

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, 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>

LAS CIFRAS HABLAN, PERO HAY QUE OIRLAS

=====

Dr. Francisco Quesney L.

El público en general y los médicos en especial, no conocen en gran medida lo que está ocurriendo con la salud de la población en Chile.

El público, interesado tal vez en problemas contingentes de salud de su micromedio social inmediato (parientes, amigos y vecinos), no está ni suficientemente instruido ni motivado para preocuparse seriamente de lo que le ocurre a la salud de sus conciudadanos. La escasa información a la que tiene acceso se limita normalmente a ciertas noticias periodísticas, en que se citan algunas cifras de indicadores de salud, producto de alguna conferencia de prensa concedida por la autoridad de salud con el objeto de destacar logros obtenidos en su gestión.

Las cifras en cuestión son habitualmente parciales o aisladas, mal explicadas, frecuentemente erróneas y deben "competir" por la atención del lector con noticias mucho más sensacionales, como puede ser el valor del "pase de un futbolista".

Difícilmente impactará una tasa de mortalidad infantil frente al valor, en el mercado, de un Elías Figueroa.

Por su parte, los médicos que al menos en teoría están suficientemente instruidos y motivados para

interesarse por el problema, tampoco lo hacen en definitiva, porque su preocupación primordial - en lo científico al menos - está polarizada hacia los problemas de su especialidad o área de trabajo, que sólo abarca situaciones muy parciales del problema global de salud. Adolecen también de una información adecuada. Aparte de las comentadas noticias de prensa, no tienen mayor acceso a la información fidedigna producida por órganos oficiales de salud. Aún más, si logran conocer esa información, poco provecho obtienen de ella, porque sin desconocer la calidad de las estadísticas de salud chilenas, se presentan en anuarios y otros documentos, bajo la forma de cifras, tasas y otros indicadores meramente cuantitativos. Normalmente no se les ha sometido a ningún análisis que revele una tendencia, ni se han correlacionado con otros datos que permitan sacar conclusiones sobre la efectividad o la calidad de la situación, programa o acción que supuestamente deben caracterizar.

Sin embargo, la información básica existe y en abundancia; y lo que es más, es de buena calidad, al menos en lo que a continuidad (puede seguirse en el tiempo), cobertura (nacional) y amplitud (variada gama de datos) se refiere. Al respecto se compara muy favorablemente con la de otros países latinoamericanos y no desmerece frente a la de países más desarrollados.

Por estas razones ha parecido de interés preparar un análisis comentado de la evolución de los llamados indicadores biodemográficos y otros indicadores de salud en los últimos diez años en Chile, desde 1969 a 1978, en un primer intento por caracterizar los logros obtenidos en salud en ese lapso y mostrar la diferente tendencia que se observa entre lo ocurrido en el período 1969 a 1972 y entre 1972 y 1978. Se ha hecho el corte en 1972 y no en 1973, año medio del decenio,

ya que por razones obvias las estadísticas de 1973 parecen ser menos confiables que las del año inmediato anterior.

Se tratarán sucesivamente algunos indicadores demográficos generales atinentes al tema, indicadores de mortalidad, indicadores asistenciales y algunos referidos a acciones de fomento y protección de la salud. Como un agregado, se intentará establecer algunas comparaciones y relaciones con estadísticas de otros países latinoamericanos y norteamericanos, menos y más desarrollados, al menos en lo económico.

INDICADORES DEMOGRAFICOS GENERALES

En las Tablas N° 1, 2, 3 y 4 se muestra la evolución de la cifra total de la población, así como su determinante vegetativa, natalidad y mortalidad, y el resultado medido en tasas de crecimiento.

Entre 1969 y 1978 la población creció en cifras absolutas en 1.134.000 personas, lo que equivale a un 17.5 % con respecto a la cifra inicial.

Por su parte, la natalidad disminuyó entre las fechas indicadas en 43.400 nacimientos, con lo que la tasa de natalidad cayó de 29.2 a 21.6, lo que significa un descenso de un 26 %. Este descenso fue mínimo entre 1969 y 1972, de 29.2 a 28.6 = 2 % (en cifras absolutas hubo 9.000 nacimientos más), y bastante más pronunciado entre 1972 y 1978, de 28.6 a 21.6 = 24 %.

A su vez la mortalidad también descendió, pero en cifras inferiores : 14.700 muertes menos, con una tasa que de 9.2 bajó a 6.8, lo que significa un 26 %

menos. Nuevamente se aprecia un comportamiento diferente para el período 1969-1972 con un descenso mínimo en tasas, de sólo 0.1 punto, comparado con el período 1972-1978, en que el descenso alcanzó a 2.3 puntos. En cifras absolutas, en el primer período aludido hubo un incremento en el número de muertes del orden de los 9.000.

La resultante de una natalidad en descenso, pero a nivel de 230.000 nacimientos anuales y de una mortalidad también en descenso, pero a nivel sólo de 74.000 muertes anuales, da un crecimiento poblacional de 1.48 % anual para 1978, que en cifras absolutas significa 160.000 personas más en ese año. La tendencia de este crecimiento es sin embargo, y aunque parezca un contrasentido, decreciente ya que en 1969 fue de 2 % y en 1972 de 1.95 %. Así resulta que el crecimiento decreciente (o desacelerado como se le denomina) es mucho más manifiesto entre 1972 y 1978 que en el período anterior : 2 % a 1.95 % contra 1.95 % a 1.48 %.

Con respecto a los índices señalados cabe agregar lo siguiente :

- a) Una natalidad baja es característica de países económicamente desarrollados, como lo es un crecimiento bajo o en fase de desaceleración.
- b) Una mortalidad baja es manifestación propia de una etapa intermedia entre un país subdesarrollado que exhibe muchas muertes evitables y un país desarrollado que exhibe muchas muertes inevitables.
- c) Así, la natalidad chilena es baja comparada con la de América Latina en general, que está en 35.1, con la región llamada Cono Sur, donde es de 23.5 (a la que Chile pertenece) y con la del Caribe : 28.8.

Es sin embargo significativamente superior al 15.3 que muestra Norteamérica.

- d) El crecimiento chileno de 1.48 % es también bajo , comparado con el de América Latina : 2.7 ; el de América en general : 1.9 es muy similar al del Caribe : 1.4 y es francamente superior al de Norte América, de 0.8 %.
- e) Por último, la mortalidad general (6.8) es la más baja en el plano de las comparaciones, ya que América del Norte y el Caribe tienen tasas de 9.0, América Latina de 8.5 y el Cono Sur de 8.7.

Si se mantienen las condiciones actuales y ellas se intensifican en el futuro, debe preverse para Chile una estabilización en su tasa de mortalidad y luego un incremento de ella, en la medida que como consecuencia del desarrollo la población envejezca y aumenten las muertes no evitables : crónicas, degenerativas y neoplasias.

ALGUNOS INDICADORES DE MORTALIDAD

1. Mortalidad infantil

En la Tabla N° 5, 5.1 y 5.2 se muestran las cifras de mortalidad infantil correspondientes a los tres años analizados.

Se puede apreciar que en cifras absolutas en 1978 murieron 11.800 niños menos que los 21.000 de 1969. En tasas el descenso fue de 78.7 a 39.7, lo que significa una disminución de un 49.5 %. Esta disminución se descompone en 7.6 puntos entre 1969 y 1972

y 31.4 puntos entre 1972 y 1978. Los respectivos porcentajes de descenso en los períodos son de un 9.6 % contra un 44.1 % y en cifras absolutas de 1.400 y 16.000 muertes menos, respectivamente.

La mortalidad infantil precoz cae significativamente (39 %) con parciales entre los dos períodos analizados 1969-1972 y 1972-1978, muy similares al de la mortalidad infantil global; el descenso es en todo caso inferior al de la global.

La mortalidad infantil tardía mantiene la diferencia característica entre los dos períodos, pero su descenso es mayor que el de la mortalidad infantil precoz y que el de la global.

Puede concluirse que :

- a) Existe una clara diferencia en el comportamiento de estas tres tasas entre 1969-1972 y 1972-1978.
- b) El descenso global se ha hecho más a expensas del componente tardío que del precoz, en ambos períodos.

La razón de este fenómeno debe encontrarse en el hecho de que la mortalidad infantil tardía se afecta más con las medidas preventivas (vacunas, etc.) y curativas (atención médica) que la mortalidad infantil precoz, que está fuertemente determinada por problemas perineonatales (embarazo, parto, recién nacido), cuya solución requiere de técnicas de alta complejidad, como son las Unidades de tratamiento intensivo peri y neonatológico que recién se están implementando en el país.

En todo caso, Chile exhibe cifras que se comparan favorablemente con las de otros países Latinoamericanos, que en promedio tienen una mortalidad infantil de 66.8, pero desfavorablemente con las de América del Norte, donde es de 20.4.

2. Mortalidad neonatal precoz y perinatal

Las Tablas 5.3 y 5.4 muestran estos indicadores.

La mortalidad neonatal desciende muy levemente entre 1969 y 1972 y en forma bastante pronunciada entre 1972 y 1978: 0.15 % y 16.6 % respectivamente, pero su descenso global de 18 % es claramente inferior al de la mortalidad infantil global.

El tramo neonatal precoz es seguramente el más difícil de impactar, por cuanto se refiere al nacido vivo que muere antes de 7 días y está básicamente determinado por enfermedades congénitas, accidentes graves del parto y prematurez avanzada.

La mortalidad perinatal muestra una evolución más favorable con un descenso de 30.6 % (con la misma gradiente entre 1969-1972 y 1972-1978 anotada para las otras tasas) debida probablemente al alto porcentaje de partos con atención profesional y a los programas de control de embarazo y nutricionales dirigidos a la embarazada. En cifras absolutas y en tasas supera en una proporción igual al doble a las de mortalidad neonatal precoz.

A su vez, la mortalidad neonatal precoz representa las tres cuartas partes de la neonatal y ésta un 50 % de la mortalidad infantil global.

Mortalidad infantil global	=	100
Mortalidad infantil neonatal	=	50
Mortalidad infantil neonatal precoz	=	37

Es característica de país desarrollado que estas cifras muestren proporciones cada vez superiores de mortalidad neonatal precoz. Esto se ve muy claro si se compara el período 1969-1972 y 1972-1978 en donde, en este último, el fenómeno indicado se acentúa.

3. Mortalidad en niños de 1 año a 4 años

En la Tabla N° 7 se consignan cifras sobre la mortalidad del niño de 1 a 4 años. Se puede apreciar que su descenso desde 1969 ha sido notable, superando el 50 % ya sea si se consideran cifras absolutas de muertes (3.400 a 1.290) o sus respectivas tasas : 3.54 a 1.53. Nuevamente es deber observar que en el cuatrienio 1969-1972 el descenso es leve, de 3.54 a 2.93, en tanto que en el lapso 1972-1978 éste es francamente significativo: 2.93 a 1.53.

Con respecto a la mortalidad de este grupo etario, Chile puede jactarse de tener una de las tasas más bajas si se le compara con la tasa promedio de América Latina, que está en 4.3 ; con la del Caribe, que es de 2.4 y con la de América del Norte aún, que es de 1.5 (la tasa chilena de 1979, no consignada en la Tabla, es de 1.47).

El éxito en la reducción de la mortalidad del niño de esa edad debe buscarse en la eficacia de los programas de vacunación contra las enfermedades infecciosas que los afectan mayoritariamente, de los programas de intervención nutricional que prácticamen

te han erradicado la desnutrición en ellos y en la mayor eficiencia de las acciones de recuperación de la salud.

4. Mortalidad del adulto

En las Tablas N° 6 y 8 se entregan cifras sobre mortalidad del adulto elaboradas sobre la base de restar a la mortalidad general primero la mortalidad infantil y luego, a este producto, la mortalidad de 1 a 4 años.

El resultado de la primera operación muestra para el cuatrienio 1969-1972 un incremento en las muertes de mayores de un año de 5.400 muertes, o sea, un 8.5 %.

Esta situación se invierte en el período 1972 - 1978, en donde disminuyen en 4.200 muertes, o sea un 6.2 % de descenso, que sin embargo para el decenio arroja un resultado final de 1.100 muertes más, lo que equivale a un 1.8 % de aumento.

Cuando se procede con la segunda operación, la tendencia resulta muy similar. Entre 1969 y 1972 existe un exceso de muertes en mayores de 4 años, del orden de las 6.000 muertes = 10 %, en tanto que en el período 1972-1978 hay 3.000 muertes menos (4.5 %) y el producto final es de 3.000 muertes en 1978 en exceso de 1969, lo que equivale a un 5 %. Seguramente el incremento fuerte de muertes de 1972 explica este resultado.

5. Mortalidad de la mujer

En las Tablas N° 9 y 10 se muestran las muertes provocadas en la mujer por causas conexas con el

proceso de la gestación : mortalidad materna y mortalidad por aborto.

La mortalidad materna se ha reducido en el decenio en un 47.2 % de una tasa de 1.82 a 0.96 (488 muertes contra 224).

Al igual que en la mayoría de los índices comentados existe una notoria diferencia entre lo ocurrido en el período 1969-1972 (descenso de 10.4 %) con lo acontecido entre 1972 y 1978 (descenso de 41.1%)

Con respecto a mortalidad por aborto, la situación es del todo diferente. Si bien el descenso total ha sido parecido, 34.3 %, los dos períodos muestran cifras a la inversa : 1969-1972 con un descenso de 23.3 % y 1972-1978 con uno de 16 %.

La variación de la mortalidad materna se relaciona esencialmente con la eficacia de los programas de control de embarazo y de atención institucional y profesional del parto, en tanto que lo ocurrido con la mortalidad por aborto estaría en parte determinado por la cobertura y éxito de los programas de regulación de la fecundidad. Con respecto a este segundo punto, existe evidencia que los programas aludidos (control de fecundidad) son capaces de influir este índice sólo hasta un determinado punto, más allá del cual pierden su impacto, ya que no alcanzan a un grupo de mujeres que independiente de la existencia o no de estos programas y de su eficiencia mayor o menor se marginan totalmente de ellos y recurren habitualmente al aborto como medio de deshacerse del producto de la concepción no deseado.

6. Otros aspectos de la mortalidad infantil

En las Tablas N° 13 y 14 se incluyen dos causas específicas de mortalidad infantil que, por el peso que tradicionalmente ha tenido en ésta, conviene destacarlo en un aparte. Son la mortalidad por diarrea y la mortalidad por bronconeumonía (en menores de 1 año).

La mortalidad por diarrea baja en un 70.8 % entre 1969 y 1978, caída que supera con creces a la caída de la mortalidad infantil general. Conservando la diferencia ya anotada varias veces para los dos períodos estudiados, esta causa de muerte que en 1969 es responsable de un 16 % de las muertes, en 1978 sólo representa un 9 % de ellas.

Por su parte, la bronconeumonía en 1969 mataba a un 31.3 % de los niños menores de 1 año y en 1978 sólo a un 15 % de ellos, estableciéndose así un descenso de 75.7 %.

7. La mortalidad específica debida a otras causas

En las Tablas N° 11 y 12 se muestran datos de dos causas de muerte que en Chile tienen una especial significación. Ellas son tuberculosis, por haber sido esta una enfermedad de alta prevalencia en un pasado reciente, y cirrosis, por representar el episodio último del consumo excesivo de alcohol, práctica muy difundida en el medio nacional.

La mortalidad por tuberculosis ha descendido en un 48 % entre 1969 y 1978 con descensos parciales de 20 % entre 1969 y 1972 y de 35 % entre 1972-1978, logrando en esta última fecha una tasa de 16.0, que acerca en este rubro a Chile a índices de países desarrollados.

Es importante destacar que este descenso se ha producido en una época en que no han existido grandes novedades en el tratamiento o prevención de la enfermedad, de tal modo que él debe atribuirse a dos hechos : el mejor manejo de los programas de pesquisa y tratamiento controlado y el efecto en el plazo mediano de medidas adaptadas hace 1 ó 2 décadas, y que en una enfermedad de evolución crónica se manifiestan con un cierto retraso (vacunación con BCG iniciada en la década de 1950).

Con cirrosis hepática ocurre otro fenómeno. En cifras absolutas las muertes han aumentado de 3.400 a 3.900, si bien su tasa ha disminuído muy levemente de 37.1 a 36.4. Sin embargo, entre 1969 y 1972 las muertes subieron en 1.300 y la tasa en 11.6 puntos (de 37.1 a 48.7), lo que estaría indicando que en la era de la "empanada y el vino tinto" hubo mayor disponibilidad de vino que de empanadas.

Sea como fuere, Chile tiene el dudoso mérito de encabezar al resto del mundo en mortalidad por cirrosis.

ALGUNOS INDICADORES DE ACCIONES DE SALUD

La mortalidad representa el episodio final de una enfermedad. Cuantificar esta última y describir su estructura resulta sumamente difícil, ya que no existe una información completa sobre ella. Sólo se podría recurrir a las que son de denuncia o notificación obligatoria o bien a encuestas que muestran apenas una parcialidad del problema global. Se ha preferido omitir aquí esa información y concentrar el esfuerzo en tabular algunas acciones que desarro

lla el sector salud en un intento por revertir el estado de enfermedad al de salud o por evitar que éste se pierda y se caiga en la enfermedad. También se ha omitido las importantes acciones que en este último sentido ejecutan otros sectores tales como educación, vivienda, trabajo, obras públicas, etc.

1. Atención profesional del parto

En la Tabla N° 15 se consigna el porcentaje de partos atendidos profesionalmente comparando los años 1969, 1972 y 1978. El porcentaje sube de un 80 % a un 85 % y a un 90.4 % respectivamente. Esta cobertura es francamente satisfactoria si se la compara con el resto de América, en donde es superado sólo por Estados Unidos de Norteamérica, con una cobertura de 99 % y por Cuba con una de 98 %.

Seguramente este 13 % de incremento es fuertemente responsable por el descenso ya comentado de la mortalidad materna (Tabla N° 9).

2. Consultas médicas maternales

Siguiendo con el mismo problema, en la Tabla N° 15 se muestran cifras relativas a las consultas médicas maternales. Ellas suben de 535.000 en el año 1969 a 650.000 en 1972 y a 820.000 en 1978, con incrementos porcentuales de 21.6 % y 26.0 % respectivamente. Se puede así apreciar un incremento en estas acciones que se acentúa a partir de 1972, acentuación que es más notoria si se toma en consideración la disminución en la tasa de natalidad. Estas acciones deben estar complementando a las de atención del parto en su rol de disminuir la mortalidad de la madre.

3. Consultas médicas infantiles

En la Tabla N° 18 se aprecia el incremento de ellas de 3.820.000 en 1969 a 3.960.000 en 1972 y 4.100.000 en 1978 con porcentajes de 3.7 % y 3.5 % respectivamente. El incremento es mucho menor, pero ello debe mirarse a la luz de una política de delegación de funciones mediante la cual gran parte de la actividad asistencial infantil se ha radicado en la enfermera y en la auxiliar, como se verá más adelante.

4. Consultas médicas de adulto

En la Tabla N° 16 se muestra la evolución en el decenio de estas consultas. Ellas se han incrementado de 5.070.000 en 1969 a 5.140.000 en 1972 y a 5.600.000 en 1978 con un alza de 10.4 %. Sin embargo, relacionadas con población, la tasa de consultas por habitantes ha bajado de 0.55 en 1969 a 0.52 en 1972 para mantener esta tasa de 0.52 en 1978.

5. Consultas médicas de urgencia

En la Tabla N° 19 se consignan las consultas médicas de urgencia que suben de 1.770.000 en 1969 a 2.870.000 en 1972 y a 3.500.000 en 1978, con porcentajes respectivos de 61.7 % y 22.1 %. Medidas en consultas por habitantes, el ascenso es de 0.19 a 0.29 y a 0.32 con %s de 52.6 % y 10.3 % y un total de 68.4 %. Difícilmente puede pensarse que hayan aumentado en esa proporción las enfermedades que requieren de una atención de emergencia. La explicación debe radicar en que frente a un sistema asistencial habitual ineficiente, el enfermo rechazado o no atendido por las estructuras permanentes (consultorios) recurre en busca de atención a los sistemas de emergencia.

Si se analizan en conjunto estas dos últimas tablas se puede apreciar que las consultas por habitante su ben de 0.74 en 1969 a 0.81 en 1972 y a 0.84 en 1978, única forma de justificar el trabajo de las horas mé dicas contratadas que se han incrementado en forma significativa, al menos a partir de 1972.

6. Total de consultas médicas

Estos hechos se ven corroborados cuando se observa en la Tabla N° 20 la evolución de las consultas médicas totales que entre 1969 y 1978 han aumentado de 11.200.000 a 14.040.000 con un alza de un 6.6 % de las consultas por habitante. Esta diferencia se produce a expensas del incremento entre 1969 y 1972, ya que entre esta fecha y 1978 no hay variación en las cifras de consultas por habitante y el incremen to en el número absoluto (12.000.000 a 14.040.000) sólo absorbe el crecimiento de la población.

7. Recurso cama hospitalaria

En las Tablas N° 21, 22, 23 y 24 se consignan cifras relativas al uso y al número de camas hospitalarias.

El número de camas (Tabla N° 21) prácticamente no ha variado entre 1969 y 1978, cuando se aprecia un 1.8 % de camas menos, si bien su índice por 1000 ha bitantes ha bajado de 3.7 a 3.0 (18.9 % menos).

Sin embargo y pese a esta leve merma, el número de egresos (Tabla N° 22) ha subido de 788.000 a 938.000, lo que significa un 18.3 % más y medidos en egresos por habitante el ascenso es de 0.085 a 0.087, o sea un 2.3 % de aumento. Este hecho se corrobora en la Tabla N° 24, en que se observa que la tasa de egresos por cama ha subido de 23.4 a 28.4 entre 1969 y

1978, lo que indica un 21.3 % de aumento. Este aumento entre 1969 y 1972 fue de 7.2 % y entre 1972 y 1978 alcanzó a un 13.1 %. Contrasta el hecho de que entre 1969 y 1972 aumentaron las camas en un 1 %.

En todo caso este incremento en el número de egresos por cama y egresos hospitalarios en general se explica al comprobar en la Tabla N° 23 que el promedio de días estada por egreso ha disminuído de 12.8 días a 9.6 con un porcentaje de 25 %.

Se asiste así a un mejor uso del recurso cama hospitalaria, que es del orden de 2 % y que ha compensado la disminución de las camas en un 18.9 en relación a los habitantes.

8. Programa nacional de alimentación complementaria (PNAC) y estado nutritivo infantil

En la Tabla N° 25 se muestra el PNAC y en la Tabla N° 26 el estado nutritivo de la población de menores de 6 años.

Se puede apreciar el importante incremento en la cantidad de leche (y alimentos proteicos) entregados, que alcanza a un 95.3 % de incremento, 63.4 entre 1969 y 1972 y 41 % entre 1972 y 1978.

Paralelo con esto se nota una significativa mejoría en el estado nutritivo de los niños menores de 6 años entre 1975 y 1978 (no existen cifras confiables anteriores) en que el porcentaje de desnutridos baja de 17.8 % a 12.2 %, existiendo en esta última fecha sólo un 0.2 % de desnutridos avanzados.

9. Finalmente en las Tablas N° 27 y 28 se consignan cifras sobre otras acciones de nivel primario (realizadas en consultorios periféricos generales y postas rurales) dadas por médico-enfermera-matrona y auxiliar.

En 1972 (no existen cifras para 1969) el total alcanzó a 16.000.000 de atenciones, con una tasa de 1.64 x habitante, tasa que sube en 1978 a 1.99 x habitante, con un total de 21.700.000 acciones, lo que representa un incremento de 21.3 %.

De igual modo, el total de vacunas colocadas se alza de 3.700.000 a 4.640.000 con un incremento de un 25.3 % y medido en vacunas per cápita de 0.38 a 0.42, con un alza de 10.5 %. Debe consignarse que ya en 1978, por acuerdos internacionales, se discontinuó el programa habitual de vacuna antivaricélica.

Para terminar, a continuación se entrega una serie de cifras comparando la situación de Chile con otros países más o menos desarrollados de América, sin que ellas merezcan mayores comentarios.

SERIE DE TABLAS ANALIZADAS

1.- Población.

	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>
1969:	9.196.837			
1972:	9.722.341 +	525.504 +	5.7%	
1978:	10.857.128+	1.134.787 +	11.7%	+ 17.5%

2.- Natalidad

	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total.</u>
1969:	268.807			29.2			
1972:	277.891 +	9.084 +	3.3	28.6	- 0.6	- 2%	
1978:	234.500 +	43.391 -	15.6	21.6	- 7.0	- 24%	- 26%

3.- Mortalidad.

	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>Total</u>
1969:	84.640			9.2		
1972:	88.658 =	+ 4.018 +	4.7	9.1	- 0.1	
1978:	73.950 =	- 14.708 -	16.5	6.8	- 2.3	- 2.4 = 26%

4.- Crecimiento.

	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>
1969:	268.807		
	- 84.640		
	<u>184.167</u>	: 9.196.837	= 2%
1972:	277.891		
	- 88.658		
	<u>189.233</u>	: 9.722.341	= 1.95%
1978:	234.500		
	- 73.950		
	<u>160.550</u>	: 10.857.128	= 1.48%
			- 0.47 - 24.1%

5.- Mortalidad Infantil.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
1969	21.156			78.7				
1972	19.752 -	1.404	- 7.1%	71.1	- 7.6	- 9.6		
1978	9.315 -	10.437	- 52.8%	39.7	- 31.4	- 44.1	- 39.0	- 49.5

5.1.- < 28 días

Año	Nº	Dif.	%	Tasa	Dif.	%	Total	%
1969	8.357			31.1				
1972	8.062	- 295	- 3.5	29.0	- 2.1	- 6.7		
1978	4.445	- 3.617	- 44.8	19.0	- 10.0	- 34.5	- 12.1	39.0%

5.2.- > 28 días

Año	Nº	Dif.	%	Tasa	Dif.	%	Total	%
1969	12.759			47.6				
1972	11.690	1.109	+ 8.6	42.1	- 5.5	- 11.5		
1978	4.870	6.828	+ 58.3	20.8	- 21.3	- 50.6	- 26.8	56.3

5.3.- Mortalidad Neo-Natal precoz.

Año	Nº	Dif.	%	Tasa	Dif.	%	Total	%
1969	5.252			19.5				
1972	5.341	+ 89	+ 1.7	19.2	- 0.3	- 0.15		
1978	3.741	- 1600	- 36.0	16.0	- 3.2	- 16.6	- 3.5	- 18%

5.4.- Mortalidad Perinatal.

Año	Nº	Dif.	%	Tasa	Dif.	%	Total	%
1969	10.720			39.9				
1972	11.084	+ 364	+ 3.4	39.8	- 0.1	- 0.25		
1978	6.486	- 4.599	- 41.5	27.7	- 12.1	- 30.4	- 12.2	- 30.6

6.- Mortalidad General- Mortalidad Infantil.

Año	M-6	M-1	Dif.	2a.Dif.	%	Total.
1969	84.640	21.156	= 63.484			
1972	88.658	19.752	= 68.906	+ 5.422	+ 8.5	
1978	73.950	9.315	= 64.635	- 4271	- 6.2	+ 1.81%

7.- Mortalidad 1-4 años.

Año	Nº	Dif.	%	Tasa	Dif.	%	Total	%
1969	3466			3.54				
1972	2885	581	- 16.7	2.93	0.61	14.4		
1978	1594	1.291	- 44.7	1.53	1.40	47.5	- 2.01	- 56.7%

8.- Mortalidad General- Mortalidad Infantil- Mortalidad 1-4 años.

Año	M.G	M I	M 1 - 4 años	Dif.	Dif.
1969	84.640	21.156	3.466	= 60.036	
1972	88.658	19.752	2.885	= 66.021	+ 5983
1978	73.950	9.315	1.594	= 63.041	- 2980

9.- Mortalidad Materna.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
1969	488			1.82				
1972	452	36	7.3	1.63	0.19	10.4		
1978	224	228	50.4	0.96	67	41.1	0.86	47.2%

10.- Mortalidad por aborto.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
1969	171			0.64				
1972	138	33	19.3	0.50	0.14	23.3		
1978	98	40	29.0	0.42	0.08	16.0	0.22	34.3

11.- Mortalidad por TBC.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
1969	2.830			30.8				
1972	2.369	461	16.3	24.6	6.2	20.1		
1978	1.740	629	26.5	16.0	8.5	35.0	14.8	48.0%

12.- Mortalidad por cirrosis.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
1969	3.415			37.1				
1972	4.737	+ 1322	+ 38.7	48.7	+ 11.6	+ 31.2		
1978	3.955	- 782	- 16.5	36.4	- 12.3	- 25.2	0.7	1.9%

13.- Mortalidad por diarrea en menores de 1 año.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
1969	3.416			12.7				
1972	2.997	419	12.2%	10.8	1.9	14.9		
1978	875	2122	70.8%	3.7	7.1	65.7	9.0	70.8

14.- Mortalidad por bronconeumonía en menores de 1 año.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
1969	6.631			24.7				
1972	5.079	1552	23.4%	18.3	6.4	26.0		
1978	1410	3669	72.2%	6.0	12.3	67.2	18.7	75.7%

15.- Atención profesional del parto.

<u>Año</u>	<u>%</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>
1969	80.0		
1972	85.0	+ 5	6.25
1978	90.4	+ 5.4	6.35

16.- Consultas Médicas Adultos.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Cons./hab.</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>
1969	5.074.195			0.55			
1972	5.140.013	65.818	1.3	0.52	- 0.03	5.5%	
1978	5.609.573	469.500	9.1	0.52	- 0.00	-	5.5%

17.- Consultas Médicas Maternales.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Cons/hab.</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>
1969	535422			0.058			
1972	651284	115.862	21.6	0.067	0.009	15.5	
1978	820403	169.119	26.0	0.075	0.008	12.0	29.3%

18.- Consultas Médicas Infantiles.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Cons/hab.</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total.</u>
1969	3.823.593			0.47			
1972	3.965.818	142.225	3.71	0.40	0.01	2.4	
1978	4.104.384	138.566	3.50	0.37	0.03	7.5	9.7%

19.- Consultas Médicas Urgencia.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Cons/hab.</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total.</u>
1969	1.776.531	1.096.699	61.7	0.19			
1972	2.873.230	1.096.699	61.7	0.29	0.10	52.6	
1978	3.508.011	634.781	22.1	0.32	0.03	10.3	68.4%

20.- Total Consultas Médicas.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Cons/hab.</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>
1969	11.209.665			1.21			
1972	12.630.345	1.420.680	12.6	1.29	0.08	6.6%	6.6%
1978	14.042.371	1.412.026	11.2	1.29	-	-	-

21.- Camas por 1000 habitantes.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total.</u>
1969	33667			3.7			
1972	33979	+ 312	+ 0.9%	3.5	- 0.2	- 5.4	
1978	33040	- 939	- 2.7%	3.0	- 0.5	- 14.2	18.9

22.- Egresos hospitalarios por habitante.

<u>Año</u>	<u>Nº</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total.</u>
1969	788131			0.086			
1972	853566	65.435	8.3%	0.087	0.002		
1978	938.232	84666	10.0%	0.087	-	2.3	

23.- Total días estada.

<u>Año</u>	<u>"</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>
1969	12.8			
1972	11.1	1.7	13.2%	
1978	9.6	1.5	13.5%	25%

24.- Egresos por cama.

<u>Año</u>	<u>Tasa</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>Total % Dif.</u>
1969	23.4			
1972	25.1	1.7	7.2	
1978	28.4	3.3	13.1	21.3%

25.- Kilos de leche distribuidos.

<u>Año</u>	<u>Kilos</u>	<u>Dif.</u>	<u>%</u>	<u>K.hab.</u>	<u>Dif.</u>	<u>% Dif.</u>
1969	11.782.534			1828		
1972	19.266.191	2.503.657	63.4%	1.98	0.70	
1978	27.180.368	7.894.177	41.0%	2.50	0.52	95.3%

26.- Estado Nutritivo.

<u>Año</u>	<u>Entr.</u>	<u>Dano leve</u>	<u>Mod.</u>	<u>grave.</u>
1975	82.2	13.7	3.2	0.9
1978	87.8	10.4	1.6	0.2

27.- Acciones de Nivel Primario 1972-77.

Acciones nivel primario dadas por médico- enfermera, matrona y auxiliares.

1972 :	16.000.000	Tasa	:	1.64	x hab.
1977 :	21.700.000	Tasa	:	1.99	x hab.
	<u>5.700.000</u>			<u>0.35</u>	<u>21.3%</u>

28.- Vaquinas colocadas.- 1972 - 77.

1972 :	3.700.000	Tasa	:	0.38	
1977 :	4.639.000			0.42	
	<u>939.000</u>			<u>0.04</u>	<u>10.5%</u>

1.- Esperanza de vida al nacer : 1978.

CHILE	:	64.4
ARGENTINA	:	69.4
U.S.A.	:	73.2
HAITI	:	47.8

2.- Porcentajes de crecimiento de la población.

América	:	1.9	Chile	:	1.48
Am.Latina	:	2.7			
Caribe	:	1.4			
Am.del Norte	:	0.8			

3.- TASA DE NATALIDAD.

América Latina	:	35.1	Chile	:	21.8
Cono Sur	:	23.6			
Caribe	:	28.8			
América del Norte	:	15.3			

4.- TASA DE MORTALIDAD GENERAL.

América Latina	:	8.5	Chile	:	6.8
Cono Sur	:	8.7			
Caribe	:	9.0			
América del Norte	:	9.0			

5.- TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.

América Latina	:	66.8	Chile	:	36.8 (1979)
Caribe	:	28.4			
América del Norte	:	20.4			

6.- TASA DE MORTALIDAD DE 1 a 4 AÑOS.

América Latina	:	4.3	Chile	:	1.4 (1979)
Caribe	:	2.4			
América del Norte	:	1.5			

7.- ESTADO NUTRITIVO INFANTIL.

	Eutrófico	DesnL	DesnM	DesnG
CHILE	87.8	10.4	1.6	0.2
Paraguay	92.2	4.9	2.2	0.7
Haití	17.8	28.9	35.6	17.4

8.- Personal de Salud x 10.000 hab.

PAIS	MEDICOS	ENFERMERAS	AUXILIARES
CHILE	6.2	3.0	18.8
Argentina	24.0	6.7	9.2
Cuba	13.7	12.9	14.2
Haití	0.8	0.9	1.2
Perú	6.6	5.0	4.4

9.- Mortalidad por sarampión y % de población vacunada.

PAIS	MORT.	% vac.
CHILE	0.6	91.2%
U.S.A.	0.0	62.8
Guatemala	28.1	60.8

10.- Mortalidad por poliomielitis y % de población vacunada.

PAIS	MORBIL.	% vac.
CHILE	0.0	92.7%
U.S.A.	0.1	63.4%
Paraguay	11.1	12.2%

11.- Mortalidad por tuberculosis y % de población vacunada con BCG menor de 15 años.

PAIS	MORT.	% Vac.
CHILE	16.0	90%
U.S.A.	14.0	?
Brasil	23.5	58.6