

SITUACION ACTUAL DE SALUD EN CHILE

Dres.: Gloria López *
Maria Inés Romero *
Iván Serra *
Erika Taucher *

Cuad.Méd.Soc., XXX, 3, 1989./41-50

ABSTRACTS: *The authors is presenting up to date information of mortality, morbidity and invalidity pensions granted by the social security system. On this information it is suggested specific measures in answer to this situation.*

Key Words: MORTALITY, MORBIDITY, INVALIDITY, CHILE.

INTRODUCCION

El presente documento de trabajo tiene como marco de referencia la presentación y análisis de información que describe e interpreta el nivel de salud en aspectos críticos y relevantes, o sea, que plantean desafíos y necesitan mejoras a corto, mediano y largo plazo.

1.- DESCRIPCION DE LA SITUACION

1.1. Mortalidad

1.2. Morbilidad

1.1.- Mortalidad

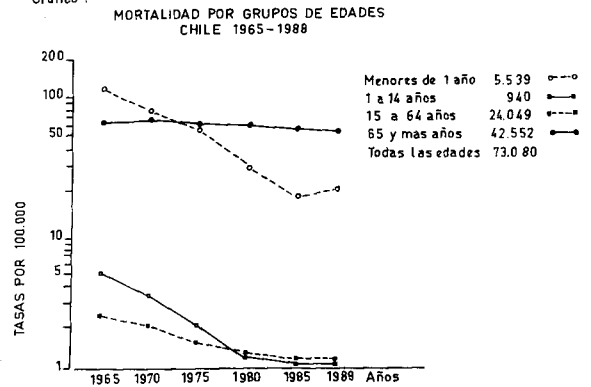
Se consideran 3: mortalidad general, total por grupos etarios, específica por los cánceres más importantes y por traumatismos, y violencias.

En la *mortalidad por edades* aparecen como problemas relevantes los grupos de ancianos (65 años y más) que no mejoran este índice y los menores de un año con estancamiento de su tasa de mortalidad y una leve tendencia al aumento de 1988 (Gráfico 1).

En general, todos los problemas presentados se entienden como una aproximación, dentro del contexto administrativo en vigencia el cual también deberá sufrir cambios para una mejoría verdadera del sistema.

Se ha buscado concisión, claridad y fundamentación actualizada, lo más gráfica posible.

Gráfico 1



Llama la atención en el análisis por causas que en los menores de 1 año una proporción importante corresponde a muertes evitables. (Tabla 1).

* Miembros del Depto. de Salud Pública del Colegio Médico de Chile (AG).

** Coordinador.

Tabla 1.

DEFUNCIONES SEGUN ALGUNAS CAUSAS ESPECIFICAS DE MUERTE EN MENORES DE UN AÑO.

(Inscritos hasta Diciembre)

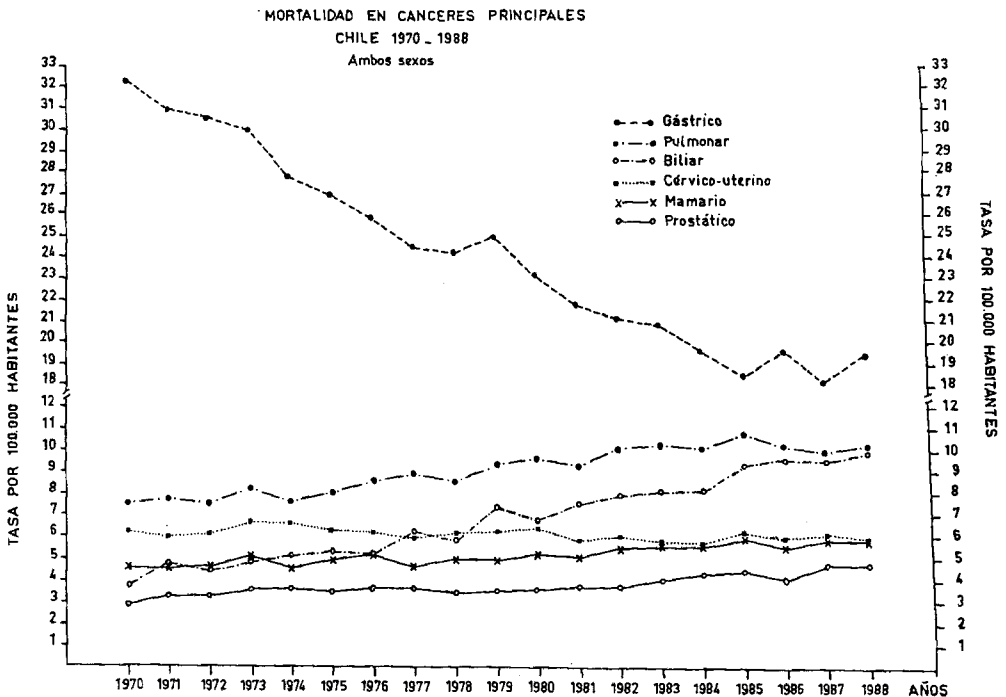
CHILE 1988

Causa	Nº Muertes	Proporción %
- Bronconeumonía	828	14.9
- Aspiración de vómitos	502	9.1
- Prematurez extrema	498	9.0
- Membrana hialina	305	5.5
- Asfixia al nacer	285	5.1
- Diarrea	132	2.4
- Muerte súbita	118	2.1
- Causa desconocida	89	1.6
- Otras	2.782	49.7
TOTAL	5.539	100.0

En lo segundo, los cánceres más relevantes y que muestran deterioro al mismo tiempo son: biliar, pulmonar y prostático. Tampoco mejoran los otros cánceres, cérvico-uterino, mamario, colon, recto/ano,

pancreático e incluso el gástrico ha detenido su tendencia espontánea al descenso en los últimos años. El esofágico y hepático están relativamente estabilizados (Gráfico 2 y 3).

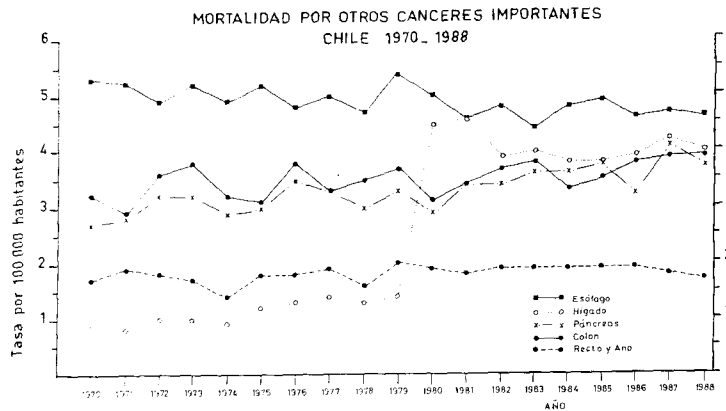
Gráfico 2



En el tercer aspecto, las muertes por traumatismos y violencias se aprecia estabilización de las tasas, tanto totales como por homicidio y suicidio y también

del grupo en que no se sabe si fueron accidentales o intencionalmente inflingidas (Gráfico 4). Esto es particularmente destacable ya que este rubro representa la

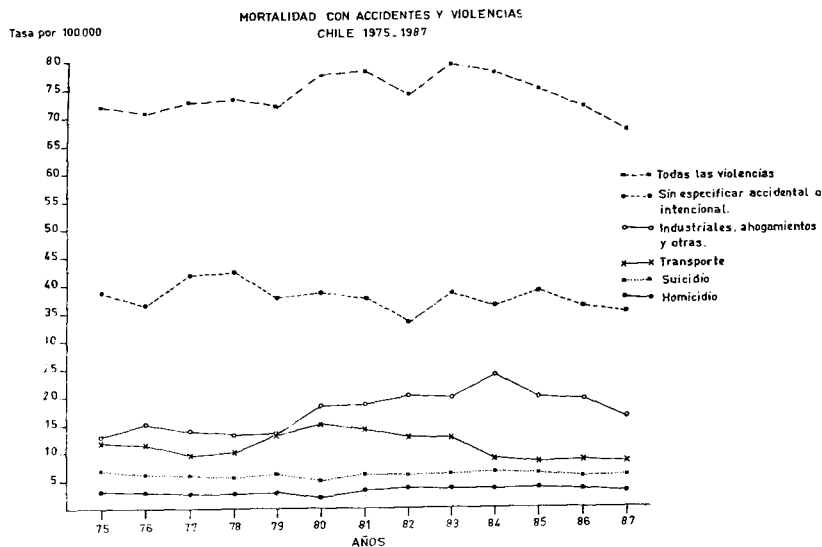
Gráfico 3



primera causa de muerte entre el año y los 45 años de vida en la mayor parte de los países y constituye la causa más importante de pérdida de años potenciales de vida. En un estudio de autopsias médico-legales de la Región Metropolitana de 1983, el 56% del total de muertes violentas médico-legales, entre los 15 y 24

años se pudo calificar como deliberada (homicidio o suicidio) y el 40% como no deliberada (accidente de tránsito, doméstico, etc.); sólo en el 4% no se pudo calificar intencionalidad, lo que no es extraño por el tipo de estudio. (* Romero M.I.: V Jornadas Chilenas de Salud Pública, Santiago, 1985 pp. 312-313).

Gráfico 4



1.2. Morbilidad

Para el análisis de la morbilidad se estudian los siguientes aspectos:

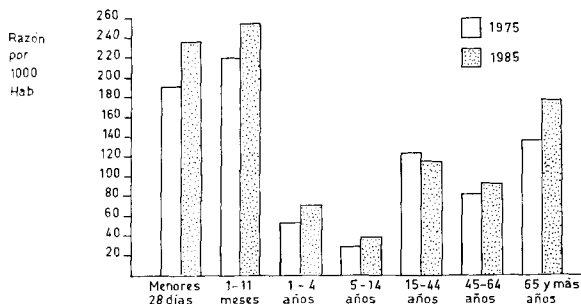
- egresos
- consultas
- enfermedades transmisibles

- invalidez

Egresos.- Se han considerado los egresos de todo el sistema público (SNSS) por causa y por grupos de edades y ambos comparando 1975 con 1985. Se observa que la mayoría de los egresos se producen para la población infantil, especialmente menores de 28

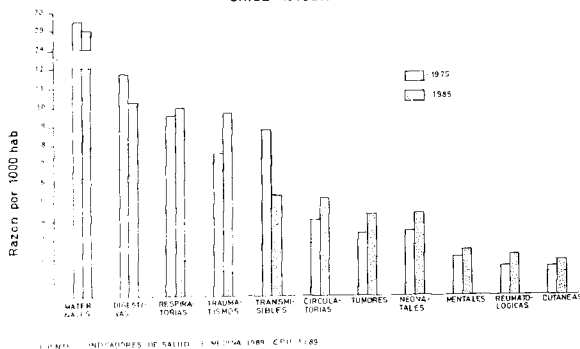
días y de 28 días a 11 meses (Gráfico 5). Existe un aumento de la razón de egresos por 1.000 habitantes en todos los grupos de edades, lo que significa un aumento del rendimiento del recurso cama hospitalaria. El índice de camas por habitante no ha aumentado en el mismo periodo, o sea lo que ha ocurrido es un aumento de eficiencia.

Gráfico 5
EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL SNSS SEGUN EDADES
CHILE 1975-1985



Si se analizan los egresos hospitalarios por causa, se observa que siendo siempre los obstétricos la gran masa, éstos disminuyen en la década del 80, igual que los digestivos y por enfermedades transmisibles; todos los demás aumentan, particularmente traumatismo, circulatorios, tumores y neonatales. Es presumible que este incremento se mantenga en el futuro inmediato (Gráfico 6).

Gráfico 6
EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL SNSS SEGUN CAUSA
CHILE 1975-1985



Al estudiar el índice ocupacional en 1988 se observa que éste sobrepasa criterios aceptados en prácticamente todos los servicios clínicos (excepto pediatría), en todos los grandes hospitales de la región metropolitana (Gráfico 7). Debe considerarse que el índice

publicado para los Servicios de Urgencia, aunque cercano al 100% debiendo ser de sólo 75%, está incluso desvirtuado. La contabilización de los enfermos hospitalizados en camillas se tabula sólo hasta el 100%. Si el índice ocupacional supera el 100%, se utiliza el criterio de camas en trabajo, el cual no se tabula ni publica. Por ejemplo el Hospital Sótero del Río presenta un índice ocupacional de 100%, pero con camas en trabajo el índice alcanza el 217% en 1988 (Gráfico 7a). También lo obstétrico es particularmente desfavorable.

Gráfico 7
INDICE OCUPACIONAL EN CUATRO SERVICIOS CLINICOS BASICOS Y
UNIDAD DE EMERGENCIA. HOSPITALES REGION METROPOLITANA
1988

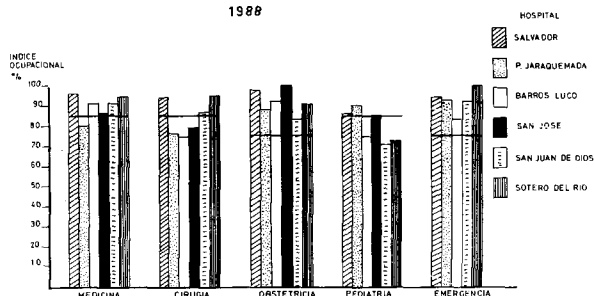
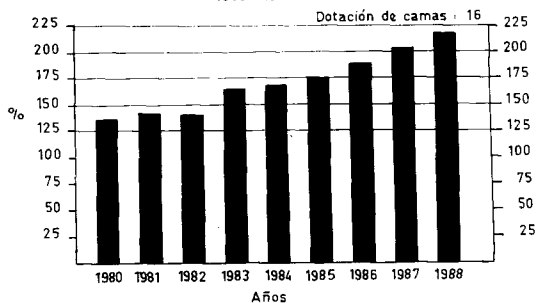
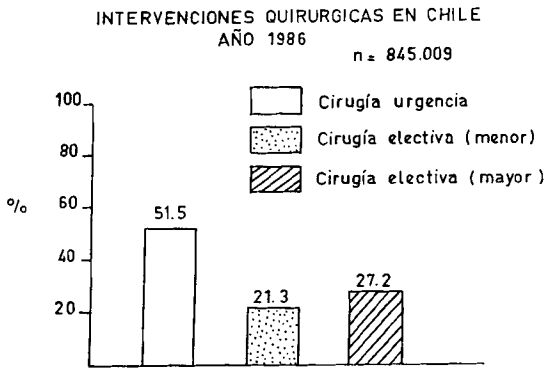


Gráfico 7a
INDICE OCUPACIONAL EN UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITAL
SOTERO DEL RÍO SEGUN CAMAS EN TRABAJO.
1980 - 1988



Al estudiar las intervenciones quirúrgicas, la situación de gran falencia del sector salud se grafica aún más pues, más de la mitad del total de intervenciones quirúrgicas del país se efectuó en 1986, en calidad de urgencia (Gráfico 8). Llama la atención un problema informático que se ha corregido en 1987; por primera vez se entregan en forma simultánea datos sobre todos los programas, cirugía mayor y menor, urgencia y electiva. No se utilizó este año, el último publicado, porque el aumento de 34.6% observado no ofrece base de comparación con los años anteriores.

Gráfico 8



Consultas.- Aquí también se ve el efecto de los escasos recursos asignados en el período actual al sector salud y las necesidades no satisfechas de la población: todos los programas bajan su volumen de consultas en los últimos años para todo el país, salvo el infantil que lo mantiene (Gráfico 9 y 9a).

Gráfico 9

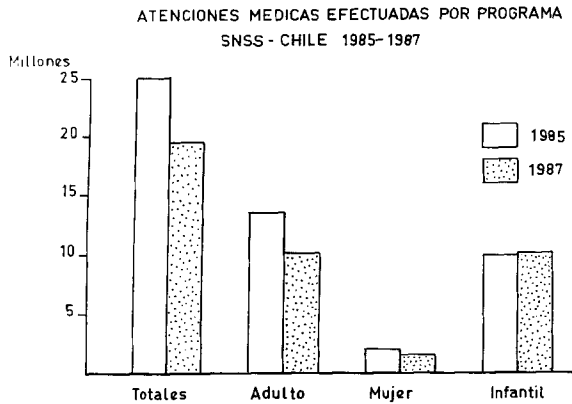
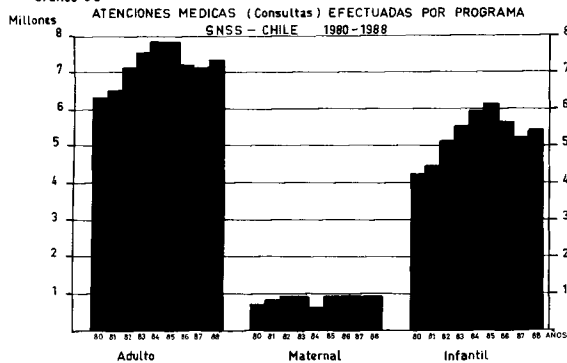


Gráfico 9 a



También, todas las profesiones bajan su volumen de consultas, salvo las nutricionistas en el mismo período (Gráfico 10 y 10a).

Gráfico 10

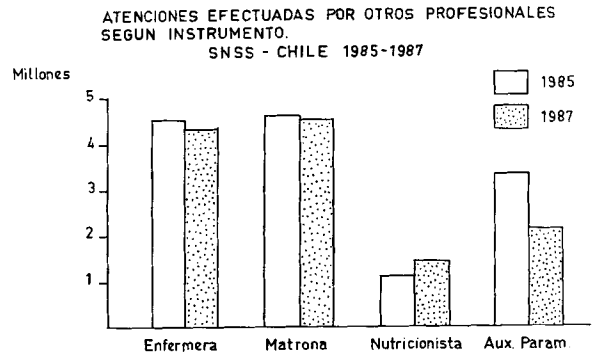
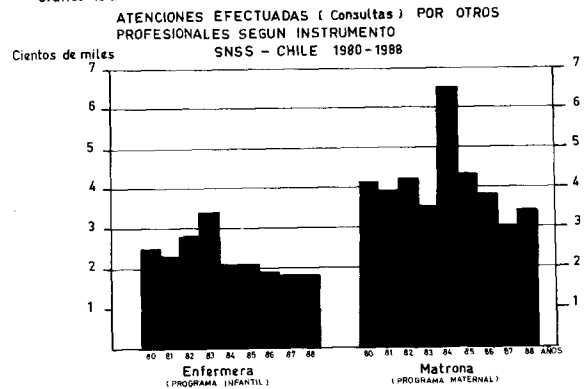
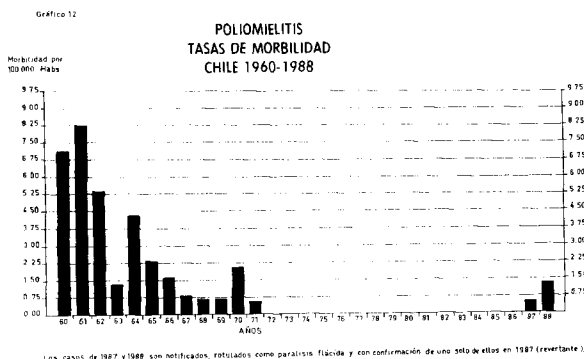
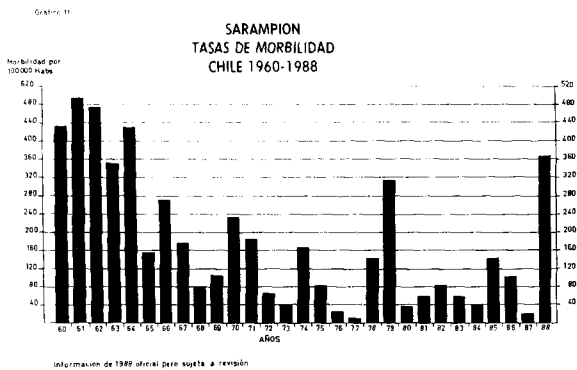


Gráfico 10 a

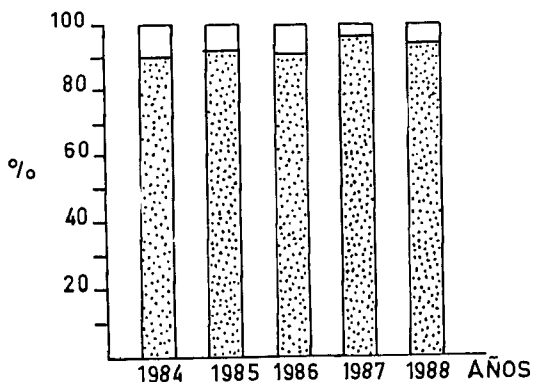


Enfermedades transmisibles.- Aquí también hay deterioros evidentes. Se destacan sólo dos enfermedades: poliomielititis y sarampión, aunque hay también otras como tifoidea, hepatitis, hidatidosis, etc. que tienen problemas. En el caso del sarampión, está la existencia de 3 importantes brotes epidémicos recientes (1979, 1985 y particularmente 1988) y en poliomielititis, la aparición de casos atribuibles que se rotularon como parálisis flácida y que han tenido problemas para su verificación (Gráficos 11 y 12).

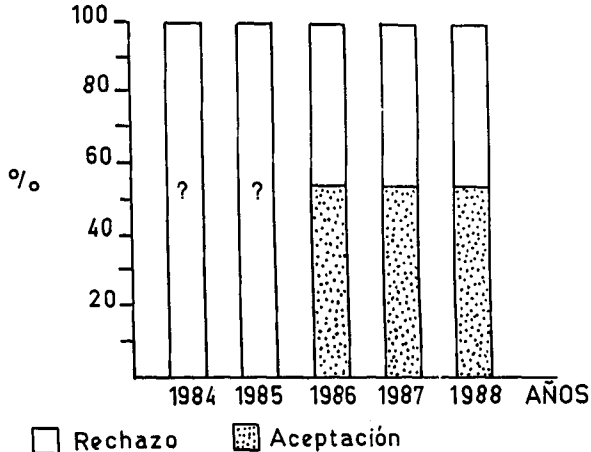


Pensiones de invalidez. - Se entrega un análisis de la magnitud de rechazos en el nuevo sistema de pensiones (que ha sido muy difícil de conseguir lo que es también una importante información). Este rechazo alcanza casi al 50% de las solicitudes médicas, como promedio, en los 3 últimos años 1986, 1987 y 1988 en el sistema AFP y es menor al 10% en el sistema público (Gráfico 13).

Gráfico 13.
MAGNITUD DE RECHAZO A SOLICITUDES MEDICAS DE PENSIONES DE INVALIDEZ
SERVICIO SALUD SUR ORIENTE 1984-1988

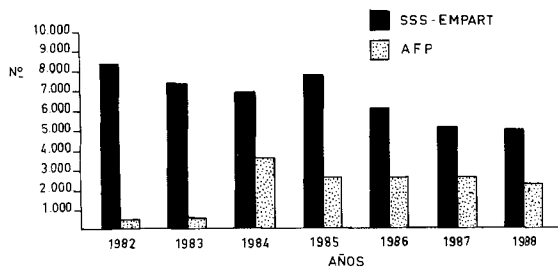


SISTEMA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES



Si se observa la cuantía de pensiones de invalidez concedidas a los trabajadores en los dos sistemas, público y privado en el periodo 1982-1988, se aprecia el menor volumen del último (Gráfico 14).

Gráfico 14
CANTIDAD DE PENSIONES DE INVALIDEZ SEGUN SISTEMA DE SALUD
1982-1988



Como a veces se repite que esto estaría compensado con el mayor monto de las pensiones del sector privado, se analiza también este aspecto observando que la diferencia es pequeña y que el sistema privado tiende a favorecer las pensiones de orfandad (Tabla 2).

Tabla 2

PENSIONES VIGENTES Y MONTOS A DICIEMBRE 1988
SISTEMAS PUBLICO Y PRIVADO.

	INP		AFP		RELACION AFP / INP	
	n	%	n	%		
Vejez	252.141	42.7	12.591	22.7	0.05	4.9%
Invalidez	132.705	22.4	12.786	23.0	0.1	9.6%
Viudez	163.269	27.6	11.506	20.7	0.07	7.0%
Orfandad	43.335	7.3	18.669	33.6	0.4	43.1%
Nº Total	591.450	100.0	55.552	100.0		
Monto total promedio	\$ 13.387 / mes		\$ 19.583 / mes			
Número : Relación AFP / INP	0.09 (9.3%)					
Monto : Relación AFP / INP	1.46 (46.2%)					
Trabajadores afiliados	AFP : 1.750.000 INP : 430.000					

Se considera necesario estudiar algunos importantes problemas específicos de salud como: aborto, desnutrición del escolar (7-14 años), algunos cánceres específicos, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardiovasculares, alcoholismo, otras drogadicciones, salud oral, salud mental, control de alimentos, etc.

2.- ANALISIS DE LA SITUACION

Esta es una parte de especial relevancia ya que se trata de darle un sentido a las estadísticas presentadas. Se intentará hacer comentarios cortos, fundados y claros sobre cada realidad detectada.

Aparece de la mayor importancia, el fenómeno de estancamiento claro de las tasas de mortalidad. Ello ocurre tanto en los grupos etarios de sobre 64 años y de menores de un año; también en cáncer y por accidentes y violencias. En el grupo de senescentes, es probable que sea directa expresión de la escasez de recursos: físicos, humanos y financieros.

También, el estancamiento de los últimos años de la mortalidad infantil (menores de un año y en especial, menores de 28 días) puede ser reflejo de lo mismo; incluso en 1988 se observa un deterioro del índice lo que ocurre por primera vez desde hace mucho tiempo. Algunos rubros que componen la mortalidad infantil son de tipo prevenible y aparecen de magnitud bastante superior a la esperada, como por ejemplo, los 501 fallecidos por aspiración de vómitos representa el 9.1% del total de fallecidos a esta edad. Además el factor corrección por revisión de nacidos vivos parece sobre estimado, lo que puede significar un punto más en la mortalidad infantil.

El panorama de la mortalidad oncológica es también poco satisfactorio. Lo que ocurre en el cáncer biliar, particularmente de vesícula biliar puede ser atri-

buido en gran medida a escasez de recursos en atención médica, en este caso de diagnóstico (ecografía) y de tratamiento (colecistectomía). Han disminuido, incluso en forma absoluta, las camas y las horas quirúrgicas. Este cáncer ha pasado de una séptima ubicación en 1970 a ser casi el segundo como causa de muerte oncológica en 1988, en el mismo nivel que el pulmonar (que también aumenta) y después del gástrico que ha visto detenido su descenso espontáneo en los últimos años. También el cáncer prostático y el mamario deberán recibir mayor preocupación al igual que la mayoría de los cánceres. Hay baja cobertura programática en cáncer cérvico-uterino. Se echa de menos un verdadero programa oncológico integrado a la atención médica global.

El aspecto de muertes por traumatismos y violencias es también preocupante, ya que no sólo no bajan las tasas sino que éstas están en un alto nivel.

También se aprecia una limitación informática como es que casi la mitad de las muertes de este tipo aparecen sin precisión de ser accidentales o intencionales.

En los egresos según causa se aprecia un descenso de los maternales (baja de natalidad) coincidente con un altísimo índice ocupacional en la RM, además de los de causa digestiva y por enfermedades transmisibles. Todos los demás aumentan, particularmente los por traumatismos, tumorales y respiratorios. Este último índice, junto con el envejecimiento de la población hace imperativo enfrentar decididamente el problema del tabaquismo.

Si miramos el índice ocupacional de los grandes hospitales de la región metropolitana, en 1988 en sus servicios básicos: medicina, cirugía, obstetricia y pediatría, además de la unidad de emergencia en 1988, se concluye que hay ocupación excesiva de las camas en todos los servicios (salvo pediatría) y en todos los hospitales lo que corresponde a escasez del recurso en relación a la demanda. El índice ocupacional debe relacionarse con la disminución absoluta y relativa de camas, el promedio de estada, la no mejoría de la mortalidad en la gente de edad, la disminución de las consultas y el aumento de las atenciones de urgencia, particularmente de las intervenciones quirúrgicas de urgencia. Las consultas de urgencia que constituían, en 1965 sólo el 13.5% de las atenciones médicas, se han elevado considerablemente alcanzando en 1980 el 35.2%, (* Repetto, A. et al. Rev. Méd. Chile 111: 1177-1182, 1983) y en 1985 el 38.5%. En muchos

servicios de urgencia, particularmente de la región metropolitana, esta proporción es mucho más alta. En el estudio de la relación atención médica y recursos de salud hay otro problema informático: a partir de 1982 dejó de tabularse según horas contratadas y efectivamente trabajadas además de horas médicas en atención abierta y atención cerrada, con lo cual se ha interrumpido la comparabilidad en el tiempo y el análisis del comportamiento de la importante variable hora médica (* Solis F. y Medina E. Rev. Méd. Chile 115: 1210-1217, 1987).

En las *consultas* se observa también el efecto de limitación de los recursos particularmente humanos. Prácticamente todos los programas disminuyen sus atenciones médicas entre 1975 y 1985, excepto el infantil que permanece casi igual. Lo mismo se observa al analizar las atenciones (consultas y controles) según profesional, en que todas las categorías disminuyen sus atenciones entre 1975 y 1985, excepto las nutricionistas. Aquí hay que destacar que parte de las atenciones dadas por profesionales no médicos se refieren realmente a consultas por morbilidad, lo que aparece en contradicción con el propio Código Sanitario que no las autoriza. No es posible saber su cuantía porque esta información tampoco se procesa. Además es paradójal que este fenómeno sea coincidente con una cesantía médica.

Los escasos recursos asignados al sector salud y las necesidades no satisfechas de la población que se deducen de los índices analizados explican a su vez, la insatisfacción generalizada de la opinión pública sobre el actual sistema de salud. También es fundamento para desvirtuar una afirmación habitual, que no por repetida pasa a ser verdad, y es que la atención primaria ha mejorado en los últimos tiempos lo que no es efectivo. Lo que ocurre es que se ha deteriorado menos que la atención secundaria o terciaria. Su estructura que viene desde muy antiguo es buena pero no su funcionamiento actual. A veces, se tiende a confundir la estructura y los programas materno-infantiles de protección y fomento con la atención primaria global.

Se aprecia que faltan mayores recursos, horas médicas y de otros profesionales, camas hospitalarias, pabellones quirúrgicos, consultorios periféricos, prioridades adecuadas en el uso de recursos, mayor presupuesto en farmacia, mejorar la comunicación entre directivos y médicos, establecer una carrera funcionaria y estímulos para el personal, recuperar derechos laborales perdidos, establecer un perfec-

cionamiento profesional post-grado. En otras palabras, cambiar el régimen actual que privilegia la reducción del gasto y la imagen por uno nuevo que privilegie la comunidad y las acciones de verdadero impacto en salud.

En las *enfermedades transmisibles* el panorama tampoco es demasiado alentador. Se ha enfrentado por largos años una endemia cada vez más elevada de fiebre tifoidea que se ha empezado a revertir con el uso de una vacuna adecuada, pero volviendo sólo al elevado nivel anterior de endemia. Esto coincide con un deterioro en la cantidad de controles de alimentos (* Medina E. e Irrázaval M., Rev. Méd. Chile 111: 609-645, 1983): En hidatidosis, las tasas siguen siendo las mismas de la década del 60 y del 70 y es todavía una importante causa de mortalidad por enfermedades transmisibles (6° lugar); el único programa para su control es de tipo ganadero y en sólo dos regiones del país dedicadas a la crianza de ovejas. La hepatitis continúa con elevadas tasas de morbilidad. En relación a poliomeilitis hay un caso confirmado en 1987, comunicado a la OPS (* Bol. Informativo PAI 10(6): 7, 1988) y hay muchos casos rotulados como parálisis flácida a partir de 1987, algunos de los cuales se han rotulado como virus polio-vaccinal y existen otros en los que ha habido problemas de estudio. En sarampión, el brote epidémico de 1988 parece hacernos retornar a la era pre-vacuna. Aquí se han detectado problemas como mala calidad de las vacunas importadas, deficiencias en las coberturas programáticas y en la cadena de frío.

Ahora bien, todo lo mencionado corresponde a números y refleja sólo parcialmente los problemas de calidad de la atención médica y, por supuesto, no expresan la insatisfacción de médicos, del personal de salud y de la población. No existen mediciones de altas precoces, diagnósticos erróneos, consultas repetidas, horas en atención abierta, costos de atención privada, en beneficiarios del SNSS, etc. Es una paradoja que el sector público de salud haya estado muchas veces a cargo de personas que no creen ni han demostrado tener verdadera vocación de servicio público.

Seguridad Social. - Salud no es sólo atención médica o protección o fomento y la seguridad social, entre otros factores, es también un componente esencial. Lo primero que hay que destacar en esta materia es la dificultad que existe para conseguir información útil para evaluar el sistema. Hay muchos datos contables,

de ingresos y egresos, desagregación por AFP, etc. pero no cómo opera el sistema y cuáles son los efectos sobre los beneficiarios. Llama la atención la magnitud de los rechazos a las solicitudes médicas de pensiones de invalidez en el sistema privado, lo cual puede explicarse por las características de sus comisiones médicas: pocos integrantes y selección de los mismos. Además, el sistema es en el fondo operado por compañías de seguros que, en teoría al menos, se preocupan más de las ganancias propias que de los beneficios sociales. Hay alrededor de un 10% de rechazos en el sistema público (COMPIN) y casi el 50% en el sistema privado (AFP), lo que indicaría que el sistema público es muy generoso o el sistema privado muy egoísta; en todo caso, la experiencia indica que los médicos en general no son muy proclives a avalar pensiones de invalidez. En cuanto a la cantidad de estas pensiones, también los dos sistemas aparecen con diferencias: el público entrega alrededor de 5.000 anuales mientras el privado poco más de 2.000 anuales que tienden a disminuir. Llama la atención que el sistema AFP otorga un gran predominio a las pensiones de orfandad (un tercio del total de pensiones) en comparación con el sistema público (menos de un décimo del total). Se piensa que el monto de las pensiones es muy elevado en el sistema privado y en realidad no lo es: \$ 19.000 en AFP/versus \$ 13.000 en el sistema público, ambas cifras bastante bajas.

No se entrega un análisis más completo ya que los dos sistemas tienen varios problemas para una adecuada comparabilidad, pero no cabe duda de que es necesario efectuar esta evaluación. Debe destacarse que el número de cotizantes es creciente en el sistema AFP, estimándose en 1.750.000 a Diciembre de 1988 y de 430.000 en el sistema no AFP.

3.- PROPOSICIONES

El período administrativo que se avecina tendrá una especial trascendencia. En efecto, no se trata de una renovación ordinaria de autoridades dentro de una democracia en pleno funcionamiento sino de un cambio en un contexto muy diferente al existente hasta 1973. De hecho, no existe un diálogo de trabajo entre las actuales y las probables futuras autoridades, ni siquiera una entrega amplia de la información disponible. En consecuencia, el primer objetivo puede

ser el establecer las condiciones para que la gente, particularmente la más desposeída reciba, en el más breve plazo posible, el nivel de salud y la atención que nuestras instituciones, el gremio médico y todo el sector salud debe y está en condiciones de otorgar. Es necesario que los médicos reivindicemos nuestro tradicional aporte al quehacer de salud, más allá de nuestra simple labor funcionaria.

En resumen, en base al diagnóstico de salud presentado su correspondiente interpretación, la comisión hace las siguientes proposiciones específicas:.

1. Estudiar un presupuesto adecuado, según programas (magnitud, impacto social vulnerabilidad y costo) que considere las grandes líneas: protección, fomento, curación y rehabilitación y los grupos de riesgo: maternal, infantil y adultos con los subprogramas correspondientes. Ello significará entregar cifras, prioridades y fundamentos para una suplementación justa y fundada, a hacerse efectiva en 1990.

2. Se debe constituir un equipo humano integrado, sólido, experimentado y pragmático para asumir responsabilidades en el nivel central: autoridades superiores, planificación, programas específicos, informática; en el nivel regional: secretarios regionales ministeriales; y en el local: directores de servicios de salud, hospitales y consultorios.

3. Analizar la planta esquemática del SNSS para formular proposiciones fundadas destinadas a mejorar el quehacer diario. En algunos casos se podrá mejorar el rendimiento, en otros será indispensable el incremento del recurso buscando equidad para todos los Servicios de Salud del país.

4. Establecer una comisión jurídica que analice los cambios legales y reglamentarios que deban hacerse para adecuarse a la nueva administración. Deberán buscarse los mecanismos para recibir proposiciones de los médicos. Será necesario estudiar, entre otros, los siguientes aspectos: situación de autoridades actuales designadas, exceso de estructuras administrativas, accesibilidad de la población a la atención médica, sistema de cobros a beneficiarios, departamentos de bienestar, recuperación de derechos laborales perdidos (vacaciones de urgencia, atención de funcionarios en pensionado, asignación de colación y movilización), etc.

5. Estudiar, proponer e implementar un plan de inversiones, particularmente en recursos físicos y

equipamiento dando prioridad a lo más deficitario. Establecer cuáles son las áreas y lugares más críticos y de mayor rendimiento. Desarrollar normas estables para una distribución equitativa. Considerar especialmente el fácil acceso y atención oportuna de la población.

6. Adecuación de toda la parte informática y desarrollo de un sistema moderno de vigilancia epidemiológica.

7. Educación en salud, con integración a todos los programas de salud, en coordinación con el Ministerio de Educación y del Trabajo, además de organizaciones privadas (ONGS).

8. Establecer grupos de estudio en problemas específicos importantes que trascienden salud como: al-

coholismo, tabaquismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, salud ocupacional, seguridad social, etc.

9. Organizar comisiones de trabajo para abocarse a algunas materias:

- a) carrera funcionaria
- b) especialidades médicas. Coordinación entre consultorios y hospitales.
- c) relación con docencia.
- d) incorporación de investigación médica en el trabajo asistencial.

En carrera funcionaria, completar estudios sobre reglamento de concursos, de calificaciones, de becarios. Implementación de los mismos.