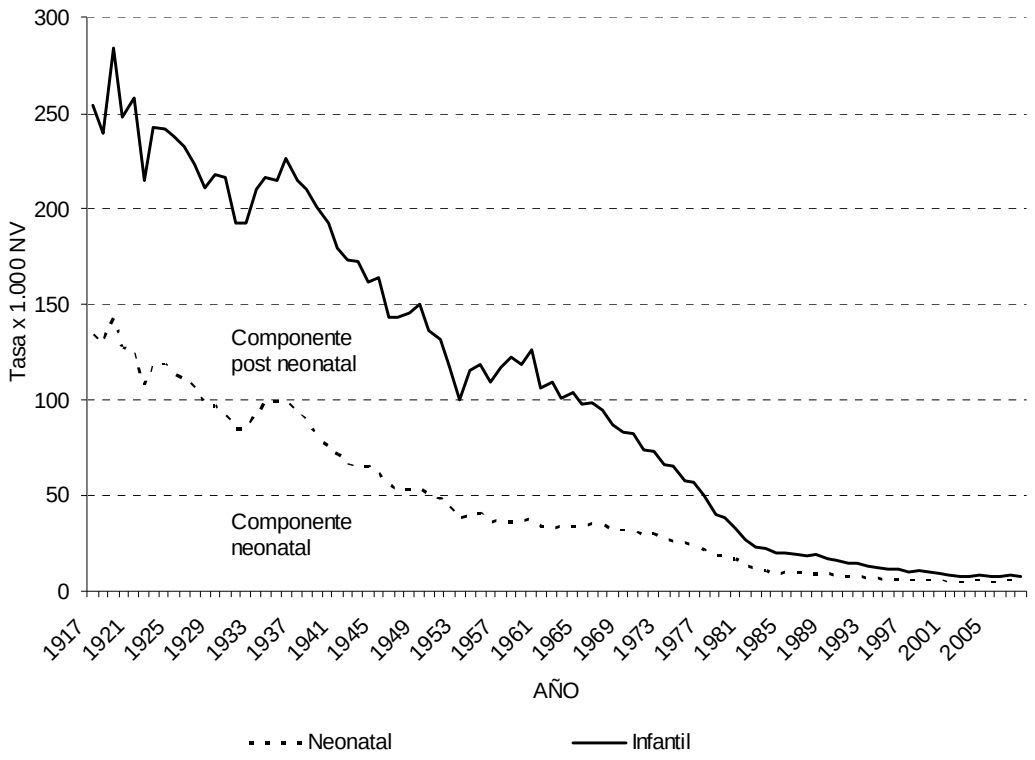
establecimientos públicos y privados, fueron complicaciones del embarazo, parto y puerperio (19,7%); enfermedades del sistema digestivo (11,6%); enfermedades del sistema respiratorio (10.9%); traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas (9,3%) y Enfermedades del sistema genitourinario (7,9%). 8 La mortalidad por grupos seleccionados de causas en general es mayor en hombres que en mujeres (cuadro 3.3, 2007). Destaca que la mortalidad por accidentes de tránsito es 4,4 veces mayor en hombres que en mujeres; la causada por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado es 2,6 veces mayor en hombres; y la mortalidad por VIH/sida es 7 veces mayor. Entre 1995 y 2007, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias malignas se mantiene relativamente estable, y en causas externas hay reducción de 61.4 a 45.7 muertes por 100 mil habitantes en ese período (figura 3.5) (24)

3.3. Problemas de salud según grupos de población

Salud de los niños menores de 5 años

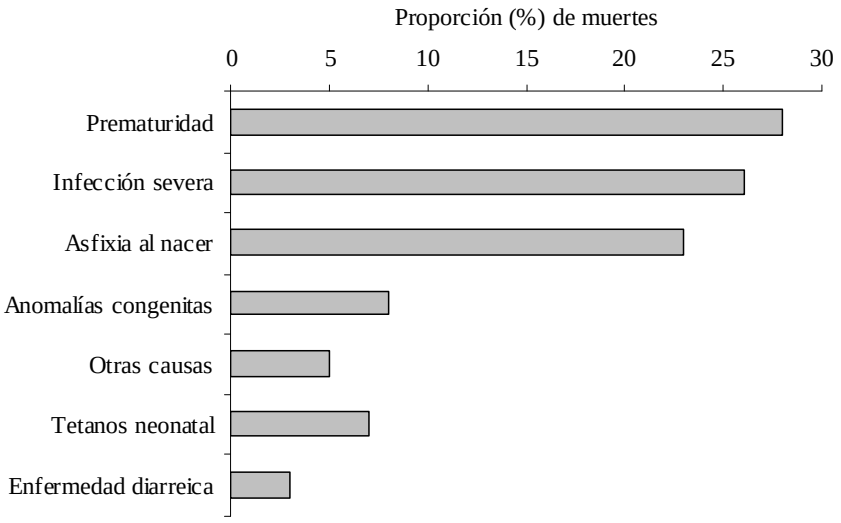
Las defunciones en menores de 1 año para 2008 fueron 1948, con una mortalidad infantil fue de 7,9 por 1000 nacidos vivos. La reducción de la mortalidad infantil ha sido a expensas de mortalidad infantil tardía. Para 2008, el 70,2% corresponde a mortalidad neonatal (5,5 por 1000 nacidos vivos); de las cuales el 81,9% ocurre antes de los 7 días de vida. El análisis regional de la mortalidad infantil muestra fluctuaciones que van desde 7,1 por 1000 nacidos vivos en la Región metropolitana y hasta 10,4 en la región de Atacama. Las principales causas específicas de muerte del menor de un año son: Trastornos relacionados con la duración de la gestación y crecimiento fetal, malformaciones congénitas del corazón, dificultad respiratoria del Recién Nacido, síndrome de muerte súbita infantil, neumonía y malformaciones congénitas del sistema nervioso y osteoarticular las que en conjunto son responsable del 41,2% de las muertes en menores de 1 año. La evolución de la mortalidad infantil ha descendido sistemáticamente en Chile desde que hay registros comparables (1917) en forma más aguda hasta la mitad de la década de los 80 y luego con un descenso de menor velocidad desde entonces hasta 2006, en que el nivel es relativamente bajo (desde los 60, la evolución sigue más bien una curva asintótica (figura 3.6). El componente de mortalidad neonatal ha seguido similar modo de evolución. (24)

Figura 3.6 Evolución de mortalidad infantil en Chile 1917 a 2008



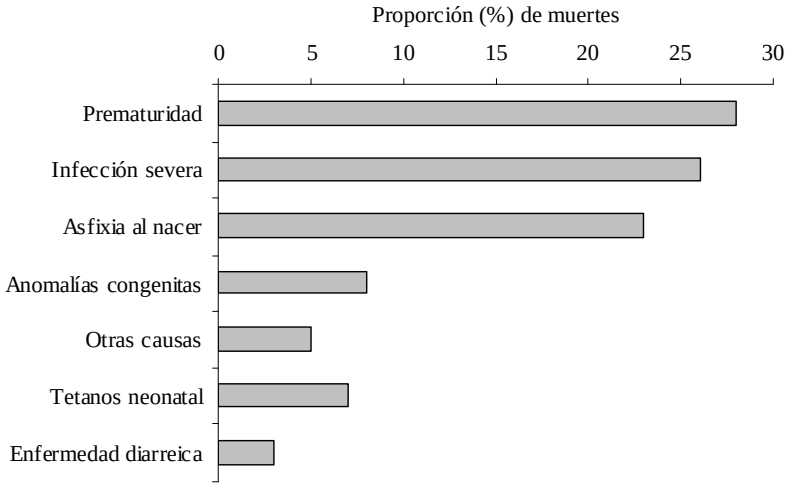
Fuente: J Jiménez MI Romero (2007) y Ministerio de Salud de Chile 2009. (24,25)

Figura 3.7. Causas de muertes infantiles en Chile 2007



Fuente: MINSAL, 2008

Figura 3.8. Causas de muertes neonatales en Chile 2007



Fuente: MINSAL, DEIS, 2008 (24)

Las causas perinatales representan la primera causa de muerte el menor de 1 año, destacando la prematuridad, con 3,3 muertes por 1.000 NV y un 44% del total de muertes.

La segunda causa de muerte del menor de un año corresponde a las enfermedades congénitas, con 261 muertes por 100.000 NV y un 35% del total de muertes de ese grupo de edad. Cabe destacar que la segunda causa de muerte en los preescolares corresponde también a las congénitas, aunque con tasas y proporción muy inferiores (6,5 por 100.000 y 18,7% del total de muertes). Por ello, las políticas orientadas a la prevención de las anomalías congénitas, contribuyen a mejorar la salud y calidad de vida del conjunto de niños menores de 1 año, entre ellas la fortificación con vitamina B12 y ácido fólico en el ámbito de la prevención y la corrección quirúrgica y ortopédica de anomalías congénitas cardíacas y del aparato locomotor, entre otras.

La tercera causa en los menores de 1 año la constituyen las enfermedades respiratorias, con tasa y % muy inferiores a las dos primeras (tasa 29 por 100.000 con 3,9%). En efecto, aún cuando constituyen un problema de salud, importancia relativa se hace menos notoria con su 3,9% comparado con 79 % que es la suma de las dos primeras. En el niño de 1 a 4 años, aunque la tasa es baja, la importancia relativa es mayor que en los

menores de un año, pues alcanza a 4,6%. La experiencia acumulada en Chile con el programa IRA muestra el beneficio de las acciones tendientes al diagnóstico y tratamiento precoz, incluyendo la hospitalización de los lactantes menores de 6 meses, haciendo un uso eficiente de las camas pediátricas, reconvirtiendo una proporción de ellas, a través del manejo flexible y cooperativo de este recurso. A ello se agrega el manejo ambulatorio en establecimientos de atención primaria, en Centros de Salud Familiar, con horarios extendidos de atención, incluyendo los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Todo lo anterior en el contexto de un programa exitoso llamado en el país "Campaña de Invierno".

El 5, 5% de los nacimientos registrados el 2008 era de bajo peso (< de 2500 g.) y un 15,6% tenía peso insuficiente (2.000-2500 g.).

Del total de egresos (187.141) más frecuentes del grupo de edad comprendido entre los 0-4 años fueron: las enfermedades del sistema respiratorio (33,4%), ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (23%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (8,6%), traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas (6,3%).(24)

En 1990 se inició un programa nacional para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de 1 año, lográndose una disminución de la tasa de mortalidad por neumonía desde 23,9 por 1000 nacidos vivos en ese año hasta 3,4 por 1000 en 2003.

Las neumonías en menores de 1 año son responsables del 90% del total de muertes por IRA y siguen siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia en Chile. El síndrome bronquial obstructivo constituye la principal causa de hospitalización, representa el 23-25% del total de consultas de morbilidad pediátrica en Santiago y afecta a la cuarta parte de todos los niños menores de 1 año. En cuanto a malformaciones congénitas, en el país se han priorizado dos condiciones: las malformaciones del sistema nervioso y las cardiovasculares, aumentando esta última y disminuyendo considerablemente la primera.

Los datos registrados en las maternidades de la Región Metropolitana muestran una disminución de alrededor de un 60% de la incidencia de defectos de cierre del tubo neural (DCTN). Este logro se asocia a la fortificación de la harina con ácido fólico implementada en el año 2000. Desde 1992 se implemento el programa de búsqueda masiva de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo cuya cobertura es del 100% y donde a la fecha se han realizados más de 2.000.000 determinaciones (programa con 100% de cobertura). (9)

Según datos del sistema de evaluación y vigilancia nutricional del Ministerio de Salud (MINSAL), junto con una disminución de la prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años, se observa un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad entre 1990 y 2003, manteniéndose estas últimas estables los últimos años (15% y 7,4% respectivamente). (10)

Salud de los niños de 5 a 9 años.

El grupo de 5 a 9 años concentra 0,2% de las defunciones para el último año disponible, por lo que resulta el grupo con menor tasa de mortalidad (0,17 por 1.000 habitantes). Un 58% de las muertes fueron en varones. Las muertes registradas en 2008 se deben principalmente a causas externas (22,3%), tumores malignos (19,4%), anomalías congénitas (16,8%). Entre las causas externas específicas destaca que 45,5% fueron por accidentes de transporte. Entre los tumores 45,5% son leucemias.

Los egresos más frecuentes para este grupo fueron enfermedades del sistema respiratorio (26,3%); enfermedades del sistema digestivo (14,2%); enfermedades infecciosas y parasitarias (7,4%); enfermedades del sistema genitourinario (7,0%); tumores (5,5%); malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (5,1%). Entre los egresos por enfermedades del sistema respiratorio, 23% fueron por neumonía; entre las digestivas destaca las relacionadas con el apéndice (55%) y entre las infecciosas y parasitarias, el 53% fueron diarreas. (24)

Una muestra de estudio de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), dependiente del Ministerio de Educación, indica que 5,9% de los niños de primero básico son hiperactivos en el hogar, 4,2% en la escuela y 1,2% en ambos lugares. En estos niños se encontró que 11,9% de las mujeres tiene riesgo en salud mental y 17,1% de los hombres. El 30% de los niños no vive con el padre, 54,2% de las familias no participa en actividades sociales, 17,2% tiene algún hijo que requiere de ausencias frecuentes al colegio, 9,4% tiene algún familiar en control por alguna enfermedad mental. (26)

Salud de los adolescentes (10-19 Años)

La tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años el 2009 (último año de registro) fue 0,35 por 1.000 habitantes, siendo la tasa mayor en hombres (0,47 por 1000 habitantes). Con 1025 las muertes de este grupo representan un 1,1% del total. Las principales causas de muerte son: Causas externas que son responsable del 59% de de las defunciones en este grupo etáreo, luego le siguen las neoplasias malignas (11,4%) y enfermedades del sistema Nervioso (9,6%). (24)

Los egresos más frecuentes para este grupo durante al último año disponible fueron: por motivo de embarazo, puerperio y parto (30%); enfermedades del sistema Digestivo (13,6%); traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (13,2%) y enfermedades del sistema respiratorio (7,4%). (27)

En 2008 hubo una tasa de 15,7 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años por 100 mujeres menores de 20 años, lo que representa un 14,9% del total de nacidos vivos y significa una disminución respecto al 16,2% de 2001.

Entre los años 1993 y 2003, la Tasa de Fecundidad Específica en adolescente disminuyó de 63,9 hijos/as por 1000 adolescentes a 54,7. El total de embarazadas menores de 20 años bajo control en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se ha mantenido estable 21%.

Un 33,1% de los adolescentes entre 15 y 18 años ha tenido relaciones sexuales (Encuesta nacional de la juventud, 2003, el 31,6% de la población joven ha iniciado su vida sexual a una edad de 15 años o menos, y 6% de mujeres entre 15 y 17 años ya han tenido hijos. El 80.4% de las mujeres entre 15 y 20 años que han tenido hijos, no estudian. (28)

El uso de drogas ilícitas en adolescentes de familias de más altos ingresos duplica a los de familias de menores ingresos (CONACE). (12) Esta diferencia también se aprecia en consumo en adultos (ENS, 2003). La prevalencia de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de 12 a 18 años disminuyó de 8,6% a 6,5% entre 2000 y 2004. En el grupo de 19 a 25 años, el consumo es mayor (mantenido en 16%). Las mujeres han aumentado su consumo de cualquier droga ilícita. En 2004 las regiones de Tarapacá y Metropolitana presentaron las tasas más altas de consumo de drogas en población general. El 7,1 % de los adolescente de 15 a 17 años trabajan (2003).

Salud de los adultos (20-64 Años)

En el grupo de 20 a 44 años durante el 2007 ocurrieron 7.092 muertes, que representan al 8,2 % del total en el año 2007, con una tasa de 112 por 100.000 habitantes. Con 0,62 por 1.000 habitantes en mujeres y de 1,65 en hombres. Las principales causas de muerte (gran grupo de causas) son: Causas externas (44% del total para el grupo etáreo), tumores (17%), enfermedades del sistema circulatorio (9,3%) y enfermedades del sistema digestivo (7,2%).

Los egresos más frecuentes en este grupo fueron: embarazo, parto y puerperio (45%), traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (9,7%), enfermedades del sistema digestivo (9,6%) y enfermedades del sistema genitourinario (7%).

Entre los 45 y 64 la tasa de mortalidad alcanza 530,7 por 100.000 habitantes, con 17.120 muertes, representando un 19,8% del total. En el año 2005 la distribución de las defunciones según gran grupo de causas de muerte fue: tumores (33,2%), enfermedades del sistema circulatorio (23,5%), enfermedades del sistema digestivo (12%) y causas externas (11,2%).

Los egresos más frecuentes en este grupo fueron: enfermedades del sistema digestivo (17,3%); tumores (14,4%); enfermedades del sistema circulatorio (12%) y enfermedades del sistema genitourinario (12%).

Si consideramos al gran grupo etáreo de 20-64 la gran causa de mortalidad corresponde a las neoplasias con una tasa de 70 muertes por 100.000 habitantes, seguida por los traumatismos y envenenamientos con una tasa de 53 por 100.000 hab. Y enfermedades del sistema circulatorio. (27)

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2006) hay alto nivel de tabaquismo (48% de hombres y 37% de mujeres fuman; el 10,4% de hombres y 24,3% de mujeres reportan síntomas depresivos (percibidos en último año) También destaca la elevada prevalencia de hipertensión (36,7% en hombres y 30,8% en mujeres). Otra fuente (CONACE) indica que la prevalencia de tabaquismo se ha estabilizado en un 40%. El consumo continúa aumentando en mujeres especialmente de 19 a 34 años - y el grupo de escolares. (28,29)

El grupo de bajo nivel educacional presenta mayor prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas, a excepción del tabaquismo (en que es menor). Los hombres tienen mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La población rural presenta tasas significativamente más altas en relación a deterioro cognitivo y desdentamiento, mientras que la población urbana presenta tasas significativamente más altas de síntomas depresivos. Existe gran heterogeneidad regional en las prevalencia de problemas de salud crónicos.

Salud de los Adultos Mayores (65 años y más)

La mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad asciende a 29.221 muertes que equivalen a 33,9 %, con una tasa de mortalidad en hombres de 36.5 y en mujeres de 21.6 por cien mil habitantes. Las principales causas de muerte son: tumores (31%); enfermedades del sistema circulatorio (30%); enfermedades del sistema respiratorio (8.4%); y, enfermedades del sistema digestivo (7.5%).

Por otra parte, la población de 80 años y más, tiene una tasa de mortalidad de 117,2 por 1.000 habitantes, 29.169 casos equivalentes al 33.8% de las muertes ocurridas el año 2005. La mayor tasa se observó en las enfermedades del sistema circulatorio que corresponden a 35,7%, seguida de tumores (17,5%) y enfermedades del sistema respiratorio (15,2%).

Los egresos más frecuentes en personas mayores de 65 años corresponden a enfermedades del sistema circulatorio (18,4%); sistema respiratorio (16.3%); sistema digestivo (12,8%) y tumores (10.5%). (24)

Las condiciones de salud crónicas presentan prevalencia más altas en mayores de 60 años, a excepción de los síntomas depresivos y el tabaquismo, cuya prevalencia es inferior a las de la población general mayor de 17 años[5].

La disminución de la agudeza auditiva en algún grado, alcanza al 66,6% de los hombres y el 49.2% de las mujeres de 60 o más años, pudiendo requerir uso de audífono el 33% de los adultos mayores.

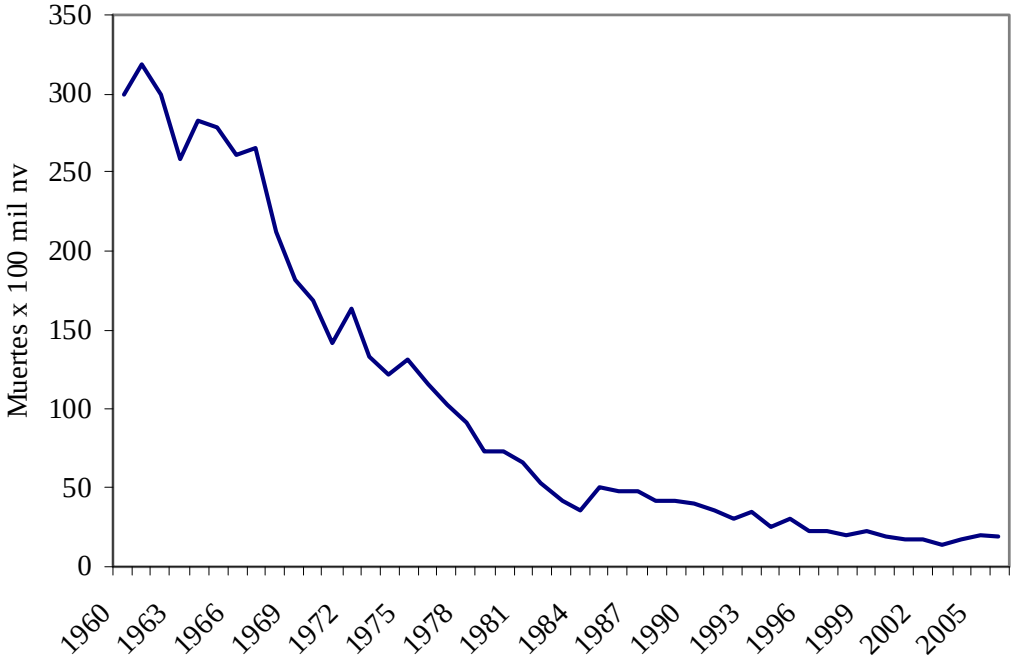
La disminución de la agudeza visual lejana (con corrección) es de un 34,5 y 44,2% para hombres y mujeres de 60 o más años respectivamente; el desdentamiento de algún maxilar es de 41,8 en los hombres de este grupo y 61,8% en las mujeres. El deterioro cognitivo confirmado (MMSE y Pfeffer alterados) alcanza a un 8,5% en población general de 60 o más años. Tanto la disminución de agudeza visual como el desdentamiento y el deterioro cognitivo son mayores en las mujeres y especialmente en las zonas rurales. Un 7,8% de los adultos mayores presenta importante dificultad para caminar en terreno plano. El 13,6% de hombres adultos de 60 o más años tienen Antígeno Prostático elevado (sobre 4 ng/ml).[6,10]

Salud Sexual y Reproductiva

Durante el 2005 la tasa de mortalidad materna fue de 19, 8 por 100.000 nacidos vivos (48 fallecimientos). La mortalidad fetal para 2005 fue de 7,9 por 1.000 nacidos vivos, observándose un incremento sostenido desde 1999 (tasa 4,1 por 1.000 nacidos vivos). Durante 2005 se produjo una tasa de mortalidad fetal tardía de 2,7 lo que es una reducción importante respecto de cifras de 1998 (tasa 4,3 por 1.000), considerando que la década 1978 a 1998 se había mantenido estable. Desde 1960, la mortalidad materna ha tenido una evolución de disminución progresiva, lo que fue más agudo hasta 1984 y luego ha disminuido con menor velocidad, a niveles relativamente bajos (figura 3.9). (24) Las principales causas de mortalidad materna, trastornos hipertensivos del embarazo, complicaciones del parto y puerperio, aborto, y otras complicaciones obstétricas que no están clasificadas en otra parte (figura 3.10). (2)

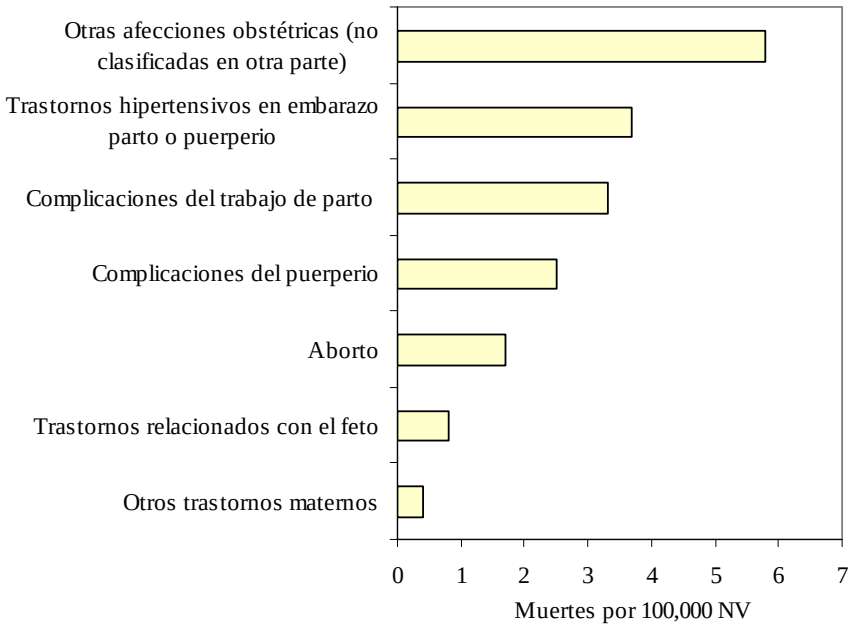
Desde 1983, la tasa global de fecundidad ha disminuido desde 2.5 hijos por mujer a 1.88 en el año 2009. En el año 1983 la mayor tasa de fecundidad correspondió al grupo de 20–24 años (137,6 por 1.000 mujeres), mientras que el año 2009, corresponde al grupo de 25 a 29 años (100,6 por 1.000 mujeres), del total embarazos en control al 2009 el 20,8% es del grupo etáreo entre 15-19 años con tasas de embarazo adolescente estable que son de preocupación de la autoridad sanitaria. Solo un 53,41% de las mujeres en edad fértil ocupa algún método anticonceptivo para posponer el embarazo: dispositivo intrauterino (39%), anticonceptivos orales (44%); otros (17%). La esterilización femenina voluntaria es de 7,6%. Existen algunas diferencias por edad: las personas de 20 a 44 años dicen utilizar de preferencia píldoras (26,3%) y DIU (25,8%), utilizando mucho menos el preservativo (5,7%), en cambio, entre las personas de 15 a 19 años, un 10.1% utiliza preservativo y un 9,4% píldoras, y usan muy poco el DIU (3,2%). (27)

Figura 3.9 Evolución de mortalidad materna en Chile 1960 a 2008



Fuente: Ministerio de Salud 2008 (24)

Figura 3.10. Causas de mortalidad materna. Chile 2007



Fuente: MINSAL (2010) Evaluación Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010. (2)

El porcentaje bajo control en regulación de fecundidad relacionada con la población inscrita es mayor la población de 20-24 años que corresponde a un 47,3% y menor para los menores de 15 años con un 0.8% de control.

Desde 1983 la tasa global de fecundidad ha disminuido desde 2.5 hijos por mujer a 1.9 en el año 2004. En el año 1983 la mayor tasa de fecundidad correspondió al grupo de 20–24 años (137,6 por 1.000 mujeres), mientras que el año 2005,

corresponde al grupo de 25 a 29 años (100,6 por 1.000 mujeres). Un 47,5% de las mujeres y hombres mayores de 15 años utilizan (la persona o su pareja) algún método anticonceptivo para posponer el embarazo: dispositivo intrauterino (16,7%), anticonceptivos orales (15,6%); preservativo (4,6%). La esterilización femenina voluntaria es de 7,6%.

Existen algunas diferencias por edad: las personas de 20 a 44 años dicen utilizar de preferencia píldoras (26,3%) y DIU (25,8%), utilizando mucho menos el preservativo (5,7%), en cambio, entre las personas de 15 a 19 años, un 10.1% utiliza preservativo y un 9,4% píldoras, y usan muy poco el DIU (3,2%). La fecundidad deseada de 2.76, lo que no difiere mucho de la fecundidad real de 2,26 hijos evaluada por el Censo 2002. En la población de bajo nivel socioeconómico, la tasa observada llega a 3.2 hijos por mujer (año 2003), lo cual implica que esta población tendría más hijos que los deseados por falta de acceso a información o programas relacionados con la planificación familiar. (24,27)

Salud de la Familia

En Chile, A final del 2008 la tasa de participación de la mujer en el mercado laboral se incremento un 6.1% lo que constituye una tasa de participación del 40,3%, aunque sigue siendo bastante inferior que la de los hombres que logran una tasa de participación laboral de un 71.4%. Más de 60% de las mujeres ocupadas está en edad reproductiva y de crianza (menores de 40 años). Las mujeres suelen trabajar en promedio 41,5 horas en la semana, y los hombres 46,1, son una diferencia de subyago de un 14.3% en contra de las mujeres; existiendo una brecha en la tasa de desocupación entre hombres y mujeres de 2.8 puntos porcentuales. Más de 30.000 niños, niñas y adolescentes hijos de jefas de hogar entran al mercado del trabajo en busca de ingresos. (2,3)

Ha aumentado la proporción de hogares con jefatura femenina a un 29,7%, en la mayoría (84,5%) corresponde a familias mononucleada, con una razón de 8 de cada 10 mujeres que trabajan son jefas de hogar de familia mononucleada; La jefatura femenina aumenta a menores ingresos siendo la brecha entre el 10/10 de un 16.5. Persisten patrones de división del trabajo en el hogar tradicional, lo que sobrecarga el trabajo femenino.

Las familias extendidas representan un aumento en los últimos años (2000-2006) que llega a 19.3%. Persisten patrones de división del trabajo en el hogar tradicional, lo que sobrecarga el trabajo femenino. Así mismo la familias con padres monoparentales se han incrementado en la última década, 25.6%, con una disminución en la relación de casados de las familias nucleadas, aumentando los convivientes o separados. (9)

Entre los objetivos sanitarios para la década 2000 a 2010 se consigna la necesidad de implementar un programa integrado de prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar (VIF) que incluya evaluación y monitoreo del maltrato infantil. Las evaluaciones hasta la fecha han mostrado que más del 50% de las mujeres ingresadas a Programas de Depresión presentaban situaciones de VIF. Dada la magnitud del problema estimado y el subregistro existente, se incorporó en el sistema de registro institucional del nivel primario de atención en salud el diagnóstico de atención por VIF, maltrato infantil y abuso sexual. Durante el 2004, se implementó el programa VIF en 30 comunas brindando atención a cerca de 4.500 mujeres, lo que significó que las atenciones por estos problemas aumentaran a casi el doble en 2005 respecto a 2004. (2)

Salud de los Trabajadores

En los registros más recientes figuran al menos 297 accidentes del trabajo con desenlace fatal, lo que equivale a una tasa 10,3 por 100.000 trabajadores; 28% fueron accidentes en el trayecto hacia el trabajo. Desde 2000 se ha observado una tendencia a la reducción (tasa 14,12 por 100.000 trabajadores), manteniéndose la proporción en cuanto al lugar del accidente fatal. La tasa de accidentabilidad se mantenido relativamente estable entre en la última década fluctuando alrededor de 8,5%. La tasa de enfermedades profesionales registrada fue de 0,15%, mientras que en 2000 fue de 0,10%.

En 2004 se perdió en promedio 1 día laboral por trabajador debido a accidentes y 0,03 días por enfermedades profesionales. Los accidentes del trabajo en el 2004 alcanzaron a 240 mil al año en empresas afiliadas a mutualidades de empleadores (Ley 16.744).

La intoxicación aguda por plaguicidas de origen laboral es considerada como accidente del trabajo. Desde el inicio de la notificación obligatoria en el año 2004 se ha duplicado el número de casos laborales informados, llegando a 461 trabajadores afectados en el 2005, con una tasa de 63 por 100 mil trabajadores y más de la mitad de ellos en brote. En el año 2005 las regiones con mayores tasas de intoxicación laboral fueron la Metropolitana (148 por

100 mil trabajadores), la V (101 por 100 mil trabajadores) y la VI (92 por 100 mil), las cuales concentran un número importante de trabajadores de la rama económica "Agricultura, Caza y Pesca". La mayor frecuencia se presentó en hombres (53%), con un promedio de edad de 33 años. Se notificaron 25 casos laborales en menores de 18 años.

Entre los objetivos sanitarios del país se encuentra el disminuir la morbi-mortalidad asociada a las condiciones de trabajo. Con este fin se ha diseñado un sistema permanente de alerta que permite investigar el 100% de los accidentes laborales con resultado de muerte en las 48h de conocido el hecho. Se ha incrementado la cobertura de inspección en prevención de riesgos y fiscalización de empresas priorizadas por riesgo (de 8% a 15% en 2006) y se ha realizado capacitación a equipos de salud ocupacional y a comités paritarios en investigación de accidentes: también se ha mejorado el financiamiento del programa y el traspaso de recursos financieros.

Salud de las personas con discapacidad

El 6,9% de la población chilena (1.1 millones de personas) vive con algún grado de discapacidad. La discapacidad es 4 veces más frecuente en adultos que en niños y 14 veces más prevalente en adultos mayores que en niños. Un 43,1% de las personas con discapacidad no ha completado su educación básica y presentando este grupo una tasa de participación laboral solo de un 31,5% la que contrasta con 60% de la población no discapacitada. Más del 6% de los discapacitados declara no tener acceso a rehabilitación. El 20,3% de los hogares chilenos tienen al menos un integrante con discapacidad, habiendo un 10,9% donde el jefe de hogar es discapacitado. Entre las personas discapacitadas un 54,6% son mujeres. La mayor prevalencia se concentra paulatinamente en los mayores de 50 años. La deficiencia más prevalente es ceguera o visual (45,6%), seguida de la física y/o de la movilización (31%). Un 13.8% de los discapacitados presenta deficiencias múltiples. La mayor causa que origina las discapacidades reportadas fueron las enfermedades crónicas. (12)

3.4. Principales problemas de salud según tipo de problema

A los problemas relativamente tradicionales, se agrega la importancia que ha adquirido el cambio climático, la contaminación ambiental, las grandes movilizaciones de personas con migración interna y externa y la globalización, junto a enfermedades emergentes o y re-emergentes.

Impacto sanitario de desastres naturales

El 27 de febrero de 2010, el país enfrentó un severo terremoto (grado 8.8 MW en su epicentro) y tsunami, y aunque las condiciones de desarrollo del país y de infraestructura antisísmica de sus viviendas y obras públicas evitaron una catástrofe mayor, el desastre tuvo consecuencias en la salud de la población (512 muertos y 16 desaparecidos), en las condiciones de vida (800 mil personas damnificadas, con problemas de vivienda, mayor pobreza, saneamiento, salud mental y otros) y en la infraestructura de salud (18 hospitales y centenas de centros ambulatorios quedaron inutilizables), lo que afectó especialmente a cuatro Regiones del país, con una población residente de 3 millones de personas

Además del daño directo en salud, el cambio de condiciones de saneamiento produjo una serie de riesgos que fueron permanentemente evaluados y controlados por la autoridad sanitaria, con la cooperación de OPS y otras agencias nacionales e internacionales. Se produjo interrupción en los servicios de agua potable y saneamiento; inadecuado manejo del agua en el acarreo, distribución y almacenamiento; falta de alternativas inmediatas para la disposición de excretas en las comunidades y albergues; riesgo de contaminación por materiales químicos peligrosos; acumulación de basuras y escombros; daños de infraestructura de establecimientos de alimentos; y falta de higiene y manipulación de alimentos. El hacinamiento, las precarias condiciones de vida, y el trauma emocional provocado por el desastre, produjeron vulnerabilidad y problemas de salud mental.

Enfermedades transmisibles

En general hay control de las endemias de mayor importancia en salud pública, lográndose eliminar algunas patologías como la malaria, rabia humana transmitida por el perro, fiebre amarilla e incluso avanzar hasta la eliminación avanzada en enfermedades con la tuberculosis. Hay un cambio del perfil epidemiológico, con disminución sostenida de la carga de enfermedades transmisibles, esta disminución es desigual, con mayor carga de morbilidad en poblaciones pobres y más vulnerables socialmente. Provocan discapacidad de 1,2% en mujeres y 2% en hombres.

Enfermedades transmitidas por vectores

Dengue. En 2000 se conoció la presencia del vector del Dengue en Isla de Pascua, con índices de infestación de las casas cercanos al 80%, motivando una campaña de eliminación del vector en conjunto con la implementación de un sistema de Vigilancia de Febriles. En marzo de 2002 se diagnosticó el primer caso de dengue autóctono en Isla de Pascua donde hubo un brote, posterior a ello no se presentaron casos hasta el 2006. Entre 2006 y 2008 hubo 53 casos confirmados como Dengue clásico, serotipo DEN-1 (informado por ISP). Hubo 28 casos confirmados en 2008. No hubo casos de dengue en 2010. (27)

Fiebre Amarilla, Peste y Esquistosomiasis. No se han reportado casos de estas enfermedades, destacando que desde 1945 no se notifican casos autóctonos de Malaria. En la actualidad, existen focos de Anophelinos en el valle de Yuta (Arica) y Quebrada de Tarapacá (Iquique), I Región, si bien se ha mantenido libre de Plasmodium.

Chagas. En 1999, Chile alcanzó la interrupción de la transmisión vectorial del Tripanosoma Cruzi. El área endémica, se extiende desde la I a la VI regiones, incluyendo la Región Metropolitana. Desde 1992 se ha observado una estabilización en la tasa de mortalidad (0,3 por 100.000), que corresponde a un promedio de 52 muertes anuales. En 2001 se produjo un alza alcanzando a 68 muertes (0,44 por 100.000), con una nueva tendencia al descenso. El 80% de muertes corresponde a cardiopatías y el resto a otros tipos de visceromegalia. Desde 1996, ha aumentado la notificación de sangre de donantes, con tasa promedio anual de 0,4 por 100.000 hab. (2003).

Enfermedades Inmunoprevenibles

La cobertura nacional de vacunación en menores de 1 año con BCG, Hib, OPV1, OPV2, OPV3, DPT1, DPT2 y DPT3 y contra sarampión (al año) supera el 95% (1.300.000 niños), incluyendo a lactantes de 6 y 23 meses en la vacunación contra la influenza, además de al programa ampliado de inmunizaciones se incorporó la vacuna contra Hepatitis B. En el año 2005 se alcanzó una coberturas sobre el 95% de vacunación contra Influenza en el grupo objetivo de mayores de 65 años, funcionarios de salud, enfermos crónicos y embarazadas. (27)

Poliomielitis. Luego de 35 años de la erradicación de polio salvaje, el país ha concentrado sus esfuerzos a detectar zonas donde circula el polio virus derivado de la vacuna viva atenuada, manteniendo una vigilancia en los menores de 15 años con parálisis flácida. En el periodo 2003-2009 no se han presentado casos de polio asociado a vacuna. La cobertura de la vacunación para polio es del 96% ultimo dato publicado.

Difteria. En 1996 se registró el último caso de esta enfermedad. La cobertura de la DPT (3° dosis) es de 96% en 2007. (27)

Sarampión. La vigilancia epidemiológica se hace en conjunto con rubéola. La vacuna contra el Sarampión esta incluida dentro de programa nacional de inmunizaciones en menores de 5 años con una cobertura 95% en el 2009. Desde el 2004 no se confirmaban casos de origen interno, (considerándose en vías de erradicación), aunque en el 2009 se registró un caso importado en que no hubo contagios secundarios.

Tos Ferina. Es una enfermedad de bajo nivel de incidencia anual registrada: 4 casos por cien mil habitantes el 2009 (valores inferiores a la mediana del quinquenio). El grupo etáreo de mayor afectación es los menores de 5 años concentrando un 79.7% levemente mayor en mujeres 51,1% de los Casos. La región con la tasa más alta corresponde a Aysén, con un riesgo de 41.5 por cien mil habitantes. (27).

Tétanos. Se presenta de forma esporádica, con un rango entre 7 y 17 casos en los últimos 14 años, con tasas de incidencia entre 0.04 y 0.12. Para el año 2005 se registraron 9 casos (tasa 0,06 por 100.000) No se han notificado casos de Tétanos neonatal desde 1996. Inmunización integrada a programa Nacional. (27)

Parotiditis. En 2009 se registraron 799 casos siendo la tasa de incidencia de 4,7 por 100.000 habitantes. Afectando principalmente a los menores de 15 años concentrando el 74.6%% del total. Las tasas más altas se encuentran en la región de Atacama y Tarapacá con 11 y 10.4 por 100000 hab. Posee una cobertura del 92% en menores de 1 años.

Rubéola. Presenta vigilancia integrada con Sarampión. Durante el periodo 2007-2008 se mostró una incidencia elevada de 7.8 producto de un brote surgido que fue controlado exitosamente con inmunizaciones en población de riesgo con cobertura del 93%. El último caso confirmado a la fecha fue en Junio del 2008. No se han presentado rubéola congénita desde el 2008.

Haemophilus Influenzae (Hib). En 1996 se implementó la Vigilancia de cuadros invasivos producidos por Haemophilus Influenzae tipo b en niños entre 2 meses y 5 años de edad. También en 1996 se introdujo la vacunación gratuita contra este agente después de lo cual la tasa de notificación disminuye desde 10.6 en 1996 hasta mantenerse cercana a 2.0 (por cien mil < de 5 años) en el último quinquenio. En el año 2005, se confirmó 19 casos de infecciones por Hib en el grupo de edad bajo vigilancia. El 58% de los casos correspondió a hombres. El rango de edad fue de 2 meses a 3 años, con una mediana de 1 año. (27)

Influenza. Se considera una enfermedad emergente por la mutabilidad del virus. La mortalidad por esta causa se asocia a su presentación epidémica cada 3-4 años. Durante el último año (2009) se notificaron 16096 casos de influenza con una tasa acumulada de 1052 por 100000 habitantes, muy superior a años anteriores, debido a la pandemia ocurrida que afecto principalmente a personas de 5 y 19 años, principalmente casos leves con un mortalidad del 0.9 por 100000 habitantes. De total de muestra procesadas durante el 2009 por el ISP, 4037 corresponde a AH1N1, preponderando por sobre la influenza estacional.

De las antiguas epidemias registradas 1999 y 2004 se observaron tasas de mortalidad de 0.9 y 0.37 por 100000 hab., respectivamente, concentrándose el 82% en el grupo etáreo de 65 años o más, aunque muchas muertes pueden estar subestimadas al desconocerse el diagnóstico etiológico.

Durante el 2009 se entregó 634.450 dosis de tratamiento antiviral gratuito.

.

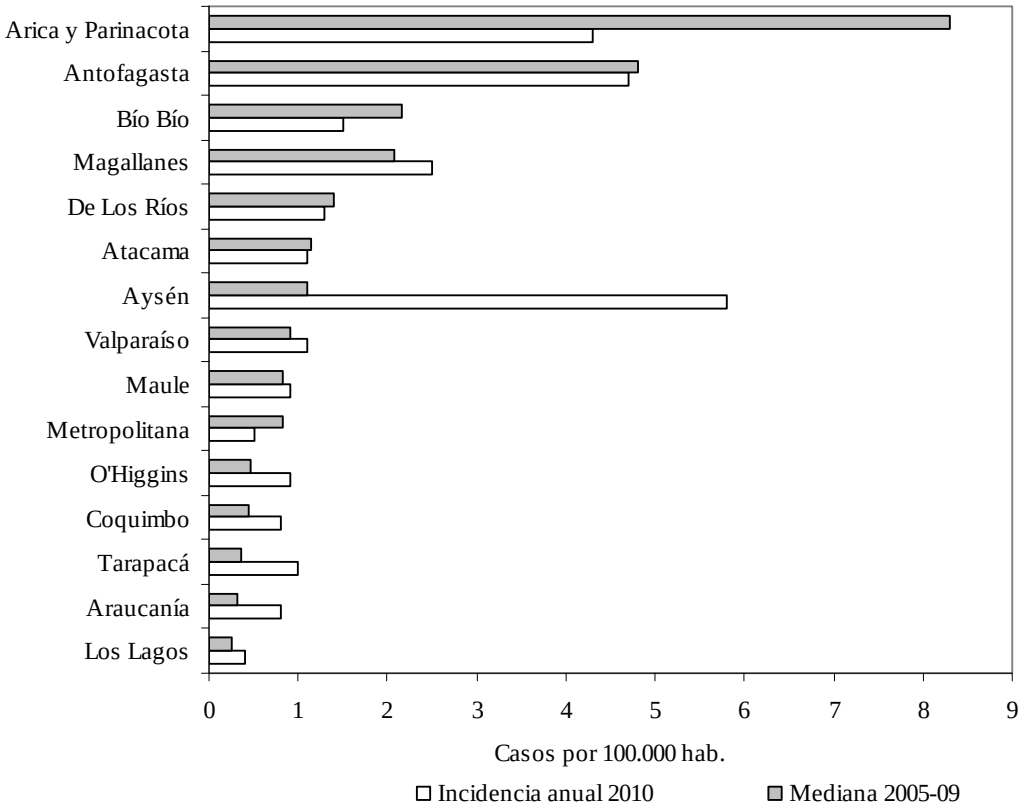
Enfermedades Infecciosas Intestinales

Fiebre Tifoidea y Paratifoidea. En general se mantiene como enfermedad de baja endemia, con tendencia estacional (alza registrada en marzo, octubre y noviembre de 2009), presentándose en forma de brotes localizados en escuelas o jardines infantiles asociados al consumo de agua y alimentos de mala calidad bacteriológica. El 2008 fueron notificados 261 casos, teniendo una tasa de incidencia de 1,6 por 100.000 mil habitantes. Los grupos de mayor riesgo son entre los 15 y 24 años, en ambos sexos. La incidencia de tifoidea y paratifoidea es mayor en dos regiones del norte, Arica y Antofagasta, que también registran una mediana anual 2005-2009 superior al resto. Hay regiones cuya incidencia es sistemáticamente inferior al resto, destacando la Región de los Lagos (figura 3.11).

Hepatitis A. Se presenta en forma endémica intermedia con brotes epidémicos, cada 4 ó 5 años, preferentemente institucionales, siendo la última epidemia durante el 2002-2003, actualmente presenta una tasa de incidencia anual de 4,7 casos por 100.000 hab., inferior a años anteriores. Afecta principalmente al grupo de edad de 5 a 14 años, concentrando el 33% del total de casos. Los hombres representan el 56% del total de casos. La región con la tasa más alta corresponde a Tarapacá (87,9 por cien mil hab.), mientras que en Arica y Parinacota se registra 37,9 por cien mil hab. (27)

Cólera y Diarreas. Reapareció en Chile en abril de 1991 (después de 84 años), notificándose 147 casos hasta 1994. En diciembre de 1998 se presentó un brote en la localidad de San Pedro de Atacama (II Región) afectando a 23 personas. Desde 1998, no se han presentado nuevos casos de Cólera. Las muertes por enfermedades asociadas a diarreas en menores de 5 años presentan una importante caída desde 3,8 por 100 mil niños en 1990 a 0,6 por 100 mil niños en el 2003. A raíz de la epidemia del cólera, se reforzó la vigilancia epidemiológica de las diarreas agudas y se estableció la notificación de todas las diarreas con deshidratación. A partir del año 2003 se dispone de información brindada por los centros centinelas, que desarrollan vigilancia de morbilidad y etiológica. Durante el año 2008 se notificó un total de 6.696 cuadros de diarrea en menores de 5 años, con una tasa de 6,9 por 100 niños menores de 5 años. La diarrea en este grupo de edad, tiene una presentación estacional, fundamentalmente en verano (semanas 1 a la 16). El grupo menor de 1 año presentó el mayor riesgo de enfermar de diarrea. La mayoría de las regiones presentan tasas entre 6 y 9 por 100 niños menores de 5 años. La vigilancia de la infección por Rotavirus se inició el segundo semestre del año 2004 en 13 Centros Centinelas de Diarrea seleccionados, habiéndose detectado la presencia de Rotavirus a diciembre de 2008 en el 16 % de las muestras examinadas y un 26% en hospitales centinelas. Las regiones que presentó el mayor porcentaje de positividad fue Valparaíso (24%) y Antofagasta (20,8%). (27)

Cuadro 3.11. Incidencia de casos anuales de tifoidea y paratifoidea por 100.000 hab., en regiones de Chile 2010 y mediana años 2005 a 2009.



Fuente: Ministerio de Salud 2011 (27)

Enfermedades crónicas transmisibles

Tuberculosis

La tasa de incidencia de tuberculosis fue de 13.8 casos por 100.000 hab. en 2008, con una tasa de baciloscopía positiva de 6.7 casos por 100.000 hab.. Previamente en 2001 y 2004, la tasa anual de incidencia de tuberculosis era de 18,4 por 100.000 habitantes. Durante estos años se ha mantenido las actividades del Programa: baciloscopías de sospecha y de control de tratamiento, cultivos diagnósticos y de control, administración de tratamientos-DOTS- para todas las formas de TBC en el país. Esto ha permitido tener durante el 2004, 11.000.000 de habitantes en fase de eliminación de la enfermedad.

VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

En Chile, la epidemia del VIH se encuentra concentrada con mayor contagio principalmente en grupos específicos de la población (ej: Hombres homosexuales/bisexuales), siendo el 87.4% de los casos confirmados la transmisión por vía sexual preponderando en hombres (85%), conducta homo-bisexual y niveles socioeconómicos bajos, donde puede alcanzar una prevalencia más altas. En términos globales la mortalidad tiende a la disminución, relacionada aparentemente con al aumento de la sobrevida atribuible a la disponibilidad de tratamiento antiretroviral (TARV) y la oportunidad de acceso garantizada por el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES).

La prevalencia estimada en Chile al 2009 alcanza a 0.4% en población general, ascendiendo a 40.000 las personas viviendo con VIH donde un 97,5% corresponde a mayores de 15 años, con las tasas más elevadas entre los 30-39 años, presentando un aumento progresivo el grupo de 10-19 años en los últimos quinquenios, es posible encontrar prevalencia de hasta un 5% en poblaciones de riesgo.

Al 2009 se han notificado 22254 casos de los cuales el 45.6% se hizo en etapa SIDA, La tasa de notificación anual de VIH presentaba una disminución desde el 2003, pero en los últimos años hay un leve aumento operativo relacionado a la mejora en la notificación y búsqueda activa de casos a expensa del sexo masculino. Con una tasa en 2007 de 3.6 por 100.000 h., llegando a 12 por 100000 en el 2009.

La razón hombre/mujer actualmente es de 3.6 para VIH y 5,6 para SIDA, tendiendo al descenso. Siendo en hombres las conducta homosexual l (43% de los casos notificados) y en mujeres la heterosexual (79,6%), tendiendo en el último quinquenio al aumento del contagio por vía heterosexual.

En el análisis por región para VIH/SIDA las tasas acumuladas más altas son en la región de Arica y Parinacota, Metropolitana, Tarapacá y Valparaíso.

La mortalidad entre 1990 (primer caso de muerte por SIDA en Chile se registró en 1990. Entre esa fecha y el 2008, se ha registrado un total de 6.494 defunciones por SIDA. El 87.6% han sido hombres, y la mortalidad anual ha descendido hasta llegar a 2.3 muertes por 100.000 hab. en 2008. Esta mejoría de ha relacionado principalmente con el tratamiento TARV, cuya eficacia ha aumentado en los últimos años. Ha habido un incremento en la sobrevida de las personas con terapia al seguimiento a tres años alcanzando un 90.9%, y una disminución de las enfermedades oportunistas del 8% al 3% entre el 2005-2008. Además, este descenso sostenido se puede relacionar con una cobertura de la terapia al 100% al estar incorporada dentro de las Garantías Explícitas en Salud del país, y el tratamiento se ha comenzado en etapas más tempranas luego de diagnosticada la enfermedad. La diferencia de efectividad en el tratamiento se ha relacionado con la oportunidad en que se inicia el tratamiento, produciéndose menor sobrevida en aquellos enfermos ingresan tardíamente al programa de tratamiento.

Al evaluar el progreso se analizan el cumplimiento de Metas de los ODM, de los 5 relacionados directamente con indicadores de VIH/SIDA o riesgo se ha avanzado en el cumplimiento ya del la prevalencia del VIH en embarazadas la que alcanza el 0.05 (meta propuesta para el 2015), el punto más débil lo constituye la información amplia y correcta de la epidemia entre la población de 15-24, que es donde se presenta la mayor tasa de notificación. (2)

Sífilis. La tasa de incidencia anual de sífilis en 2008 fue de 16.6 casos por 100.000 habitantes, lo que es superior a la mediana del quinquenio (aunque es probable que exista subnotificación). La mayor proporción de casos notificados durante 2008 ha sido en mujeres (53%), el principal grupo etáreo en riesgo es de 20-24 años y un 2,2% de sífilis congénita. Las tasas más elevadas durante 2008 se observaron en la región de Antofagasta, Tarapacá y Magallanes.

Gonorrea. La tasa de incidencia en 2008 fue de 5,6 casos por 100.000 habitantes, (inferior a años anteriores y a la mediana del quinquenio). El 86,4% de los casos se registran en hombres. El mayor registro se observó en la Región de Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta.

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

Infección por Papiloma Virus. La encontró que un 15% de la población femenina con vida sexual activa es portadora de VPH (ENS 2003). La mayor prevalencia se observa en menores de 35 años (sobre 23%). (27)

Zoonosis

Hidatidosis. Es endémica en el país, en especial en zonas rurales dedicadas al pastoreo ovino. La mortalidad por hidatidosis ha tenido una tendencia estable en el tiempo, siendo la segunda causa de muerte por enfermedad parasitaria, después de la enfermedad de *Chagas*, con 30 a 40 defunciones anuales. La tasa de mortalidad por hidatidosis para el último año que se tiene registro es de 0,2 por cien mil. La tasa de notificación de Hidatidosis se ha mantenido en alrededor de 2-2,5 por cien mil desde 1989. Durante el 2005, se notificaron 345 casos (2,14 por cien mil). Pese a la elevada cifra y a que se trata de una enfermedad de notificación obligatoria, existe una importante subnotificación, la que se evidencia en los egresos hospitalarios: 1.220 egresos por hidatidosis el año 2003, mientras que sólo se notificaron 337 casos ese año. (27)

La hidatidosis es la principal causa de hospitalización por enfermedad parasitaria con 1.220 egresos en 2003, con un 54% de hombres y una edad promedio de 40 años. Las hospitalizaciones tienen una marcada variación regional, observándose mayores tasas de hospitalización en la zona sur del país. La región de Aysén (XI) es la que presenta las tasas más elevadas con 41 egresos por cada 100.000 habitantes, seguida por la IX con una tasa de 38.

Ántrax. Se presenta de manera esporádica en Chile. Durante 2004 se caracterizó por un incremento respecto de los años anteriores (tasa de incidencia de 0,07 por cien mil hab.); durante 2005 no se registraron casos.

Brucelosis. También se presenta en forma esporádica registrándose 9 casos en 2005, correspondientes a las regiones X y Metropolitana; no se registran muertes por esta enfermedad.

Triquinosis. Se presenta en brotes esporádicos en grupos familiares, con una incidencia variable entre 0,7 a 0,2 por cien mil habitantes. Las muertes varían entre 0 y 2 por año. Durante 2005 se notificaron 55 casos siendo la tasa de incidencia de 0,4 por cien mil hab. En todos los brotes se ha tratado de cerdos de faenamiento clandestino.

Rabia humana. Chile ha estado libre de esta enfermedad desde 1972, salvo que en 1996 se registró un caso aislado en un niño de la VI Región.

Otras Enfermedades Infecciosas y las Emergentes

Enfermedad Meningocócica. A partir de 2001 comenzó a observarse un descenso y cambio en la presentación de la enfermedad a una endemia baja con una incidencia acumulada de 0,6 por 100.000 habitantes, concentrándose el 55% en menores de 5 años que constituyen el grupo de mayor riesgo. Presenta una letalidad de 8,6%. Durante el 2008 se notificaron 105 casos, cifra levemente menor que años anteriores. Las Regiones de los Lagos y Aysén presentan tasas sobre el promedio nacional. Existe un predominio del subgrupo B (70%), C (11%) y W135 e Y (11%).

Hantavirus. El agente etiológico de Hantavirus identificado en Chile, es el subtipo Andes, cuyo único reservorio comprobado hasta el momento es el ratón de cola larga o lauchita de los espinos (Oligoryzomys longicaudatus). Desde los primeros casos esporádicos detectados en 1995, esta enfermedad ha progresado a una presentación endémica, con brotes estacionales (70% entre noviembre y abril) y localizados en algunas regiones del país. Desde 1995 hasta diciembre de 2008 se han confirmado 585 casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH). La incidencia más alta ocurrió en el año 2001, observándose posteriormente una estabilización. En el año 2008 alcanzó a 0,24 por 100.000 hab. La letalidad del SCPH ha ido descendiendo de 60% en 1997 a 18% el 2008 (7 fallecidos). La edad promedio de afectación es de 32,4 años. La tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos 3 años, con cifras entre 0,11 a 0,13 muertes por cien mil habitantes.

Los casos de SCPH se han presentado desde Valparaíso hasta Aysén. El mayor riesgo de enfermar se encuentra en las regiones: de los Ríos (1,6 por 100.000 hab.) de la Araucanía (0,9 por 100.000 hab.) y del Bio-Bio (0,5 por 100.000 hab.) .El reservorio del virus Andes tiene una distribución más amplia, detectándose roedores infectados desde la IV a la XI región. (27)

b) Enfermedades no transmisibles.

Enfermedades Nutricionales y del Metabolismo

Las enfermedades nutricionales por déficit calórico han disminuido enormemente, dando paso a problemas nutricionales derivados del exceso de ingesta. En el año 2006 el 5,6% de los recién nacidos pesaron menos de 2500grs y un 1% pesaron menos de 1500g. En el año 2006 la prevalencia de embarazadas de bajo peso en el total que se encontraba en control en el sistema público de atención fue de sólo 7,5%, mientras que la malnutrición por exceso alcanzó un 51%. Los niños menores de 6 años bajo control en el nivel primario de atención han disminuido sus tasas de desnutrición y aumentado sus prevalencia de obesidad, sin embargo, en el último periodo las cifras de obesidad tienden a estabilizarse.

En los niños menores de 6 años bajo control en el SNSS, el principal problema nutricional es el sobrepeso (21,6%) mientras que casi 10% adicional tiene obesidad, el grupo en riesgo de desnutrir sólo alcanza a 2,3% y los desnutridos solo es de 0,3%. La evolución histórica ha sido disminuir la desnutrición pero aumentar sobrepeso y obesidad infantil (cuadro 3.4).A nivel de Regiones, Aysén - en el extremo sur del país – se registra sobrepeso en 25,1% de los niños y obesidad en 15,0%; en Magallanes, Región aún más extrema, estas cifras son un poco menores (cuadro 3.5). Allí se encuentra un clima adverso muy frío y probablemente la dieta sea diversa a la del resto del país.

De un modo similar, 31,5 % de las embarazadas bajo control en el SNSS tiene sobrepeso y el 20,0% tiene obesidad. Sólo 7,5% tienen condición de bajo peso. No hay mayores diferencias de prevalencia entre las regiones (cuadro 3.6).

Cuadro 3.4 Situación nutricional en niños menores de 6 años bajo control en el SNSS, 1994 a 2009.

Año	Normal %	En riesgo %	Desnutrido %	Sobrepeso %	Obesidad %
1994	74.2	3.4	0.7	15.7	5.8
1995	74.2	3.1	0.7	15.9	6.0
1996	74.6	3.0	0.6	15.5	6.2
1997	73.8	2.9	0.6	15.7	6.8
1998	74.3	3.0	0.6	15.2	6.7
1999	73.8	3.1	0.6	15.3	7.1
2000	73.6	3.0	0.5	15.5	7.2
2001	73.1	3.2	0.5	15.7	7.4
2002	72.9	3.1	0.5	16.0	7.4
2003	73.3	3.2	0.5	15.5	7.4
2004	73.0	3.2	0.5	15.7	7.4
2005	75.4	2.6	0.3	14.6	7.1
2006	74.4	2.5	0.3	15.3	7.4
2007	66.1	2.3	0.3	21.6	9.6
2008	65.7	2.4	0.3	22.1	9.4
2009	65.4	2.4	0.4	22.4	9.4

Fuente: Ministerio de Salud 2010 (24)

Cuadro 3.5 Situación nutricional en niños menores de 6 años bajo control en el SNSS, diciembre 2009.

Región	Normal %	En riesgo %	Desnutrido %	Sobrepeso %	Obesidad %
Arica y Parinacota	63.4	1.3	0.1	25.3	9.9
Tarapacá	66.3	2.9	0.4	21.7	8.6
Antofagasta	71.4	3.6	0.5	17.3	7.2
Atacama	68.6	1.9	0.4	21.0	8.1
Coquimbo	66.8	2.7	0.4	21.4	8.6
Valparaíso	65.9	2.4	0.4	22.2	9.0
Metropolitana	67.5	2.6	0.4	21.1	8.4
O'Higgins	66.1	2.5	0.3	21.7	9.3
Maule	65.5	2.1	0.4	22.2	9.8
Bío-Bío	64.2	2.3	0.3	23.2	9.9
Araucanía	60.4	1.9	0.3	26.0	11.5
Los Ríos	58.4	2.6	0.3	26.3	12.3
Los Lagos	59.0	2.2	0.3	26.1	12.3
Aysén	56.6	2.0	0.4	26.6	14.4
Magallanes	61.3	1.0	0.1	25.1	12.5
Chile	65.4	2.4	0.4	22.4	9.4

Fuente: Ministerio de Salud, Chile 2010 (24)

Cuadro 3.6. Situación nutricional en embarazadas bajo control en el SNSS, diciembre 2007.

Región	Normal %	Obesidad %	Sobrepeso %	Bajo peso %
1 Tarapacá	42,0	18,4	31,9	7,7
2 Antofagasta	41,3	16,9	30,7	11,1
3 Atacama	41,0	19,9	30,8	8,3
4 Coquimbo	45,1	16,7	28,2	10,0
5 Valparaíso	45,3	17,6	28,3	8,8
6 O'Higgins	39,4	21,7	32,0	6,9
7 Maule	38,1	21,7	33,1	7,1
8 Biobío	40,6	20,9	32,2	6,3
9 La Araucanía	38,3	21,1	34,3	6,3
10 Los Lagos	40,0	22,1	33,4	4,4
11 Aysén	38,1	22,5	34,3	5,0
12 Magallanes	35,0	25,3	34,0	5,6
13 Metropolitana	41,1	19,8	31,3	7,8
Total	41,1	20,0	31,5	7,5

Fuente: Ministerio de Salud, Chile 2008 (24)

En la población general adulta la prevalencia de población enflaquecida (IMC<18,5) es de un 0,8% y la de obesidad es de 23,2% (19,6% en hombres y 29,3% en mujeres). Más del 60% de la población tiene algún grado de exceso de peso (sobrepeso u obesidad). El 1,3% presenta obesidad mórbida (IMC>=40). Las mayores tasas de obesidad del adulto se observan en mujeres de bajo nivel socioeconómico. La obesidad en personas con menos de 8 años de educación es de un 33,4%. El 29,5% de los adultos presenta obesidad de tipo central o visceral (circunferencia de cintura elevada), alcanzando tasas de 44,3% en población de bajo nivel educacional. Las tasas de obesidad son mayores en los estratos socioeconómicos bajos y en el extremo sur del país (Región de Magallanes).

Diabetes mellitus

La prevalencia estimada de diabetes en adultos hombres de 60 o más años es de 22,7% y de mujeres es 18,6%. La prevalencia de diabetes es significativamente mayor en la población con menos de 8 años de estudios. La mortalidad ajustada por edad para Diabetes lleva una tendencia en alza en Chile. El año 2006 murieron en Chile 3.382 personas con una tasa de 20,8 muertes por 100.000 habitantes. Siendo más frecuente en mujeres. (23,24,27)

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

Enfermedades Cardiovasculares

La mortalidad por enfermedades isquémicas ha descendido en el período 1998-2005 desde 53,8 y 48,9 por 100.000 habitantes. En el mismo periodo la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se ha mantenido relativamente estable en 49 por 100.000 habitantes. Se proyecta una disminución de mortalidad ajustada por edad para enfermedades isquémicas y cerebrovasculares, pero un aumento en la mortalidad por causa hipertensiva. La tasa de egresos hospitalarios de enfermedad isquémica del corazón es 127,9 por 100.000 y la de enfermedades cerebrovasculares es 124,7 por 100.000. (8)

Las tasas de hipertensión en la población adulta son elevadas (33,7% de tamizaje positivo), especialmente en el hombre joven. Se estima que la prevalencia real de hipertensión debería ser cercana al 26% (post confirmación diagnóstica). En Chile de acuerdo a las ENS 2003 las tasas de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión son de

59,8%, 36,3% y 11,8% respectivamente. Estas tasas son mayores en las muejers que en los hombres. Un 12,8% de los adultos de población general refieren dolor toráxico de esfuerzo y a la vez presentan más de 2 factores de riesgo cardiovascular o diabetes o enfermedad cardiovascular conocida. La prevalencia de colesterol total elevado (>200mg%) o colesterol HDL disminuido (<40mg%) alcanza a un 63% en la población general adulta mayor de 17 años. La dislipidemia específica más prevalente es el HDL bajo (39,3%).

El Síndrome metabólico está presente en un 28% de los adultos en la población general (ATPIII). Más de la mitad de los adultos presentan 2 ó más de 5 factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, edad, antecedentes familiares, HDL<40mg/dl e hipertensión arterial). Un 6,6% de los adultos mayores de 17 años se encuentra en situación de riesgo cardiovascular máximo en base a la evaluación de factores de riesgo (tabaco, sexo, edad, presión sistólica, HDL, y colesterol total) , es decir, presenta una probabilidad Framingham (sin considerar diabetes) >20% de riesgo de evento coronario a 10 años. En base a la clasificación ATPIII que considera tanto factores de riesgo como diabetes o equivalentes cardiovasculares, un 13% de la población se encontraría en situación de riesgo máximo. (23)

En cuanto a los determinantes del riesgo cardiovascular en la población, el sedentarismo alcanza al 89,2%, siendo levemente mayor en mujeres; en la población general y 95,4% en la población con menos de 8 años de estudios. El 39% de la población de adultos jóvenes entre 24 y 44 años presenta simultáneamente tabaquismo, exceso de peso (sobrepeso u obesidad) y sedentarismo. (27)

Neoplasias Malignas

La cuarta parte de las muertes anuales que se producen en Chile corresponden a cáncer (25% en 2009), constituyendo la segunda causa de muerte en el país. En el año 2009, fallecieron 21.488 personas por cáncer de ambos sexos, representando una tasa observada 125 por 100.000. Anualmente se producen unos 111.335 egresos hospitalarios y se diagnostican más de 30.000 casos nuevos de cáncer. En 2009 hubo 3.117 muertes por cáncer de estómago (18,6 por 100.000) y 2.454 por cáncer de pulmón (14,6 por 100.000). En el hombre, las primeras causas son cáncer de estómago (24,4 por 100.000), próstata (20,2 por 100.000) y pulmón (18,3 por 100.000). En la mujer, las primeras causas son cáncer de vesícula (15,6 por 100.000), mama (14,5 por 100.000) y estómago (12,9 por 100.000). (24)

Desde 1994, Chile cuenta con el Programa de Cáncer Infantil en Chile (PINDA), que ha permitido una mejoría de la sobrevida y reducción de la letalidad en la mayoría de los cánceres pediátricos. En este periodo se advierte una progresiva disminución de las tasas de mortalidad, que en el trienio 2000-02 fue menor en 26,4% respecto a la mortalidad observada en el período inicial. La disminución alcanzó a 35,5% en las Leucemias Agudas y a 44.1% en las Leucemias Linfáticas. En el caso de la Enfermedad de Hodgkin, la disminución alcanza a 70,5%, presentando las cohortes tratadas desde el año 1999 un 73,2% de remisión completa, una sobrevida libre de enfermedad a 5 años de 87% y una sobrevida total de 98%. Los tumores del Sistema Nervioso Central (SNC) en niños constituyen el 17% del cáncer infantil (registro del sistema público de salud).

La mortalidad por cáncer cervicouterino ajustada por edad se ha reducido en el país en un 37% entre 1999 y 2008, mientras que en mayores de 25 años ha disminuido de 17 a 14.4 por 100.000 hab. (24)

Enfermedades Músculo-esqueléticas

Según la última Encuesta Nacional de Salud la prevalencia de síntomas músculo-esqueléticos de origen no traumático en la última semana es de 34,3% de la población general mayor de 17 años. Las prevalencias son significativamente mayores a mayor edad, en el sexo femenino y en los grupos socioeconómicos bajos. La localización más prevalente de molestias es la rodilla, seguido de zona lumbar, tobillo y mano. El 64 % de la población con síntomas músculo-esqueléticos tiene una funcionalidad normal, sólo el 4,2% presenta discapacidad o invalidez. La mayor parte de los casos refieren un curso crónico y sólo un bajo porcentaje tiene un diagnóstico médico específico. (23)

La prevalencia estimada de artritis reumatoidea en Chile es de aproximadamente un 1%. No hay otros estudios poblacionales en el último quinquenio que entreguen cifras de prevalencia específicas por causas. Las patologías músculo-esqueléticas son una importante co-morbilidad de enfermedades crónicas del adulto, estimándose que el año 2003 aproximadamente un 7% de los adultos mayores de 17 años presentaba al menos la coexistencia de la triada dislipidemia, hipertensión y síntomas músculo-esqueléticos crónicos.

Traumatismos y otras causas externas

Actualmente los accidentes ocupan el tercer lugar como causa de muerte general. En el último año disponible (2010) se presento una tasa de mortalidad de 48,2 por 100.000. Los hombres tienen una sobre mortalidad promedio de 3,5 veces respecto a las mujeres, aunque ésta se observa en todos los grupos de edad, en todas las regiones del país y en cada uno de los distintos tipos de accidentes, excepto caídas. Al ver causas específicas, la tasa de mortalidad asociada a accidentes vehiculares terrestres es de 12,8 por 100.000, la que es 5 veces mayor en hombres. Las regiones con las tasas más baja y más alta son Valparaíso y Aysén respectivamente. La mortalidad por traumatismos y envenenamientos afecta principalmente a los adultos a partir de los 20 años. Las lesiones autoinfligidas, una tasa de mortalidad de 11,6 siendo, mayor en hombre con una tasa de 19 por 100.000 hab.

Salud Mental

Aunque la importancia de los problemas de Salud Mental se han relevado desde la década del 90, no existen estudios específicos que exploren en detalle la situación en el último quinquenio. Se estima que la prevalencia poblacional de trastornos depresivos oscila entre el 13 y 17% para el último quinquenio. En el año 2004, el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión atendió a 103.166 pacientes en el nivel primario de atención y a 7.500 pacientes en el nivel especializado.

La incidencia anual de la esquizofrenia en población general mayor de 15 años es de 12 por 100.000. Entre 2000-2003, la tasa de suicidios ajustada por edad aumentó de 9,7 a 10,4 por 100.000. La depresión es un problema importante, sin embargo, los trastornos de angustia sumados a los relacionados al consumo de sustancias (incluido el alcohol) tuvieron en conjunto un mayor peso relativo en los estudios realizados en la década del 90.

El consumo de alcohol por su asociación con la mortalidad por cirrosos, accidentes y violencia es un tema muy relevante, pero muchas veces subvalorado. En el año 2000 (ECV), el 15% de los adultos era bebedor problema, siendo mayor la prevalencia en hombres, población rural y nivel educacional bajo. El consumo de alcohol en población general (2004) está presente con declaraciones de consumo en los últimos 30 días que superan el 50% en todos los niveles de ingreso. Los consumos son ascendentes en la medida que aumentan los ingresos familiares, sin embargo, los mayores problemas y dependencia asociada al alcohol se presentan en personas de más bajos ingresos. Estudios de hogares realizados por CONACE desde 1994 muestran un ascenso sostenido del consumo de todas las drogas ilícitas hasta el año 2000 (tanto en las tasas de consumo anuales, como el último año y de último mes). La tendencia 2000-2004 es a la estabilización. (29)

Salud Oral

No existen estudios epidemiológicos actualizados y de nivel nacional que evalúe comprehensivamente la Salud Bucal en el último quinquenio. En un análisis parcial en población de 6 a 8 y 12 años, después de 8 años de fluoruración del agua en la Región Metropolitana (1996-2004) se observó que el número de piezas dañadas por caries en dentición definitiva en niños de 6 a 8 años disminuyó en 49,6% (varió de COPD 1,17 piezas a COPD 0,59 piezas). En niños de 12 años este indicador disminuyó en 16,9% (varió de COPD 3,13 piezas a COPD 2,60 piezas). (27)

La ENS 2003 mostró que el 66% de los adultos mayores de 17 años presenta caries y que el 13,3% presenta desdentamiento de uno o ambos maxilares. El 5,5% de los adultos presenta desdentamiento total, prevalencia que aumenta al 33,4% en el adulto mayor de 65 años, siendo mayores las prevalencia en mujeres, población rural y población con menos de 8 años de educación. Las menores prevalencia de desdentamiento se encuentran en el norte del país y las mayores en el sur, lo que es consistente con el contenido natural de flúor en las aguas. Se estima que la cobertura de población expuesta a agua fluorurada es de 70,5% para el año 2004. (23)

4. Organización y funciones del sistema de salud

El sistema de salud está integrado por un gran conjunto de entidades públicas y privadas a nivel nacional, que directa o indirectamente se relacionan con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo. El sistema ha tenido un desarrollo histórico paulatino, que data ya desde la colonia, hasta configurar una compleja estructura con un dinámico funcionamiento a través de múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado. Esa misma complejidad dificulta un conocimiento y descripción más precisos, e implica grandes desafíos actuales para la gestión sectorial global, bajo el liderazgo de la autoridad sanitaria.

Entre los antecedentes relevantes previos a la configuración del sistema actual, destaca que hasta fines de la década de 1970 el sistema de aseguramiento se basaba principalmente en la Caja de Seguro Obligatorio (obreros asalariados y otros beneficiarios) y el Servicio Medico Nacional de Empleados, más algunos sistemas específicos como los de las ramas de Fuerzas Armadas y de Orden. La provisión de servicios públicos estaba principalmente a cargo del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1979), entidad con cobertura geográfica nacional. En 1979, se produce la gran reforma del sistema de salud que crea el Sistema Nacional de Sistemas de Salud (SNSS), que da origen a los Servicios de Salud y deja la atención primaria bajo administración municipal. En el aspecto previsional y de aseguramiento se establece el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en cuanto seguro público de salud, mientras que el aseguramiento privado es asumido por un mercado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Desde 1990, periódicamente se han llevado a cabo una serie de reformas específicas, aunque en lo central se mantiene la estructura principal establecida en 1979, tanto en la parte de aseguramiento como en la provisión de servicios asistenciales. (30)

En la última década (2000 a 2010) destaca el fortalecimiento y extensión del sistema de protección social en salud (especialmente los grupos más vulnerables y necesitados), asegurar el derecho a la salud mediante garantías explicitas y exigibles para los ciudadanos (en una serie de patologías priorizadas), y mejorar la atención y gestión en Salud, mejorando la satisfacción usuaria, y con el apoyo de la regulación efectiva para el adecuado aseguramiento y provisión de servicios, hacia una mayor participación, solidaridad y equidad. (3,31)

4.1. Organización del sistema de salud

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser segmentado, con una mezcla público/privada donde se realizan las funciones de rectoría, regulación, financiamiento aseguramiento y provisión de servicios (cuadro 4.1). La provisión de servicios alcanza una cobertura legal (vía aseguramiento o protección social) y geográfica prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo de todo el territorio poblado nacional.

Cuadro 4.1. Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según función y sector

Función	Estatal o público	Privado
Rol rector	- Estado (Ministerio de salud)	
Rol regulador	- Estado (Ministerio de salud) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado - Cotización trabajadores	- Empresas - Cotización trabajadores
Aseguramiento	- FONASA - Fuerzas Armadas	- ISAPRE - Mutuales - Seguros específicos (escolares, transporte)
Centros de provisión de servicios asistenciales	- Hospitales SNSS de distinta complejidad - Hospitales Fuerzas Armadas - Centros de atención ambulatoria de distinta complejidad	- Hospitales y clínicas - Centros ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología

Fuente: Adaptado de MINSAL, 2008 (31)

El rol de autoridad sanitaria – ejercido por el Ministerio de Salud - incluye la rectoría del sistema, con la conducción, regulación, fijación de políticas y planes generales de salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios y supervisión de funcionamiento del sistema. En el cumplimiento de su rol rector, el Ministerio de Salud se apoya en la normativa vigente e interactúa de modo intersectorial, principalmente con los Ministerios de Hacienda y Trabajo.

El Ministerio está representado en regiones por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. En su función, el Ministerio es apoyado por sus organismos dependientes: el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud (Anexo 2). El rol regulador está además a cargo de la Superintendencia de Salud (de creación reciente), que controla a las entidades aseguradoras (ISAPRES y al FONASA), y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud. (31)

El financiamiento proviene de diversas fuentes, principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y las empresas. El rol asegurador del sistema de Salud en Chile se inserta dentro de un macrosistema de protección social. El aseguramiento público, a cargo de FONASA, financia las acciones de salud y las inversiones, así como las prestaciones otorgadas a través del sistema o por otros organismos. En sistema de aseguramiento o previsión privada lo conforman las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

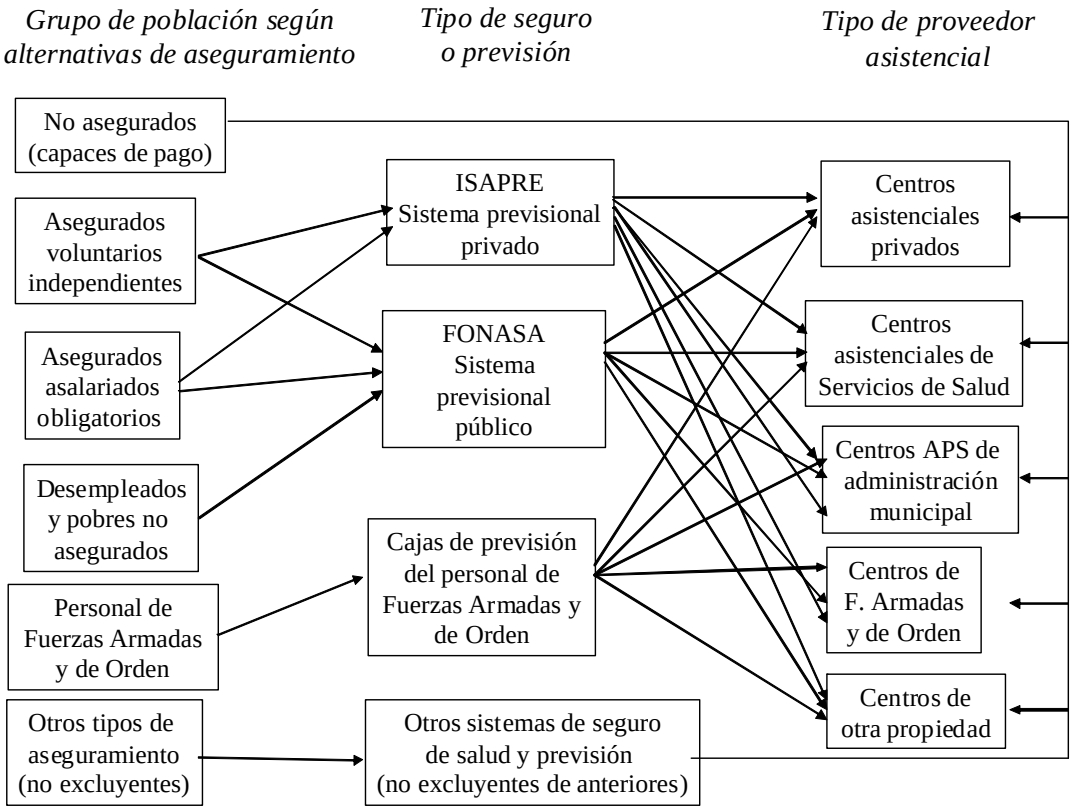
El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está a cargo de la provisión de servicios de salud. Este organismo, además del Ministerio de salud y sus entidades dependientes, cuenta con 29 Servicios de Salud responsables de la situación de salud y de la provisión de servicios en un área determinada – dirigiendo la red asistencial conformada por hospitales públicos (y otros bajo convenio) - junto a la atención primaria de salud que en su mayoría está delegada a la Administración Municipal. Los Servicios de Salud cumplen la función de articulación, gestión y desarrollo de esta red, para desempeñar las funciones de fomento, protección y recuperación de la salud. El sector proveedor privado de servicios de salud lo conforma un conjunto de prestadores de bienes y servicios, como clínicas, centros médicos, médicos y otros profesionales que operan en práctica autónoma., farmacias y laboratorios. (30)

También hay otras entidades que cumplen parcial o totalmente funciones de sistemas específicos de salud, de mejor cobertura poblacional, que tienen funciones de previsión o aseguramiento y de prestación de servicios, como el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, y las mutuales de seguridad laboral. En base a los sistemas específicos de salud de las diversas entidades de fuerzas armadas y policía, el Ministerio de Defensa estableció en 1996 el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA.), que contempla un Fondo de Medicina Curativa y Preventiva para atender las necesidades de salud del personal de las FF.AA. y sus cargas. Los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden son considerados públicos pero en general cubren sus beneficiarios específicos y además están abiertas al mercado de la atención de salud.

La protección y aseguramiento en salud laboral se basa en cotizaciones obligatorias de cargo de los empleadores, con recaudación efectuada por los administradores del seguro obligatorio contra accidentes del trabajo, que son las Mutuales de Seguridad (entidades privadas sin fines de lucro creadas en 1958) y el Instituto de Normalización Previsional (INP) (ley Nº 16.744). Los trabajadores cuyos empleadores estén afiliados a INP pueden acceder a la atención de salud principalmente en los Servicios de Salud, sin perjuicio que puedan atenderse en centros privados en convenio con INP, y los trabajadores cuyos empleadores estén afiliados a las Mutuales, acceden principalmente a la atención en sus propios centros médicos, sin perjuicio de que puedan atenderse en los Servicios de Salud. (14,31)

Como apoyo a MINSAL y los servicios de salud, el ISP sirve de laboratorio nacional de referencia involucrando la normalización y control de calidad de los laboratorios y de medicamentos, mientras que CENABAST facilita la provisión de medicamentos e insumos de uso médico por el sistema (Anexo 2).

Figura 4.1 Principales alternativas de aseguramiento y provisión de servicios asistenciales en grupos de población en Chile.



Fuente: Adaptado de Gattini y Barrera, 1997 (30)

4.2. Políticas y planes nacionales de salud

El marco legal y normativo que sustenta al sistema de salud es bastante complejo. Este marco proporciona el contexto normativo para la organización y funcionamiento del sistema, estableciendo los lineamientos para las diversas funciones que asumen sus diversas instituciones, incluyendo el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.

En la última década, destacan algunas leyes establecidas para profundizar la protección social en salud, el aseguramiento y la gestión del SNSS junto a mejor fiscalización y regulación del funcionamiento del sistema (creación de la superintendencia de salud. Destacan la Ley 19.966, de Régimen General de Garantías Explicitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y Calidad en un conjunto de patologías priorizados de la salud común, en un plan universal de Salud. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión transfiere a la autoridad sanitaria a nivel Regional a las Secretarias Regionales Ministeriales (SEREMI), además determina la autogestión hospitalaria y el enfoque de gestión de salud en Red. La Ley de Isapres 19.895 referente a las normas de solvencia de las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE- aseguramiento privado) y la modificación de la ley de Isapres 18.933**,** así mismo se separa la función de fiscalización del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se crea la Superintendencia de Salud con la función de Garantizar la fiscalización y regulación.

En este marco, las decisiones y acciones asumidas en políticas y planificación de la última década fueron orientadas por los objetivos sanitarios para el país durante el periodo 2000-2010, así como la concreción de una serie de reformas específicas para consolidar las funciones del sistema. Estos objetivos sanitarios fueron recientemente evaluados y redefinidos para el próximo decenio, dando origen a un plan de salud que se encuentra en preparación. Se busca mantener los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos del envejecimiento –cambios de vida y los cambios de la sociedad, disminuir las

inequidades en Salud y mejorar la calidad de los servicios.

En el año 2010, una Comisión Presidencial de Salud planteó propuestas al ejecutivo respecto a modernizar las actuales políticas de Salud, configurar un nuevo plan garantizado de Salud que incluya como mínimo lo avanzado para el GES, alternativas de mejor financiamiento del sector y de políticas relacionadas a los mecanismo de acceso y financiamiento del subsidio de incapacidad laboral y licencias medicas.

En lo correspondiente a la provisión de servicios, los cambios perseguidos en la último quinquenio se relacionan con un cambio en el modelo de atención, énfasis en el enfoque integral del proceso salud-enfermedad, centrada en los determinantes de la salud y la medicina familiar, dando mayor relevancia a la atención primaria en salud que resuelve en el país cerca del 90% de la demanda asistencial, en el carácter comunitario, preventivo, acceso a atención ambulatoria y progresión en la atención del paciente hasta el nivel de complejidad resolutiva de las especialidades.

4.3. La política nacional de medicamentos

Los objetivos contenidos en la política nacional de medicamentos buscan:

- Abordar los aspectos reglamentarios y normativos de las políticas farmacéuticas, de competencias profesionales y de establecimientos relacionados con la salud de las personas. Elabora y/o evalúa normas específicas y modificaciones reglamentarias armonizándolas con la reglamentación existente en otras áreas y teniendo en consideración los lineamientos entregados a través de documentos técnicos de grupos de trabajo multinacional.

- Abordar el problema relacionado con el acceso, calidad y el uso racional de medicamentos y dispositivos de uso médico, como asimismo la calidad de la atención en salud, estableciendo en su aplicación buenas prácticas de procedimiento.

- Evaluar el impacto sanitario, sociocultural y económico del uso de productos sanitarios y servicios de atención de salud en todos los niveles, con el fin de entregar insumos para la toma de decisiones y direccionamiento de las políticas en el tema. Desarrolla proyectos para optimizar gestión, armonizando con los diferentes actores y con normas internacionales. (32)

4.4. Normativa en Salud Ambiental

Las reformas específicas ocurridas en la última década incluyen inicialmente desarrollo y ejecución de programas que se realizaban en los Departamentos de Programas de Salud Ambiental de los Servicios de Salud (y en un Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana), pero después esta función fue asumida por las SEREMI de Salud en cada región.

Al Ministerio de Salud como autoridad sanitaria (y correspondientes SEREMI a nivel regional), le corresponde velar por la eliminación o control de todos los factores, elementos o agentes del medio ambiente que afecten a la salud, la seguridad y el bienestar de los habitantes. Existen programas de saneamiento básico, contaminación atmosférica, sustancias químicas peligrosas, residuos peligrosos y residuos industriales líquidos, higiene de los alimentos, vectores de importancia sanitaria, zoonosis, enfermedades de origen microbiano y parasitario, evaluación de impacto ambiental, salud ocupacional, locales de uso público y emergencias ambientales.

Las SEREMI de Salud han pasado a ser las instancias responsables de ejecutar las acciones de prevención, control, fiscalización y vigilancia en el área ambiental. El diagnóstico ambiental se realiza a través de 20 laboratorios que funcionan de manera coordinada con el ISP, institución que actúa como laboratorio de referencia nacional en microbiología, bromatología, contaminación ambiental y salud ocupacional.

Las directrices programáticas en esta área apuntan a controlar los riesgos para la salud de la población derivados de la presencia de contaminantes en el aire comunitario. La autoridad de salud desarrolla programas de vigilancia de la calidad del aire a través de la verificación del cumplimiento de las normas primarias de calidad del aire vigentes y fiscaliza en forma permanente, en instalaciones de alta y mediana complejidad, las emisiones de contaminantes atmosféricos de acuerdo a los riesgos asociados a dichas emisiones. El diagnóstico que permanentemente se realiza considera los siguientes elementos: Catastro de fuentes fijas; Catastro de combustible utilizados por las fuentes fijas; Estimación de las emisiones de las fuentes fijas; Estaciones de monitoreo; Contaminantes medidos;

Días del año con mediciones; y Población afectada. La Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA), que depende del Ministerio del Interior, es la instancia intersectorial que representa la máxima autoridad medioambiental en el país. Las Comisiones Regionales del Medio Ambiente (COREMA) son las instancias correspondientes a cada región. En la actualidad se está implementando el Ministerio del Medio Ambiente que asume, entre otras, funciones de CONAMA. (13)

Los sistemas de protección y control de alimentos se sustentan en el Código Sanitario. En 1996 entró en vigencia el Reglamento Sanitario de Alimentos, que determina las características que deben reunir los productos alimentarios destinados al consumo humano en Chile. La fiscalización del cumplimiento de esta norma estuvo originalmente a cargo de los Servicios de Salud, a través de los Departamentos de Programas del Ambiente. A partir del 1 de enero de 2005 esta labor de control y fiscalización pasó a ser responsabilidad de la SEREMI de salud de cada región. (33)

4.5. Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El Estado, a través del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, incentiva la investigación en salud, que se ha orientado más a las áreas de ciencias básicas y clínicas que a las de salud pública. Para fortalecer la investigación esencial sobre los problemas prioritarios de salud del país, el MINSAL constituyó la Comisión de Investigación y Tecnología, con representantes de las Facultades de Medicina y de las Escuelas y Departamentos de Salud Pública de las principales universidades del país y creó el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS). A partir de 2004, FONIS desarrolla un concurso anual de proyectos de investigación en salud pública, a los que se presentan alrededor de 600 proyectos cada año, seleccionándose sólo alrededor de 30 cada vez. El monto máximo de financiamiento por proyecto es aproximadamente USD 40.000.

En los últimos años se han hecho esfuerzos para presentar la información científica en formato electrónico para facilitar el acceso por parte de los diferentes usuarios. Se ha progresado en el establecimiento de la Biblioteca Virtual de Salud, en cuyo comité consultivo participan el Ministerio de Salud, la Biblioteca de la Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, la Biblioteca del Congreso Nacional y la Sociedad de Editores de Revistas Científicas. (34)

Desde 1997 el MINSAL cuenta con la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud, (Unidad ETESA), la que en 1998 fue reconocida como Agencia Chilena de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. La Unidad ETESA mantiene vínculos institucionales con la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología de Salud y la Sociedad de Evaluación de Tecnología en Atención de Salud. El actual quehacer de la Unidad ETESA considera: elaboración de Informes de Evaluación, los que analizan y sintetizan la evidencia científica para apoyar la toma de decisiones por parte de autoridades y otros usuarios del sistema; elaboración de Guías Metodológicas, que analizan temas relacionados con el proceso de extracción, análisis y aplicación de la evidencia científica en salud, y con la gestión de calidad a nivel hospitalario; y la divulgación de ensayos clínicos controlados nacionales. (35)

5. Protección social y aseguramiento en salud

El sistema de Protección Social en Salud de Chile forma parte del Sistema de Protección Social, que busca "generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso".

En este contexto, la autoridad sanitaria, representada por el Ministerio de Salud, participa del Área de Protección Social del gabinete, que involucra además a los ministerios de Cultura, Educación, Planificación, Servicio Nacional de la Mujer, Trabajo y Vivienda, y que se encarga de articular y complementar los organismos públicos e impulsar servicios de mayor calidad para la atención de la población que se encuentre en situación de riesgo social.

En el ámbito de la salud, las contingencias, riesgos y necesidades que son sujetas a aseguramiento se relacionan con la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares.

En la última década, la protección social en salud se hace más sólida y compleja con el desarrollo de la ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explicitas de Salud (AUGE-GES), que persigue asegurar acceso oportuno a servicios de calidad en una serie de patologías que cubren más del 70% de carga de enfermedad. (14,15,16,17)

5.1. La protección social en salud

La protección social en salud se apoya preferentemente en el aseguramiento de aspectos cruciales como prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares, destacando:

- Asistencia Médica: Referida a la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria en la prevención, promoción y recuperación de la salud (tratamiento y rehabilitación).

- Prestaciones económicas de enfermedad: Servicios en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

- Prestaciones por accidente en el trabajo y enfermedad profesional: Protección al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión o subsidio mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.

- Prestaciones de maternidad: Hacen referencia al conjunto de prestaciones de orden médico y económico que se otorgan por causa de la maternidad.

Para ello, se cuenta con regímenes contributivos de Enfermedad Común y de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se organizan principalmente en tres sistemas específicos:

- El seguro público, en el Fondo Nacional de Salud, con características de un seguro de reparto. Cubre el 70,4% de la población.

- El sistema ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), que agrupa a 14 entidades privadas que, en su mayoría, operan bajo un régimen de seguro individual. Tiene una cobertura de alrededor del 16,6% de la población.

- El Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, que da cobertura de aseguramiento en salud a los funcionarios de todas las ramas de las fuerzas armadas y de orden, así como a sus familiares, bajo un esquema de seguro de reparto. Su cobertura representa alrededor del 2,7% de la población.

Adicionalmente, el sistema de Protección Social en Salud contempla las prestaciones universales de prevención y promoción de salud bajo un régimen no contributivo, que representan las acciones de Salud Pública. Destacan los siguientes programas y prestaciones:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Atención Primaria de Salud
- Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa
- Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño
- Programa Ampliado de Inmunización
- Programa de Salud del Adulto Mayor
- Programa Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera
- Programa Control de Emisión de Fuentes Fijas
- Programa Prestaciones Complejas
- Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas
- Programa Salud Mental
- Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual
- Programas de Prevención del SIDA
- Difusión y Prevención de Salud
- Programa Adulto Mayor
- Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor
- Programa de Vacunación Antiinfluenza
- Programa Jefas de Hogar
- Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar
- Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino
- Programa Oportunidad
- en la Atención (POA) - Modalidad Institucional
- Seguro Catastrófico (SC)
- Salud Oral
- Seguro Escolar de Accidentes

También hay prestaciones no contributivas de asistencia médica a la población vulnerable, objeto de políticas de protección social gubernamentales: Beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF), pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS) y subsidios de cesantía; Víctimas de la represión política (PRAIS); Discapacitados mentales; Migrantes; y población en extrema pobreza. La administración del financiamiento de su aseguramiento recae en el Fondo Nacional de Salud.

De manera complementaria, las contingencias y necesidades en salud derivadas de los accidentes de tránsito están sujetas a un sistema de aseguramiento obligatorio a todos los propietarios de vehículos motorizados del país. Además se cuenta hay una oferta variada adicional de seguros de salud, complementarios y voluntarios, de administración privada.

5.2. Aseguramiento

Todo trabajador activo o pasivo esta obligado a cotizar el 7% para financiamiento de su régimen de Salud el que puede ser administrado por un seguro público (FONASA) o por alguna aseguradora (ISAPRE), existiendo libertad en la elección.

- ***El Fondo Nacional de Salud***

El Fondo Nacional de Salud es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio. Las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud. Corresponde igualmente al FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección. (36)

El Fondo Nacional de Salud es un servicio público, funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Depende del Ministerio de Salud, a través Subsecretaría de Salud Pública, en los aspectos normativos y de política sanitaria y es regulado por la Superintendencia de Salud, que supervisa y controla al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios, en particular respecto al Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

FONASA funciona con un Sistema de Reparto, donde todos los beneficiarios cotizantes aportan el 7% de sus ingresos imponibles y acceden a un Plan de Salud Único, independiente del aporte y condiciones de salud de cotizantes. Este sistema de seguro solidario está organizado sobre la base de un aporte obligatorio proporcional a los ingresos realizado por los trabajadores en actividad, con el que se forma un fondo, donde prima la solidaridad en la distribución, de acuerdo a las necesidades.

La afiliación por defecto de cotizantes y no cotizantes es con FONASA, a menos de que el cotizante manifieste lo contrario, los planes de salud

de FONASA son universales no valorando riesgo, sexo o edad. Los afiliados según sus ingresos son catalogados en tramos (A-B-C-D) correspondiéndoles o no un copago según tramo que no supera en ninguno de los casos un 20% del valor de la prestación, además permite determinar dos tipo de modalidad de atención que entrega el sistema público están son: el modo institucional, que solo puede acceder a los prestadores públicos, considerándose excepciones según la gestión de red asistencial o el modelo de libre elección para los tramos B-C-D que previo un copago –bono. Puede acceder al sistema privado de prestaciones. En cambio, las ISAPRES operan en base a un contrato individual de seguro de salud donde puede cotizar el 7% o más (voluntario) no excediendo las 4,2 UF mensuales. La prima del contrato esta determinado según edad, sexo y riesgo, lo que en muchas cosas determina que poblaciones como mujeres en edad fértil, tercera edad u otros no puedan acceder a estos contratos, concentrándose finalmente en FONASA.

La protección social para asegurar acceso a la atención de salud: El Fondo Nacional cubre a los pobres y concede subsidios en proporción inversa a la capacidad de pago del resto de los afiliados, de acuerdo con cuatro grupos de ingreso (también hay diferencia según el número de familiares a cargo que tenga el cotizante):

A. Población pobre, que no paga cotización y sólo tiene acceso al sistema público (SNSS) en forma gratuita.

B. Población con ingresos inferiores a 1 salario mínimo, que paga la cotización y cuya atención pública es gratuita en el SNSS.

C. Población con ingresos comprendidos entre 1 y 1,45 salarios mínimos, que debe abonar la cotización más un copago del 10 por ciento por recibir atención pública.

D. Población con ingresos superiores a 1,45 salarios mínimos, que ha de abonar la cotización más un copago del 20 por ciento por recibir atención pública.

En la modalidad institucional de atención (SNSS), los afiliados reciben mismo tipo de prestaciones, independiente de condición de ingreso, cotización o riesgo. Eso significa que los grupos de menor ingreso reciben prestaciones mucho más costosas que los pagos que realizan, y ocurre lo opuesto en los dos últimos grupos, por lo que hay una redistribución de recursos de los afiliados de mayor ingreso a los de menos ingreso, y de los sanos a los enfermos, lo que contribuye a disminuir inequidad en acceso al sistema de salud (Mesa-Lago, 2008).

- ***Sistema ISAPRE***

El sector privado asegurador está constituido por las ISAPRES, empresas privadas de protección contra los riesgos para la salud, que administran la cotización obligatoria de los asalariados. Las ISAPRES pueden ser cerradas o abiertas.

Las ISAPRE fueron creadas en 1981 en el contexto de la reforma previsional y estructural del sistema de salud. Son entidades privadas que tienen como objeto la administración del Seguro Social de Salud Común, otorgando directamente las prestaciones y beneficios de salud o a través del financiamiento de las mismas a sus afiliados. Para ello pueden celebrar contratos de salud con personas, sean o no trabajadores, incorporando a otras personas que no son cargas familiares como “cargas médicas” de los cotizantes. Estos contratos están basados en el riesgo individual, por lo cual el precio de su prima (o plan de salud) así como las prestaciones a que se tienen derecho varían entre los individuos.

En su origen, las ISAPRE se generaron como empresas de seguros de salud con fines de lucro en un contexto de economía competitiva de mercado, que no sólo ofrecían planes de seguro sino también contaban con redes de prestadores privados propias, llegando a alcanzar a mediados de los años 90 a cubrir casi el 25% de la población del país. No obstante, las características del mercado han forzado algunas modificaciones.

Es así como el fortalecimiento del sector público y la implementación de la reforma de salud actual con el Régimen de Garantías Explícitas, sumado a los cambios regulatorios y fiscalizadores ejercidos sobre estas empresas (especialmente las relativas a patrimonio, solvencia económica, restricciones a la integración con prestadores de salud) están generando, entre otros, algunos efectos sobresalientes: la migración de beneficiarios hacia el seguro público y un incremento de la siniestralidad de los beneficiarios (sobreutilización de beneficios).

En consecuencia, en los últimos años las empresas han ido implementando una serie de medidas para reducir costos y mantener los excedentes, por ejemplo, reduciendo el número y alcance de los planes de salud ofrecidos y estableciendo contratos

cada vez más regulados con sus redes de prestadores preferenciales, acercándose gradualmente a un modelo de salud administrada (tipo HMO) y buscando potenciar la complementariedad público-privada.

En su mayoría, las ISAPRE desarrollan planes de salud para ofrecerlos y venderlos al público en general, es decir, están orientadas a trabajadores de cualquier empresa, sin restricciones a priori para la incorporación de un beneficiario, de manera que su mercado potencial son todas las personas o grupos familiares que puedan contratar un plan de salud con dichas instituciones. Por estas características se las denomina ISAPRE abiertas. Todas ellas tienen fines de lucro, con la excepción de una relacionada con la Cámara Chilena de la Construcción, que reinvierte los excedentes. También existen las ISAPRE cerradas, ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas que, por lo general, se originan en los sistemas de bienestar y tienen como único mercado a la población de trabajadores y sus familias de la empresa que les da origen. Normalmente, el financiamiento de estas ISAPRE contempla no sólo la cotización de los trabajadores, sino también, aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices.

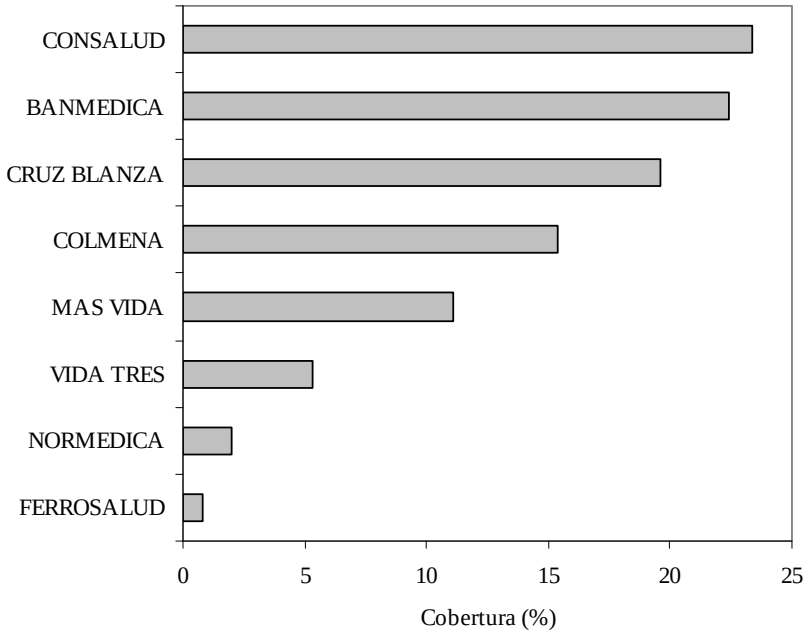
A enero de 2008, existían un total de 14 ISAPRE en operación, 8 abiertas y 6 cerradas. Las ISAPRE abiertas poseen el 97% de los planes y cubren a un 96,6% del mercado de cotizantes. Las ISAPRE cerradas poseen el 3% de los planes restantes y cubren a un 3,4% de los cotizantes. (37,38) En la cobertura de las principales ISAPRE, destacan CONSALUD, BANMEDICA y CRUZ BLANCA (figura 5.3). (12)

En las ISAPRE cerradas la posibilidad de inscripción está limitada, en general, a personas que trabajan en una empresa o un sector económico determinado. En el segundo, la inscripción es abierta a toda la población con niveles de ingresos que les permita adherirse. La cobertura de cotizantes ISAPRE es mayor en poblaciones jóvenes, en especial de 20 a 44 años de edad, mientras que FONASA tiene mayor cobertura en los grupos de edad mayor. Otras categorías de cobertura la constituyen principalmente el grupo de Fuerzas Armadas y de Orden.

- ***Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden***

Existe el sistema de aseguramiento dependiente del ministerio de defensa un de las fuerzas armadas (CAPREDENA) y de Carabineros (DIPRECA) que dan cobertura a un 3% de la población. Contando además con una red de prestadores particular, pudiendo también acceder a los correspondiente al SNSS, Municipal y privados según convenios.

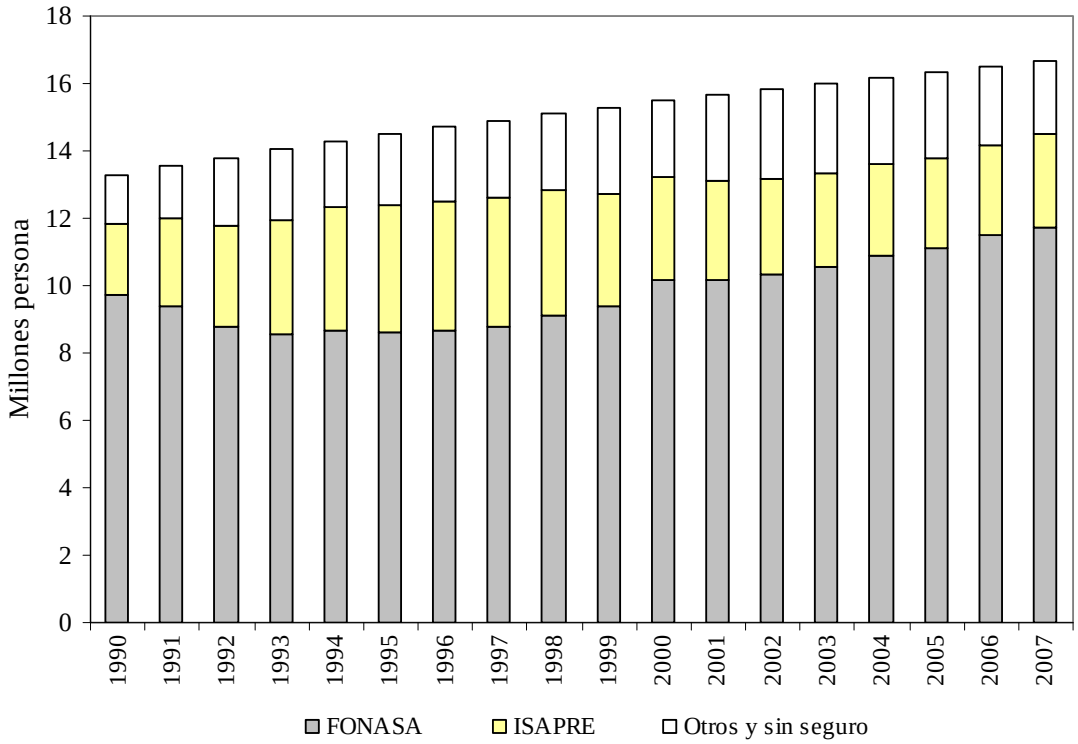
Figura 5.3. Cobertura de aseguramiento privado de salud según ISAPRE, 2006



Fuente MIDEPLAN Casen 2006 (12)

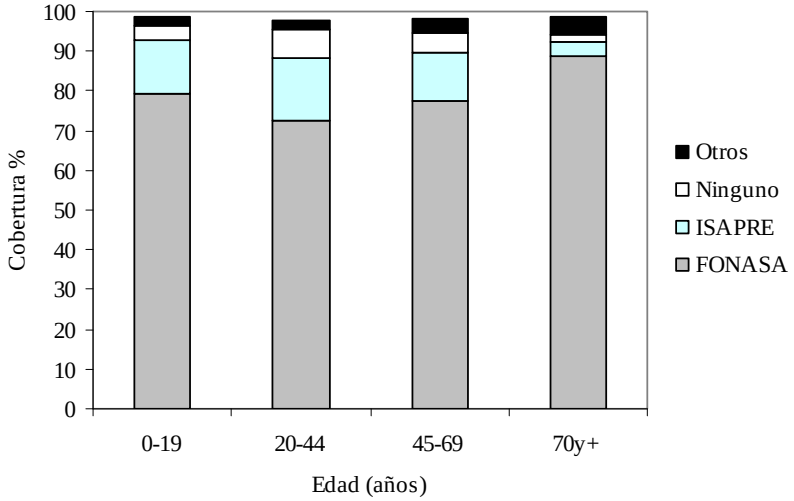
En 2009, el 73,5% de la población eran beneficiarias de FONASA, de los cuales solo el 38,4% eran cotizantes. Por su parte el sistema ISAPRE concentra en sus beneficiarios el 16.3% de la Población de las cuales el 50.3% son cotizantes, el resto de la población el 10,2% corresponde a particulares y FF.AA. El 17.9% de cotizantes de FONASA son mayores de 60 años (grupo de edad donde se acumula paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidad de atención de salud), pero sólo 3.3% de los cotizantes de ISAPRE tiene ese rango de edad. Existe una propuesta gubernamental para que el grupo jubilado no tenga que continuar realizando cotizaciones obligatorias (7% de la pensión). (9)

Figura 5.1. Población cubierta según sistema previsional de salud en Chile, 1990 a 2006



Fuente: FONASA 2008 (36)

Figura 5.2. Cobertura de aseguramiento de salud según grupo de edad en Chile, 2006



Fuente MIDEPLAN Casen 2006 (12)

La población del sistema Isapre se ha mantenido en los últimos años sin grandes variaciones, mientras que el sistema público ha incrementado su población relacionada con una migración del sector privado al público y un aumento de la población chilena (figura 5.1). FONASA es menor en el grupo de 20 a 44 años y aumenta progresivamente a grupos de mayor edad (figura 5.2); en circunstancias que en grupo de mayor edad se concentran jubilados – que mantienen descuentos de 7% en sus pensiones – y mayor carga de enfermedad y mayor necesidad de atención de salud

- ***Seguros de accidente y enfermedad laboral***

En lo que refiere a salud laboral, las empresas están obligadas a cotizar el 6,5% correspondiente a seguro por accidente y enfermedad laboral, este tiene dos modalidades de administración una dependiente del estado correspondiente al Instituto de Normalización Previsional (INP) en conjunto con los Servicios de Salud del país y privadamente las Mutualidades de Empleadores, organismos sin fines de lucro, y otras administraciones delegadas.

Son funciones del INP las prestaciones, pago de indemnizaciones y pensiones por invalidez, pero el pago de subsidios y las prestaciones médicas son otorgadas por los Servicios del SNSS.

En la actualidad existen tres mutualidades autorizadas para administrar el seguro laboral: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS): Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (MSCCHC); y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST)

- ***Otras modalidades de aseguramiento (no excluyentes de anteriores)***

Existen otras modalidades de aseguramiento correspondientes a seguros complementarios, catastróficos, indemnizatorios, así regimenes no contribuyentes y con la nueva reforma merece atención la LEY AUGE (GES) correspondiente a que busca avanzar al logro del derecho universal de la salud para todos los ciudadanos; este régimen se basa en un plan universal de salud (universalidad, integralidad y totalidad) garantizando acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en las prestaciones correspondientes a un grupo priorizado de patologías que a la fecha abarcan 69, representando a más del 70% de la carga de morbilidad del país. Pueden acceder tanto beneficiarios de FONASA como ISAPRE.

- ***Reaseguros para enfermedades catastróficas***

Tanto FONASA como ISAPRE han establecido subsistemas de reaseguro para cubrir las enfermedades catastróficas de sus beneficiarios. Previo a la entrada en vigencia del AUGE o GES, FONASA disponía de un Programa de Enfermedades Catastróficas y las ISAPRES otorgaban y entregan la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), la cual puede ser usada por sus beneficiarios de manera complementaria al GES o en forma directa y excluyente.

La CAEC es un beneficio adicional al plan de salud otorgado por las ISAPRES Banmédica S .A., Vida Tres S. A., Consalud S. A., Colmena Golden Cross S. A.; Cruz Blanca S . A., Mas Vida S .A., Ferrosalud y Fundación de Salud El Teniente (FUSAT) que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta en un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país. La CAEC cubre todas las prestaciones de carácter hospitalario que no se encuentren afectas por las Garantías Explicitas en Salud (GES), y excepcionalmente cubre también, algunas prestaciones ambulatorias, como: Drogas inmunosupresoras en caso de transplante; Radioterapia; Drogas citotóxicas aplicadas en ciclos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer; y Medicamentos coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia, que estén considerados en los programas del MINSAL.

Para efectos de este beneficio, una enfermedad es considerada catastrófica cuando la suma de los copagos que genere, es decir, los montos a pagar por el afiliado, es superior a un deducible determinado, que depende de la cotización mensual que paga cada beneficiario por su plan de salud y corresponde a 30 veces dicho monto.

Existe además un Fondo de Compensación Solidaria entre instituciones, que tiene por objeto solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las ISAPRES, con relación a los problemas de salud contenidos en el Decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud. El Fondo compensa entre sí a las ISAPRES por la diferencia neta que se produzca entre la capacidad y la necesidad financiera.
En el subsistema de las Fuerzas Armadas y de Orden, no existe un sistema de reaseguro o de compensación de riesgos que apoye la cobertura de enfermedades catastróficas, pero, este sistema cuenta

con servicios de bienestar que funcionan como fondos solidarios. Por otra parte, este sistema, cuenta con su propia Red de prestadores institucionales.

- ***Plan GES (Ex AUGE)***

Desde el año 2000 se desarrollado una reforma que busca recuperar la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a la ciudadanía, bajo el principio de que la salud es un bien social y un derecho humano esencial de todos los ciudadanos, sin distinción de ninguna especie. Ello que implica una serie de obligaciones de las entidades aseguradoras de salud respecto a los beneficiarios. Uno de sus elementos centrales es el Régimen de Garantías en Salud, en particular la Ley AUGE (acróstico de "Acceso Universal con Garantías Explícitas"). (4,39)

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud se sustenta en un Plan Universal de Salud, que recoge tres dimensiones del derecho a la salud:

- Universalidad: toda la población chilena y extranjera residente en el territorio nacional, debe beneficiarse,
- Integralidad: todas las enfermedades o condiciones de salud, considerando además sus distintas fases de evolución clínica y,
- Totalidad: todas las acciones o prestaciones asociadas al ciclo de salud - enfermedad.

A contar de 2005 entra en vigor la Ley del Régimen de Garantías Explícitas (GES) que establece las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas. La definición de una serie de problemas de salud priorizados, se han incorporado gradualmente desde 2005 y representan más de 70% de la carga de enfermedad del país. (39)

La Garantía Explícita de Acceso se refiere a la garantía de recibir las actividades de salud, de acuerdo a las directrices que fije la Autoridad Sanitaria. Dichas directrices estarán vinculadas a grupos poblacionales y a la forma de entrar a una red de servicios de salud, condicionada por la capacidad de resolución y derivación de cada nivel. Cada Administrador de Plan deberá garantizar este acceso, intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los proveedores de Salud.

La Garantía Explícita de Calidad se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, por un prestador registrado o acreditado, bajo estándares y guías clínicas establecido por la Autoridad Sanitaria.

La Garantía Explícita de Oportunidad implica un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto ley correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

La Garantía de Protección Financiera implica garantizar el financiamiento del plan de salud, con el fin de que todas las personas puedan acceder a las acciones y prestaciones del mismo, bajo condiciones explícitas de entrega y conocidas por todos.

Con esta protección en términos del financiamiento, se pretende que la restricción para contribuir total o parcialmente a financiar las prestaciones necesarias no sea un obstáculo al acceso a los servicios, para que ni el trabajador ni su familia caiga en la pobreza o se mantenga en ésta como resultado de afrontar el gasto de mantener, recuperar o rehabilitar su salud.

Para los beneficiarios del sistema público FONASA, la contribución (copago) respecto del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen depende del tipo de beneficiario. Aquellos sin ingresos o con menos de uno y medio sueldo vital mensual, no están sujetos a copago; los que tengan ingresos entre uno y medio y dos sueldos vital mensual, deben realizar un copago equivalente al 10%; y los con ingresos superiores, un copago del 20%. No obstante, el monto máximo a pagar anual, independiente del número de eventos que tenga la persona y de su ingreso, es de hasta 3,5 remuneraciones anuales.

Para los beneficiarios del sistema ISAPRE, la contribución (copago) es de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen y el monto máximo a pagar anual, independiente del

número de eventos que tenga la persona, también es de 3,5 remuneraciones anuales.

El Plan AUGE también tiene un componente de Salud Pública, que corresponde al conjunto sistemático de acciones de salud, consideradas "bienes de salud pública", destinadas a proteger la salud de las personas de los riesgos del ambiente y a promover comportamientos que mantengan sana a la población. (4)

Algunas son acciones de carácter ambiental, colectivo o poblacional y otras son aplicadas a los individuos, por ejemplo, vacunas. Este componente del plan se financia mediante aporte fiscal y es administrado por la autoridad sanitaria. Su ejecución está a cargo, en un ámbito sectorial o intersectorial, de instituciones Públicas y Privadas.

Todas las patologías y problemas de salud no contemplados entre aquellos priorizados en el Plan Auge se rigen por las condiciones de aseguramiento vigentes, que para el caso de los beneficiarios de FONASA forman parte del Régimen General de Garantías en Salud y para los beneficiarios de ISAPRE, constituyen el Plan Complementario (mínimo respecto de lo cubierto por el seguro público) y las prestaciones complementarias cubiertas por el plan individual de acuerdo a lo que la prima individual permita financiar.

Durante sus tres primeros años de funcionamiento, el Plan AUGE no ha estado exento de problemas, por cuanto ha significado un importante cambio cultural no sólo en los beneficiarios, quienes experimentan por primera vez la posibilidad de exigir efectivamente sus derechos legales en salud, sino también por parte de aseguradores, obligados a velar por el cumplimiento de las garantías explicitadas, y por parte de los prestadores, apremiados a adecuar su oferta a los términos establecidos por los protocolos y guías clínicas definidos para cada uno de los problemas de salud garantizados.

No obstante todo ello, el gobierno está impulsando una ampliación de las garantías explícitas hasta alcanzar 80 problemas de salud al año 2010, para lo cual se están realizando pilotajes que permitan su implementación gradual. (4)

6. Financiamiento en el sistema de salud

El financiamiento del sistema de salud chileno comprende una combinación entre aportes públicos y privados, los que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y de provisión de servicios.

El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado, el cual se genera a partir de la recaudación de impuestos generales y específicos de las personas. Este se compone del aporte público o fiscal directo que corresponde a las asignaciones presupuestarias desde el Gobierno Central hacia el Ministerio de Salud y al aporte municipal, y del aporte público indirecto que corresponde a las transferencias de otros Ministerios hacia el MINSAL y a las cotizaciones obligatorias de seguridad social en salud que efectúan los trabajadores asalariados y las empresas a partir de sus ingresos imponibles. Se consideran también las cotizaciones de los pensionados y del personal de las Fuerzas Armadas y de Orden .

Por su parte, el aporte privado también se compone de aportes directos e indirectos, correspondiendo los primeros a los gastos de bolsillo de las personas y los segundos a las cotizaciones adicionales que pueden enterar voluntariamente los afiliados a ISAPRE para mejorar la cobertura de su plan de salud y el pago de las primas de seguros privados de salud. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que efectúan directamente los usuarios al prestador de servicios, sin contemplar cobertura de ningún tipo de aseguramiento. (14,15,16,17,41)

6.1. Financiamiento del sistema

El sistema de salud se financia mediante múltiples fuentes, que canalizan los aportes directos o indirectos de las personas. Por su complejidad y heterogeneidad, no es posible estimar el financiamiento global de salud en su totalidad. Sin embargo, se conocen y divulgan aquellas fuentes y gastos afectos a registros gubernamentales y cuentas nacionales, que tienen gran implicancia en el presupuesto nacional.

Destacan las siguientes fuentes de financiamiento:

- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
- Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
- La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% del salario), en virtud del régimen de seguro de salud.
- El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.
- Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
- El co-pago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
- Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
- Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
- Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
- El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.

Entre las diversas fuentes del financiamiento del sistema de salud, destaca que más de un tercio (35%) es aportado por la cotización de los trabajadores, un cuarto es aportado por el Gobierno Central (26%) un décimo por pagos particulares (cuadro 6.1).

Cuadro 6.1. Fuentes de financiamiento del sistema de salud en Chile, 2007

Sector	Fuente		(%)
Público	Directa	Aporte del Gobierno Central	26
		Aporte Municipal	1
	Indirecta	Trabajadores (7%)	35
		Empresas (0.95%)	4
		Fuerzas Armadas y de Orden	0
		Transferencias corrientes	1
Privado	Indirecta: Gasto de bolsillo	Copago de prestaciones	8
		Copago de medicamentos	7
		Pagos particulares	10
	Indirecta: Cotizaciones voluntarias	Adicional de ISAPRE	6
		Primas de seguros	3

Fuente: MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile, 2008 (40)

Los ingresos del sector público de salud

Los ingresos del sector público de salud se estipulan en el presupuesto nacional y provienen principalmente del aporte fiscal y transferencias de aportes previsionales de salud.

Los principales tipos de ingresos del sector público de salud son:

- El aporte fiscal, que en 1996 fue de 365.738 millones de pesos en 1996 (el presupuestado fue 342.312 millones de pesos para dicho año), lo que representó la principal fuente (49.6%) del ingreso (gráfico 9.1).

- La transferencia de los aportes previsionales fue de 247.635 millones de pesos, alcanzando a un tercio (un 33.6%) del total en 1996.

- Los ingresos de operación constituyeron el 6.7 por ciento del total de los ingresos.

- Otros ingresos constituidos mayormente por otras transferencias de fondos al Sector, que representan 6.8% de los ingresos, están influidos por el endeudamiento introducido para financiar las inversiones

En 1995, los ingresos del SNSS correspondieron casi totalmente a dos tipos: en 89.4% a transferencias, especialmente aquellas aportada por el Ministerio a los Servicios de Salud, mientras que 7.5% se obtuvo de ingresos de operación, y el 0.73% obedeció a otros ítems como venta de activos y otros ingresos menores.

El gasto público en salud

El financiamiento global de la salud es gastado por diversos entes ejecutores y a través de varios mecanismos, principalmente en sus componentes de gasto público y gasto privado. El gasto público en salud se considera inserto en el llamado gasto social, efectuado por el gobierno, de los fondos fiscales asignados en el presupuesto nacional a los llamados sectores sociales: educación, salud, vivienda, bienestar social, seguridad social y desarrollo regional.

El gasto público es realizado por el sector público y puede descomponerse como sigue:

- El gasto fiscal, del Gobierno Central, financiado con fondos del presupuesto nacional, asignados al Sector Salud, cuyo ejecutor es el Ministerio de Salud.
- El gasto que realizan otros sectores e instituciones del Estado (como los Ministerios de Educación, Interior, Defensa), de fondos fiscales, para gasto específico de acciones de salud.
- El gasto en actividades de salud ejecutado por las municipalidades, de fondos provenientes de sus ingresos tributarios y de otras fuentes propias.
- El gasto realizado por las instituciones públicas, de fondos provenientes del aporte privado y que por ley deben ser administrados por el sector público: los aportes previsionales recaudados por

FONASA; el pago directo de servicios otorgados por las unidades de atención del sector público; las donaciones y otros

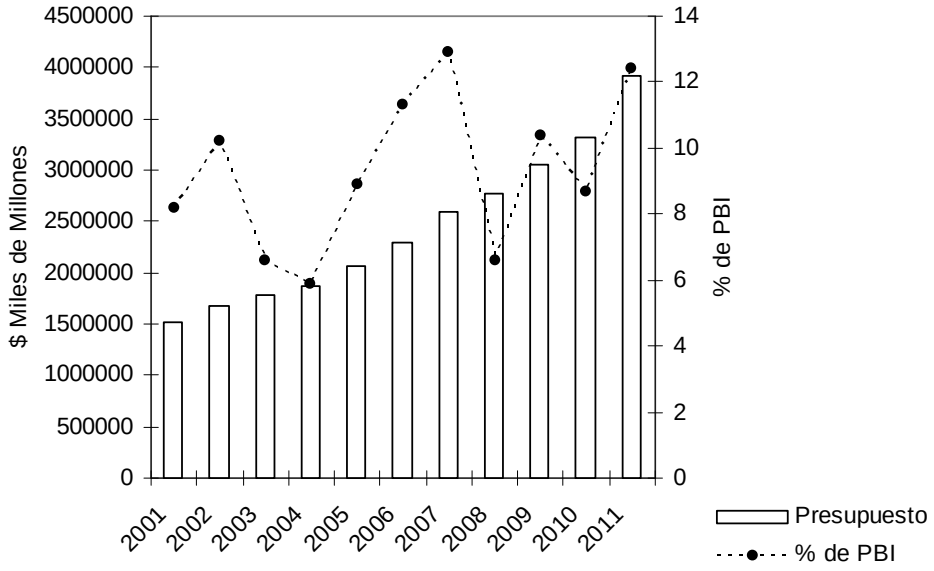
El financiamiento del sistema se basa en aportes públicos y privados (principalmente basado en fondos de impuestos generales y cotizaciones salariales obligatorias), que se asignan y transfieren a las diversas entidades del sistema de salud, principalmente al ministerio de salud y sus entidades dependientes, a FONASA y aseguradoras privadas, servicios de salud y municipios para la administración de atención primaria, y convenios.

El aporte público proviene principalmente de los impuestos y de las cotizaciones obligatorias (7% de salarios) que se realizan al Fondo Nacional de Salud (en menor proporción, de otros sistemas de previsión y seguros, como el de las Fuerzas Armadas y de Orden). En el año 2007, dos tercios del financiamiento provenía del aporte público total (40% directo y 27% indirecto) y un tercio correspondió al aporte privado total (24% directo y 9% indirecto).

A su vez, el 58% del financiamiento público correspondió a las cotizaciones a FONASA y 39% al aporte fiscal del Gobierno Central (el resto correspondía al aporte propio de los municipios y trasferencias de otros Ministerios al de Salud). El 73% del financiamiento privado total correspondió a gasto de bolsillo, 17% a cotizaciones y 10% a primas de seguros de salud (MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile).

El gasto en salud ha mantenido un aumento progresivo en los últimos años (figura 6.1) (42), con un crecimiento promedio anual de 9.3%, representando a la fecha un 6,6% del PIB. Este aumento de gasto se ha relacionado con el envejecimiento de la población. El 2010 el presupuesto fue de 3.320.408 MM de pesos. A nivel público el presupuesto general del estado se compone de un aporte directo e indirecto el primero corresponde al fiscal, a las asignaciones presupuestarias desde el gobierno central que corresponde el 52% del total del presupuesto, siendo el aporte indirecto las contribuciones obligatorias de seguridad social en salud por parte de asalariados y empresas, además de transferencias desde otros ministerios al MINSAL, incluyéndose además las cotizaciones de pensionados y personal de fuerzas armadas y orden. En lo privado el presupuesto de compone de un aporte directo relacionado a gastos de bolsillo de las personas que representan el 73% del presupuesto y los indirectos (27% del presupuesto) a las cotizaciones adicionales voluntarias de los afiliados a ISAPRE y al pago de primas de seguro de salud.

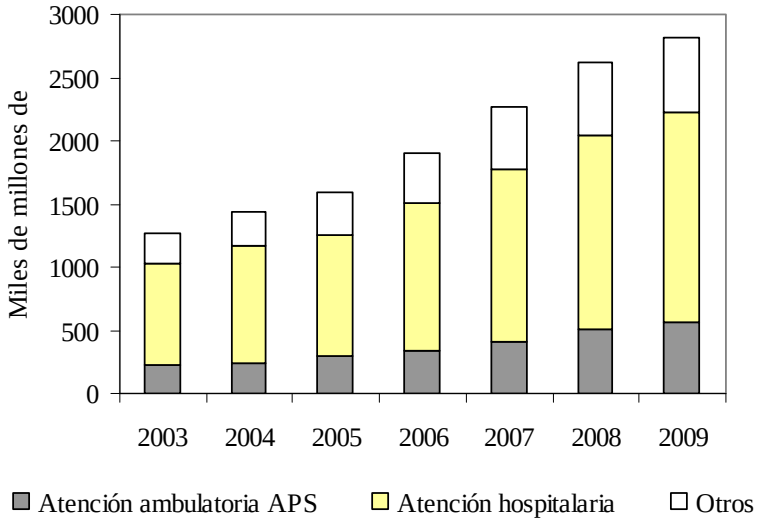
Figura 6.1. Presupuesto sectorial de salud, Chile 2001 a 2011



Nota: Presupuestos Iniciales de cada año + Reajustes y Leyes Especiales
1.- Serie homogénea, en base a los cambios presupuestarios de la CENABAST y el FUPF
2.- Incluye sólo gastos sobre la línea, no considera: Servicio de la Deuda, Inversión Financiera y Saldo Final de Caja

Fuente: FONASA, 2010 (42)

Figura 6.2. Distribución del gasto de salud en centros asistenciales del SNSS 2003 a 2009.



Fuente: FONASA, Informe Gasto en Salud 2009. (42)

Con un gasto en salud per cápita de USD 226.2 en la modalidad libre elección del FONASA, de USD 65,7 en modalidad de atención institucional y de USD 340 en el sistema ISAPRE.

6.2. Financiamiento de la provisión de servicios

En el período entre 2003 y 2009, el gasto de ser sector público aportado a apoyar las diversas actividades del sistema de salud aumentó paulatinamente (figura 6.2). Sobre el 90% del total de gasto se destina a los beneficiarios, quedando un menor porcentaje a las actividades de regulación y rectoría. Así, mismo la atención hospitalaria concentra el 58% del gasto en salud, mientras que la atención primaria gasta el 20% a pesar de resolver el 90% de la demanda asistencial del sistema. La visión global muestra un aumento sostenido al doble del gasto en todos sus componentes referente al quinquenio anterior. Destaca que las mayores actividades financiadas son la atención hospitalaria y la atención primaria de salud, en otros se encuentra principalmente el funcionamiento de CENABAST, FONASA, regulación y rectoría sanitaria (ISP, Servicios de Salud, Subsecretarías de Salud y Redes Asistenciales).

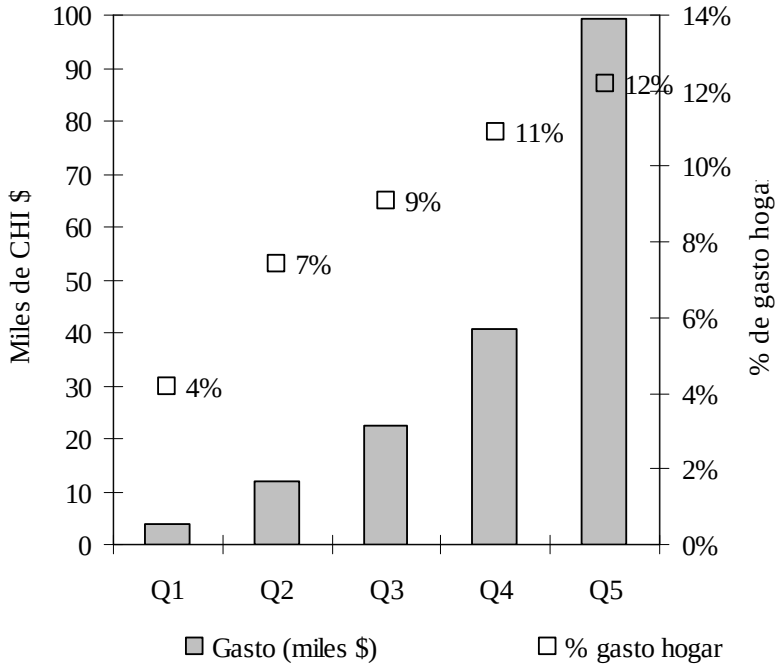
La distribución de fondos de FONASA a la atención primaria bajo administración municipal se basa en una estimación percápita de la población registrada, corregida por factores de pobreza, ruralidad y otros factores.

- ***Copago***

Las categorías A y B de FONASA no realizan copago de arancel al momento de uso, en la modalidad institucional del SNSS (salvo 30% en atención dental en grupo B); 10% para el grupo C (50% en atención dental); y 20% para el grupo D (80% en atención dental). El copago de ISAPRE, al momento de uso, es bastante variable, pero se estima un promedio de 32%.

El gasto de bolsillo promedio en salud (en miles de CHI$, 2006, considerando reembolso) de los hogares del quintil de mayor ingreso es 25 veces mayor al que incurre el grupo del quintil de menores ingresos, mientras que ese gasto representa el 12,2% del gasto total de hogar en el quintil de mayor ingreso y solo 4.2% en el menor ingreso (figura 6.3). (42)

Figura 6.3 Gasto de bolsillo por hogar según quintil de ingreso, Chile 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto, MINSAL 2006. (43)

El tema del financiamiento sigue siendo una prioridad para la autoridad sanitaria, tanto en lo que corresponde al pago previsional y de gasto directo de los diversos grupos socioeconómicos de la población, como al aporte del Estado.

El Informe de la Comisión Presidencial de Salud (Diciembre 2010) (45) indica una serie de problemas relacionados directa o indirectamente con el financiamiento global del sistema:

- FONASA ha experimentado un significativo aumento del componente fiscal de sus ingresos.
- Las ISAPRE enfrentan cada vez más conflictos con sus clientes, los que han judicializado sus reclamos principalmente por el incremento en los precios.
- La red pública de consultorios y hospitales sufre de muchas deficiencias en su organización, lo que le impide responder en forma dinámica a las cambiantes necesidades de sus beneficiarios generando en éstos altos grados de insatisfacción.
- Los centros privados, debido al modelo de compra por parte de los seguros, se orientan al pago por prestaciones, lo que presiona a un incremento de los costos e impide dar solución global a los problemas de salud de una población.

Por este motivo, el actual gobierno ha dado prioridad a una reforma en salud (aún en estudio, no propuesta) con énfasis en el mejoramiento del financiamiento del sistema de salud.

El citado informe reconoce que la tarea de proponer reformas en salud es intrincada y laboriosa y posiblemente se van a requerir plazos prolongados para alcanzar un consenso nacional.

7. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

La organización del SNSS se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980). Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

7.1. Los Servicios de Salud del SNSS

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 26 Servicios con asignación geográfica definida. A la Dirección de Servicio de Salud le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

La provisión de servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo de 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. En forma directa, tienen a cargo los hospitales dependientes (por propiedad directa o convenio con otras entidades) y en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario. La atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial.

El nivel primario tiene mínima complejidad y amplia cobertura realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Allí se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan. El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.

El nivel secundario, principalmente basado en especialidades básicas, cuenta con una complejidad intermedia y de cobertura media. Este nivel actúa por referencia desde el nivel primario, y sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como hospitalización en establecimientos hospitalarios que también cuentan con atención ambulatoria provista de un consultorio adosado en ese tipo de establecimientos.

El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en referencia de pacientes desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica. Puede actuar como un centro de referencia no sólo para recibir pacientes desde de su propia área de red asistencial, sino que puede tener carácter regional, supra-regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como institutos de especialidades). Aunque estos establecimientos hospitalarios realizan actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario (ya que cubren problemas de demanda a nivel secundario de la población cubierta por la red asistencial correspondiente).

Al igual que en el nivel secundario, en este nivel corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

Los Servicios de salud tienen distinto tamaño y cobertura según población del área geográfica asignada y número de hospitales a cargo (cuadro 7.1). Los hospitales tienen distinto grado de complejidad tecnológica y especialidades que ofrecen.

Cuadro 7.1. Población e indicadores hospitalarios de los Servicios de Salud, 2008.

Región	Servicio de Salud	Población (miles)	Hospitales n	Camas n	Camas *1000 h	Egresos (miles)	Egresos *1000 h
Arica y Parinacota	Arica	188.5	1	260	1.4	12.6	66.6
Tarapacá	Iquique	293.2	1	346	1.2	15.0	51.1
Antofagasta	Antofagasta	554.8	5	1003	1.8	34.5	62.2
Atacama	Atacama	274.4	5	507	1.8	21.1	76.8
Coquimbo	Coquimbo	687.7	9	918	1.3	46.3	67.3
Valparaiso	Valparaiso San Antonio	463.3	5	999	2.2	45.6	98.5
	Viña Quillota	981.2	11	1245	1.3	56.4	57.4
	Aconcagua	252.3	5	964	3.8	23.5	93.0
Metropolitana	Norte	746.0	5	1355	1.8	48.7	65.3
	Occidente	1125.3	7	1487	1.3	64.7	57.5
	Central	1066.1	3	1038	1.0	43.3	40.6
	Oriente	1180.2	8	1468	1.2	68.9	58.4
	Sur	1063.5	7	1905	1.8	70.9	66.7
	Sur Oriente	1500.1	5	1415	0.9	70.2	46.8
Lib. B.O'Higgins	Lib. B.O'Higgins	857.7	15	1210	1.4	51.0	59.4
Maule	Maule	983.4	13	1892	1.9	77.0	78.3
Bio-Bio	Ñuble	457.0	7	971	2.1	42.4	92.8
	Concepción	623.9	6	1378	2.2	62.6	100.3
	Arauco	166.5	5	312	1.9	17.6	105.7
	Talcahuano	365.0	3	598	1.6	29.0	79.4
	Bio-Bio	383.6	7	731	1.9	38.1	99.4
Araucania	Araucania Norte	200.0	7	559	2.8	24.7	123.6
	Araucania Sur	745.5	15	1423	1.9	72.7	97.6
Los Rios	Valdivia	375.2	9	1081	2.9	41.2	109.9
Los Lagos	Osorno	232.5	7	505	2.2	18.4	79.1
	Reloncavi	393.9	12	686	1.7	35.9	91.1
	Chiloé	178.6	5	258	1.4	14.8	83.1
Aisén	Aisén	101.5	5	226	2.2	10.8	106.6
Magallanes	Magallanes	157.0	3	442	2.8	4.0	25.4
Total SNSS		16598.1	196	27182	1.6	1161.8	70.0

Fuente: Ministerio de Salud, 2008 (24)

Cuadro 7.2 Hospitalarios del SNSS y otros sectores del país, 2004 a 2008.

Tipo de hospital	2004	2005	2006	2007	2008
Hospitales SNSS de alta complejidad	59	60	60	60	61
Hospitales SNSS de mediana complejidad	24	23	23	23	23
Hospitales SNSS de baja complejidad	99	99	99	99	99
Hospitales con convenios y similares	26	23	23	23	29
Total hospitales del SNSS	208	205	205	205	212
Otros hospitales públicos	15	14	14	14	14
Hospitales de Mutuales de Empleadores	45	43	42	42	40
Hospitales y clínicas privados	135	139	147	147	152
Total establecimientos del subsector privado	180	182	189	189	192
Total de hospitales del país	403	401	408	408	418

Fuente: Compendio Estadístico INE, 2010 (11)

En 2008, había 61 hospitales de alta complejidad en el SNSS, que representan 28.8% de los hospitales de ese sistema y 14.6% de los hospitales del país (cuadro 7.2). (11) Éstos tienen especialidades complejas y uso de tecnología más complejo. Por ocupar el máximo nivel de complejidad de las redes asistenciales de las cuales forman parte, tienen una función de referencia y contrarreferencia de pacientes y se ubican en grandes centros urbanos o en cabeceras de ciudades de regiones. Un tipo especial de hospital de alta complejidad lo constituyen los institutos nacionales, en general concentrados en una especialidad predominante de alto nivel y pueden recibir referencias desde diversas regiones del país. En la actualidad existen el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Psiquiatría; el Instituto Nacional de Geriatría, el Instituto Nacional de Neurocirugía; y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica.

En 2008, había 24 hospitales de mediana complejidad en el SNSS, fundamentalmente en cabeceras de provincia o sirviendo de centros de derivación de un área de influencia de un grupo de comunas o de hospitales de baja complejidad. Esos hospitales representan 10.8% de los hospitales del SNSS y 5.5% de los hospitales del país.

Ese año, había 99 hospitales de baja complejidad (con coberturas directas entre 3.000 y 40.000 habitantes), lo que representa una proporción de 46.7% de los hospitales del SNSS y 23.7% de los hospitales del país. A pesar de que esos hospitales constituyen casi la mitad de los existentes en el SNSS, la cantidad de camas es minoritaria, por cuanto su tamaño fluctúa entre 30 y 100 camas, mientras que en los hospitales de mayor complejidad existen centenas de camas por establecimiento.

El diseño y construcción de la mayoría de hospitales en general obedece a planes basados en el volumen y tipo de demanda de atención que existía o se proyectaba cuando ese tipo de establecimientos fue diseñado y construido. Sin embargo, el volumen de población cubierta así como el tipo de demanda de atención en general ha cambiado, y además se está en revisión del modelo de gestión hospitalaria.

Cuadro 7.3. Centros de atención ambulatoria del SNSS, 2004 a 2008.

Tipo de centro de atención ambulatoria	2004	2005	2006	2007	2008
Centros de Atención Ambulatoria de Especialidades	11	9	10	10	15
Centros de Salud de Atención Primaria	633	675	686	798	945
Postas de Salud Rural	1.162	1.171	1.169	1.17	1.165
Total Centros de atención ambulatoria del SNSS	1.806	1.855	1.865	1.978	2.125

Fuente: Compendio Estadístico INE, 2010 (11)

7.2. La atención primaria de salud bajo administración municipal

Para la realizar la función de atención primaria de salud, los establecimientos ambulatorios de este nivel son administrados en base a convenios entre Servicios de Salud y Municipalidades y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud.

De los 2.125 establecimientos de atención ambulatoria registrados en el SNSS, 945 son centros de salud de atención primaria (44.5%) y 1.165 son postas de salud rural (54.8%). Los 15 centros restantes (0.7%) son consultorios adosados de especialidades, que a su vez forman parte de hospitales y están bajo la dependencia más directa del Servicio de Salud (cuadro 7.3). (11)

Los procedimientos técnico-administrativos que corresponde seguir a la gestión municipal y la supervisión por parte del Servicio de Salud está normado respecto a las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnóstico y aspectos administrativos del funcionamiento.

El Municipio se compromete a cumplir la normativa técnica y ministerial, con autonomía para la gestión del recurso que administra, y someterse a la supervisión técnica de la autoridad de salud. Cada Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda. Igualmente se define las responsabilidades de los Servicios de Salud

Se otorgan las prestaciones de los programas de salud con la participación de profesionales y personal auxiliar de acuerdo a criterio técnico y normas vigentes al respecto. Estos centros atienden patología simple y derivan a los establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud aquellos problemas médicos que excedan su nivel de resolución. Tradicionalmente existen consultorios generales (principalmente en base a medicina general) tanto urbanos como rurales. Sin embargo, el gran cambio de la demografía con crecimiento de ciudades no se ha correspondido con la consiguiente red asistencial que sea pertinente a las nuevas demandas poblacionales de atención, y no se han construido hospitales de modo suficiente para compensar el aumento de población. Por ello, se ha desarrollado una serie de tipos distintos de centros asistenciales ambulatorios, que no sólo incluyen medicina general y familiar, sino que distintos grados de especialidad y complejidad tecnológica de la atención.

Entre los diversos tipos de centros de atención ambulatoria en el SNSS (2009), destacan:

- Centro Diagnóstico Terapéutico. Existen 13 centros de alta complejidad. Otorga atención de referencia a los establecimientos de menor complejidad, incluyendo actividades como tomografía axial computada o cirugía menor.

- Centro de Referencia de Salud. Hay 9 centros de mediana complejidad. Otorga atención de referencia en especialidades básicas a una red de 4 a 6 consultorios urbanos, en grandes ciudades.

- Centro de Salud Mental (COSAM). Se cuenta con 60 centros especializados en el área de salud mental, de baja complejidad

- Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Hay 172 centros de baja complejidad. Otorga prestaciones de urgencia, resolviendo patología de emergencia de baja complejidad en horario no hábil

- Servicio de Urgencia Rural (71). Se registra 71 centros de baja complejidad enfocados en urgencia de sectores rurales (en que no hay hospital general)

- Centro de Salud Rural (CSR) . Hay 103 centros de baja complejidad, para localidades rurales con habitantes entre 2000 y 5000 hab.

- Centro de Salud Urbano (CSU). Hay 178 establecimientos de baja complejidad. Busca cubrir poblaciones asignadas no superiores a 40.000 hab. Su existencia es previa al cambio de modelo de salud familiar.

- Centro de Salud Familiar (CESFAM). 371 centros de baja complejidad. Cuenta con equipos multidisciplinarlos que oferta un plan de salud familiar y realizan las acciones de salud pública y entrega de prestaciones curativas.

- Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF). Se registra 139 centros de baja complejidad, dependientes de un centro de salud familiar base, con una base comunitaria insertos a nivel local para brindar en forma actividades asistenciales y promoción de salud.

- Posta Rural. Hay 1.166 establecimientos registrados, de baja complejidad. Centro asistencial primario para poblaciones dispersas y/o concentradas de 600-2000 habitantes, con un técnico paramédico residente. Se apoya en rondas del equipo multidisciplinarlo de APS, en forma periódica.

- Estación Médico Rural. Son establecimientos sin personal residente y de baja complejidad. Centro asistencial primario en comunidades geográfica-mente dispersas para uso periódico por parte de rondad del equipo de Salud. Uso cuya frecuencia depende del consultorio de base.

7.3. Recursos humanos asistenciales

La dotación de personal de los servicios de salud y de la atención primaria municipal corresponde en total a 123.000 funcionarios, de los cuales 32% se desempeña en la atención Primaria Municipal y 68% en la Atención Secundaria y Terciaria.

En 2008, el SNSS registraba 17.185 médicos contratados, que representaba 10.3 médicos por 10.000 habitantes, recurso que a nivel regional fluctuaba entre 18.4 y 6.5 médicos por 10.000 habitantes en Aysén y Los Ríos respectivamente Se contaba con 8.002 enfermeras contratadas (4.8 por 10.000 habitantes) y 4.476 matronas (2.7 por 10.000 habitantes). El recurso dentista era aún más escaso: 3.429 profesionales (2.0 por 10.000 habitantes). La fluctuación de disponibilidad de estos profesionales entre Regiones no es sistemática ya que depende de diversos factores (cuadro 7.4). (11)

Hay mayor disponibilidad en Regiones del extremo sur (Aysén y Magallanes), con poblaciones de tamaño relativamente pequeño. La disponibilidad en la Región Metropolitana es bastante mayor que en las otras; sin embargo la razón de disponibilidad por 10.000 habitantes es más baja que el promedio nacional (dado el gran tamaño de la población de la región Metropolitana). La Región de Bíobío, que cuenta con un gran complejo urbano pero también amplios sectores rurales, cuenta con la segunda mayoría de estos profesionales, pero cuyas razones de disponibilidad por 10.000 habitantes son superiores al valor nacional.

Respecto a los otros tipos de profesionales asistenciales, el cuadro 7.5 presenta la disponibilidad de farmacéuticos, tecnólogos médicos, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales, mientras que el cuadro 7.6 muestra la disponibilidad de nutricionistas, asistentes sociales, otros profesionales y técnicos paramédicos. Las 2.037 nutricionistas contratadas representan 1.2 por 10.000 habitantes, los 1.779 kinesiólogos representan 1.1 por 10.000 habitantes, mientras que los otros tipos de profesionales tienen una disponibilidad bastante escasa en el SNSS (menor a 1 por 10.000 habitantes). Los 31.825 técnicos paramédicos (razón de 8.4 por 10.000 habitantes) constituyen un valioso personal asistencial en el SNSS, tanto complementando la labor del equipo profesional de salud en hospitales y centros ambulatorios, como asumiendo un rol esencial en servicios de urgencia (fuera de horas funcionarias diarias) y en postas rurales, así como en trabajo con la comunidad. (11)

Cuadro 7.4 Disponibilidad de médicos, dentistas, enfermeras y matronas en el SNSS, por Regiones en 2008

Región	Médicos		Dentistas		Enfermeras		Matronas	
	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.
Arica y Parinacota	372	19.9	65	3.5	218	11.6	89	4.8
Tarapacá	278	9.3	47	1.6	158	5.3	105	3.5
Antofagasta	385	6.9	61	1.1	255	4.5	132	2.4
Atacama	295	10.7	43	1.6	115	4.2	107	3.9
Coquimbo	666	9.5	133	1.9	367	5.3	210	3.0
Valparaíso	1961	11.4	423	2.5	850	4.9	438	2.5
O'Higgins	672	7.8	165	1.9	312	3.6	217	2.5
Maule	908	9.2	241	2.4	583	5.9	359	3.6
Biobío	2281	11.4	596	3.0	1578	7.9	713	3.5
Araucanía	965	10.1	209	2.2	579	6.1	346	3.6
Los Ríos	245	6.5	60	1.6	177	4.7	116	3.1
Los Lagos	922	11.3	227	2.8	479	5.9	348	4.3
Aysén	189	18.4	40	3.9	83	8.1	47	4.6
Magallanes	230	14.6	34	2.2	144	9.1	43	2.7
Metropolitana	6816	10.1	1085	1.6	2104	3.1	1206	1.8
Total SNSS	17185	10.3	3429	2.0	8002	4.8	4476	2.7

Fuente: Compendio Estadístico INE 2010 (11)

Cuadro 7.5 Disponibilidad de farmacéuticos, tecnólogos médicos, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales en el SNSS, por Regiones en 2008

Región	Farmacéuticos		Tecnólogos Médicos		Kinesiólogos		Terapeutas Ocup.	
	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.
Arica y Parinacota	8	0.4	60	3.2	35	1.9	3	0.2
Tarapacá	10	0.3	35	1.2	32	1.1	4	0.1
Antofagasta	15	0.3	78	1.4	45	0.8	1	0.0
Atacama	8	0.3	44	1.6	40	1.4	2	0.1
Coquimbo	16	0.2	80	1.1	83	1.2	5	0.1
Valparaíso	65	0.4	171	1.0	196	1.1	27	0.2
O'Higgins	9	0.1	58	0.7	58	0.7	6	0.1
Maule	21	0.2	106	1.1	131	1.3	2	0.0
Biobío	106	0.5	205	1.0	224	1.1	9	0.0
Araucanía	29	0.3	125	1.3	132	1.4	5	0.1
Los Ríos	5	0.1	28	0.7	33	0.9	2	0.1
Los Lagos	20	0.2	90	1.1	116	1.4	5	0.1
Aysén	3	0.3	26	2.5	14	1.4	1	0.1
Magallanes	7	0.4	31	2.0	21	1.3	2	0.1
Metropolitana	153	0.2	414	0.6	619	0.9	59	0.1
Total SNSS	475	0.3	1551	0.9	1779	1.1	133	0.1

Fuente: Compendio Estadístico INE 2010 (11)

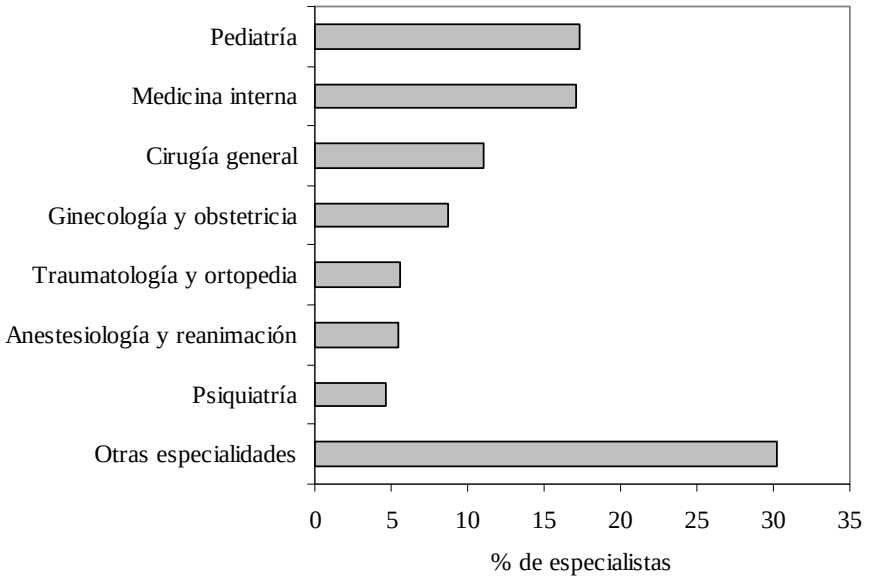
Cuadro 7.6 Disponibilidad de nutricionistas, asistentes sociales, otros profesionales y técnicos paramédicos en el SNS, por Regiones en 2008

Región	Nutricionistas		Asistentes Sociales		Otros Profesionales		Técnicos Paramédicos	
	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.	n	* 10.000 h.
Arica y Parinacota	28	1.5	26	1.4	248	13.2	858	45.8
Tarapacá	27	0.9	38	1.3	247	8.2	518	17.2
Antofagasta	39	0.7	57	1.0	189	3.4	847	15.1
Atacama	39	1.4	51	1.8	272	9.8	632	22.9
Coquimbo	96	1.4	93	1.3	357	5.1	1545	22.1
Valparaíso	182	1.1	251	1.5	911	5.3	4171	24.2
O'Higgins	92	1.1	108	1.2	479	5.5	1639	18.9
Maule	215	2.2	175	1.8	843	8.5	2369	23.9
Biobío	378	1.9	386	1.9	1730	8.6	5020	25.0
Araucanía	181	1.9	158	1.7	816	8.6	2291	24.0
Los Ríos	46	1.2	49	1.3	224	5.9	562	14.9
Los Lagos	150	1.8	138	1.7	610	7.5	1963	24.1
Aysén	11	1.1	15	1.5	89	8.7	354	34.5
Magallanes	17	1.1	23	1.5	131	8.3	399	25.3
Metropolitana	536	0.8	582	0.9	6978	10.3	8657	12.8
Total SNSS	2037	1.2	215	0.1	14124	8.4	31825	19.0

Fuente: Compendio Estadístico INE 2010 (11)

En 2009, el SNSS registraba una disponibilidad de 11.5 médicos, 7.4 enfermeras y 3.5 matronas por 10.000 beneficiarios de FONASA. Durante el último quinquenio (2004-2009) se ha visto un incremento de un 22.3% en el número de profesionales médicos, enfermeras o matronas contratados. Este aumento ha sido más notorio en la Atención Primaria de Salud, nivel en que este grupo de profesionales ha duplicado su dotación en ese período. Sin embargo, cabe destacar que en este mismo breve período, la población beneficiaria de FONASA (principal grupo usuario del SNSS) aumentó en 14,6%.

Figura 7.1. Proporción de especialistas, según especialidad declarada, Chile 2009



Fuente: Compendio INE 2010, basado en información Colegio Médico AG. (11)

La proporción de especialistas, según especialidad declarada, en más frecuente en las cuatro especialidades básicas tradicionales (figura 7.1). Los médicos generales (sin especialidad) se ubican principalmente en centros de atención primaria. En estos centros, el 92.4% de las horas médicas semanales corresponden a medicina general, mientras que 7.6% restante a especialidades, en el 2006. En los establecimientos directamente dependientes de los Servicios de Salud (especialmente hospitales), la mayoría de horas médicas semanales corresponde a especialistas (78.3%), mientras que el 21.7 restante a medicina general. Se registró un total de 156.250 horas semanales de medicina contratadas en el SNSS en 2006. Un poco más de un tercio de ellas correspondía a medicina general (36.8%) y el 63.2 restante a especialidades. (Ministerios de Salud, 2009)

Se estima que aproximadamente la mitad de los 22.750 mil médicos activos del país están registrados como especialistas en 70 especialidades diferentes, aunque sólo la mitad de ellos han recibido formación universitaria formal de postgrado, el resto es reconocido por formación en la práctica, que ha sido acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación de Especialidades Médicas (CONACEM). Se estima que 60% de los especialistas trabaja exclusivamente en el sector privado.

Un estudio reciente del Banco Mundial encargado por el MINSAL, ha estimado que en el sistema público de salud faltan 1600 especialistas en jornadas de 44 horas, especialmente anestesiólogos, traumatólogos, internistas y psiquiatras. El año 2009 se dispuso de 557 cupos para formar especialistas y el año 2010 aumentaron a 656, para 1.100 egresados de la carrera de medicina. La principal falencia del sistema es la necesidad de autofinanciamiento por parte de los estudiantes, a pesar que estos profesionales efectúan labores asistenciales significativas en cuanto a productividad. (43,44)

Cuadro 7.7. Brecha estimada de cargos de especialistas en el SNSS. 2006

Especialidad	Brecha cargos
Anatomía Patológica	198
Psiquiatría Adultos	126
Anestesia	121
Radiología	104
Pediatría	86
Cardiología	82
Fisiatría	80
Neuropsiquiatría Infantil	80
Cirugía Adultos	78
Medicina Interna	78
Oftalmología	61
Oncología Adultos e Infantil	60
Traumatología y Ortopedia	52
Neurocirugía	45
Otorrino-laringología	38
Obstetricia- Ginecología	37
Neurología	34
Dermatología	28
Urología	19
Cirugía Cardíaca Adulto e Infantil	17
Medicina Nuclear	17
Cirugía Infantil	13
Total	1459

Nota: Cargos de 44 horas semanales
Fuente: Ministerio de Salud, 2009. (44)

Las prioridades de especialidades para aumentar su dotación son referidas a problemas de salud de mayor impacto en los objetivos de reducción de mortalidad, morbilidad y discapacidad de la población estas son las cardio y cerebro vasculares, cáncer, salud mental, urgencia y pacientes críticos.

En cuadro 7.2, se indica la proporción de médicos especialistas y generales, tanto en centros dependientes de los servicios de Salud (en su mayoría hospitales) y en la atención primaria bajo administración municipal. En el cuadro 7.3 se indica las brechas de cargos de especialistas en el SNSS, según especialidad, que estimaba el Ministerio de Salud en 2006. Como respuesta, en ese año se estaban formando 1.074 especialistas: 700 en el marco del sistema nacional tradicional de becas, mientras que otros 374 cupos que los han negociado en forma directa por los Servicios de Salud con las Universidades, de los cuales 228 eran financiados en forma compartida entre el Ministerio y los Servicios de Salud.

7.4. Medicamentos y otros suministros de Salud

El mercado farmacéutico chileno se caracteriza por la circulación de una importante proporción de medicamentos genéricos, así como una dilatada participación de laboratorios nacionales y la existencia de la Central de Abastecimiento (CENABAST) del MINSAL. No hay un control para la fijación del precio de los medicamentos. Según las cifras más actuales los medicamentos genéricos representaron un 39,3% de las unidades de venta del mercado, los genéricos de marca un 38,5% y los productos de marca un 22,1%. En términos de valores monetario de las ventas, los genéricos sólo representan un 7,7%, los similares un 49% y los fármacos de marca un 43,3%. La importante participación de los medicamentos genéricos en el mercado farmacéutico incide en un bajo precio promedio de los medicamentos, el que fue de USD 3,03.

El laboratorio con mayor participación fue el Laboratorio Chile (27% del mercado). Del total de patentes solicitadas en el Ministerio de Economía entre Octubre de 1991 y Abril de 2002, un 19,2% correspondieron a patentes farmacéuticas. De las patentes otorgadas un 43% son de Estados Unidos y un 24% de Europa. Existen alrededor de 1500 farmacias comunitarias, de las cuales un 37% son propiedad de tres cadenas (Salco-Brand, Ahumada y Cruz Verde), las que controlan el 90% de las ventas[21]. Este oligopolio presenta además el problema de integración vertical entre producción y venta de varios productos farmacéuticos. Hay ausencia de farmacias comunitarias en 35 comunas del país con más de 10.000 habitantes. (32)

La política de medicamentos busca asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en el Formulario Nacional, de eficacia y calidad garantizada, seguros, de costo asequible y de uso racional, de manera de obtener los máximos beneficios, a la vez que controlando el costo. Se estima que el gasto promedio anual por beneficiario en el sector público es de USD 8.00 Aunque entre 1999 y 2002 el mercado farmacéutico tuvo una caída de USD 567 millones a USD 501 millones, se mantuvo una cifra cercana a las 168 millones de unidades vendidas. El bajo precio promedio por unidad que se observa en el mercado farmacéutico (USD 3,03 en 2002) se asocia con la importante participación de laboratorios nacionales y la extensión del uso de medicamentos genéricos. En 2002 los precios por unidad de productos genéricos, similares y de marca fueron USD 0,59, USD 3,86 y USD 5,96, respectivamente.

La diferencia en el gasto en medicamentos entre el primer y quinto quintil de ingresos es de 6,5 veces. Además, la participación del quintil de más ingresos en la compra de medicamentos corresponde a aproximadamente la mitad, en tanto que la participación del quintil más pobre sólo alcanza al 7.3%. En el sector público, la CENABAST actúa como intermediaria para concentrar y facilitar las compras de los establecimientos públicos de salud que así lo desean. Además, ésta compra y distribuye los productos incluidos en los programas nacionales de salud pública (como vacunas o medicamentos contra tuberculosis). La presencia del farmacéutico es obligatoria en las farmacias privadas y también en los hospitales públicos, pero no así en las clínicas privadas. (32)

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

Durante la década de los 90s la red pública tuvo inversiones en obras civiles y equipamiento médico

por un monto de USD 260 millones, cuyos principales resultados fueron la construcción o reconstrucción de 13 hospitales. Además, se modernizaron otros 53 hospitales y 13 centros clínicos o consultorios de especialidades, por un monto de USD 180 millones y USD 105 millones, respectivamente. Estudios regionales de la red asistencial realizados a fines de la década de los años 90 catastraron equipo por un valor de USD 571 millones, de los cuales USD 523 millones correspondieron a equipamiento médico e industrial, y los restantes USD 48 millones a vehículos. En inversiones asociadas a la implementación de AUGE se destinaron USD 24,6 millones en 2005, y USD 22,3 millones en 2006, además de USD 66,3 millones para la construcción de 31 nuevos consultorios.

Cuadro 7.8. Proporción de población, según edad, que declaró haber tenido alguna enfermedad o accidente y atención tres meses antes de entrevista. Chile, 2006

Edad (años)	Si		No	Sin Dato	Total
	Con atención	Sin atención			
0-9	15,8	1,7	81,9	0,6	100,0
10-19	8,7	1,7	89,3	0,4	100,0
20-29	7,3	2,5	89,7	0,5	100,0
30-39	9,5	2,7	87,4	0,5	100,0
40-49	12,3	2,7	84,4	0,5	100,0
50-59	16,8	3,0	79,6	0,5	100,0
60-69	21,1	3,7	74,6	0,6	100,0
70y+	27,0	3,7	68,7	0,6	100,0
Total	13,0	2,5	84,0	0,5	100,0

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2006 (12)

7.5. Provisión de servicios asistenciales

La provisión de servicios de salud incluye bienes y servicios orientados a brindar promoción de la salud, servicios de salud pública y servicios de atención a las personas (en el rango de promoción, prevención, curación, rehabilitación y servicios paliativos)

a) Necesidad y uso de servicios de salud

Como referencia para estimar morbilidad y demanda percibidas de atención de salud, la Encuesta de Hogares CASEN 2006 incluyó el reporte de las personas que refieren haber tenido alguna enfermedad o accidente y consecuente atención tres meses antes de entrevista (cuadro 7.4). Según esta fuente, 15.5% declaran haber tenido una enfermedad accidente, 13.0% recibió atención y 2.5% no tuvo atención. El grupo de 20 a 29 años declara haber tenido menos de 10% de enfermedad o accidente, pero esta proporción aumenta según la edad h al 30.7% de los mayores de 70 años refiere haber tenido enfermedad o accidente. En todas las edades, la mayoría de casos percibidos como enfermedad o accidente reciben atención. (12)

b) Servicios orientados a la promoción y prevención

En materias de promoción de salud, en 1997 se establecieron objetivos generales orientados a promover modos de vida y ambientes saludables, aumentar el conocimiento y la capacidad individual y comunitaria para el autocuidado, y reforzar la función reguladora del Estado sobre los factores determinantes de la salud. Además, se creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud (Vida Chile), organismo de carácter intersectorial integrado por 30 instituciones nacionales, que se encarga de asesorar a los ministerios y gobiernos regionales y locales, apoyar la ejecución de los planes comunales y recomendar políticas públicas saludables. (45)

Posteriormente, se logró establecer planes que privilegian las estrategias de comunas saludables, establecimientos educacionales promotores de la salud, el Programa Salud por la Gente, los lugares de trabajo saludables y el proyecto Carmen. A la fecha existen 13 planes regionales y 338 planes comunales de promoción de gestión descentralizada e intersectorial, abarcando al 98% de las comunas del país. La estrategia de establecimientos educacionales promotores de la salud alcanza a 2610 entre el 2001-

2005 y existen 554 escuelas acreditadas por el sector salud como escuelas promotoras de la salud.

Así mismo, dentro de las metas 2010 de Vida Chile está la disminución del hábito del tabaquismo en la población general y el aumento de los espacios públicos libres de humo de tabaco, son 3.333 lugares acreditados como libres de humo de cigarrillo. Además, el Gobierno de Chile suscribió los acuerdos alcanzados en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en 2000. En el último estudio de evaluación del Plan de Promoción, mostró diferencias favorables en el grupo sujeto a planes de promoción al compararlos con poblaciones objetivo similares no expuestas a estos planes.[23]

Los programas básicos de MINSAL que se aplican al SNSS, como es el caso de programas del ciclo Vital: Infantil, de la Mujer, del Adulto y Odontológico), así como una serie de subprogramas, se han estructurado con enfoques integrales que incorporan en su diseño acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. El MINSAL ha establecido programas de prevención específica entre los cuales se destacan los de vacunación, alimentación complementaria, control de los trastornos respiratorios, prevención de los accidentes de tránsito, control de la marea roja y erradicación de la enfermedad de Chagas. Existen programas de detección del cáncer cérvico-uterino y mamario.

A diciembre de 2007, la cobertura global del test de Papanicolau para pesquisa de cáncer cérvico uterino (grupos de 25-64 años) era de 66% (nivel menor que el quinquenio anterior), en circunstancias que la cobertura normativa esperada es al menos de 80%. Para el programa de prevención de cáncer de mama, la cobertura alcanzada es de 54%, la que espera aumentarse con las nuevas políticas de gestión. Además ambos programas de ven fortalecidos por estar incluidas dentro de las patologías AUGE.

El Instituto de Salud Pública (ISP) cumple funciones de vigilancia epidemiológica en coordinación con el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. A través del Departamento de Control Nacional, el ISP vigila el sistema nacional de control de productos farmacéuticos, alimentos, cosméticos, pesticidas de uso sanitario y doméstico, y artículos de uso médico. Además, el ISP cumple funciones como centro de referencia nacional y de certificación de laboratorios clínicos y bancos de sangre de las diferentes regiones del país. De este modo, el ISP brinda apoyo a los programas ministeriales de control de enfermedades transmisibles y de calidad de pesticidas, laboratorios clínicos y bancos de sangre. El elemento más sólido del sistema de información lo representan los certificados de hechos vitales (nacimientos y defunciones), cuya cobertura alcanza el 99%. El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles es también funcional y universal.

Chile cuenta con un Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) cuyos beneficiarios son los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas. La entrega de los alimentos se hace en los establecimientos de nivel primario. Se suministra leche, cereales y arroz, cuya cuantía depende del estado nutricional de las mujeres y niños beneficiarios. En los últimos años se han diferenciado un PNAC para niños prematuros y otro PNAC para Fenilcetonuria. Existe, además, un programa complementario para la población escolar, a cargo de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, dependiente del Ministerio de Educación, que consiste en la distribución de raciones de desayuno y almuerzo en las escuelas de acuerdo con la categorización socioeconómica de los niños y sus familias. También, en los últimos años se ha puesto en marcha un programa de ayuda alimentaria para adultos mayores (PACAM) que ya beneficia a 300000 personas, con una cobertura en mayores de 70 años de un 73%. Existen también programas de fortificación de harina y de yodación de sal. (24)

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

c) Servicios de atención a las personas

La provisión de servicios asistenciales de salud del SNSS se enmarca en el Reglamento Orgánico del Sistema Nacional de Servicios de Salud (DS 2763 de 1980) y en la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (19.937) con un nuevo enfoque en la autoridad Sanitaria, gestión en Salud y nuevo modelo de

atención de base familiar y Comunitaria. Como hitos de este proceso son: La trasferencia de la autoridad sanitaria a las SEREMIS, la estipulación de la gestión en Red y establecimientos autogestionados. Y quedando lo curativo asistencial en manos de la Subsecretaria de Redes Asistenciales; a cargo de los 29 Servicios de Salud del País.

Para el eficiente funcionamiento de la red asistencial, incluyendo los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, cada Servicio de Salud coordina establecimientos de distintos niveles de complejidad en un territorio determinado, operando con proveedores dependientes del SNSS o APS, pudiendo existir proveedores privados en convenios, para poder resolver la patología del paciente, estos establecimientos en su conjunto se articulan formando la Red Asistencial (base del sistema de prestaciones), a través, de un modelo previamente definido de referencia y contrarreferencia por protocolos de atención, bajo el principio de atención progresiva del paciente. Donde el primer nivel, lo constituye el establecimiento de atención primaria recibiendo los otros niveles las derivaciones desde este nivel.

La redes asistenciales se localizadas geográfica-mente, operando para ofrecer una capacidad resolutiva amplia a nivel local-regional, ahora cuando esta técnicamente es insuficiente se coordinan entre si en un modelo de redes de alcance nacional, un ejemplo claro es la gestión de camas críticas. El encargado de gestionar la red asistencial es el director del servicio de salud.

Los principios de la atención es red son el uso de protocolos de referencia y contrarreferencia consensuados, la continuidad de los cuidados con atención progresiva, gestión de camas según riesgo, incorporación de la familia y redes comunitarias, gestión de lista de espera y un correcto sistema de información para la gestión y para los usuarios.

En lo público las prestaciones se otorgan en dos grandes grupos de atenciones, la ambulatoria y la hospitalaria. En lo ambulatorio la base es la atención primaria municipal, que resuelve el 90% de la demanda de la población. Esta tiene a cargo una población inscrita, a este niveles encontramos distintos dispositivos lo que a su vez también son graduados según niveles de complejidad.

Del un total de más de 2.200 establecimientos ambulatorios, la atención primaria constituye 93%, siendo la puerta de entrada (junto con los servicios de urgencia) a la red asistencial, al nivel de complejidad que sea necesario según necesidad. Con los cambios demográficos y siendo fijados los nuevos objetivos sanitarios al 2010, se sigue otorgando importancia al desarrollo óptimo de APS, particularmente centrado en un modelo de salud familiar y atención biosicosocial, con énfasis en la promoción y prevención.

No se incluyeron los servicios de urgencia que además de contactar con lo SAPUS que resuelven morbilidad de urgencia de baja complejidad, la red se constituye con la unidades de emergencia hospitalaria adosado a hospitales (de toda la red hospitalaria) resolviendo patología de emergencia de mediana y alta complejidad derivando para un manejo ambulatorio u hospitalario, operando en forma continua. Uno de los soportes cruciales en la red es el Servicio de Atención Médica de Urgencia pre-hospitalaria (SAMU) fundado en 1993 en Viña del Mar y que luego se extendió a nivel nacional. El SAMU que cuenta con centros reguladores a nivel regional y bases de ambulancias, regula médicamente la demanda de la comunidad que ingresa por un sistema único de llamada 131, así mismo de los servicios asistenciales. Su función de carácter primario es el soporte vital básico y avanzado de pacientes victimas de urgencias de riesgo vital, prestaciones y ser parte de la gestión de crisis frente a emergencias o desastres ; de carácter secundario es el traslado de pacientes críticos y gestión de camas críticas, parte importante en el flujo de pacientes de la red.

A nivel hospitalario se resuelve cerca del 5% de la demanda asistencial, principalmente en lo que refiere a patología de alta complejidad.

El total de prestaciones de salud por el SNSS durante el último año disponible 2007 para ambas modalidades de atención (institucional y libre elección) correspondió a 1.814 por cada 100 beneficiarios de FONASA. Se evidencia un aumento del número de consultas médicas en la Atención Primaria en Salud (APS) alcanzándose 34.444.110 prestaciones a nivel institucional.

Por cada 100 beneficiarios de FONASA, el sistema público de salud registró en 2007: 465 consultas o controles médicos, 9 intervenciones quirúrgicas, 652 exámenes diagnostico o de apoyo clínico, 119 procedimientos diagnósticos y terapéuticos, 3 hemodiálisis o peritoneo diálisis y dos partos o cirugía obstétrica. Además de 5.579.661 atenciones de urgencia durante el 2006. Los datos actualizados

de FONASA al 2009 solo son en la modalidad de Libre en la cual se registro 36.725.693 prestaciones de las cuales el 35% fue atenciones medicas, 42,7% son exámenes diagnósticos y apoyo clínico, 18.4% Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, 0.3% intervenciones quirúrgicas, 2.2% días de cama de hospitalización y 1.1% resto de prestaciones, de las cuales la mayoría fue en la atención hospitalaria. (41)

Se registró un total de 52.566.645 prestaciones curativas prestadas a los beneficiarios de ISAPRE en el año 2009, de las cuales el 23% son atenciones médicas, el 40% son exámenes diagnósticos, 23% son procedimientos de apoyo clínico/terapéutico, 1% intervenciones quirúrgicas y el 3% a otras prestaciones. Dando una razón de 19 prestaciones por 1000 beneficiarios de ISAPRE, al comparar la distribución por sexo se observa mayor promedio de prestaciones en mujeres que en hombres (22.7 vs 15.5 por 1000 beneficiarios/sexo). Del total de prestaciones registradas por las Isapres el 4.7% fue otorgado en el sistema Público (Superintendencia de Salud, 2010). (37,38)

7.6. Otros sistemas asistenciales del sector estatal

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

En relación a las Fuerzas Armadas y de Orden, cada rama posee una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. Entre éstos se encuentra la Dirección de sanidad de la Armada, la División de sanidad de las Fuerza Aérea, el Comando de Salud del Ejército, La Caja de previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile.

Estas gestionan y administran la red de prestadores propios y en convenio entregando una cobertura nacional a sus beneficiarios, integrando la medicina curativa y preventiva.

7.7. Impacto del desastre de 2010 en el SNSS

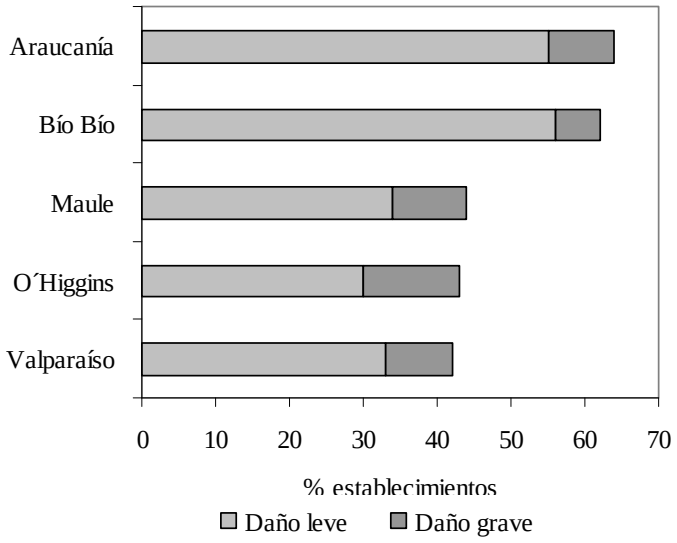
El impacto del sismo de febrero de 2010 daño parte de la infraestructura de red asistencial del SNSS, dejando inutilizables a 18 de los 132 hospitales existentes en las Regiones con mayor repercusión sísmica (Regiones de Valparaíso a Valdivia, incluyendo la Metropolitana) quedaron inutilizables por daños severos de estructura que obligó a su clausura, incluso por riesgo de mayor daño de caída frente a un potencial nuevo sismo. Otros 31 hospitales de esas regiones sufrieron daño recuperable. Los estudios técnicos posteriores permitieron estimar que los hospitales que requieren reconstrucción o reparaciones de gran envergadura son al menos 8, de los cuales 6 pertenecen a Maule, 1 a la Araucanía y 1 a la Región Metropolitana.

En general, en los 31 hospitales recuperables se registraron daños principalmente en elementos no estructurales, pero que pusieron en riesgo e impidieron el adecuado funcionamiento de la actividad hospitalaria. La envergadura de necesidad de reparaciones variable, fluctuando entre intervenciones mayores por el daño que reportan sus torres y pabellones (hospitales de Chillán, San Carlos y Gran Benavente)

El daño por el sismo significó la pérdida de 4.249 camas, de las 3952 (93%) eran de complejidad básica y 297 (7%) eran camas críticas de alta complejidad. La mayor cantidad de pérdida de camas afectó a las Regiones de Bío Bío, Metropolitana y Maule (representando una pérdida de 22% del total de camas hospitalarias en esas regiones). En todos los casos, se habilitó rápidamente la hospitalización transitoria en otros lugares.

Se inutilizaron 171 pabellones quirúrgicos, la mayoría de ellos en las Regiones de Araucanía, Maule y Bío Bío. Se estima que el terremoto y tsunami ocasionó pérdidas en equipamiento médica por 2 y medio millones de dólares, en equipamiento industrial alrededor de 5 millones de dólares, mientras que para la reposición y contingencia de vehículos se necesitaba alrededor de un millón de dólares. La infraestructura de consultorios y postas de administración municipal, en Regiones más afectadas por sismo de Febrero de 2010, también sufrió daño importante (figura 7.2). En catastro inicial de daño realizado por SUBDERE, el 50% de establecimientos ambulatorios bajo administración municipal fueron afectados por el sismo (se contabilizó también 5 provincias de predominio rural de la Región Metropolitana). El 42 de los centros sufrió daño leve y el 8% tuvo daños graves. (SUBDERE, marzo 2010) (29,46)

Figura 7.2. Daño en infraestructura de consultorios y postas de administración municipal, en Regiones más afectadas por el sismo de Febrero de 2010.



Fuente: SUBDERE Marzo 2010. (46)

OPS/OMS tuvo una activa contribución en la emergencia y en las actividades de de recuperación del desastre, tanto en lo relativo a materias de salud pública (prevención de epidemias, saneamiento, salud mental) como en el asegurar el funcionamiento del sistema de salud, al aporte de infraestructura e insumos urgentemente necesitados, y en los planes de emergencia y recuperación de la red asistencial del SNSS. Para estos efectos, funcionó como agencia especializada del sistema de Naciones Unidas, también junto al grupo de emergencia de agencias de Naciones Unidas en país, y también apoyando y acompañando directamente a la autoridad sanitaria – a diversos niveles administrativos y en terreno, para enfrentar las consecuencias del desastre y resguardar la salud de la población. Hubo un período de emergencia inmediata, luego emergencia invernal y un proceso de apoyo al plan de reconstrucción hospitalaria. (20)

Un mes después del sismo se avanzó en la recuperación de las instalaciones dañadas y la disposición de equipamiento, priorizando la oferta de camas y pabellones. En este proceso se contó con la colaboración técnica y donaciones de organismos internacionales como la OPS/OMS y de la empresa privada. Los hospitales implementaron estructuras temporales para alojamiento de pacientes, como Chillán (23 camas) y San Carlos (40 camas). FONASA compró 708 camas al sector privado. Hubo 14 hospitales de campaña, y un hospital modular en Talca, donado por el gobierno de Italia, que aportó 375 camas, 24 de ellas críticas y 351 básicas, y 12 pabellones quirúrgicos. La campaña de emergencia invernal requirió la habilitación y reconversión de nuevas camas para estos efectos. Con ese esfuerzo, a los cuatro meses ya se había recuperado el 100% de las camas críticas, el 94% de las básicas y el 92% de los pabellones que existían antes del terremoto, y se reestableció la atención en hospitales que inicialmente habían sido declarados inutilizables. Dos meses después del desastre, el Ministerio de Salud inició el proceso de Licitación Pública para la construcción de 16 sistemas hospitalarios modulares o prefabricados para 15 hospitales afectados por el terremoto (solución parcial de duración esperada máxima de cinco años, hasta reconstrucción hospitalaria definitiva.

Según estimaciones del Ministerio de Salud, los costos asociados a la rehabilitación y reconstrucción de red asistencial implica una inversión actual de 180 millones de dólares para la recuperación más inmediata de la capacidad de la red asistencial en la zona del desastre, lo cual incluye la reposición de equipamiento médico e industrial, vehículos, reparaciones mayores y menores, compra de camas al sector privado, la habilitación de infraestructura de construcción acelerada y los proyectos de hospitales modulares. A más largo plazo, se estima que la reconstrucción de los hospitales con daños severos y el desarrollo de otros proyectos que forman parte de la cartera de los proyectos en salud requieren una inversión de 2.720 millones de dólares.

8. Provisión privada de servicios de salud

La provisión privada de servicios de salud tiene la particularidad que puede ser otorgada tanto por proveedores privados como públicos, y que los clientes para el mercado privado de servicios asistenciales pueden provenir tanto de la previsión y seguros públicos como privados.

8.1. La red de proveedores privados de servicios de salud

La mayor parte de la prestación de servicios de la medicina formal es provista por personas y entidades con fines de lucro. Los prestadores privados sin fines de lucro en general están vinculados a instituciones de carácter solidario, religioso, voluntariado, mutuales, sociedades de beneficencia u organizaciones no gubernamentales (ONG).

Además, se cuenta con la medicina tradicional, que dada su naturaleza informal y heterogénea, no tiene mayor registro de proveedores y acciones relacionadas con salud.
El sector prestador privado con fines de lucro está constituido por el conjunto de centros asistenciales (ambulatorios y cerrados) y por los profesionales que otorgan las prestaciones de servicios de salud de manera individual. La regulación de los prestadores está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en términos de autorización sanitaria, y la Superintendencia de salud, en los aspectos de acreditación y certificación de calidad.

Desde a perspectiva ambulatoria, la oferta privada va desde consultas médicas y odontológicas en todas las especialidades y subespecialidades, instaladas como oficinas privadas individuales o en agrupaciones denominadas centros médicos. En estos últimos se ofrecen también prestaciones diagnósticas y terapéuticas de diversa complejidad. Asimismo, se cuenta con centros especializados en diagnóstico por imágenes, laboratorios clínicos y de terapia física, entre otros.

Se presume que actualmente Chile tiene 42.500 camas hospitalarias, de las cuales alrededor de 11.500 corresponden a las aproximadamente 150 clínicas privadas del país, concentradas principalmente en Santiago. La dotación de camas del sector privado incluye clínicas de diversa capacidad resolutiva, maternidades, y establecimientos de atención psiquiátrica y geriátrica.

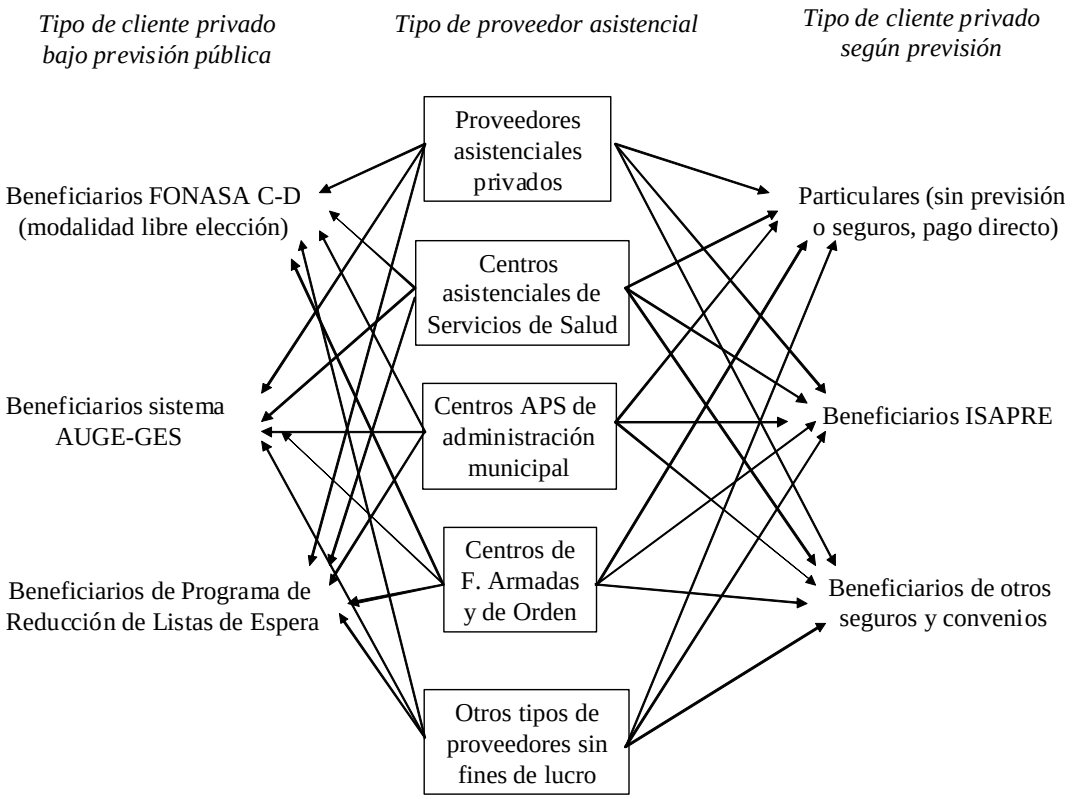
Los prestadores privados se agrupan en la asociación de Clínicas de Chile, la cual tiene como propósito declarado mantener una relación permanente de colaboración con las autoridades y los demás organismos públicos y privados presentes en el sector, para lo cual en términos operacionales a desarrollado un plan de trabajo, a fin de establecer una mayor complementariedad entre los prestadores públicos y privados.

Cabe hacer notar que las Redes de prestadores privados que en su mayoría están articuladas desde el seguro (ISAPRE y sistema de cobertura adicional de enfermedades catastróficas o CAEC) y operan en modalidad cerrada y ambulatoria en forma progresiva. La red privada de prestadores incluye también las redes de farmacias, las ópticas y los proveedores de prótesis y otros productos médicos.

8.2. Provisión privada de prestadores públicos y privados

La organización actual del sistema de salud permite que tanto los proveedores privados como públicos puedan ofrecer servicios asistenciales al mercado abierto. Los clientes pueden provenir de: el grupo no asegurado ni afecto a previsión que es capaz pagar los servicios recibidos al momento de uso; los beneficiarios de ISAPRE; los beneficiarios de otros seguros y convenios (como de accidente laboral o escolar); los beneficiarios de FONASA en categorías C y D en modalidad Libre Elección; los beneficiarios del sistema AUGE-GES (para las patologías y condiciones específicas establecidas); y los beneficiarios del sistema público que están afecto al programa de reducción de listas de espera. Estos grupos pueden acudir a todos los tipos de proveedores públicos o privados que están abiertos al mercado asistencial (figura 8.1).

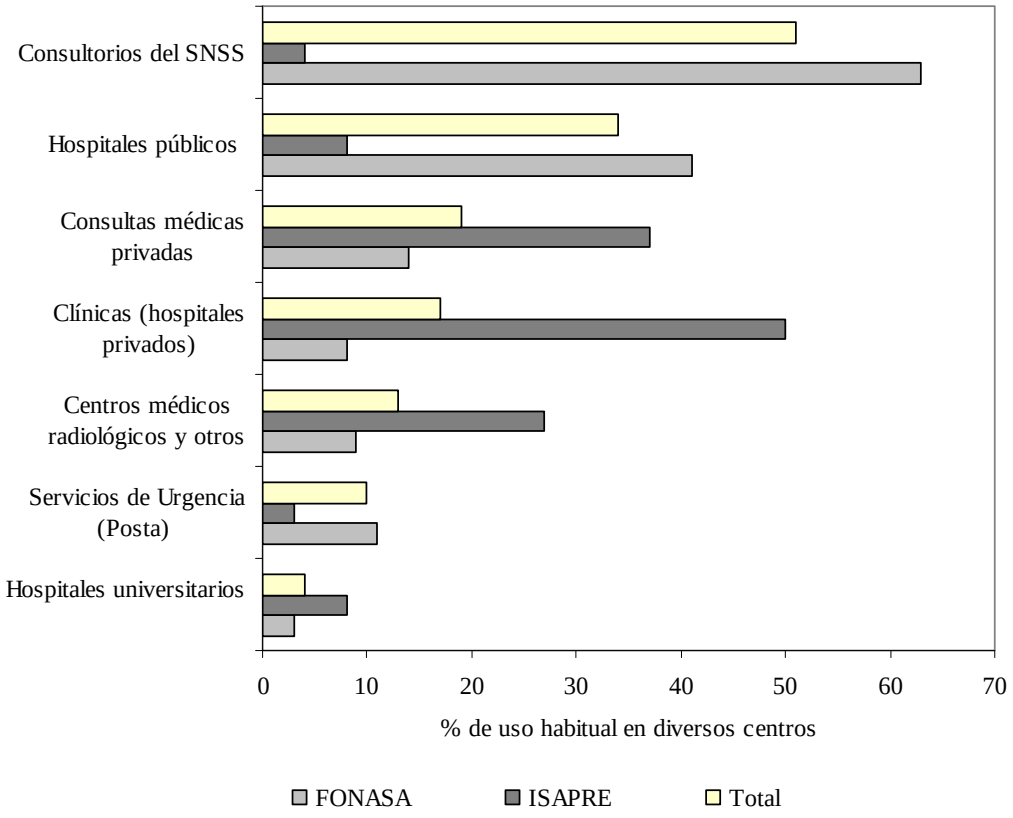
Figura 8.1. Opciones de oferta de prestación privada de servicios al mercado, según previsión o beneficio de clientes



El 42% de las prestaciones otorgadas en el país corresponden al carácter de provisión privada. La participación de los prestadores privados se ha mantenido relativamente estable a través del tiempo por la demanda de prestaciones de beneficiarios del sistema público, que la cual ocupan 46% del total de las prestaciones realizadas por el sistema privado.

De acuerdo a una encuesta de opinión encargado por la Intendencia de salud en 2008-2009, los centros de salud más usados habitualmente por los beneficiarios FONASA son los consultorios del SNSS (63%) y los hospitales públicos del SNSS (41%) mientras que 11% usa servicios de urgencia del SNSS. En proporción menor, usan servicios de prestadores privados: 14% usa consultas médicas privadas, 9% usa centros médicos y otros, 8% usa hospitales privados (clínicas) y 3% refiere usar hospitales universitarios (las categorías preguntadas no son excluyentes). Los usuarios de ISAPRES usan principalmente hospitales o clínicas privadas (50%) y consultas médicas privadas (37%), así como centros médicos, radiológicos y otros (27%). En menor proporción, usan hospitales públicos (8%), consultorios del SNSS (4%) y servicios de urgencia del SNSS (3%). La comparación de la diversa proporción en el uso entre beneficiarios de FONASA e ISAPRE de presenta en figura 8.3. (48,49)

Figura 8.3. Centros de salud usados habitualmente por usuarios de FONASA e ISAPRE, 2008-2009



Fuente: Superintendencia de Salud 2009. Estudio de opinión 2008-2009 de la SS. Elaborado por Criteria Research (49)

La gran interacción de provisión de servicios privados (desde centros privados y públicos) entregada a asegurados públicos tiene múltiples causas, entre las que destacan la opción legal de un beneficiario de seguro público de elegir al proveedor, la necesidad de los centros asistenciales públicos de sobrevivir económicamente abriendo la oferta de servicios al mercado abierto, la búsqueda de retención de personal calificado del sistema público (especialmente médicos especialistas) a través de permitir actividad privada en centros públicos con honorarios extras, programas de disminución de listas de espera en hospitales públicos que no cuentan con capacidad para responder a demanda asistencial, lo que se acrecienta con la garantía explícita de atención (GES) que incluye la atención oportuna de los casos de patologías incluidas en dicha garantía.

Esta situación tiene implicancias para los planes de recuperación del sector asistencial público, que le permitan responder efectivamente y con calidad a las demandas de atención de la población beneficiaria, lo cual a su vez abarca mejoramiento de todos los aspectos relacionados con la red asistencial pública y monitoreo de del mercado global de provisión de servicios a los diversos grupos de la población.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (2010), Indicadores Básicos de Salud 2010, Salud de las Américas

2. MIDEPLAN (2010) Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe de Gobierno de Chile. Santiago: Septiembre de 2010

3. Ministerio de Salud de Chile (2010). Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período. Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto.

4. Ministerio de Salud (2011) Plan Nacional de Salud 2010-2020. Borrador para discusión pública. Enero de 2011, www.minsal.cl

5 Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo (2008), División Política y Administrativa de Chile 2008.

6. Banco Central de Chile (2008), Cuentas Macroeconómicas, Año base 2003. Informe Regional Trimestre Julio-Septiembre. INE, Septiembre del 2008, www.ine.cl

7. Organización Panamericana de la Salud (2010), Generador de Tablas de Indicadores Básicos de Salud 1995 a 2010, (revisado en diciembre de 2010)

8. PNUD (2009), Informe del Desarrollo Humano en Chile 2009

9. Ministerio de Planificación y Coordinación (2010), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009. www.mideplan.cl

10. OIT Chile (2010), Documento de trabajo, Reporte sobre condiciones de empleo en zona de desastre 2010

11. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2010), Compendio Estadístico 2010.

12. Ministerio de Planificación y Coordinación (2006), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2006. www.mideplan.cl

13. Información de Comisión Nacional del Medio Ambiente CONAMA, 2008

14. Arenas A. y Benavides P. (2003) Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2000. Oficina Internacional del Trabajo, Santiago: 2003

15. Mesa-Lago C. (2008) "Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad", Revista Internacional del Trabajo, Vol. 127: 421-446 (2008), núm. 4

16. Jaime Massardo J., Molina C., Monasterio H y Urriola R. (2010) Historia de la Protección Social de la Salud en Chile Santiago: FONASA (2010)

17. Urriola R. (2006) "Chile: Protección social de la salud" Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 20(4): 273-286, 2006

18. Ministerio de Planificación (2010), Información sobre protección social. www.mideplan.cl

19. Red de Protección Social (2010), PROTEGE, Ministerio de Secretaría General de Gobierno http://www.redprotege.gov.cl/

20. Red de Agencias Unidad en Chile, Informes de de Situación del grupo UNETE, NU, Febrero a Agosto de 2010

21. OIT (2010). Reporte de evaluación de condiciones de Empleo en zona de desastre, 2010

22. INE CEPAL (2007), Chile: Proyección y Estimaciones de Población. Total País, 1950 a 2050

23. Ministerio de Salud (2006), II Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud.

24. Ministerio de Salud (2008). Información Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.minsal.cl

25. Jiménez J., Romero MI (2007) Reducing Infant Mortality in Chile: Success in Two Phases, Health Affairs 26, No. 2 (2007): 458-465

26. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Ministerio de Educación (2006).

27. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología (2009), www.minsal.cl/ problemasdesalud/epidemiología

28. Ministerio de Salud (2006) Encuesta Nacional de Salud 2003.

29. Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior.2005.

30. Gattini C, Barrera R. (1997), La salud y el Sistema de Salud en Chile. Colegio Médico de Chile.

31. Representación OPS/OMS en Chile (2009) Perfil del Sistema de Salud de Chile, Documento Borrador en revisión y actualización.

32. Ministerio de Salud (2004). Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud.

33. Ministerio de Salud (1997). Reglamento Sanitario de Alimentos.

34. Biblioteca Virtual de Salud (2010) Información de la BVS y su Consejo Consultivo Nacional, www.bvs.cl

35. Ministerio de Salud (2010). Información sobre Unidad de Tecnología Sanitaria (ETESA), www.minsal.cl

36. FONASA (2008), Información sobre cobertura y prestaciones dependientes de FONASA

37. Superintendencia de Salud (2008), Análisis del Sistema de Isapres a diciembre del 2007.

38. Inostroza, M., Muñoz, A. y Sánchez, M. (2005). Migración de afiliados en el Sistema Isapre. Rev. Chil. Salud Pública; Vol. 9(3): 177-181.

39. Biblioteca del Congreso Nacional (2010), Guía legal sobre el Plan GES

40. MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile (2008), Financiamiento del sistema de salud en Chile

41. FONASA (2007), Protección Social en Salud en Chile

42. FONASA (2010) Presupuesto sectorial en salud

43. Ministerio de Salud (2006), Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto.

44. Ministerio de Salud (2008) ¿Crisis de salud? Nuestra situación sanitaria. Presentación formal difundida en Powerpoint, 2008

45. Ministerio de Salud (2010), Informe de la Comisión Presidencial de Salud, Diciembre de 2010.

46. Ministerio de Salud (2005), Cuenta pública 2005, Programa VIDA CHILE.

47. SUBDERE (2010) Catastro inicial de daño post desastre, marzo 2010

48. Superintendencia de salud Prestaciones de salud curativas en el sistema ISAPRE, Julio 2010

49. Superintendencia de Salud 2009. Estudio de opinión 2008-2009 de la SS. Elaborado por Criteria Research

Anexo 1. Indicadores Básicos de Salud en Chile 2010

Indicadores socioeconómicos	Año	Valor
Población total (miles)	2010	17.094
Tasa cruda natalidad (1.000 hab.)	2010	14,8
Media anual nacimientos (miles)	2010	252,8
Tasa cruda mortalidad (1.000 hab.)	2010	5,4
Media anual defunciones (miles)	2010	95,5
Crecimiento demográfico anual (%)	2010	1,0
Tasa global fecundidad (hijos/mujer)	2010	1,9
Población urbana (%)	2010	89,0
Razón de dependencia (100 hab.)	2010	46,0
Esperanza de vida al nacer (años) total	2010	78,8
Esperanza de vida al nacer (años) hombres	2010	75,9
Esperanza de vida al nacer (años) mujeres	2010	82,0
Indicadores socioeconómicos	**Año**	**Valor**
Población alfabeta (15 años y +) (%) total	2008	98,6
Población alfabeta (15 años y +) (%) hombres	2008	98,6
Población alfabeta (15 años y +) (%) mujeres	2008	98,7
Disponibilidad de calorías (Kcal/pc/día)	2007	2.92
Ingreso nacional bruto (US$ per cápita 2006) valor corriente	2008	9.37
Ingreso nacional bruto (US$ per cápita 2006) valor ppp	2008	13.25
Crecimiento medio anual del PBI (%)	2007-2008	3,2
Bajo la línea internacional de pobreza (%)	...	...
Razón de ingreso 20% superior/20% inferior	2007	13,8
Fuentes mejoradas de agua potable total	2008	96
Fuentes mejoradas de agua potable urbana	2008	99
Fuentes mejoradas de agua potable rural	2008	75
% de población con instalaciones mejoradas de saneamiento		
- total	2008	96
- urbana	2008	98
- rural	2008	83
Indicadores de mortalidad	**Año**	**Valor**
Razón de mortalidad materna (100.000 nv) tasa	2008	16,9
Defunciones maternas (No.)	...	...
Tasa de mortalidad infantil (1.000 nv) tasa	2008	7,9
Defunciones menores un año (1.000 nv) (No.)	...	...
Mortalidad en <5 años (1.000 nv)	2008	9,0
Defunciones registradas en < 5 años, por EDA (%)	2007	0,2
Defunciones registradas en < 5 años, por IRA (%)	2007	3,8
Tasa de mortalidad estimada por homicidio hombres (100.00 hab.)	2003-2005	6,8
Tasa de mortalidad estimada por suicidio (100.00 hab.)	2003-2005	7,1
Razón de tasa de mortalidad homicidio (hombre / mujer)	2003-2005	8,6
Tasa de mortalidad estimada por accidentes de transporte terrestre (100.00 hab.)	2003-2005	9,5

Causa mal definida e ignorada (%)	2008	2,7
Subregistro de mortalidad (%)	2006-2008	1,8
Tasas de mortalidad general (todas las causas) (* 1.000 hab.)		
- total estimada	2006-2008	5,1
- total ajustada	2006-2008	4,6
- hombres estimada	2006-2008	5,6
- hombres ajustada	2006-2008	5,5
- mujeres estimada	2006-2008	4,7
- mujeres ajustada	2006-2008	3,8
Tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles (* 100.000 hab.)		
- total estimada	2006-2008	31,4
- total ajustada	2006-2008	27,6
- hombres estimada	2006-2008	32,6
- hombres ajustada	2006-2008	32,2
- mujeres estimada	2006-2008	30,1
- mujeres ajustada	2006-2008	23,5
Tasas de mortalidad por neoplasias malignas (* 100.000 hab.)		
-total estimada	2006-2008	125,3
- total ajustada	2006-2008	109,5
- hombres estimada	2006-2008	130,6
- hombres ajustada	2006-2008	127,5
- mujeres estimada	2006-2008	120,2
- mujeres ajustada	2006-2008	96,6
Tasas de mortalidad por diabetes mellitus (100.000 hab.)		
- total estimada	2006-2008	20,7
- total ajustada	2006-2008	17,5
- hombres estimada	2006-2008	20,2
- hombres ajustada	2006-2008	19,4
- mujeres estimada	2006-2008	21,1
- mujeres ajustada	2006-2008	16,1
Tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas corazón (* 100.000 hab.)		
- total estimada	2006-2008	48,7
- total ajustada	2006-2008	40,9
- hombres estimada	2006-2008	58,0
- hombres ajustada	2006-2008	54,6
- mujeres estimada	2006-2008	39,6
- mujeres ajustada	2006-2008	29,7
Tasas de mortalidad por enfermedades cerebro vasculares (100.000 hab.)		
- total estimada	2006-2008	47,1
- total ajustada	2006-2008	39,1
- hombres estimada	2006-2008	45,8
- hombres ajustada	2006-2008	43,4
- mujeres estimada	2006-2008	48,3
- mujeres ajustada	2006-2008	35,6

Tasas de mortalidad por causas externas (* 100.000 hab.)		
- total estimada	2006-2008	30,6
- total ajustada	2006-2008	28,2
- hombres estimada	2006-2008	49,0
- hombres ajustada	2006-2008	46,1
- mujeres estimada	2006-2008	12,6
- mujeres ajustada	2006-2008	11,1
Indicadores de morbilidad	**Año**	**Valor**
Índice CPOD	...	...
Casos confirmados de sarampión	2008	0
Tasa de incidencia de tuberculosis (100.000 hab.) total	2008	13,8
Tasa de incidencia de tuberculosis (100.000 hab.) BK+	2008	6,7
Casos reportados de cólera	2008	0
Población en riesgo de malaria (%)	2008	-
IPA malárico (* 1.000 hab.)	2008	-
Casos reportados de malaria	2008	4
Casos reportados de dengue	2008	27
Tasa de incidencia de SIDA (* 100.000 hab.)	2008	4,2
Razón hombre / mujer en casos de sida	2008	5,2
Prevalencia de bajo peso al nacer (<2,500 g) (%)	2006-2008	5,9
Indicadores de recursos, acceso y cobertura	**Año**	**Valor**
Médicos por 10.000 hab.	2008	9,3
Enfermeros por 10.000 hab.	2008	4,3
Dentistas por 10.000 hab.	2008	1,8
Camas hospitalarias por 1.000 hab.	2006-2008	2,1
Gasto nacional en salud Gasto público del PBI	2009	4,0
Gasto nacional en salud Gasto privado del PBI	2009	2,1
Atención de salud por personal capacitado (%) prenatal	2008	95,7
Atención de salud por personal capacitado (%) del parto	2008	99,9
% cobertura de inmunización menores de 1 año DPT 3	2009	98
% cobertura de inmunización menores de 1 año POLIO 3	2009	97
% cobertura de inmunización menores de 1 año BCG	2009	100
% cobertura de inmunización 1 año sarampión/SRP	2009	96
Anticonceptivos (mujeres, todo método) (%)	2006-2009	64

Fuente: OPS/OMS, 2010, Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos 2010

Anexo 2. Indicadores de ODM para Chile 1990, 2000, 2007 (o último año disponible previo) y meta 2015

Indicadores de Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2007 o U.A.D	Meta 2015
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre				
1. Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día (PPA).	3,3%	2,3%	1.1%	1,8%
2. Coeficiente de la brecha de la pobreza a 1 dólar por día (incidencia por profundidad)	1,6	0,69	0,5	0,8
3. Participación del primer quintil en el ingreso monetario total	4,4%	4,3%	4,7%	4,6%
4. Porcentaje de niños menores de 6 años con desnutrición [b/]	0,7%	0,5%	0,3%	0,5%
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	8,0%	4,0%	4,0%	4,0%
1.- Que la familia Chile Solidario cuente con ingresos superiores a la línea de indigencia.	N/A	26,7%[a/]	66,3	75%
2.- Que al menos un miembro adulto de la familia Chile Solidario trabaje de forma regular y tenga una remuneración estable.	N/A	34,4%[a/]	83,9%	90%
3. Tasa de obesidad en menores de 6 años	6,2%[b/]	7,2%	7,1%	6,0%
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal				
1. Tasa Neta de Matrícula en la Enseñanza Básica (Primaria y Secundaria Baja)[a/]	88,0%	91,0%	88,0%	95,5%
2. Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado	N/D	91,6%	93,3%	100,0%
3. Tasa de Alfabetización de las personas de 15 a 24 años	98,4 %	99,1%	98,7%	99,8%
Objetivo 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer				
1. Relación niñas/niños en la educación básica	1,00	0,97	0,94	1,00
2. Relación niñas/niños en la educación media	1,05	1,02	1,01	1,00
3. Relación mujeres / hombres en la educación superior	0,81	0,87	0,97	0,97
4. Relación tasa de alfabetización mujeres y hombres 15-24 años	1,04	0,99	1,01	1,00
5. Proporción de mujeres en la categoría ocupacional de asalariados en el sector no – agrícola.	31,5%	36,6%	36,5%	40%
6. Porcentaje de mujeres en el Parlamento	6,0%	9,5%	12,6	Aumentar
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil				
1. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años (por 1.000 habitantes de la edad)[a/]	0,79	0,31	0,34	0,26
2. Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	16,0	8,9	7,9	5,3
3. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	96,8%	97,0%	89,7	97,0%[b/]
Objetivo 5: Mejorar la salud materna				
1. Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)	40,0	19,0	19,8	10,0
2. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado	99,2%	99,7%	99,8%	100,0%
1. Uso de métodos anticonceptivos por mujeres de edad fértil a/	31,6%	40,9%	53,4%	60,0%
2. Nacidos vivos de madres menores de 19 años sobre el total de nacidos vivos	13,8%	16,2%	10,9%	8,9%
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades				
1. Prevalencia de VIH en embarazadas, a nivel nacional a/	S/I	0,05	0,05	0,05

2a. Uso de preservativos por jóvenes de 15-24 años (en iniciación sexual) b/ 2b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA 2c. Disponibilidad de preservativos en población de 15 – 49 años (Nº de condones importados/Población de 15 – 49 años) b/	S/I S/I S/I	18,0% 35,0% 1,7	46,1 2,6	50,0 95,0 5,0
3. Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años	S/I	S/I	S/I	S/I
4. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo.	N/A	N/A	N/A	N/A
5. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo.	100%	100%	100%	100%
6. Tasa de morbilidad por TBC (100.000 habitantes)	52,2	19,9	14,2	7,5
7. Proporción de casos de TBC detectados y curados con el tratamiento acortado, directamente supervisado	82%	84%	83 %	95%
1. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (100.000 habitantes)	185,0	137,6	124,0	Reducir un 18%
2. Tasa de mortalidad por diabetes (100.000 habitantes)	S/I	14	17,2	Frenar aumento, manteniendo la tasa de 14
3. Mortalidad por cáncer cérvico-uterino (100.000 habitantes)	12,3	8,9	6,8	Reducir en un 40%
4. Proporción de mujeres de 15 años y más que se han realizado PAP	26,0%	64,0%	66,1%	90%
5. Prevalencia de depresión	--	7,5%	7,5%	6,8%
6. Prevalencia del tabaquismo	--	40%	39,5%	30%
7. Beber problema en población de 12 y más años	24%	23,8%	15,2%	20%
8. Mortalidad por SIDA (100.000 habitantes)	0,5	3,0	2,4	1,7
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente				
1. Porcentaje de la superficie del territorio nacional cubierta por bosques (incluidas plantaciones y bosque nativo) - Plantaciones - Bosque nativo	20,18% 2,34 % 17,84 %	20,93 % 3,15 % 17,78 %	20,88 % 2,98 % 17,90 %	Aumentar Aumentar Mantener sin Decrecimiento
2. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total. 2.1 Superficie de Áreas Protegidas Terrestres (SNASPE). 2.2 Superficie de Áreas Marinas y Costeras Protegidas (AMCP)	18,02% 18,01 % 0,012 %	18,81% a/ 18,66 % a/ 0,15% b/	19,76% a/ 18,95 % 0,81%	Aumentar Aumentar Aumentar
3. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA) Intensidad Energética en kTep/MMUS$	0,47	0,39 c/		d/
4. Emisiones de dióxido de carbono per cápita y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) - Emisiones de CO2 - Emisiones totales de CO2 - Emisiones de CO2 per cápita (ton/habitante) - Consumo de CFC que agotan la capa de ozono (toneladas de Sustancias Agotadoras de la capa de Ozono (SAO) – (Ton)	- -11,332 e/ -0,86 e/ 662	- 34,908 f/ 2,36 f/ 609	- - - 181,5	g/ 0

85. Porcentaje de la población que utiliza combustible sólido	-	-	-	-
5.1 Porcentaje de viviendas que usan cocinas que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico:	S/I	8%[h/]	1%	Reducción
- Nivel socioeconómico alto	S/I	28%[h/]	13%	Reducción
- Nivel socioeconómico medio	S/I	59%[h/]	54%	Reducción
- Nivel socioeconómico bajo				
5.2 Porcentaje de viviendas que usan estufas simples que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico:	S/I	30% [h/]	24% [h/]	Reducción
- Nivel socioeconómico alto	S/I	39% [h/]	31% [h/]	Reducción
- Nivel socioeconómico medio	S/I	11% [h/]	21% [h/]	Reducción
- Nivel socioeconómico bajo				
6. Porcentaje de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales.				
- 6.1 Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas urbanas	2,6%	0,20% [j/]	0,2% [j/]	0,0%
- 6.2 Porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable en zonas rurales	23,5%	1,5%[k/]	1%[k/]	0,0%
7. Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales				
- 7.1 Porcentaje de la población urbana sin sistemas de alcantarillado	17,4%	5,6%[l/]	4,8%[l/]	0,0%
8. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura				
8.1 Población en tugurios como porcentaje de la población urbana (índice de la tenencia segura)	12,47% [m/]	10,65%[n/]	2,49%[n]	3,6%

Nota: ODM 8 (Fomentar una asociación mundial para el desarrollo) tiene otro tipo de indicadores que no se incluyen en esta tabla

Fuentes: MIDEPLAN 2005, los Objetivos de Desarrollo del Milenio Primer Informe del Gobierno de Chile (NU y Gobierno de Chile).
MIDEPLAN 2008, los Objetivos de Desarrollo del Milenio Segundo Informe del Gobierno de Chile (NU y Gobierno de Chile, julio de 2008). http://www.pnud.cl/odm/2.asp

Anexo 3. Funciones del Ministerio de Salud y sus entidades dependientes

El ***Ministerio de Salud*** es la autoridad sanitaria. Según el D.L. Nº 2763/79; Ley Nº 19.937, sus funciones son:

- Ejercer la rectoría del sector salud
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.
- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia, conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional.
- Formular el presupuesto sectorial.
- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Sistema AUGE).
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios
- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.
- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones.
- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud.
- Implementar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

El ***Instituto de Salud Pública de Chile*** (ISP) es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, con las siguientes funciones (D.L. Nº 2763/79; Ley Nº 18.122; Ley Nº 19.937:

- Servir de laboratorio nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública;
- Autorizar y registrar medicamentos y demás productos sujetos a estas modalidades de control ;

- Controlar las condiciones de internación, exportación, fabricación, distribución, expendio y uso a cualquier título, como asimismo, de la propaganda y promoción de los mismos productos, y

- Controlar los estupefacientes y productos farmacéuticos que causen dependencia y demás sustancias psicotrópicas respecto de su importación y de su uso lícito en el proceso de elaboración de productos farmacéuticos.

La ***Central de Abastecimiento del SNSS*** (CENABAST) es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyas funciones son (D.L. Nº 2763/79; Ley Nº 19.937):

- Proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos que se requieran para el ejercicio de las acciones de salud

- Mantener en existencia una cantidad adecuada de elementos de la misma naturaleza, necesarios para el eficiente cumplimiento de los programas;

- Atender las necesidades que en las materias de su competencia le encomiende satisfacer el Supremo Gobierno, en caso de emergencias nacionales o internacionales, y

- Prestar servicios de asesoría técnica a otros organismos y entidades del Sistema.

El ***Fondo Nacional de Salud*** (FONASA) es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyas funciones son (D.L. Nº 2763/79; Ley Nº 19.650 Ley Nº 19.937):

- Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en la presente ley (art.55) y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo;

- Financiar, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el MINSAL, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

- Financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema.

- Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado,

- Colaborar con el Subsecretario de Salud Pública en la administración del financiamiento de las acciones de salud pública,

- Conocer y resolver, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos,

- Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud.

- Ejercer la tuición y fiscalización del financiamiento que se efectúe, de tal manera que se destine a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, y velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios.

- Proponer a los Ministerios de Salud y de Hacienda, el Arancel de las prestaciones contempladas en Régimen y proponer al Ministerio de Salud las normas técnicas y administrativas para la aplicación del Arancel.

- Determinar los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación.

- Otorgar préstamos médicos.

- Informar adecuadamente al público en general, y a los Beneficiarios del Régimen en especial, sobre los derechos que les asisten.

- Requerir la información que estime necesaria a los Beneficiarios, Afiliados, empleadores del sector público y privado, y entidades de previsión y demás servicios públicos, para el mejor cumplimiento de las funciones que la ley le asigna.

- Realizar labores de fiscalización de la recaudación de las cotizaciones.

La ***Superintendencia de Salud*** es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relaciona con el Presidente de la República a través del MINSAL. Sus funciones son (Ley N° 19.937, 18.933 y 20.015):

- Supervigilar y controlar a las Isapres y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.
- Supervigilar y controlar al FONASA en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469, en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Garantías Explícitas en Salud.

La organización y funcionamiento del ***Sistema Nacional de Servicios de Salud*** se basa en el Reglamento Orgánico del Sistema Nacional de Servicios de Salud (DS de 1980).

Los *Servicios de Salud* son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 29 Servicios con asignación geográfica definida.

Anexo 4. Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010

En el año 2000, el Gobierno planteó los Objetivos Sanitarios para la década 2000 – 2010, concentrados en cuatro prioridades principales, que fueron evaluadas el 2010:

- ***Mejorar los logros sanitarios alcanzados***: Se observaron importantes avances en salud materna e infantil; se constató un preocupante estancamiento de los indicadores de tuberculosis; y en los restantes ámbitos que comprende este objetivo no se observaron cambios sustantivos, por lo que muchas estrategias se han reforzado con el fin de mejorar los indicadores para la evaluación de la década.

- ***Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios de la sociedad***: Un escaso avance en los determinantes asociados a cambios culturales y estilos de vida, aunque se continuó con los avances que dicen relación con disminuir las muertes y discapacidad, directamente asociados a la atención de salud, en que se observaron importantes avances. Cabe señalar que las metas en mortalidad y morbilidad aún no reflejaban el impacto del régimen de garantías explícitas en salud (GES), que aborda gran parte de los problemas de salud priorizados en los OS.

- ***Disminuir las desigualdades en salud***: se registró una mejora sustancial en la situación general de la mortalidad infantil, expectativa de vida y Años de Vida Potencial Perdidos. No obstante, se observó una clara gradiente social y un aumento de la brecha entre los grupos sociales extremos y entre los residentes de distintas zonas geográficas. También se constató que, si bien han aumentado las brechas, los grupos más desfavorecidos representaban cada vez una menor proporción de la población del país, como resultado del efecto del notable progreso económico, social y los avances de las políticas sociales

- ***Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población***: Hubo avances en la creación de sistemas de medición, para aspectos emergentes para el sector como el financiamiento, la satisfacción y la calidad de los servicios. Se observaron importantes avances en la introducción de buenas prácticas en el sector salud, especialmente relacionadas con la operación de las Oficinas de Información y Reclamos.

A continuación se presenta una tabla síntesis de la evaluación que realizó el Ministerio de Salud sobre el cumplimiento de los Objetivos sanitarios de 2000-2010:

Síntesis de la evaluación final de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010

a) Mejorar los logros alcanzados

Impacto buscado en Objetivo 2000-2010	**Avance**
Salud infantil	
Disminuir la mortalidad infantil en un 25% (nivel inicial: 10,1 por mil NV en 2000)	M. Infantil de 8,3 por mil NV en 2008 (reducción de 17.5% en ese período)
Promoción del desarrollo integral del niño: reducir el daño dental: disminuir índice COPD a los 12 años en 44% (inicial: 3,42 en 1999)	Índice COPD a los 12 años: 1,9 en 2007
Enfermedades crónicas pediátricas: reducir las muertes por cáncer en niños no cuantificada (inicial: 8 muertes por 100,000 niños en 1998)	6,5 muertes por 100,000 niños (2007)
Enfermedades crónicas pediátricas: Reducir la incidencia de sida pediátrico no cuantificada (Tasa notificación 2000 = 0,37 por 100,000)	Se mantiene tasa de notificación: 0,38 casos por 100,000 niños (2008)
Salud de la mujer	
Disminuir la mortalidad materna en un 50% (inicial: 1,9 muertes por 10.000 NV en 2000)	Escasa reducción: 1,8 muertes por 10,000 NV (2007). Nivel inicial bajo
Reducir embarazo en adolescentes: reducir en un 30% los embarazos no planificados en adolescentes (inicial: tasa de fecundidad de 65,4 por mil mujeres de 15 a 19 años)	Tasa de fecundidad de 53,4 por mil mujeres de 15 a 19 años (2007)
Reducir mortalidad materna relacionada con aborto en un 50%. (inicial: 0,5 muertes por 10.000 NV en 2000)	0,17 por 10,000 NV (2007)
Disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino disminuir	7,2 por 100,000 (2007)

mortalidad estandarizada en un 40% (inicial: 10,8 por 100,000 en 1998)	(Disminuye en 32,8%)
Enfermedades infecciosas	
Alcanzar la fase de eliminación avanzada de tuberculosis (incidencia anual menor de 10 casos por 100.000 h.)	Se registró 14,7 casos por 100,000 h. (2008).
Eliminar Chagas congénito (meta no cuantificada)	Se registró 4 casos en 2009
Mantener eliminación de transmisión vectorial de Chagas	No se han detectado casos en encuestas serológicas a menores de 5 años
Mantener el país libre de cólera	No se registran casos de cólera autóctono (2009)
Mantener erradicación en humanos	No se registra casos de rabia humana por virus canino (2009)
Mantener erradicación (poliomielitis pos virus salvaje)	No se registran casos de poliomielitis por virus salvaje (2009)
Mantener eliminación y control tétanos mantener incidencia de tétanos	No se registran casos de tétanos neonatal (2009)
Erradicar el sarampión	No se registran casos (2009)
Mantener letalidad de enfermedad meningocócica bajo10% de letalidad	Alcanzado.

b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad

Impacto buscado en Objetivo 2000-2010	**Avance**
Determinantes asociados a cambios culturales y de estilos de vida	
Reducción del consumo de tabaco en población general reducción del 25% (inicial: prevalencia 40% en población general)	Estancamiento en la prevalencia.
Reducción de la prevalencia de obesidad en escolares de 1° básico, en 25% (Inicial; 16%)	Quiebre de tendencia
Reducción de la prevalencia de sedentarismo en población > 15 años reducir en un 8% (inicial: 91%)	Leve descenso
Reducir el embarazo no planificado en adolescentes: bajar fecundidad de 65,4 a 46 por 1000 (15-19 años); inicial: 65,4 embarazos por 1.000 mujeres de 15-19 años	53,4 embarazos por 1.000 mujeres de 15-19 años
Bajar a 0 la fecundidad en menores de 14 años; 1,7 embarazos por 1.000 menores de 14 años	Aumento: 2,2 embarazos por 1.000 menores de 14 años
Retrasar la edad de inicio de actividad sexual en < de 15 años (sin línea de base)	No evaluable
Condicionantes ambientales	
Mejorar la cobertura de agua potable en áreas rurales, con aumento desde 80 a 100% en zona rural concentrada (aumento del 25%)	Cumplida
Determinantes asociados a las condiciones de trabajo	
Disminuir la gravedad de accidentes de trabajo (sin línea de base,)	No evaluable
Disminuir accidentes laborales con resultado de muerte (inicial: 8,2 casos por 100,000 trabajadores en 2005)	7,8 casos por 100,000 t.. (2008)
Reducir discapacidad y muerte por enfermedades profesionales (sin línea de base)	No evaluable
Disminuir la inequidad en la protección de los trabajadores: Aumentar la cobertura de ley 16.744 a grupos desprotegidos	Cumplida
Reducir las muertes y la discapacidad	
Enfermedades cardiovasculares: disminuir la mortalidad por enfermedades isquémicas en un 30% (inicial: 63,3 muertes por 100.000 hab. en 1999)	Reducción en 24%
Mantener la tendencia de la mortalidad de cáncer (inicial: tasa de 125,8 muertes por 100.000 hab. en1999)	Reducción en 9%

Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino en un 40% (inicial estandarizada: 9,22 muertes por 100.000 hab. en 1999)	Reducción de 33%
Enfermedades mentales: reducción de la tasa de mortalidad por suicidios en un 10% (inicial: 9,7 por 100,000 en 1999)	Tasa de 11,2 muertes por 100,000 hab. (2007) aumento del 60%
Enfermedades del aparato respiratorio: reducir la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda baja en el adulto mayor en un 20%	Disminuye 51% en grupo de 50 a 79 años y en 72% en mayores de 80 años
Traumatismos y envenenamientos: quebrar la tendencia al ascenso de la mortalidad por accidentes de tránsito mantener la tasa estandarizada de 1999 11,6 por 100,000 (1999)	12,8 muertes por 1000.000 hab. (2007) (Aumento del 16%)
Frenar el aumento de la mortalidad por diabetes mellitus: Mantener la tasa de 1999 (inicial: 16,8 muertes por 100,000 hab. en 1999)	Tasa de 19,2 muertes por 100,000 hab (2007) reducción del 17%
VIH/Sida: Quebrar la tendencia ascendente de la mortalidad Mantener la tasa estandarizada de 1999 3,7 por 100,000 (1999)	Tasa estandarizada de 2,3 muertes por 100.000 hab. (2007) Reducción de 27%
Reducir la proporción de enfermos con artritis, artrosis y osteoporosis, con discapacidad y dolor crónico, en un 25%	Sin información
Cuidados paliativos: reducción de la prevalencia de dolor en pacientes terminales reducción, sin cuantificar	Cumplido
Cobertura de atención odontológica en el menor de 20 años Alcanzar 50% en ese grupo	La cobertura de atención odontológica en los menores de 20 en el año 1999 era de 22% y en el año 2008 fue de 22,5%.

c) Disminuir las desigualdades en salud

Impacto buscado en Objetivo 2000-2010	**Avance**
Reducir la brecha de mortalidad infantil, entre hijos de madres de grupos educacionales extremos, en 10% (inicial: 2,6 veces)	La mortalidad disminuye en todos los grupos, pero aumenta la brecha a 3,0.
Aumento en 2 años de expectativas de vida en hombres y mujeres sin educación	Aumenta sólo 0,8 años hombres y 1,6 años mujeres sin educación
Reducir en un 30% brecha de años de vida potencial perdidos (AVPP) per cápita entre comunas	Tendencia a descenso del AVPP y aumenta en 2% brecha entre comunas

d) Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población.

Impacto buscado en Objetivo 2000-2010	**Avance**
Financiamiento del sector en Chile	
Reducir la proporción del ingreso disponible de los hogares que se destina al gasto de bolsillo, o pago directo de salud Reducir, sin cuantificar (sin información de base)	La evidencia no es concluyente, pero aumenta el gasto promedio por hogar, con diferencias importantes por quintil de ingreso de los hogares
Aumentar la progresividad en el pago de la salud (sin información de base)	Evidencia no concluyente, pero según encuestas las V y IV EPF, tanto los niveles reales del gasto de bolsillo en salud como la tasa de participación de éste sobre el gasto total, aumenta en todos los quintiles.
Satisfacer las expectativas legítimas de la población	
Aumentar el grado de satisfacción con su sistema de salud	Disminuye la satisfacción en el sector público (si bien es alta), y se mantiene en el sector privado (CASEN 2006)

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2010. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período. Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Serie Técnica de Análisis de Situación - PWR CHI/11/HA/01
http://www.paho.org/chi