

Tendencias Recientes en Salud y Atención de Salud en Chile: 1989-2005

Recent trends in health and health care in Chile: 1989-2005

Dr. Manuel Ipinza Riveros¹

Resumen

Este trabajo actualiza la información presentada en uno anterior y que cubría el período 1989-2001 (1).

Se presentan indicadores de salud y de atención de salud en Chile para el período que comienza en el año 1989 y que termina en 2004 o 2005 según el tipo de indicadores disponibles.

Los recursos y actividades del sistema público de atención han aumentado notablemente, sin embargo estas últimas han tenido una tendencia estacionaria o en declinación entre 2002 y 2004. Algunas actividades importantes alcanzan niveles de concentración similares en el sistema público y en la población afiliada a seguros privados de salud.

Los indicadores de situación de salud del país han continuado mejorando y ubican a Chile en un lugar destacado entre los países de América. No obstante lo anterior, algunos indicadores de mortalidad por causas específicas que afectan principalmente a los adultos, han desmejorado en el último trienio.

Se postula que los datos presentados, así como las demás estadísticas de salud del país, son consistentes con la tesis de que el sistema público de atención, que atiende a la mayoría de la población y, en particular, a las personas con mayores necesidades, es efectivo y eficiente. Se consignan ejemplos de asociaciones positivas entre intervenciones de salud pública y el control de problemas de salud.

Persisten desafíos para el país en cuanto a lograr ulteriores mejorías en las coberturas y en la calidad de los servicios, así como de reducciones de la mortalidad prematura, de la morbilidad, discapacidad y factores de riesgo, al igual que un mejor desarrollo humano y calidad de vida. La disminución de las desigualdades en salud y atención es una de las metas importantes a alcanzar.

Palabras clave: Tendencias de salud; Tendencias de atención de salud; Indicadores de Salud

Abstract

This paper is a new version of a former one which covered the period 1989-2001 (1).

Values of health and health care indicators in Chile, for the period starting in 1989, are presented.. Both resources and activities of the public health care system show remarkable increases, nevertheless, in the last three years, this trends had reached a ceiling. Some important activities attain per capita levels that are similar to those of the privately insured population, .

Health status indicators have continued to improve , so that Chile occupies a relatively high position in this respect among the countries of the Americas.

It is proposed that the data presented here, as well as the other health statistics published in the country,

¹ Pediatra y Especialista en Salud Pública; Profesor Asociado de Salud Pública; Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad

are consistent with the assertion that the public health system, which takes care of most of the population, and particularly of those in greater need, is both effective and efficient. Examples are provided of positive associations between public health interventions and control of health conditions.

Nevertheless, Chilean society should still achieve further reductions in premature mortality, in morbidity, disability and risk factors prevalence; also, better human development and quality of life. The reduction of inequity in health and health care is an important national target.

Key words: Health trends; Health care trends; Health Indicators

LA EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD, 1989-2005

Las tablas 1 a 3 muestran una selección de indicadores del nivel de salud de Chile y el cambio experimentado en los 15 años que van de 1989 al 2003. Para algunos indicadores seleccionados se tiene información de los años 2004 y 2005. Varios de los valores del año 2003, y en particular las tasas de mortalidad infantil y materna, están muy cercanos a los niveles alcanzados por los países de mayor desarrollo. En el año 2003 Chile tuvo una mortalidad infantil de 7,8 superior a las de Estados Unidos -7,1- y a la de Cuba -6,2- pero inferior a las de Costa Rica -10,8- Uruguay -14,1- y Argentina -16,6- (2). La mortalidad de 0 a 4 años ha disminuido en el período a menos de la mitad, aún más que la mortalidad infantil. Es notable asimismo la reducción de la mortalidad de los adultos de 45 a 64 años: 36 %; y en los mayores de 65 años: 25%.

Por el contrario, las tasas ajustadas por ciertas causas específicas que afectan principalmente a los adultos han experimentado aumentos significativos entre los años 2001 y 2003, tales como: Cáncer cérvico uterino que aumenta de 4,2 por cien mil habitantes de ambos sexos en 2001, a 4,9 en 2005; Enfermedades cardíacas isquémicas que lo hacen de 49,0 a 59,3 en el mismo periodo; Enfermedad cerebro-vascular que aumenta de 49,0 en 2001 a 58,3 en 2005; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica que pasa de 8,5 a 18,5; Cirrosis hepática que aumenta de 19,2 a 28,2; y Mortalidad por causas externas que se mantiene prácticamente en un mismo nivel y que afecta fundamentalmente a la población de adultos varones entre los 20 y los 64 años de edad. (Tabla 2).

Tabla 1: Mortalidad por grupos de edad. Chile 1989, 2001 y 2003.

Indicadores	1989	2001	2003
Mortalidad infantil	17,1	8,3	7.8
Mortalidad de 0 a 4 años *	423	185	183
Mortalidad de 5 a 9 años *	31	20	18
Mortalidad de 10 a 19 años *	52	38	32
Mortalidad de 20 a 44 años *	167	131	118
Mortalidad de 45 a 64 años *	910	621	581
Mortalidad de 65 a 79 años *	3.801	3.003	2.874
Mortalidad de 80 y más años *	12.855	12.410	11.677
Esperanza de vida al nacer (años)	72,7 en 1985-1990**	76,7 en 2002**	80.8 en 2000-2005**

* Por 100.000 habitantes de la edad

Fuente: Departamento de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud, Chile.

** INE-CELADE

Tabla 2
Mortalidad por ciertas causas específicas. Chile 1989, 2001 y 2003.

Indicadores	1989	2001	2003
Mortalidad materna (por 10 000 NV)	4,0	1,7	1,3
Tuberculosis por todas las causas *	5,9	2,1	1,8
Infecciones respiratorias bajas **	47,7	40,4	22,3
Cancer cervico-uterino **	6,0	6,4	6,4
Enfermedades cardíacas isquémicas **	66,9	49,0	59,3
Enfermedad cerebro-vascular **	54,4	49,0	58,3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica **	12,2	8,5	18,6
Cirrosis hepática **	30,2	19,0	28,2
Causas externas de mortalidad **	71,3	55,8	54,2

* Por 100 000 habitantes

** Tasas por 100 000 habitantes, ajustadas por edad a la población de Chile de 1992.

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

La mortalidad materna de Chile había alcanzado ya en el año 2000, un nivel de 1,9 por 10 000 NV, que en América era superior sólo a los de Canadá -0,5-, Estados Unidos -1,0-, y Uruguay -1,1-. Le seguían: Cuba, con 3,4; Argentina y Costa Rica, ambos países con tasas de 3,5 (2).

El descenso de la mortalidad por trauma y envenenamiento hizo que este problema pasara a ocupar el cuarto lugar entre los grandes grupos de causas de muerte, después de haber ocupado el tercero; fue sustituido en esta posición por las enfermedades respiratorias.

Tabla 3
Morbilidad por ciertas causas específicas.
Chile, 1989 y 2004.

Incidencia: tasas por 100 000 habitantes	1989	2004
tuberculosis	52,2	17,4
fiebre tifoidea	51,0	3,3
sarampión	100,0	0,0
rubéola	56,0	0,2

* Tasas por 100 000 habitantes

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

La morbilidad por tuberculosis fue de 17,4 por cien mil en el año 2004, inferior a la cifra denominada "umbral de eliminación", que por convención internacional se sitúa en una incidencia de 20 por 100 000; esta es una posición que han alcanzado solamente otros dos países de América Latina: Cuba

y Uruguay (2). La tasa de cien casos de sarampión por 100.000 habitantes en el año 1989 corresponde al brazo descendente de la última epidemia ocurrida en Chile, la cual tuvo una cima de 350 en el año 1988; desde el 2000 no se registran casos autóctonos en el país (3).

ASOCIACION ENTRE INTERVENCIONES DE SALUD PÚBLICA Y ESTADO DE SALUD.

Las afecciones respiratorias son un componente todavía importante de la morbilidad y mortalidad, particularmente en los niños y adultos mayores; y las tasas de defunción mostraban, a comienzos de la década de 1990, una evidente resistencia a descender. En 1991 se aceleró la ampliación de la cobertura de la población infantil mediante salas de los consultorios dedicadas especialmente a tratar de manera inmediata las infecciones respiratorias agudas: "Salas IRA". En 1994 se iniciaron las Campañas de Invierno, destinadas a asegurar atención oportuna, incluyendo hospitalización, durante el alza estacional de afecciones respiratorias. En 1998 se inició una actividad de tratamiento específico de las neumonías del adulto mayor en atención primaria y en hospitales. En el año 2001 comenzaron a funcionar en los consultorios salas especiales para atender las enfermedades respiratorias de los adultos de 65 y más años: "Salas ERA". Ambas han aumentado rápidamente en número, pasando de ser 15 en el año 2001 a 751 a fines del 2005. La Tabla 4 muestra como disminuyeron las muertes infantiles

por IRA a partir de 1994. Las muertes de adultos mayores descendieron en forma significativa a partir del año 2000, probablemente por la transferencia de los conceptos y prácticas propios de las IRA. También pueden haber influido en estas tendencias favorables las campañas de inmunización contra sarampión y tos ferina y, en el caso de los ancianos, la vacunación masiva y gratuita contra la influenza; esta última medida, iniciada en 1975, se amplió

gradualmente, dando un verdadero salto al pasar de 900 000 a 1 600 000 dosis anuales entre 1998 y 2000 (con financiamiento desde el nivel central). El año 2005 se vacunaron 1 millón, 86 mil, 931 adultos mayores de 65 años, lo que significó una cobertura del 94,6% de todos los chilenos de esa edad. Finalmente, los esfuerzos por reducir la contaminación ambiental en la capital pueden haber contribuido en el mismo sentido (4,5).

Tabla 4
Mortalidad por IRA* en menores de 1 año y en personas de 65 años y más. Chile, 1989-2005.

Años	Menores de 1 año		65 años y más	
	Defunciones	Tasa **	Defunciones	Tasa***
1989	586	192.9	3827	490.4
1990	747	242.9	4602	574.7
1991	598	199.7	3784	456.9
1992	598	203.5	3974	464
1993	572	196.9	4535	512.6
1994	391	135.7	4449	487.5
1995	355	126.8	5545	590.1
1996	406	145.7	5589	575.6
1997	304	111.1	5357	534.8
1998	317	117.1	5200	504
1999	280	106.1	5950	560.7
2000	175	66.8	3672	336.8
2001	170	65.6	3296	291.1
2002	90	35.8	2.979	252.8
2003	83	33.6	2.816	231.7
2004	87	35.9	3.084	246.2
2005****	70	29.2	2.532	196.3

* CIE-9: IRA (Códigos 460-466) y Neumonía e Influenza (480-487)

** Tasa por 100.000 nacidos vivos

*** Tasa por 100.000 habitantes de la edad

**** Cifras provisorias

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

Se encuentran documentadas en publicaciones recientes las asociaciones entre otros programas e intervenciones y las mejorías correspondientes en el estado de salud. Las intervenciones nutricionales han permitido eliminar la desnutrición infantil y materna por deprivación; reducir la anemia ferropriva del lactante y las malformaciones del tubo neural, así como controlar el hipotiroidismo endémico como problema

de salud pública. La fluoruración del agua potable ha reducido la prevalencia de caries dentales (6).

Chile figura entre los pocos países de América que tienen una cobertura de más del 90% con el sistema de tratamiento de la tuberculosis llamado DOTS; el buen manejo del programa ha permitido que la resistencia a la combinación de isoniacida con rifampicina esté limitada al 0,4% (2, 7). Estas

características de la atención de salud explican, en gran parte, la evolución favorable de la mortalidad y de la morbilidad por tuberculosis (Tablas 2 y 3).

Fue evidente el impacto de la educación sanitaria al detener la epidemia de cólera que afectó a los países vecinos en 1992 (4). La atención institucional del parto y del recién nacido, así como el programa ampliado de inmunizaciones, los cuales llegan a coberturas consistentemente próximas al 100%, son otras acciones del sector público de salud cuya efectividad está bien documentada (8).

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD, 1989 A 2005

Los recursos

El común denominador de los recursos de un sistema es aquél que se expresa en términos financieros. En el sistema público de atención, el financiamiento en pesos per capita, de valor constante, se vio multiplicado en 3,4 veces entre 1989 y 2005; y como porcentaje del producto interno bruto (PIB) aumentó en 52% en ese mismo lapso (Tabla 5).

No obstante lo anterior, hay que señalar que el año 1989 el gasto público en salud, como porcentaje del PIB, alcanzó su nivel más bajo desde el año

1973, que por el contrario representó un 4,0 % de este y del cual el aporte fiscal fue el 2,5 % del PIB, situación muy distinta al año 1989 en que sólo alcanzó a ser de un 0,6 %. En consecuencia y pese al significativo avance en el período 1989 – 2005, en este último año aún se está a una distancia considerable de lo que fue este gasto en el año 1973, debiendo destacarse además que en el año 2005 el aporte fiscal asciende a sólo el 42,1% del gasto público total y que un 21,6% es gasto directo del bolsillo, correspondiéndole a las cotizaciones el 36,3% restante (9,10).

Al comienzo del período analizado, el aumento del gasto hubo de orientarse especialmente hacia la inversión en infraestructura y equipamiento médico; este rubro, esencial para otorgar acceso y calidad suficientes, fué 8,4 veces mayor en el período 1990-2002 que en el tramo 1981-1989 (11). En el año 2004 la inversión real ascendió a 25 mil 500 millones de pesos (12), suma considerable que, sin embargo, se estima insuficiente para una modernización sostenida. Una parte del aumento del gasto corriente ha financiado aumentos de personal, de remuneraciones, de provisión de medicamentos y otros insumos (4).

Tabla 5
Atención de salud de la población chilena
años 1989 y 2005: los recursos del sistema público.

INDICADORES SELECCIONADOS	1989	2005
GASTO PÚBLICO EN SALUD POR AÑO *	\$465.88	\$ 1.549.257
GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO % DEL PIB	1.93	2.91
GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA	\$46.964	\$142.070
NÚMERO DE CONSULTORIOS GENERALES URBANOS Y RURALES	305	486
NÚMERO DE NUEVOS HOSPITALES	0 **	27 ***
NÚMERO DE HOSPITALES MODERNIZADOS	0 **	71 ***
CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (CDT) Y CENTROS DE REFERENCIA (CRS)	0	18
SEVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)	1	118
SALAS IRA Y ERA	1 **	751 ***
INVERSIONES: MILES DE PESOS DE DICIEMBRE 2004	68.641.291 **	655.615.241 ***

FUENTE: Ministerio de Salud, Chile; Fondo Nacional de Salud.

* En MM\$ 2002

** En el período 1981-1989

*** En el período 1990-2005

Las actividades

En el año 2005, las consultas médicas totales del sistema público se situaron en un nivel promedio de 3,2 por beneficiario, equivalente a 1,6 veces el nivel de 2,1 consultas observado en 1989, pero inferior a la concentración alcanzada en el año 2001 que fue de 2,53 (Tabla 6). Llama la atención el hecho de que la concentración de las consultas de urgencia aumentara en 106%, frente al aumento en 46% de todas las demás consultas y que estas aumenten en alrededor de 1 millón y medio entre el 2001 y el 2005. Es más, entre el año 2004 y el año 2005 hay una disminución de aproximadamente 280.000 Consultas Médicas en el nivel primario de atención (13). Este hecho debe ser motivo de preocupación para las autoridades del sector, ya que como lo muestran las tablas 6 y 7, hay asimismo una disminución de la concentración por beneficiarios del sistema público de otras actividades esenciales. El impacto en la atención de los beneficiarios del SNSS en los Servicios de Urgencia de los grandes hospitales, como resultado de la baja cobertura y resolutivez del nivel primario bajo administración municipal, en gran medida por la insuficiente cantidad del personal médico y no médico de esos establecimientos y las inadecuadas competencias de muchos de los primeros, ha sido debidamente documentada en trabajos anteriores del autor (14,15).

Hubo 10,7 hospitalizaciones por cien beneficiarios en el 2005, igual a la cifra de 1989, e inferior a la tasa

registrada en el año 2001 (Tabla 6). Cabe destacar, en todo caso, que esta estabilidad se logró con una menor dotación de camas (disminuyeron de 32 791 en 1989 a 27.868 a diciembre del 2005), debido a un mayor rendimiento de las mismas: de 32,3 egresos por cama-año se pasó a 40,6 egresos, esto es un incremento de un 25,6% en el período (16).

En el período 1989-2004, los exámenes de laboratorio realizados por el sistema público aumentaron de 222 a 473 por cien beneficiarios: se duplicaron. Las intervenciones quirúrgicas disminuyeron en 29%, de 12,1 a 8,7 por cien beneficiarios (Tabla 7). En esta disminución puede haber influido el aumento en alrededor de 1 millón de los beneficiarios del sistema, los que en 2004 ascendían a 10 millones 910 mil personas, equivalentes al 67,8% de la población del país y el descenso en el número de partos y el de ciertas patologías, como apendicitis, así como el progreso en el tratamiento no quirúrgico de otras, como el úlcus. En todo caso este hecho amerita un estudio en mayor profundidad.

Los trasplantes de órganos estuvieron disponibles en mayor cantidad (Tabla 6). Las intervenciones cardioquirúrgicas complejas financiadas por el Fondo Nacional de Salud para beneficiarios del sistema público pasaron de 798 a 3 355 por año entre 1993 y 2001; y las operaciones neuroquirúrgicas complejas subieron desde 1 350 hasta 2 257 anuales entre 1994 y 2001 (17).

Tabla 6

Atención de salud de la población chilena, 1989, 2001 y 2005: algunas actividades.

Actividades	1989	2001	2005
Consultas médicas totales al año	21 169 425	36.487.779	35 848 988
Consultas médicas por beneficiario al año	2,15	3,53	3,21
Consultas médicas de urgencia al año	6 187 483	12.433.325	13 991 759
Consultas médicas de urgencia por beneficiario	0,63	1,20	1,30
Hospitalizaciones por cien beneficiarios, al año	10,7	11,6	10,7
Trasplantes de riñón , al año*	136	267	243**
Trasplantes de hígado, al año*	Ocasionales	41	68**
Trasplantes de corazón*	Ocasionales	8	20**
Trasplantes de pulmón*	Ninguno	9	6**

* Total país.

** Año 2004

Fuentes: Ministerio de Salud, Chile; Departamento de Estadísticas e Información en Salud.

• Fondo Nacional de Salud e Instituto de Salud Pública (18).

COBERTURA Y ACTIVIDADES PARA LOS AFILIADOS A SEGUROS PRIVADOS DE SALUD (ISAPRE).

La Tabla 7 muestra la población cubierta por los seguros privados, en el período que se examina. El año 1997 marca la cobertura máxima alcanzada por ese subsector; entre 1998 y 2004, ella disminuyó en un millón doscientas mil personas (29% menos), posiblemente en relación con la disminución del crecimiento económico nacional y el aumento en los precios de los planes experimentada en el mismo lapso de tiempo. En este último año los beneficiarios de las Isapre ascienden a 2 millos 678 mil personas, lo que equivale al 16,6% de la población chilena (Tabla 7).

Paralelamente, el sistema público, que había experimentado un descenso progresivo de sus beneficiarios, hasta tocar un piso de 8 637 022 personas en 1995, mostró un incremento de 2 millones 274 mil de beneficiarios entre ese año y el 2004 (Tabla 7).

En 1989 las consultas médicas totales en el subsector privado ascendían a 3,57 por beneficiario, superando ampliamente a las del subsector público. Éste, sin embargo, aumentó progresivamente las suyas, llegando a una concentración de 3,53 en el año 2002, frente a 3,71 de ISAPRE en el mismo año. Sin embargo en el SNSS disminuyen a 3,19 en 2004 y en la Isapre aumentan a 4,3. Los exámenes de laboratorio en el subsector privado han aumentado progresivamente en todo el período 1989-2004; lo han hecho desde un nivel que comenzó siendo un 6% inferior a la concentración observada en el subsector público y termina siendo un 19% mayor en 2004. Las intervenciones quirúrgicas del subsector privado han aumentado levemente desde 10,6 por 100 beneficiarios en 1989 hasta 10,9 en 2004; En el subsector público estas prestaciones han transcurrido a un nivel moderadamente superior durante el período 89 – 2002, sin embargo el año 2004 ellas caen a una concentración de sólo 8,7 por 100 beneficiarios. La imagenología realizada en el sector privado se sitúa en un nivel alto y ha aumentado en forma acelerada, hasta aproximarse a una proporción de más de un examen por beneficiario al año en el 2004; en el sistema público

estos exámenes han sido siempre menos frecuentes, estando en un nivel 53% inferior al del sector privado en 1989, y alcanzado una concentración inferior en un 61% en 2004 (Tabla 7).

La serie completa de indicadores sugiere que ya en 1997, y tal vez antes, desde el año 1995, los seguros privados tenían dificultades para mantener el nivel de servicios,- en cuanto a consultas y cirugías -, para una población beneficiaria que había aumentado en 2,2 veces desde 1989 en el marco de la Ley 18 933 del 3 de marzo de 1990. El crecimiento experimentado entre 2002 y 2004 podría explicarse por la drástica caída de sus beneficiarios. En cambio, el subsistema público hizo frente con éxito al reciente ingreso masivo de beneficiarios entre 1995 y 2002, aumentando en ese período simultáneamente la concentración de las prestaciones aquí consideradas. No obstante, entre 2002 y 2004 hay una disminución en la concentración de todas las prestaciones, con excepción de los exámenes de laboratorio. El aumento de casi 600 mil beneficiarios entre estos dos años, no permiten explicar esta situación y al igual de cómo lo decíamos anteriormente, ameritaría la preocupación de las autoridades de gobierno (Tabla 7).

Tabla 7

Evolución del número de beneficiarios y de la concentración de actividades alcanzados por los seguros de salud privados (ISAPRE abiertas y cerradas) y por el sistema público de salud, Chile, 1989 a 2004.

	ISAPRE					N° de beneficiarios	SNSS				
	N° de beneficiarios	N° de actividades por 100 beneficiarios					N° de beneficiarios	N° de actividades por 100 beneficiarios			
		Consultas médic.	Exámenes laboratorio	Cirugías*	Imagenología			Consultas médic.	Exámenes laboratorio	Cirugías*	Imagenología
1989	1.756.169	357	209	10,6	53	9.844.496	215	222	12,1	25	
1995	3.763.649	318	270	6,6	61	8.637.022	269	344	12,9	41	
1997	3.882.572	340	302	7,4	67	8.753.407	289	388	12,2	46	
2002	2.884.668	371	371	9,5	92	10.327.218	353	452	11,4	57	
2004	2.678.432	433	517	11,2	112	10.910.632	319	473	8,7	44	

* Excluye cesáreas. En 1998 éstas fueron 1, 3 y en 2004 0,92 por cien beneficiarios de ISAPRE.

Fuente: Boletines Estadísticos del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de ISAPRE.

CONCLUSIONES

Los cambios del estado de salud de Chile en el período 1989- 2005 han sido profundos y positivos. Continúan tendencias previas (19, 20) y además las mejoran, en el sentido de que se superó el estancamiento de los indicadores observado en 1984-1988 y aún en años posteriores (21) El fenómeno forma parte de una transición epidemiológica que, sobre el telón de fondo de los cambios demográficos, no se detiene.

El nivel de la atención de salud ha progresado en términos de recursos y de concentración de actividades. La suma de los beneficiarios del sistema público y de los seguros privados ha disminuido ligeramente en cuanto a proporción de la población total: 89,5% en 1989 y 84,4% en 2004. Al apreciar este descenso hay que tomar en cuenta que no se han incluido los beneficiarios de un subsistema minoritario de seguridad social en salud: el de los miembros de las fuerzas armadas y de orden. Por otra parte, algunos aspectos de la estructura en la atención de salud han mostrado ser potencialmente reversibles, y el sistema público de atención ha evidenciado su papel de red de seguridad o "amortiguador" eficaz y eficiente frente a las fluctuaciones de la economía. La efectividad de muchas de las acciones del sistema público

chileno está demostrada en numerosos trabajos; en este artículo se ha enfocado la asociación entre el descenso de la mortalidad por causas respiratorias y las actividades específicas correspondientes, iniciadas en su mayoría en 1991.

Al comparar las Tablas 5 y 6, la razón actividades/recursos en el sistema público, aparece como habiéndose reducido moderadamente en el período considerado. De ahí podría concluirse que el sistema no es eficiente, o que ha perdido en eficiencia (22, 23,24). Es muy importante, sin embargo, tener en cuenta que el sector público ha debido, a partir de 1990, hacer inversiones que no se habían realizado oportunamente; que ha mejorado un nivel de calidad técnica que llegó a ser muy deficiente; que ha aumentado la accesibilidad a través de nuevas construcciones; que está resolviendo un perfil de problemas más complejos, con tecnologías sofisticadas, para una población más vulnerable (ancianos y prematuros, por ejemplo); que ha agregado nuevos elementos al arsenal de la prevención y promoción de salud; que debe hacer frente al costo de la judicialización progresiva de los daños iatrogénicos que pueden ocurrir (3, 22).

Si bien el estado de salud de la población chilena, medida a través de los indicadores promedios nacionales ha mejorado de manera innegable

(Tablas 1 a 4), subsisten importantes desafíos, los cuales se convierten en otros tantos objetivos para el país: Por una parte los accidentes del tránsito, las enfermedades transmisibles emergentes, los cánceres prevenibles, los componentes prevenibles y tratables de las afecciones cardiovasculares, de la diabetes y de las afecciones músculo esqueléticas, las intoxicaciones, las discapacidades y los persistentes problemas médico-sociales, como las adicciones, las enfermedades de transmisión sexual, los defectos de alimentación y nutrición, la depresión y la violencia (8). Por otra, las enormes desigualdades entre estos mismos indicadores cuando ellos se analizan a nivel regional, provincial y comunal, donde aparecen en forma explícita y en toda su magnitud los graves problemas de inequidad que caracterizan a la sociedad chilena actual.

Una gran parte de estos retos se puede resumir en lo que debiera ser la gran "Meta Política" del nuevo gobierno,- como lo fue en el pasado la meta de vencer a la mortalidad infantil- de reducir la mortalidad prematura del adulto chileno, por causas que son sujeto de prevención primaria, secundaria o terciaria, como lo evidencia la tabla 2 .

A los desafíos relativos al estado de salud hay que agregar aquellos que dicen relación con la atención de la salud: mejorar la satisfacción experimentada por la población; cumplir metas de equidad, efectividad, calidad, eficiencia y participación; fortalecer la rectoría o liderazgo del sector, y educar a nuestra sociedad acerca de la naturaleza y el potencial de la salud pública.

El autor desea expresar su reconocimiento a los valiosos comentarios y sugerencias hechas a este trabajo por el Dr. Carlos Montoya, que permitieron enriquecer y fortalecer los contenidos del mismo.

Referencias

- Ipinza M., Tendencias Recientes en Salud y en Atención de salud, Cuad. Med. Soc. 2004; 43 (1): 47-62.
- Organización Panamericana de la Salud, La Salud en las Américas, Publicación Científica y Técnica N° 587, Vol I, Washington D.C., 2002.
- Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología, En vías de la erradicación del sarampión en las Américas, El Vigía 2000;3(12): 2-6.
- Ministerio de Salud de Chile, Diez años mejorando la salud de los chilenos, Santiago, 1999.
- Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Salud de las Personas, Unidad de Enfermedades Respiratorias, Informe Campaña IRA, Año 2003.
- Riumalló J, Pizarro T, Rodríguez L, Benavides X, Programas de alimentación suplementaria y de fortificación de alimentos con micronutrientes en Chile, Cuad Méd Soc 2004; 44(1): 53-59.
- Ministerio de Salud de Chile, Cuenta Pública 2002: Programa Nacional de Tuberculosis.
- Ministerio de Salud de Chile, Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010, Santiago, Octubre 2002.
- Evolución del Gasto Público Total y del Aporte Fiscal a este como porcentaje del PIB. Chile 1973 – 2000. (Mimeo) Tabla elaborada por el autor con fuente en los Boletines de FONASA.
- Cid C, Muñoz A, Riesco X, Hinostroza M, Cuad. Med. Soc. 2006; 46 (1): 5-12.
- Gobierno de Chile, Ley de Presupuesto 2002.
- Ministerio de Salud, Departamento de Inversiones.
- Ipinza M., Como Solucionar el Déficit de Médicos en los Consultorios Municipalizados, Cuad. Med. Soc. 2004; 44 (2): 73-80.
- Ipinza M., Estudio de la Red Pública de Urgencia de la Región Metropolitana, Cuad. Med. Soc. 2005; 45 (3): 199-216.
- Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Slud, Estadísticas hospitalarias.
- Jarpa C, Evaluación del programa de prestaciones complejas 1994-2001, en: El Hospital Público en Chile, Vol I, pp 153-176, Ministerio de Salud, Santiago, Diciembre 2002.
- Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública, Registro Nacional de Trasplantes de órganos. Chile 2004.
- Taucher E., Jofré J., Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso, Rev. Méd. Chile, 1997; 125 (10): 1225-36.
- Aguila A, Muñoz H, Tendencia de la natalidad,

mortalidad general, infantil y neonatal en Chile desde el año 1850 a la fecha, Rev Méd Chile 1997;125:1236-1245.

20. Montoya-Aguilar C, Marchant-Cavieres L, The effect of economic changes on health care and health in Chile, Int. J. Health Planning and Management 1994; 9 (4): 279-294.
21. Rodríguez J C, Tokman M R., Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile, 1990-1999, Unidad de Estudios Especiales, Secretaría Técnica, CEPAL, diciembre 2000.
22. Silva P, Sistema de salud de Chile, Cuad Méd Soc 1998;39(1):46-53.
23. Sepúlveda C, Rendimiento del gasto público en salud: Chile 1990-1999, Vida Médica 2002; 54(3):34-36.