

# Tendencias Recientes en Salud y Atención de Salud en Chile

## Recent trends in health and health care in Chile

Dr. Manuel Ipinza Riveros<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se presentan indicadores de salud y de atención de salud en Chile para el período que comienza en el año 1989.

Los recursos y actividades del sistema público de atención han aumentado notablemente. 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.

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 reducciones de la mortalidad prematura, de la morbilidad, discapacidad y factores de riesgo, así como 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

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. 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, 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.**

<sup>1</sup> Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad; Asesor de la Unidad de Estudios del Colegio Médico de Chile y Asesor del Departamento de Estudios de la División de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud de Chile. <mipinza@minsal.cl>

## La Evolución de los Indicadores del Estado de Salud, 1989-2001.

Las tablas 1 a 3 muestran una selección de indicadores del nivel de salud de Chile y el cambio experimentado en los trece años que van de 1989 al 2001. Varios de los valores del año 2001, 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 2000 Chile tuvo una mortalidad infantil de 8,9, 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- (1). La mortalidad de 0 a 4 años ha disminuido en una proporción aún mayor que la mortalidad infantil: en un 56%. También es notable la reducción de la mortalidad de los adultos de 45 a 64 años: 32%; no lo es tanto el descenso de la tasa de los adultos jóvenes: 22%.

**Tabla 1.**  
**Mortalidad por grupos de edad. Chile 1989 y 2001**

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

\* Por 100.000 habitantes de la edad.  
Fuente: Departamento de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud, Chile.  
\*\* INE-CELADE  
\*\*\* OMS, Informe sobre la salud del mundo 2003, Anexo, Tabla 1.

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

Indicadores	1989	2001
Mortalidad materna (por 10 000 NV)	4,0	1,7
Tuberculosis*	5,9	2,1
Infecciones respiratorias bajas**	47,7	40,4
Cancer cervico-uterino**	6,0	4,2
Enfermedades cardíacas isquémicas**	66,9	49,0
Enfermedad cerebro-vascular**	54,4	49,0***
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**	12,2	8,5
Cirrosis hepática**	30,2	19,0
Traumatismos y envenenamientos*	75,2	49,5

\* Por 100.000 habitantes.  
\*\* Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por edad a la población de Chile de 1992. El valor de 2001 resulta de una proyección basada en los datos de 1985 a 1998.  
\*\*\* La tasa no ajustada, calculada con los datos del año 2001, tuvo un valor de 48,6.  
Fuentes: Departamento de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud; y Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.

La mortalidad materna de Chile había alcanzado, 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 (1). 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 2001.**

Incendencia*	1989	2001
tuberculosis	52,2	22,8
fiebre tifoidea	51,0	3,9
sarampión	100,0	0,0
rubeola	56,0	2,8

\* Tasas por 100.000 habitantes.  
Fuentes: Departamento de Estadística e Información en Salud y Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.

La morbilidad por tuberculosis fue de 18,8 por cien mil en el año 2002, 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 (1). La tasa de cien casos de sarampión por 100.000 habitantes corresponde al brazo descendente de la última epidemia ocurrida en Chile, la cual tuvo una cima de 350 en el año 1988; desde el 2.000 no se registran casos autóctonos en el país (2).

## Asociación 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 la 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 salas especiales en los consultorios para atender las enfermedades respiratorias de los adultos de 65 y más años: "Salas ERA". Estas han aumentado rápidamente en número, pasando de 15 en el año 2001 a ser 115 a fines del 2003. La Tabla 4 muestra cómo disminuyeron las muertes infantiles por IRA a partir de 1994. Las muertes de adultos mayores descendieron en los años 2000 y 2001, 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). Finalmente, los esfuerzos por reducir la contaminación ambiental en la capital pueden haber contribuido en el mismo sentido (3, 4).

**TABLA 4.**  
**Mortalidad por IRA\* en menores de 1 año y en personas de 65 años y más. Chile, 1989 y 2001.**

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	464.0
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	504.0
1999	280	106.1	5950	560.7
2000	175	66.8	3672	336.8
2001	170	65.6	3296	291.1

\* 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

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 privación; 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 (5).

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 isoniazida con rifampicina esté limitada al 0,4% (1, 6). 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 (3). 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 (7).

## Evolución de la Atención de Salud, 1989 a 2002.

### 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 2,8 veces entre 1989 y 2002; y como porcentaje del producto interno bruto (PIB) aumentó en 55% en ese mismo lapso (Tabla 5).

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, fue 8,4 veces mayor en el período 1990-2002 que en el tramo 1981-1989. En el año 2002 la inversión real ascendió a 29 mil millones de pesos (8), 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 (3).

**Tabla 5.**  
**Atención de Salud de la Población Chilena, Años 1989 y 2002: Los recursos del Sistema Público.**

Indicadores seleccionados	1989	2002
Gasto Público en Salud por año*	\$465.882	\$1.353.355
Gasto Público en Salud como % del Pib	1.93	3.0
Gasto Público en Salud per cápita	\$46.964	\$131.050
Número de consultorios generales urbanos y rurales	305	446
Número de nuevos hospitales	0**	27***
Número de hospitales modernizados	0**	71***
Centros de diagnóstico y tratamiento (Cdt) y centros de referencia (Crs)	0	14
Sevicios de atención primaria de urgencia (Sapu)	1	82
Salas Ira y Era	1**	567***
Inversiones:		
Miles de pesos de diciembre 2002	68.641.291**	575.323.271***

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

\* En MMS 2002

\*\* En el período 1981-1989

\*\*\* En el período 1990-2002

### Las actividades.

En el año 2002, las consultas médicas totales del sistema público se situaron en un nivel promedio de 3,6 por beneficiario, equivalente a 1,7 veces el nivel de 2,1 consultas observado en 1989. Llama la atención el hecho de que la concentración de las consultas de urgencia aumentara en 90%, frente al aumento en 60% de todas las demás consultas.

Hubo 11,6 hospitalizaciones por cien beneficiarios en el 2002: un alza de 8% sobre la cifra de 1989 (Tabla 6). Esta alza se logró con una menor dotación de camas (disminuyeron de 32.791 a 30.033 en el período), debido a un mayor rendimiento de las mismas: de 32,3 egresos por cama-año se pasó a 39,1 egresos (9).

En el período considerado los exámenes de laboratorio realizados por el sistema público aumentaron de 222 a 452 por cien beneficiarios: se duplicaron. Las intervenciones quirúrgicas disminuyeron en 6 %, de 12,1 a 11,4 por cien beneficiarios (Tabla 7). En esta disminución puede haber influido 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 ulcus.

Los trasplantes de órganos estuvieron disponibles en mayor cantidad (Tabla 6). Las interven-

ciones 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 (10).

**Tabla 6.**  
**Atención de salud de la población chilena, 1989 y 2002: algunas actividades.**

Actividades	1989	2002
Consultas médicas totales al año	21.169.425	36.487.779
Consultas médicas por beneficiario al año	2,15	3,53
Consultas médicas de urgencia al año	6.187.483	12.433.235
Consultas médicas de urgencia por beneficiario	0,63	1,20
Hospitalizaciones por cien beneficiarios, al año	10,7	11,6
Trasplantes de riñón, al año*	136	267
Trasplantes de hígado, al año*	ocasionales	41

\* Total país.

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

### 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 2002, ella disminuyó en un millón de personas, posiblemente en relación con la disminución del crecimiento económico nacional, experimentada en el mismo lapso de tiempo. En el año 2002 representaba el 21,8% del total de personas adscritas a la seguridad social en salud.

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 1,7 millones de beneficiarios entre ese año y el 2002 (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. Los *exámenes de laboratorio* en el subsector privado han aumentado progresivamente en todo el período 1989-2002; pero lo han hecho a un nivel que comenzó siendo un 6% inferior a la concentración observada en el subsector público y que terminó el período en un nivel 18% inferior. Las *intervenciones quirúrgicas* del subsector privado bajaron desde 10,6 por beneficiario en 1989 hasta 7,4 en 1997, y luego han subido a una concentración de 9,5 en 2002; en el subsector público estas prestaciones han transcurrido a un nivel moderadamente superior durante todo el período examinado. 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 un examen por beneficiario al año en el 2002; en el sistema público estos exámenes han sido siempre menos frecuentes pero, de estar en un nivel 53% inferior al del sector privado en 1989, han alcanzado una concentración sólo 38% inferior (Tabla 7).

La serie completa de indicadores sugiere que ya en 1997, y tal vez antes, desde 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. En cambio, el subsistema público hizo frente con éxito al reciente ingreso masivo de beneficiarios, aumentando simultáneamente la concentración de las prestaciones aquí consideradas.

## CONCLUSIONES.

Los cambios del estado de salud de Chile en el período 1989- 2001 han sido profundos y positivos. Continúan tendencias previas (11, 12) 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 (13) 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 disminuído ligeramente en cuanto a proporción de la población total: 89,5% en 1989 y 87,4% en 2002. 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.

**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 2002.**

Años	Seguros privados					Subsistema público*				
	N° de beneficiarios	N° de actividades por 100 beneficiarios				N° de beneficiarios	N° de actividades por 100 beneficiarios			
		Consultas médic.	Exámenes laboratorio	Cirugías**	Image-nología		Consultas médic.	Exámenes laboratorio	Cirugías	Image-nología
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

\* Incluye modalidades institucional y de libre elección, y consultorios municipalizados.

\*\* Excluye cesáreas. En 1998 éstas fueron 1,3 por cien beneficiarios de ISAPRE.

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

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 (14). 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, 15, 16).

Si bien el estado de salud de la población ha mejorado de manera innegable (Tablas 1 a 4), subsisten importantes desafíos, los cuales se convierten en otros

tantos objetivos para el país: 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 músculoesqueléticas, las intoxicaciones, las discapacidades y los persistentes problemas médicosociales, como las adicciones, las enfermedades de transmisión sexual, los defectos de alimentación y nutrición, la depresión y la violencia (7).

Una gran parte de estos retos se puede resumir en la gran meta "política" -como lo ha sido la meta de vencer a la mortalidad infantil- de *reducir la mortalidad prematura del adulto chileno*.

A los desafíos relativos al estado de salud hay que agregar aquéllos 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.

## Referencias

- 1.- Organización Panamericana de la Salud, *La Salud en las Américas, Publicación Científica y Técnica N° 587, Vol I, Washington D.C., 2002.*
- 2.- 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.*
- 3.- Ministerio de Salud de Chile, *Diez años mejorando la salud de los chilenos, Santiago, 1999.*
- 4.- Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Salud de las Personas, Unidad de Enfermedades Respiratorias, *Informe Campaña IRA, Año 2003.*
- 5.- 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):...*
- 6.- Ministerio de Salud de Chile, *Cuenta Pública 2002: Programa Nacional de Tuberculosis.*
- 7.- Ministerio de Salud de Chile, *Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010, Santiago, Octubre 2002.*
- 8.- Gobierno de Chile, *Ley de Presupuesto 2002.*
- 9.- Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, *Estadísticas hospitalarias.*
- 10.- 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.*
- 11.- Taucher E., Jofré J., *Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso, Rev. Méd. Chile, 1997; 125 (10): 1225-36.*
- 12.- 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.*
- 13.- Montoya-Aguilar C, Marchant-Cavieles L, *The effect of economic changes on health care and health in Chile, Int. J. Health Planning and Management 1994; 9 (4): 279-294.*
- 14.- 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.*
- 15.- Silva P, *Sistema de salud de Chile, Cuad Méd Soc 1998; 39(1): 46-53.*
- 16.- Sepúlveda C, *Rendimiento del gasto público en salud: Chile 1990-1999, Vida Médica 2002; 54(3): 34-36.*