

## Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile

Francisco Mardones S.

### *Inequality of health care for the elderly in Chile*

*Health problems of the elderly are important in Chile. The proportion of elderly subjects will increase in the next few years due to expected demographic changes. Mortality rates for different specific causes in Chile are very high, when compared to those of more developed countries such as Spain. National data show inequities according to socioeconomic status both in the mortality figures and in the access to health services. The new health program from the Ministry of Health for the elderly is presented. This program needs more resources to reach better levels of primary, secondary and tertiary prevention actions. The future health reform, presently under discussion in the National Congress will contribute to reinforce primary health care for the elderly. Medications should be provided with small co-payments, both in the public and the private health systems (Rev Méd Chile 2004; 132: 865-72).*

**(Key Words:** Aged; Delivery of health care; Health care reform)

Recibido el 26 de noviembre, 2003. Aceptado en versión corregida el 7 de mayo, 2004.  
Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Geriátrica y Gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

El Censo de 2002 detectó que en la última década la población de Chile creció a un promedio anual de 1,2%, mientras que en el decenio 1982-1992, lo hizo a un ritmo promedio anual de 1,6%; ello significa que nos acercamos al discreto o nulo crecimiento poblacional que experimentan los países desarrollados, con el consiguiente envejecimiento de la población<sup>1</sup>. La población con 60 y más años de edad aumentó de 9,8% en el Censo de 1992 a 11,4% en el Censo de 2002, mientras que la población menor de 15 años disminuyó de 29,4% a 25,7% en el mismo período. En cifras absolutas, el país aumentó su población

entre 1992 y 2002 en 1.768.034 personas, llegando al total actual de 15.116.435 personas. La población total, de ambos sexos, con 65 años y más, los llamados adultos mayores (AM), llegan actualmente a 1.217.576 personas.

Por otra parte, nuestra sociedad ha avanzado en la mejoría de los factores que influyen las condiciones de vida, como lo muestran los cambios en la educación. El último Censo muestra que, por ejemplo, entre 1992 y 2002, aumentó la proporción de población que ha cursado estudios en la educación superior de 9% a 16,4% y que la instrucción en el nivel prebásico, casi se duplicó, aumentando de 289.680 a 571.096 personas<sup>1</sup>. El promedio de escolaridad de la población chilena pasó de 7,5 años a 8,5 años de estudio. Sin embargo, todavía está presente la pobreza; 20,1%

*Correspondencia a:* Dr. Francisco Mardones. Marcoleta 434, Santiago. Fonos: 3546898, 3543038. Fax: 6331840.  
E-mail: mardones@med.puc.cl

de la población del país está por debajo de la línea de pobreza de acuerdo a la encuesta CASEN 2000<sup>2</sup>.

Las encuestas de opinión pública en Chile han revelado que las poblaciones adscritas a los subsistemas público y privado de atención, se manifiestan inseguras y descontentas en su sistema, particularmente por las dificultades de acceso y por los costos no cubiertos por el seguro en determinadas circunstancias<sup>3</sup>. Por estas razones, el gobierno ha desarrollado estrategias para mejorar la atención en el sector público y para mejorar la cobertura financiera de las enfermedades catastróficas en el seguro privado. También ha planteado la necesidad de desarrollar una reforma del sector salud que actualmente se debate en el Congreso Nacional.

Este artículo analiza la posible equidad de la situación de salud del AM en Chile. Para aplicar en la realidad el concepto de equidad en salud, parece razonable adoptar una de las definiciones propuestas recientemente en la literatura<sup>4</sup>: «*Es la ausencia de disparidades sistemáticas en la salud (o en los determinantes principales de la salud) entre grupos que tienen diferentes niveles basales de ventaja o desventaja social, tales como riqueza, poder o prestigio*». Un aporte interesante de esta definición es que abarca los factores de riesgo (determinantes principales de la salud).

La situación de salud que se revisa aquí abarca los siguientes aspectos: a) el diagnóstico de salud del AM (considerando que Chile ha tenido programas históricos dirigidos en general al adulto) en el ámbito nacional, con datos de 1995-1997 y a través de la comparación con España con tasas específicas de mortalidad de 1996; b) el acceso a

la atención de salud con datos de 1998; y c) la descripción de los nuevos esfuerzos del Ministerio de Salud, especialmente a través del programa de salud del AM, para enfrentar los problemas antes enunciados. Como el programa específico se inicia oficialmente en el año 1998, las informaciones anteriores pueden considerarse pre-programa. No se cuenta con información de modificaciones en la equidad en el diagnóstico o en el acceso como resultado del Programa.

#### LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen actualmente la principal causa de muerte en Chile<sup>5</sup>. Los datos presentados en la Tabla 1 nos indican claramente que existen mayores riesgos de muerte en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, utilizando la duración de la educación formal como indicador aproximado del nivel socioeconómico<sup>6</sup>. En los AM con 65 años y más las diferencias son más marcadas en las mujeres. La educación y el ingreso están generalmente muy correlacionados y se asocian en los niveles más altos con buena nutrición, vivienda, ocupación segura y mejor acceso a la atención de salud. El hecho que el grupo de personas mayores con educación superior tenga la mitad de la mortalidad que aquellos grupos con menor educación, sugiere que la inequidad en la atención de salud contribuye claramente a estas tasas exageradas de mortalidad en la tercera edad.

**Tabla 1. Tasas de mortalidad (defunciones por 100.000 habitantes) según nivel educacional y edad; hombres y mujeres con 20 y más años de edad, Chile, 1995- 1997<sup>6</sup>**

Edad (años)	Educación formal (años)				Total
	Ninguna	1-8	9-12	13 y más	
<b>Hombres</b>					
20 a 44	8,78	3,09	1,62	0,59	2,02
45 a 64	13,65	9,60	10,86	4,42	9,66
65 y más	59,60	63,18	63,83	33,88	60,64
<b>Mujeres</b>					
20 a 44	3,68	0,98	0,76	0,23	0,77
45 a 64	7,91	5,40	5,03	2,33	5,29
65 y más	56,12	45,45	36,08	19,67	43,99

Para conocer ejemplos en que la atención en salud tienen inequidades en Chile, es útil comparar sus resultados con los de un país desarrollado de características culturales similares, como es el caso de España, que podría, en general, presentar mejores resultados en sus diferentes niveles de atención, incluyendo la presencia de menores factores de riesgo. En la Tabla 2 se presentan las tasas específicas de mortalidad para importantes enfermedades crónicas del AM en Chile y España.

Se reportan según causas evitables por prevención primaria (referida a las acciones anteriores al inicio de la enfermedad, como son, por ejemplo, las inmunizaciones), secundaria (referida a la detección temprana y el tratamiento oportuno) y terciaria (referida a los mejores tratamientos y cuidados)<sup>7</sup>; aunque los grupos están definidos especialmente por la atención de salud específica ello no excluye otras acciones. Se utilizó un concepto amplio de la atención en salud que

**Tabla 2. Tasas de mortalidad (defunciones por 100.000 habitantes) por causas específicas en ciertos grupos de edad, Chile y España, 1996<sup>7</sup>**

Causas de muerte	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 y + años
<i>Evitable</i>					
<i>Grupo 1. A través de prevención primaria</i>					
Cáncer hepático					
Chile	18,03	32,68	48,28	46,15	80,12
España	12,34	19,31	29,24	29,32	24,32
Cáncer vías respiratorias					
Chile	58,78	101,13	111,49	128,57	149,71
España	105,49	146,81	193,16	203,13	183,82
Cirrosis y otras hepáticas					
Chile	116,16	148,45	129,89	126,92	109,94
España	47,29	58,08	68,49	70,67	67,24
<i>Grupo 2. Por detección temprana y tratamiento oportuno</i>					
Cáncer mama femenino					
Chile	24,59	28,45	30,65	47,80	104,68
España	32,82	34,94	42,20	58,18	91,87
Cáncer cuello uterino					
Chile	14,99	20,00	21,07	37,36	50,29
España	3,51	2,54	4,49	4,72	4,85
<i>Grupo 3. Por mejores tratamientos y cuidados médicos</i>					
Tuberculosis:					
Chile	7,96	14,37	16,86	20,88	20,47
España	2,03	4,20	6,03	8,79	10,16
Enfermedad hipertensiva					
Chile	24,36	41,97	94,25	148,35	443,27
España	6,98	13,19	25,24	52,26	179,29
Cardiopatía isquémica					
Chile	120,84	242,54	366,28	602,20	1.507,02
España	24,45	47,40	84,07	159,74	477,97
Diabetes mellitus:					
Chile	56,67	107,61	149,81	208,24	325,15
España	5,50	5,71	5,84	7,68	16,26

incluyen el abordaje de los factores de riesgo a través de la prevención primaria<sup>8</sup>. No se dispuso de información comparable sobre la carga de enfermedad en los dos países.

El aumento de la mortalidad en los grupos con edades mayores es inevitable aún en los grupos sociales con mejores condiciones de vida, tal como se aprecia en la Tabla 1. Sin embargo, nuestras tasas son, en su mayoría, mucho mayores que las de España (Tabla 2), indicando un exceso de muertes en Chile. Constituyen una excepción a lo anterior las neoplasias malignas de vías respiratorias, que aparecen en el grupo 1 de la Tabla 2, ya que las tasas españolas son mucho más altas; ello sugiere diferentes posibles explicaciones, por ejemplo, que el tabaquismo en los AM sería un problema menos prevalente en Chile.

En España, según las encuestas nacionales que vienen mostrando un descenso, la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población mayor de 15 años fue de 44,9% en 1997 en varones, mientras que la prevalencia en mujeres fue de 27,2%; para la población de ambos sexos la prevalencia llega a 35,7%, de los cuales 33,1% son consumidores diarios y 2,6% ocasionales<sup>9</sup>. Las últimas cifras disponibles de prevalencia de tabaquismo para España en 1997 son similares a las que presenta Chile para el año 2002: la encuesta nacional, representativa de la población 12-64 años de edad, detectó que la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes fue de 46,4% en varones, mientras que la prevalencia en mujeres fue de 39,5%, cifras que indican un discreto aumento para ambos sexos desde 1996<sup>10</sup>. Es posible que la prevalencia en Chile sea francamente menor porque se preguntó el consumo en el último mes, mientras que en España se preguntó por el consumo diario. Avalando esta posibilidad, otras dos encuestas recientes realizadas en personal de salud de Chile y España, revelan que el consumo diario de cigarrillos es mayor en España. Efectivamente, se detectó que en este grupo de población chilena la prevalencia de tabaquismo llega a 40,7% distribuida en un tercio de fumadores ocasionales y dos tercios de consumidores diarios; en ellos el número promedio de cigarrillos/día llega a 7 y sólo 1% fuma más de 20 cigarrillos/día<sup>11</sup>. En España, un estudio similar detectó que la prevalencia de tabaquismo llega a 38,9%, distribuida en 5,9% de fumadores ocasio-

nales y 33% de consumidores diarios; en ellos la cantidad promedio de cigarrillos/día llega a 15, mientras que 14,9% fuma más de 20 cigarrillos/día<sup>12</sup>. La similitud de este consumo diario con los datos de la encuesta de población general de España es notable, apoyando la idea de un mayor consumo que en Chile. Las diferencias en las tasas de cáncer de las vías respiratorias, podrían explicarse por esta situación y por el dato presentado más arriba, que la prevalencia en España era mayor en el pasado, sugiriendo un mayor daño acumulado.

Además, en el grupo 2, el cáncer de mama femenino tiene tasas en general similares, aunque algo más altas en España que en Chile, indicando que ambos países requieren fortalecer sus esfuerzos en la prevención secundaria con el tamizaje de este cáncer.

Es posible que en edades menores, las diferencias en la mortalidad por cáncer de vías respiratorias y por cáncer de mama pudieran ocurrir en sentido contrario, mostrando que en Chile las personas mueren más precozmente por estas causas. Sin embargo, en Chile ambas causas específicas tienen tasas de mortalidad más bajas en los adultos menores de 50 años (Tabla 3).

Con respecto al grupo 1, destacan las diferencias en las otras dos causas de muerte entre Chile y España (Tabla 2). En el caso del cáncer hepático, ello sugiere que la prevención primaria (inmunización contra el virus de la hepatitis B y mejor saneamiento) están mejor implementadas en España. En el caso de las cirrosis hepáticas se podría

**Tabla 3. Tasas de mortalidad (defunciones por 100.000 habitantes) por cáncer de vías respiratorias (ambos sexos) y por cáncer de mama (femenino) según grupos de edad, Chile, 2001. Las poblaciones respectivas corresponden a las reportadas por el Censo del año 2002<sup>1</sup>. Las defunciones son aquellas por tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón y por tumor maligno de la mama femenina ocurridas el año 2001<sup>5</sup>.**

Edad (años)	Cáncer de vías respiratorias	Cáncer de mama femenino
5 a 49	0,97	4,04
50 y más	61,55	48,78

deducir el poco éxito de las estrategias existentes en Chile para reducir el consumo exagerado de alcohol.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino, presentada en el grupo 2, llega a ser casi 10 veces mayor en Chile que España. Ello sugiere que para llegar a tasas similares a las de España, se requiere un franco incremento de los servicios de salud en la detección temprana y el tratamiento oportuno. Esta sugerencia se ve apoyada por los datos de la encuesta CASEN 1998; ellos muestran que sólo 59% de las mujeres (20-59 años de edad) tuvieron un examen de Papanicolaou en los tres años anteriores a la encuesta, lo que disminuye a la tercera parte en las mujeres sobre 60 años<sup>13</sup>. Este examen preventivo del cáncer de cuello de útero es muy útil para conseguir un tratamiento temprano y así reducir substancialmente la mortalidad por esta condición, cumpliendo con el principio de la equidad en salud al cubrir toda la población objetivo. También este ejemplo sirve para indicar la necesidad de otras atenciones como las señaladas en el grupo 3 (mejores tratamientos y cuidados médicos) porque algunos casos podrían no bastarle las atenciones del grupo 2.

Todas las causas específicas de muerte contenidas en el grupo 3 tienen tasas mayores en Chile. Un ejemplo de ello es la diabetes mellitus, que con un manejo clínico cuidadoso no tendría las tasas de mortalidad, extremadamente altas, que existen en Chile.

#### ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR

Se indican, a continuación, los problemas de la equidad en el acceso a la atención, que se concluyen del análisis presentado con los datos de la encuesta CASEN 1998 sobre los AM de 65 y más años de edad<sup>14</sup>.

Las esperas para obtener cita con el médico afectaron sobre todo a los beneficiarios de Fondo Nacional de Salud estatal (FONASA) A (estrato de más bajos ingresos), no así a los pertenecientes a FONASA B, C y D, ni los afiliados al sistema de las Fuerzas Armadas. En los casos que se recetaron medicamentos, dos tercios de los afiliados al FONASA A y, aproximadamente, un tercio de los afiliados a FONASA B, C y D combinados, los recibió gratuitamente, mientras que sólo 5% de los afiliados a Isapres (Institución de Salud Previsional, que

constituye un seguro privado de salud) y 8% de los pertenecientes al sistema de las Fuerzas Armadas los recibió gratuitamente. Ello indica que el acceso de medicamentos tenía importantes dificultades.

Sólo los AM con mejor situación económica pueden hacer frente al costo de los sistemas de seguro privados. Al mismo tiempo, presentaron menor probabilidad de enfermar, pero mejor acceso a la atención médica que los otros grupos de AM. Esta investigación mostró también que en los servicios de urgencia públicos se atiende un tercio de los afiliados a Isapres que requieren atención de emergencia, con lo que el sector público subsidia a los que tienen seguros privados.

Sobre la base de los datos presentados, es posible señalar que los grupos más deprivados requieren una mayor inversión de los servicios de salud en el sector público, aspecto que intenta solucionar el Ministerio de Salud, como se explica más adelante. Por otra parte, los grupos medios o acomodados, también son afectados en el acceso a la atención de salud, porque a medida que la edad aumenta, también se incrementan las primas de los seguros privados de salud en las Isapres, especialmente al momento en que los beneficiarios jubilan y sus ingresos disminuyen, lo que impulsa el acceso al FONASA. La mayoría de los AM son atendidos por el sector público de salud, según se aprecia con los datos ajustados de acuerdo al Censo de 2002: 75,9% o 924.124 beneficiarios por FONASA, 18,2% pertenece a la Fuerzas Armadas o es particular y 6,6% está en el sistema Isapre<sup>15</sup>. Para la población menor de 65 años la adscripción a FONASA es de 67,6%. Otros problemas específicos de la seguridad social se analizan en otra publicación<sup>16</sup>.

#### PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

El Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud (MINSAL) surge oficialmente en 1998 para enfrentar las nuevas necesidades de atención sobre la base del tradicional programa del adulto, existente desde que se han organizado servicios públicos de salud en el país.

Este Programa tiene como propósito mantener o aumentar la condición de autovalencia del adulto mayor beneficiario del FONASA. Publicamos un balance previo del desarrollo del Programa<sup>17</sup>. A

continuación se reseña con nuevos antecedentes el estado actual de: a) las actividades y servicios relacionados con atenciones directas a los pacientes, b) el subprograma de alimentación complementaria y c) el desarrollo del nuevo modelo de atención del AM a partir de noviembre del año 2002.

En la Tabla 4 se presenta un resumen de las prestaciones realizadas entre 1995 y 2002, incluyendo la proyección para 2003, que revela un claro aumento de la mayoría de ellas<sup>15</sup>. Aunque en el año 1998 ocurre el inicio oficial del programa, en

los años anteriores a 1998 existían ya algunas de estas prestaciones por lo que el cálculo del incremento de la actividad desde 1995 resulta ser ilustrativo. El presupuesto anual necesario para estas prestaciones aumentó de año en año, revelando la prioridad del programa. La cobertura deseada de las acciones abarca a todos los beneficiarios del FONASA mayores de 65 años. Como se explica más adelante, el Ministerio de Salud estima que 3-5% de los AM son dependientes y que 30% serían autoválidos con riesgo. Especialmente en los primeros

**Tabla 4. Programa de atención del adulto mayor (PAM). Prestaciones anuales realizadas en el sistema Nacional de Servicio de Salud (SNSS) (1995, 2002, Proyección 2003)<sup>15</sup>**

Prestaciones	1995	2002	2003(*)	Incremento (%) 1995-2003
<i>PAM tradicional</i>				
Lentes	25.295	58.550	59.226	134,1
Audífonos	1.871	4.921	5.014	168,0
Bastones	2.985	5.542	3.961	73,4
Sillas de ruedas	1.006	2.265	1.744	95,1
Andador	0	536	517	338,4
Colchón antiescaras	0	1.382	1.280	
Cojín antiescaras	0	361	358	
Canasta dental Tipo I	0	3.811	2.802	
Canasta dental Tipo II	8.374	9.694	9.557	14,1
Consulta oftalmológica	0			30.102
Otras órtesis y prótesis	0			3.267
Subtotal Prótesis y órtesis	39.531	87.062	84.459	113,7
<i>Prestaciones catastróficas</i>				
Cataratas	2.241	7.036	6.724	200,0
Implantación de marcapaso	408	1.157	974	138,7
Endoprótesis total de cadera	388	711	572	47,4
Endoprótesis parcial de cadera	197	730	629	219,3
Fractura de cuello de fémur, osteosíntesis	1.042	970	49,9	
Fractura tobillo	0	1.865		
Fractura antebrazo	0		57	
Fotocoagulación	0	1.643	1.725	124,3
Subtotal catastróficas	3.234	14.184	11.594	258,5
Enfermedad respiratoria aguda (ERA)	0	1.677	1.677	67,9
Total	42.765	102.923	97.730	120,5
Ppto M\$	1.525.062	9.852.961	10.094.589	

\*Desde el año 2001 el presupuesto considera el financiamiento de la actividad base (PPP).

debieran concentrarse las atenciones. Si se utiliza como denominador a la población beneficiaria de FONASA, recientemente ajustada de acuerdo al Censo de 2002<sup>15</sup> y que corresponde a 924.124 beneficiarios, los AM dependientes serían entre 30 y 45.000 casos, aproximadamente. El número anual de prestaciones por enfermedades catastróficas, todas adjudicables a este grupo de beneficiarios dependientes, llega a casi un tercio de los mismos, indicando una cobertura anual posiblemente todavía reducida, a juzgar por las listas de espera existentes, pero en crecimiento. Un razonamiento similar, pero con cobertura mucho más reducida, sería aplicable a la mayoría de las prestaciones del PAM (Programa del adulto mayor) tradicional si se refieren a 30% de población autovalente con riesgo.

Aunque todas estas prestaciones son de gran impacto en el bienestar de los AM, es importante destacar aquellas referidas a las enfermedades respiratorias agudas del AM (ERA), que consiste en el tratamiento ambulatorio y la hospitalización de las neumonías del AM, que otorga atención especial con normas de diagnóstico y tratamiento; en 1998 este componente habría contribuido a reducir 16% de la mortalidad por infección respiratoria aguda en los AM<sup>17</sup>.

El Programa de Alimentación Complementaria del adulto mayor (PACAM) distribuye un alimento (2 kg/mes de la crema «años dorados») para contribuir a solucionar problemas de carencia nutricional de los AM. Este programa se inició en 1999 sólo para aquellos AM de 70 años y más, en 87 consultorios de atención primaria. En el año 2001 se experimentó una ampliación importante del PACAM, llegando a todos los consultorios del país y también expandiéndose a beneficiarios AM en otros grupos etáreos: a) aquellos atendidos por el Hogar de Cristo, con 60 y más años en convenio con el MINSAL, y b) aquellos atendidos por el programa de control de la tuberculosis con 65 y más años. El PACAM distribuyó este alimento en el año 2001 a cerca de 100.000 beneficiarios por mes, mientras que en el año 2002 llegó a 192.000 beneficiarios. Ello equivale a algo más del 20% de los posibles beneficiarios AM con 65 años y más (924.000). Sin embargo, debe notarse que en los AM con 70 años y más, objetivo prioritario del PACAM, sólo 60% se atienden en la atención primaria del sector público (40% son FONASA también pero libre elección que acceden a

las consultas privadas) y de ellos se estima que la mitad reciben el PACAM (observaciones no publicadas de la EU Alicia Villalobos, encargada del Programa del Adulto Mayor, Ministerio de Salud. Abril, 2003).

Con la entrega de alimentos se pretende atraer a los AM a los centros de salud, para efectuarles los controles de salud que se describen más adelante.

Se ha desarrollado un nuevo modelo de atención del AM a través de un estudio con financiamiento del Fondo Nacional de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF), encomendado al Instituto de Geriátrica. Este estudio consideró a la atención primaria la herramienta fundamental del modelo de atención. Dentro de ella se ubica la actividad de evaluación de riesgo funcional para identificar a la población mayor de 60 años en riesgo de pérdida de autonomía (frágiles), mediante la aplicación de un instrumento diseñado para tal efecto. Esta tarea se inició masivamente cuando se implementa la norma en noviembre de 2002<sup>18</sup>. El instrumento de evaluación funcional del AM (EFAM) permite en primer lugar discriminar a las personas autovalentes de las dependientes. La segunda parte discrimina a los autovalentes entre sin y con riesgo.

La norma nacional para la atención integral de salud del AM del año 2002 estima que 67% de la población AM es autovalente, que 30% es autovalente con riesgo y que 3-5% es dependiente<sup>18</sup>. La norma establece diferentes niveles de intervención para estos grupos. Los controles de seguimiento se consideran necesarios para todos los AM. En el caso de los autovalentes se indican dos al año mientras que en los autovalentes con riesgo se indican tres al año como mínimo. En el caso de los dependientes se norman tres visitas domiciliarias al año.

Para cumplir en el futuro con este importante programa preventivo y curativo el Ministerio de Salud ha preparado en los últimos 24 meses a más de 600 profesionales con un Diploma de Geriátrica y Gerontología (INTA, Universidad de Chile) a distancia de un año de duración; estos profesionales son especialmente enfermeras universitarias y médicos (observaciones no publicadas de la EU Alicia Villalobos, encargada del Programa del Adulto Mayor, Ministerio de Salud. Abril, 2003). Ello permite iniciar estas actividades a lo largo de todo el país.

Es necesario destacar que se espera un rol central de la enfermera universitaria en la aplica-

ción de la EFAM y en los controles de seguimiento, actuando siempre en equipo con el médico y los otros profesionales del equipo de salud<sup>16</sup>. Este rol central de la enfermera universitaria fue clave en la expansión histórica del programa infantil, así como el de la matrona en la ampliación histórica del programa maternal<sup>19</sup>.

La atención primaria recibe actualmente sólo 15% de los recursos financieros del MINSAL<sup>5</sup>. Se espera que 30% del presupuesto sea destinado a la atención primaria con la reforma del sector

salud que se discute actualmente en el Congreso Nacional. La contratación de profesionales de la salud debiera aumentar notablemente.

El sistema público está tratando de resolver algunos problemas que se interponen en la atención, como las largas listas de espera y la falta de infraestructura adecuada<sup>16</sup>, además de los ya comentados. También el sistema privado de las Isapres incluye ahora el seguro para el tratamiento de las enfermedades catastróficas que supera ampliamente los límites anteriores de cobertura<sup>16</sup>.

#### REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. *Censo de Población y Vivienda 2002*. Sitio web: www.ine.cl, 2003.
2. Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN), División Social, Departamento de Información Social, *Encuesta CASEN 2000*.
3. *Informe Desarrollo Humano en Chile. Las Paradojas de la Modernización*. Santiago, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1998.
4. BRAVEMAN P, GRUSKIN S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 254-8.
5. MINISTERIO DE SALUD. Página web: www.minsal.cl, 2004.
6. VEGA J, HOLLSTEIN RD, DELGADO I, PÉREZ J, CARRASCO S, MARSHALL G ET AL. Socioeconomic Health Inequities in an Intermediate-development nation: Chile, 1985-1996. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging Health Inequalities: From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press, 2001; 122-37.
7. ZUNZUNEGUI MV. Estudio del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay: Situación y estrategias para la intervención. Informe de síntesis Chile. Federación Internacional de la Vejez. Escuela Andaluza de Salud Pública. OPS. BID. Mimeo, Escuela Andaluza de Salud Pública: Santiago, Chile, Mayo 2000.
8. LEAVELL HR, CLARK EG. *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*. New York: McGraw-Hill; 1965.
9. REGIDOR E, GUTIÉRREZ-FISAC JL, CALLE ME, NAVARRO P, DOMÍNGUEZ V. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med* 2001; 33: 241-8.
10. Ministerio del Interior y Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Chile. *Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, 2002 y 1996*. Sitio web: www.conace.cl, 2004.
11. BELLO S, SOTO M, MICHALLAND S, SALINAS J. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 223-32.
12. GIL E, ROBLEDO T, RUBIO JM, BRIS MR, ESPIGA I. Prevalencia de consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.
13. Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN), División Social, Departamento de Información Social, *Encuesta CASEN 1998*.
14. WALLACE SP. Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile: papel de la previsión. *Revista de la CEPAL* 2002; 78: 125-38.
15. Fondo Nacional de Salud (FONASA), Ministerio de Salud. Departamento de Gestión Estratégica - Estudios. Mimeo, Abril, 2003.
16. MARDONES F, CAMUS L, BASTÍAS G, WALLACE S. La seguridad social en salud y la tercera edad. En: Mardones F. ed. *Reto a la independencia del adulto mayor*. Santiago: Imprenta Salesianos, 2001; 93-106.
17. MARDONES F, JAVET L, VALDIVIA G, WALLACE S. El desafío del cambio demográfico en Chile. En: Mardones F. ed. *Reto a la independencia del adulto mayor*. Santiago: Imprenta Salesianos, 2001; 53-66.
18. VILLALOBOS A, ESTRADA V, GUERRA V, MUÑOZ M, GONZÁLEZ N, GARRIDO C ET AL. *Norma de la atención integral de salud del adulto mayor*. Normas Técnicas. División de Rectoría y Regulación. Departamento de salud de las personas. Programa de salud del adulto mayor. Ministerio de salud, Chile. Santiago: Litografía Valente Ltda., 2002.
19. MENEGHELLO J, ROSSELOT J, MARDONES RF. *Rev Pediatría al día* 1995; 11: 223-32.