

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Equidad en la atención y en la promoción de la salud para el adulto mayor en Chile

Dr. Francisco Mardones Santander
Profesor Adjunto
Depto. De Salud Pública
Miembro del Directorio del Centro de Geriatria y Gerontología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

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 (1).

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 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 periodo. La población total de ambos sexos con 65 años y más llega 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 (1). 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% de la población del país está por debajo de la línea de pobreza de acuerdo a la encuesta CASEN 2000 (2).

Los riesgos mayores de mortalidad en Chile se observan en los niveles más bajos de educación y en los grupos de mayor edad, como se observa en la Tabla 1 (3).

La mayoría de los adultos mayores (AM) con 65 años y más son atendidos por el sector público de salud, según se aprecia con los datos ajustados de acuerdo al Censo del 2002: 75,9% o 924.124 beneficiarios por FONASA (Fondo Nacional de Salud, que constituye el seguro público subsidiado en salud), 18,2% pertenece a la Fuerzas Armadas o es particular y 6,6% está en el Sistema Isapre (Instituciones de Salud Previsional, que constituyen el seguro privado en salud), (4). Para la población menor de 65 años la adscripción a FONASA es de 67,6%. Ello revela que con la reducción del ingreso al llegar la edad de la jubilación, muchos AM acceden a FONASA.

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 (5). 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 algunas de las estrategias seguidas actualmente por la sociedad chilena tanto de la atención como de la promoción de la salud del AM.

Para aplicar en la realidad el concepto de equidad en salud, parece razonable adoptar una de las definiciones propuestas recientemente en la literatura (6): ‘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’.

Los problemas actuales de salud del adulto mayor

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen actualmente la principal causa de muerte en Chile. Entre estas destacan las relativas a las enfermedades del sistema circulatorio y al cáncer. Estos grupos de causas constituyeron 27,75% y 22,66%, respectivamente, del total de las muertes en Chile en 1999 (81.894 defunciones) (7). Otros importantes grupos de causas de muerte fueron las enfermedades del sistema respiratorio y los accidentes o causas externas (traumatismos, envenenamientos y violencias), que llegaron a 14,21% y 9,33%.

Cuando se analizan las causas aisladas de muerte se observa que tanto en hombres como en mujeres las primeras causas son el infarto agudo del miocardio, la enfermedad cerebro-vascular mal definida y la bronconeumonía por organismo causal no especificado (8).

En 1988 Reaven nombró por primera vez al síndrome metabólico X como un conjunto de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares que se presentan generalmente asociados (9). Los factores identificados fueron: hipertensión arterial, dislipidemia e intolerancia a la glucosa. La asociación entre el síndrome metabólico X con la enfermedad coronaria se observa aun cuando no esté presente la diabetes. También ha sido asociado frecuentemente con la obesidad. Sin embargo, en la conferencia realizada en 1999 por la New York Academy of Sciences se prefirió designar al síndrome metabólico X como la convergencia de resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad y dislipidemias (10). Todavía no se puede afirmar que el síndrome X sea una sola enfermedad o quizás una agrupación de factores de riesgo que van apareciendo y aumentando en su frecuencia en la medida que la población avanza en edad o madurez; por ahora debe diagnosticarse y tratarse cada entidad por separado, entendiendo que algunas de las terapias más novedosas impactan a dos o más componentes del síndrome metabólico X (11).

Dado que la carga de enfermedades crónicas está creciendo rápidamente interesa conocer si algunos de los factores de riesgo antes nombrados tienen aparición temprana y pueden ser prevenibles, aspecto que se desarrolla en la sección sobre Equidad en la Promoción de la Salud.

Equidad de la atención en salud en Chile

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 (3). 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.

Para conocer que aspectos de 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, en los distintos niveles de atención. 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) (13).

El aumento de la mortalidad en los grupos con edades mayores es inevitable aun 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 I 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 o que existen ciertos subgrupos con mayor riesgo laboral en España (exposición a asbestos, cromatos, resinas de intercambio iónico, gas radón, entre otros) (14). Además, en el grupo II, 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.

Con respecto al grupo I, 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 deducir el poco éxito de las estrategias existentes en Chile para reducir el consumo exagerado de alcohol.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino presentadas en el grupo II 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 solo 59% de las mujeres (20-59 años de edad) tuvieron un examen de Papanicolao en los tres años anteriores a la encuesta, lo que disminuye a la tercera parte en las mujeres sobre 60 años (15). Este examen preventivo del cáncer de cuello de útero es muy útil para conseguir un

tratamiento temprano y así reducir substantivamente la mortalidad por esta condición. Algo similar ocurre con los mejores tratamientos y cuidados médicos para las enfermedades contenidas en el grupo III. 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.

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 (16). El sistema de seguros del sector público (FONASA), ofrece distintos sistemas de cobertura según el monto de las cotizaciones, las que a su vez se basan en el ingreso. En los AM los dos seguros más comunes son el FONASA A, que se destina a los indigentes, y el FONASA B para los grupos de ingresos más bajos; con ingreso mínimo equivalente actualmente a \$111.000, o menos. Ellos no requieren copago en el sistema público de atención. En general los beneficiarios de FONASA C y D combinados tienen mejor situación económica que los del FONASA A o B, pero peor que la de los afiliados a las Isapres. Las esperas para obtener cita con el médico afectaron sobre todo a los beneficiarios de FONASA A, no así a los pertenecientes a FONASA B, C y D, ni los afiliados al sistema de las Fuerzas Armadas (16).

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 solo 5% de los afiliados a Isapres y 8% de los pertenecientes al sistema de las Fuerzas Armadas los recibió gratuitamente (16). Ello indica que el acceso de medicamentos tenía importantes dificultades.

Solo 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 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 (16).

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. Por esta razón se detecta que 75,90% de los AM con 65 años y más están ahora en FONASA. Se calcula que actualmente 68,32% de la población general está inscrita en FONASA (4). Llama la atención que los sistemas de información del sector público no detecten las anomalías indicadas en cuanto a la atención de los beneficiarios de Isapres; otros problemas específicos de la seguridad social se analizan en otra publicación (17).

Programa de Salud del Adulto Mayor

El Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud (MINSAL) surge 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.

Las nuevas acciones del MINSAL, orientadas específicamente hacia el AM, existen desde 1996, no obstante el inicio oficial del Programa data de 1998. La cobertura deseada de las acciones abarca a todos los beneficiarios del FONASA mayores de 65 años. Sin embargo, algunos componentes del Programa han tenido cobertura parcial ya sea por su carácter piloto o por motivos presupuestarios.

Este Programa tiene como propósito mantener o aumentar la condición de autovalencia del adulto mayor beneficiario del FONASA. Para cumplir lo anterior se ha definido la implementación de un conjunto de actividades y servicios relacionados con atenciones directas a los pacientes, capacitación del personal, un subprograma de alimentación complementaria, un subprograma de dispensación de medicamentos y el diseño de un modelo nuevo de atención para los AM.

Balance actual del programa

Publicamos un balance previo del desarrollo del Programa (18). 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; c) el desarrollo del nuevo modelo de atención del AM a partir de noviembre del año 2002, y d) los problemas de la equidad en el acceso a la atención de los AM en el seguro público y privado.

En la Tabla 3 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 desde 1998, fecha oficial del inicio del programa, hasta los años 2002 y 2003 (4); en los años anteriores a 1998 existían ya algunas de estas prestaciones por lo que el cálculo del incremento de la actividad resulta ser ilustrativo. El presupuesto anual necesario para estas prestaciones aumentó de año en año revelando la prioridad del programa. Es posible que aún se esté lejos de cubrir la demanda.

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. De acuerdo a estimaciones del Ministerio de Salud, en 1998 este componente habría contribuido a reducir 16% de la mortalidad por infección respiratoria aguda en los AM (18).

No aparece en la Tabla 3 el programa de dispensación de medicamentos para tres patologías de alta prevalencia y trascendencia en el AM que son: diabetes, hipertensión arterial y depresión. Consistió en la entrega de medicamentos prescritos en un envase personalizado, con un rótulo con la información sobre nombre, dosis, horarios, efecto, tiempo de tratamiento, efectos secundarios y qué hacer en caso de omisión de la dosis. Al igual que el anterior, este programa se inicia a mediados de 1999 en 87 consultorios, agotándose sus recursos el año 2001 (18).

Interesa comentar algunos datos de la situación actual de los medicamentos en la atención primaria de salud. El aporte estatal se encuentra establecido para los medicamentos contenidos en el arsenal farmacológico para la atención primaria aprobado por el Ministerio de Salud. Sin embargo, se conoce que hoy en día se cuenta en forma habitual especialmente con los medicamentos específicos de algunos problemas centralizados del Ministerio, tales como para la tuberculosis, la esquizofrenia y las enfermedades respiratorias agudas del AM (ERA). Otros medicamentos se podrían comprar con parte del per cápita que reciben las Municipalidades para la atención primaria pero ello muchas veces no ocurre.

En el año 2002 el recurso económico destinado a medicamentos en los establecimientos de atención primaria de salud (APS) fue un total de \$ 17.538.705.882 para todos los grupos etáreos (19). Ellos se dividen en:

a) para programas de salud: infecciones respiratorias agudas (IRA), ERA, mejoramiento de la atención y anticonceptivos: \$ 4.609.349.323,

b) se estima que a través del per capita, debería haberse destinado a medicamentos: \$ 12.929.356.559. Se desconoce qué cantidad realmente fue destinada por los Municipios a la adquisición de medicamentos. Sin embargo, se tiene buena información sobre la disponibilidad de algunos medicamentos seleccionados en la APS. Ella se logra a través de la actividad llamada “centinela”, que consiste en monitorear lo que ocurre con esta disponibilidad a través de compromisos de gestión del nivel central del MINSAL con los Servicios de Salud y de estos con las Municipalidades. Corresponde a una forma de incentivo a los trabajadores del Sistema Nacional de Servicios de Salud del sector público (SNSS) y municipalizados para mejorar la gestión. Estos medicamentos centinela podrían no revelar lo que ocurre con el abastecimiento del resto del arsenal pero para el caso del AM han sido seleccionados algunas de gran relevancia. Se seleccionaron en el año 2000 cuando se inició esta actividad los siguientes medicamentos: amoxicilina suspensión y comprimidos, un antihipertensivo, un hipoglicemiante y un antiinflamatorio (se elige localmente un medicamento de cada grupo, incluido en la lista de sus arsenales farmacológicos). Un informe del año 2002 relativo al porcentaje de disponibilidad de esos medicamentos en los establecimientos APS de todo el país fue de 97,13 %. Es decir, que el 97% del total de días trabajados el abastecimiento de esos 5 medicamentos fue 100%.

La dimensión general del programa respecto a su cobertura tampoco está claramente establecida porque cuantifica solo las prestaciones (tabla 3). En efecto, en todo el sistema de salud, compuesto por los consultorios municipalizados, los hospitales públicos, los Servicios de Salud, FONASA y el propio Ministerio de Salud, se maneja el concepto de prestaciones y no beneficiarios, y normalmente se reconoce que un beneficiario recibe más de una prestación al año. Sin embargo, en el listado de la tabla 3 parece ser que la gran mayoría de ellas podría equivaler a beneficiarios por ser difícil que se repitan en un año.

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 solo 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 (6), 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, solo 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 (20).

Con la entrega de alimentos se pretende atraer a los AM a los centros de salud, aspecto que se ha demostrado en estudios recientes (20), 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 Geriátría. 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 del año 2002 (21). 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 sí 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 (21). 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 3 al año como mínimo. En el caso de los dependientes se norman tres visitas domiciliarias al año.

No se conoce la cobertura actual de población controlada de acuerdo a esta norma que está en pleno inicio. En todo caso, el Ministerio de Salud ha preparado en los últimos 24 meses a más de 600 profesionales con un Diploma de Geriátría y Gerontología (INTA, Universidad de Chile) a distancia, de un año de duración; estos profesionales son especialmente enfermeras universitarias y médicos (20). 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 aplicación de la EFAM y en los controles de seguimiento, actuando siempre en equipo con el médico y los otros profesionales del equipo de salud (20). Este rol central de la enfermera universitaria fue clave en la expansión histórica del programa infantil, así como el de la matrona universitaria en la ampliación histórica del programa maternal (22).

La atención primaria recibe actualmente solo 15% de los recursos financieros del MINSAL mientras que la atención secundaria y terciaria reciben 85% de los mismos. 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 (16), 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 (16).

Equidad de la promoción de la salud para el adulto mayor

Las acciones preventivas tradicionales se han reforzado últimamente a partir de un nuevo concepto sobre la promoción de la salud. Además de las causas biológicas, gran parte de las enfermedades tiene componentes sociales que están siendo revalorizados como fuente y explicación de los problemas de salud; por ello, la promoción de la salud incluye la movilización de los recursos sociales para enfrentar los riesgos de enfermar. Esta estrategia está siendo considerada por el Ministerio de Salud para hacerse cargo de la creciente carga de enfermedades crónicas enfrentando en forma múltiple los factores de riesgo presentes en los adultos (23).

A pesar que la promoción de la salud abarca aspectos muy diversos, se destacan aquí, por una parte, los ajustes necesarios de la legislación social en la nueva situación demográfica y, por otra, la nutrición durante el periodo fetal.

Prolongar la vida activa y proteger la maternidad son medidas necesarias en la nueva situación demográfica.

La ley establece la jubilación para los hombres a los 65 años y para las mujeres a los 60 años. Estas edades límites para la llamada vida activa se establecieron a principios del siglo pasado en la mayoría de los países del mundo. La mejoría de las condiciones de vida y la salud ha producido un aumento de la población de la tercera edad. La población de ambos sexos con 65 años y más (AM) llega actualmente a 8,05% del total (1).

La prolongación de la vida activa es una realidad. Muchos hombres y mujeres han trabajado hasta alrededor de los 90 años de edad en diversas actividades que permiten la jubilación voluntaria en labores productivas; otros lo hacen en trabajos voluntarios. Sin embargo, la ley en Chile no se ha modificado lo que afecta a la casi totalidad de la población porque en las empresas empleadoras, excepto las universidades estatales y algunas privadas, la edad de jubilación es obligatoria.

Algunos países de Europa han estado modificando la edad máxima de jubilación llegando a 70 años actualmente.

Es esperable que el país retome un crecimiento económico acelerado, tal como lo indican algunos signos. ¿Tendrá la suficiente población para todos los puestos de trabajo que estarán disponibles? Parece razonable aumentar la edad límite de jubilación apenas se note una proporción muy baja de cesantía en los próximos años. Los AM pueden aportar a la sociedad por su conocimiento y experiencia. Por otra parte, la vida activa puede prevenir muchos de los trastornos de salud en los AM y mejorar sus ingresos familiares.

Parece relevante también comentar aquí que nuestra población envejece también por razón de la baja de la natalidad. El promedio de hijos por mujer disminuyó de 2,39 a 2,26 entre 1992 y 2002 (1). Es importante contar con la suficiente población joven para el reemplazo productivo de los AM una vez que jubilen, idealmente a mayor edad que la actual. Varios especialistas en demografía y familia han planteado su preocupación. Por ejemplo, se ha señalado que ‘estamos en el límite del nivel de reemplazo de la población que es de 2,1 hijos por mujer. Si no se revierten las tasas de natalidad, seremos un país de viejos y tendremos que depender de políticas de inmigración, tal como ocurre en los países desarrollados que están bajo las tasas de reposición’ (24).

El ritmo de crecimiento económico del país llevará a que la mujer aumente su participación en la fuerza de trabajo. Este hecho exige una preocupación mayor para proteger la función reproductiva. Por ello, se comenta aquí sobre el reposo maternal y la necesidad de su prolongación a más de doce semanas posparto.

Los países desarrollados tienen reposo maternal por periodos francamente mayores que las doce semanas señaladas. Por ejemplo, el reposo por maternidad en Australia es de un año, en Dinamarca y Francia de siete meses, en Noruega de hasta casi 8 meses, etc. Se ha estimado un impacto positivo en la natalidad del reposo maternal en Europa; por ejemplo, en Noruega aumentaron los nacimientos después del último aumento en la duración del reposo maternal, a la vez que aumentan sus tasas de participación laboral femenina (25). El reposo maternal en los países industrializados habría aumentado la participación laboral de la mujer sin producir las reducciones en la fertilidad que se habrían observado sin ellos (26). En Chile se aumentó el reposo posparto de seis a doce semanas en 1959 (27). Otras medidas pronatalistas importantes han sido las siguientes: la ley 4054 de 1924, que da derecho al cuidado de la salud de la esposa o conviviente hasta los 6 meses; la asignación familiar prenatal de 1957; la entrega de leche a la embarazada y madre nodriza desde 1954; y la asistencia profesional gratuita del parto y del recién nacido para los beneficiarios del sistema público de salud (27).

Durante el reposo maternal en Chile se reemplaza la remuneración normal de la madre trabajadora con un subsidio estatal establecido en 1985. Esta medida tuvo como objetivo hacer posible la incorporación de las mujeres en edad fértil a los planes de salud privada. Este subsidio se ha criticado por ser mayor en la medida que aumenta el ingreso de la madre trabajadora, aunque tiene un valor máximo de 60 UF/mes que hoy serían aproximadamente \$ 1.000.000.

Este subsidio sería un beneficio de naturaleza previsional, al igual que las jubilaciones que tienen diferencias de acuerdo al ingreso percibido en la vida activa. Como se trata de proteger una función biológica, independiente de la condición socioeconómica de la población objetivo, cual es el de la procreación y cuidado de los niños menores, debiera dársele un valor en sí mismo.

Adicionalmente, representa una política de estado para fomentar la natalidad. Los subsidios universales son propios de los programas que requieren cobertura de toda la población como las inmunizaciones y los referidos al fomento de la natalidad.

Nutrición durante el periodo fetal: desnutrición intrauterina y síndrome X

Estudios epidemiológicos en países desarrollados han mostrado que los sujetos con desnutrición intrauterina tienden a desarrollar la combinación de resistencia a la insulina, hipertensión y dislipidemias, conocida como síndrome X (28). Ello también se está observando en la India, donde hay una epidemia en rápido aumento de la enfermedad coronaria y del síndrome metabólico X (29).

El reciente reporte FAO/OMS de un comité de expertos sobre la nutrición y las enfermedades crónicas señala claramente que la asociación de la desnutrición intrauterina con la enfermedad coronaria, accidente vascular encefálico, diabetes e hipertensión arterial tiene actualmente apoyo considerable; los grandes para la edad gestacional o macrosómicos también presentan un mayor riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular (12). Por otra parte, en el informe Acheson también se destaca que la preocupación por la nutrición durante el embarazo puede reducir una buena parte de la carga de enfermedad de los adultos a nivel mundial (30, 31).

El problema nutricional de las embarazadas chilenas ya no es centralmente calórico sino que ahora está referido a la calidad de la dieta, la que requiere mejorías como las observadas en Finlandia (32-34). Un ejemplo de ello, es la persistente presencia de la anemia en la embarazada, especialmente en la de bajo peso (35).

En Chile ya se conoce que la población adulta presenta algunos de los factores de riesgo antes señalados; particularmente obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias (36, 37). Berríos et al. también han detectado factores de riesgo de las enfermedades crónicas del adulto en población escolar (38).

Tres estudios recientes chilenos muestran que los recién nacidos con desnutrición intrauterina presentan alteraciones en el periodo de crecimiento fetal que los pueden predisponer a presentar los factores de riesgo del síndrome X (39-41).

Estos niños con desnutrición intrauterina ganarían peso rápidamente con dietas hipercalóricas, aumentando especialmente su masa grasa para llegar a ser obesos y también desarrollar hipertensión arterial (33, 34, 42). Este grupo tiene el mayor riesgo de mortalidad cardiovascular (12).

<p style="text-align: center;">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 (3)</p>

EDAD (AÑOS)	EDUCACIÓN FORMAL (AÑOS)				
	Ninguna	1 - 8	9 - 12	13 y más	total
HOMBRES					
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
MUJERES					
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

Tabla 2 Tasas de mortalidad (defunciones por 100.000 habitantes) por causas específicas en ciertos grupos de edad, Chile y España, 1996 (13)					
Causas de muerte evitable	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 s	80 y + años
GRUPO I: A través de prevención primaria					
Cáncer hepático					
Chile	18.03	32.68	48.28	46.15	80.12
España	12.34	19.31	29.24	29.32	24.32
Cancer 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	76.24
GRUPO II: Por detección temprana y tratamiento oportuno					
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
GRUPO III: Por mejores tratamientos y cuidados médicos					
Tuberculosis					
Chile	7.96	14.37	16.86	20.88	20.47
España	2.03	4.20	6.03	8.79	10.16
Enfermedades 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	1507.02
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

Tabla 3 Programa de atención del Adulto Mayor prestaciones realizadas snss (1995 - 2002 Proyección 2003) (4).					
PRESTACIONES	1995	2002	Proyección 2003(*)	Total Actividad	Incre. Actividad 2003
PAM TRADICIONAL					
Lentes	25.295	58.550	59.226	403.699	122,0%
Audífonos	1.871	4.921	5.014	32.697	151,3%
Bastones	2.985	5.542	3.961	31.827	90,6%
Sillas de ruedas	1.006	2.265	1.744	11.416	55,6%
Andador	0	536	517	2.938	70,2%
Colchón antiescaras	0	1.382	1.280	6.353	310,6%
Cojín antiescaras	0	361	358	2.842	
Canasta dental tipo I	0	3.811	2.802	32.589	
Canasta dental tipo II	8.374	9.694	9.557	49.736	4,1%
Consulta oftalmológica	0			30.102	
Otras órtesis y prótesis	0			3.267	

SUBTOTAL PRÓTESIS Y ÓRTESIS	39.531	87.062	84.459	435.945	105,4%
PRESTACIONES CATASTRÓFICAS					
Cataratas	2.241	7.036	6.724	40.882	191,3%
Implantación de marcapaso	408	1.157	974	6.701	146,8%
Endoprótesis total de cadera	388	711	572	4.115	55,9%
Endoprótesis parcial de cadera	197	730	629	4.684	236,0%
Fractura de cuello de fémur, osteosíntesis		1.042	970	3.517	32,6%
Fractura tobillo	0	1.865		1.969	
Fractura antebrazo	0			57	
Fotocoagulación	0	1.643	1.725	7.376	127,2%
SUBTOTAL CATASTRÓFICAS	3.234	14.184	11.594	69.301	252,7%
Enfermedad respiratoria aguda (ERA)	0 1.677	1.677	11.061	67,9%	
TOTAL	42.765	102.923	97.730	505.246	120,5%
Ppto M\$	1.525.062	9.852.961	10.094.589	41.490.355	

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

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Censo de Población y Vivienda 2002. Sitio web: www.ine.cl, abril, 2003.
2. Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN), División Social, Departamento de Información Social, Encuesta CASEN 2000.
3. Vega, J., Hollstein, RD.; Delgado I.; Pérez J.; Carrasco, S.; Marshall, G.; Derek; Y. Socioeconomic Health Inequities in an Intermediate-development nation: Chile, 1985-1996. En: *Challenging Health Inequalities: From Ethics to Action*. M Whitehead, ed. Oxford University Press, New York, 2001.
4. Fonasa, Departamento de Gestión Estratégica – Estudios. Abril, 2003.
5. Informe Desarrollo Humano en Chile. Las Paradojas de la Modernización. Santiago, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1998.
6. Braveman, P, Gruskin, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57: 254-258.
7. Ministerio de Salud. Información demográfica y de salud. Tarjeta de presentación, página web: www.minsal.cl (Ministerio de Salud. Santiago, 2003)
8. OPS/OMS. Perfil del adulto mayor en Chile. Villalobos A, Escobar MC, Aguilera X, Araujo M, Novoa, G.; Rojo, MC.; Marín, PP.; Kornfeld, R.; Parga, MI.; Albala C.; García C.; Zapata H.; Moncayo R. Santiago: Litografía Valente Ltda, 2002.
9. Reaven, G. Banning lecture 1988: role of insulin resistance in human disease. *Diabetologia* 1988; 20:1595-1607.
10. Preface. The Metabolic Syndrome X. Hansen BC, Saye J, Wennogle LP. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 892: ix.
11. Hansen, BC. The Metabolic Syndrome X: a work in progress. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 892: 1-24.
12. WHO Technical report Series 916. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. World Health Organization, Geneva, 2003.
13. 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. Director del proyecto: María Victoria Zunzunegui P. Consultores: Cristián Aedo I., J. Manuel Cabasés H., Guadalupe Carmona L., A. Elías Eguren B, María Isabel Larrañaga P., Pedro Paulo Marín L., S. Arlette Pinzón P., Olga Solas G. Mimeo, Escuela Andaluza de Salud Pública: Santiago, Chile, Mayo 2000.
14. Jamison, D.T.; Mosley, W.H.; Measham, A.R.; Bobadilla, J.L. Disease control priorities in developing countries. The World Bank. New York: Oxford University Press; 1993.

15. Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN), División Social, Departamento de Información Social, Encuesta CASEN 1998.
16. Wallace, S.P. Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile: papel de la previsión. *Revista de la CEPAL* 2002; 78: 125-138.
17. Mardones, F.; Camus, L.; Bastías, G.; Wallace, S. La seguridad social en salud y la tercera edad. En: Mardones, F. ed. *Retos a la independencia del adulto mayor*. Santiago: Imprenta Salesianos, 2001; pp. 93-106.
18. Mardones, F.; Javet, L.; Valdivia, G.; Wallace, S. El desafío del cambio demográfico en Chile. En: Mardones, F. ed. *Retos a la independencia del adulto mayor*. Santiago: Imprenta Salesianos, 2001; pp. 53-66.
19. Comunicación personal de la EU Alicia Villalobos, Encargada del Programa del Adulto Mayor, Ministerio de Salud. Abril, 2003.
20. Comunicación personal de la Dra. Maria Josefina Quinteros. Unidad de Farmacia, División de Rectoría y Regulación, Ministerio de Salud. Mayo, 2003.
21. Villalobos, A.; Estrada, V.; Guerra, V.; Muñoz, M.; González, N.; Garrido, C.; Campos, I.; Bustos, C.; Herrera, P.; Barbieri, L. 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.
22. Meneghello, J.; Rosselot, J.; Mardones, R F. *Rev Pediatría al día* 1995; 11: 223-232.
23. Salinas, J.; Vio del R, F. Promoción de la salud en Chile. *Rev Chil Nutr* 2002; 29 (suppl.1): 164-173.
24. Entrevista a expertas de varias Fundaciones e Instituciones. Clarisa Hardy (Fundación Chile 21), Rosita Cahmi (Libertad y Desarrollo), Paulina Villagrán (Fundación Chile Unido), Irma Arriagada (CEPAL). *Diario El Mercurio*, C3, 1 de Abril, 2003.
25. Ytterstad, E.; Brenn T. Daily number of births in Norway 1989-93. Variations accross months, day of week, face of the moon and changes in leave entitlements. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 1098-1101.
26. Winegarden, CR.; Bracy PM. Demographic consequences of maternal-leave programs in industrial countries: evidence form fixed-effects models. *South Econ J* 1995; 61: 1020-1035.
27. Comunicación personal del Dr. Francisco Mardones Restat, Jefe del Departamento de Fomento de la Salud del MINSAL 1951-1960, quien propuso esa medida al Congreso Nacional y que en 1954, inició el programa de entrega de leche en polvo a las embarazadas y nodrizas.

28. Harding, JE. The nutritional basis of the fetal origins of adult disease. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 15-23.
29. Yajnik, CS. The insulane resistance epidemic in India: fetal origins, later lifestyle, or both? *Nutrition Reviews* 2001; 59: 1-9.
30. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health report. London, the Stationary Office, 1998.
31. Editorial. *Lancet* 2001; 357: 405.
32. Mardones, F. Evolución de la antropometría materna y del peso de nacimiento en Chile, 1987-2000. *Rev Chil Nutr*, aceptado para publicación, Vol 30 No. 2, 2003.
33. Forsen, T.; Eriksson JG.; Tuomilehto J.; Teramo K.; Osmond C.; Barker DJP. Mother's weight in pregnancy and coronary heart disease in a cohort of finnish men: follow up study. *BMJ* 1997; 315: 837-840.
34. Barker, DJP. *Mother, babies and health in later life*. Second ed. Churchill Livingstone: Edinburgh, 1998.
35. Mardones, F.; Rioseco A.; Ocqueteau M.; Urrutia MT.; Javet L.; Rojas I.; Villarroel L. Anemia en las embarazadas de la comuna de Puente Alto, Chile. *Rev Med Chile*, en prensa, 2003.
36. Berríos, X.; Jadue L.; Zenteno J.; Rose MI. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Estudio en población general de la región metropolitana. *Rev Med. Chile* 1990; 118: 597-604 y 118: 1041-1042.
37. Jadue, L.; Vega, J.; Escobar, MC et al. Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles). *Rev Med Chil* 1999;127: 1004-13.
38. Berríos, X.; Jadué L. Prevención primaria de las enfermedades crónicas del adulto: intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. *Rev Chil Pediatr* 1994; 64: 397-402.
39. Mardones, F.; Bastías, G.; Farías, M.; Dinamarca, Raúl; Olavarría, F.; Rada, G.; Rojas A.; Rojas, P. Composición corporal de neonatos con alteraciones en el crecimiento fetal. *Rev Chil Pediatr* 1999; 70: 300-305.
40. Molina, M.; Casanueva, V.; Cid, X, Ferrada, MC.; Pérez, R.; Dios, G.; Reyes, M.; Venegas, H.; Cid, L. Perfil lipídico en recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino. *Rev Med Chile* 2000; 128: 741-748.
41. Casanello, P.; Sobrevia L. Intrauterine growth retardation is associated with reduced activity and

expression of the cationic amino acid transport systems γ^+ Hcat-1 and γ^+ Hcat-2B and lower activity of nitric oxide synthase in human umbilical vein endothelial cells. *Circ Res* 2002; 91: 127-134.

42. Law, CM.; Shiell, AW.; Newsome, MA.; Sydall, HE.; Shinebourne, EA.; Fayers, PM.; Martyn CN.; de Swiet, M. Fetal, infant and childhood growth and adult blood pressure, a longitudinal study from birth to 22 years of age. *Circulation* 2002; 105: 1088-1092.