

INDEX

XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

INDEX

St. George - Grenada Septiembre, Octubre, 1978

INFORME DEL GOBIERNO DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD
1978

INDEXED

INFORME DEL GOBIERNO DE CHILE A LA XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

El Gobierno de Chile se complace en presentar a la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXX Reunión del Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, un resumen del estado sanitario del país y de la labor realizada en el período 1974 a 1977 por el Ministerio de Salud, los servicios dependientes y otros organismos del Estado responsables de la salud de la población.

Con el objeto de proporcionar una versión más amplia y fidedigna, este Informe cubre en el hecho un período más prolongado, especialmente en lo que se refiere a la biodemografía, ya que el análisis de un período de sólo cuatro años no permite siempre formarse una idea cabal de la tendencia de los índices. De ahí que buena parte de la información se refiera al decenio 1968-1977, o aún a períodos más prolongados.

El estado de salud de un país no sólo está ligado a la acción directa de los servicios sanitarios, sino también a un sinnúmero de otros factores que en conjunto constituyen lo que habitualmente se denomina "nivel de vida de las poblaciones".

Como consecuencia de múltiples factores, entre los cuales pueden mencionarse la apertura de nuevas vías de comunicación, la difusión de la educación y la toma de conciencia por parte de la población respecto a la importancia del cuidado de salud, los servicios responsables de proporcionarla se han visto abocados a una aguda demanda que en algunos aspectos ha sobrepasado por tiempos variables la

capacidad de atención del Estado. Los esfuerzos del Ministerio de Salud y sus organismos dependientes en el sentido de ampliar la atención primaria de salud hacia las poblaciones rurales y periurbanas han mostrado frutos promisorios, que las autoridades se esfuerzan en extender en estos momentos

Ha sido política del Gobierno promover simultáneamente el desarrollo económico y el desarrollo social, sin esperar que el bienestar llegue a la población como consecuencia tardía del crecimiento económico.

* * *

El presente Informe se ha dividido en cuatro secciones, a saber:

- A. LOS PROBLEMAS DE SALUD, B. LOS RECURSOS PARA SALUD,
C. LA POLITICA DE SALUD y D. LAS ACCIONES DE SALUD.

A. LOS PROBLEMAS DE SALUD

I. LA POBLACION: ANALISIS BIODEMOGRAFICO

No hay duda que el hecho más trascendente en lo que respecta a la población en los últimos años es el descenso de la natalidad, que se inicia en 1964, después de casi 30 años de estabilización en cifras altas. Asimismo, el crecimiento vegetativo de la población ha experimentado un notorio descenso, no obstante un sostenido y significativo descenso de la mortalidad general. Cuadro N° 1).

Como puede observarse en el Cuadro N° 1, en los 15 años transcurridos entre 1962 y 1977, el descenso de la natalidad ha sido de un 59.5 por ciento, el del crecimiento vegetativo de un 60.0 por ciento y el de la mortalidad general, de 58.5 por ciento.

CUADRO N° 1

Población, natalidad, mortalidad general y crecimiento vegetativo
CHILE, 1961-1977

Años	POBLACION en miles	NATALIDAD		MORTALIDAD GRAL.		CRECIMIENTO Vegetativo (b)
		Nacidos vivos	Tasa (a)	Defunciones	Tasa (a)	
1962	8.029	304.930	38.0	94.569	11.8	2.62
1963	8.222	309.908	37.7	98.901	12.0	2.57
1964	8.450	306.050	36.2	94.111	11.0	2.52
1965	8.484	308.014	36.3	91.491	10.8	2.55
1966	8.661	295.761	34.1	90.488	10.4	2.37
1967	8.838	277.009	31.3	86.987	9.8	2.15
1968	9.015	273.296	30.3	84.560	9.4	2.09
1969	9.192	268.807	29.2	84.680	9.2	2.00
1970	9.369	261.609	27.9	83.166	8.9	1.90
1971	9.545	273.518	28.7	83.240	8.7	2.00
1972	9.722	277.891	28.6	88.658	9.1	1.95
1973	9.899	276.650	27.9	82.988	8.4	1.95
1974	10.076	267.977	26.6	78.284	7.8	1.88
1975	10.253	256.543	25.0	74.182	7.2	1.78
1976	10.454	247.722	23.7	79.389	7.6	1.61
1977	10.655	240.463	22.6	73.541	6.9	1.57

(a) - por mil habitantes

(b) - por cien habitantes

Nuestro país ha tenido ya desde la época colonial una clara conciencia de la importancia del conocimiento de su población y de su estructura. El primer censo serio nominativo que incluía a todos los habitantes del país, sin distinciones de sexo, edad o raza, fue practicado en 1778 por el Gobernador Jáuregui.

Organizada definitivamente la República, se realizó en 1835 el primer censo de la República de Chile, iniciándose así una tradición ininterrumpida de censos periódicos con

bastante regularidad. Desde el censo de 1865 poseemos informacón confiable sobre la distribución urbano-rural. (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2
Población Total y Urbano Rural de Chile
Censos 1835 - 1970

Años	P O B L A C I O N				
	TOTAL Habitantes	URBANA Habitantes	%	RURAL Habitantes	%
1835	1.010.336				
1843	1.083.801				
1854	1.439.120				
1865	1.819.223	250.663	28.6	1.298.560	71.4
1875	2.075.971	725.545	34.9	1.350.426	65.1
1885	2.507.380	1.045.578	41.7	1.461.802	58.3
1895	2.695.911	1.226.639	45.5	1.469.272	54.5
1907	3.231.496	1.396.912	43.2	1.834.584	56.8
1920	3.731.573	1.732.567	46.4	1.999.006	53.6
1930	4.287.445	2.119.221	49.4	2.168.224	50.6
1940	5.023.539	2.639.311	52.5	2.384.228	47.5
1952	5.932.995	3.573.122	60.2	2.359.873	39.8
1960	7.374.415	5.028.060	68.2	2.346.055	31.8
1970	9.369.768	7.036.696	75.1	2.333.072	24.9

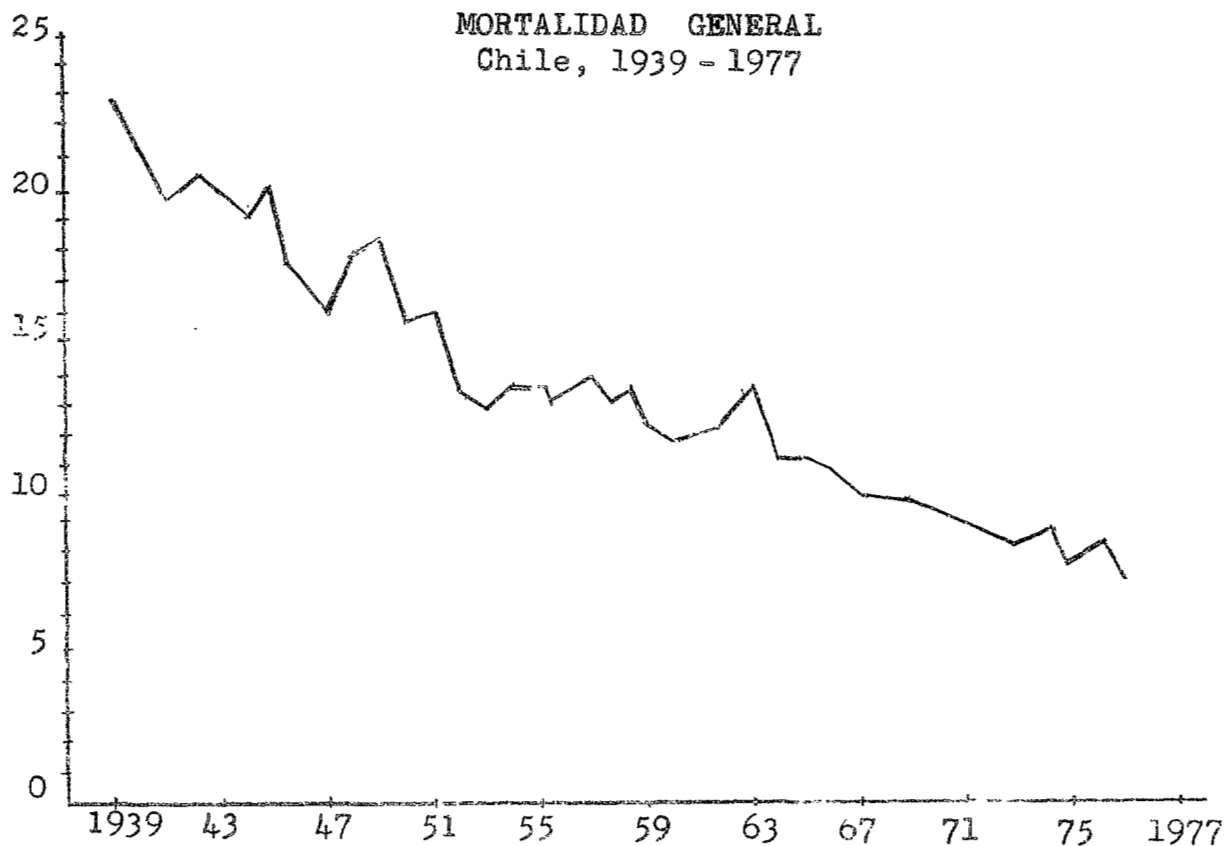
La población del país como puede observarse en el Cuadro N° 2, se duplicó entre 1835 y 1875, es decir, en 40 años. Volvió a duplicarse en 1930, ahora en un período de 55 años. Por razón del descenso de la mortalidad que se observa a partir de 1930, sin un descenso concomitante de la natalidad, se aceleró el crecimiento de la población, volviéndose a duplicar aproximadamente en 1965, es decir, ahora en sólo 35 años. La marcada disminución de la natalidad y del crecimiento vegetativo iniciada hacia 1964 hace aventurado predecir el curso

que seguirá en el futuro la población de nuestro país, pero es evidente que el ritmo de crecimiento será acentuadamente más lento. Algunas estimaciones predicen que la población de Chile fluctuará entre 15 y 16 millones en el año 2.000.

Otro hecho digno de notarse es la progresiva y marcada disminución relativa de la población rural: el Censo de 1865 indicaba que el 71.4 por ciento de la población vivía en el medio rural. Esta proporción había descendido a 24.9 por ciento en 1970. No obstante, nótese que en cifras absolutas la población rural se mantiene casi estable desde 1940.

G R A F I C O N ° 1

MORTALIDAD GENERAL
Chile, 1939 - 1977



MORTALIDAD GENERAL

El Cuadro N° 1 muestra la evolución de la mortalidad de todas las edades y por todas las causas correspondientes a los años 1962 a 1977. Se observa a partir de 1964 un descenso de las tasas que habían estado estabilizadas por más de 15 años en cifras vecinas a 12 por mil.

En el GRAFICO N° 1 se muestra la evolución de la mortalidad general en los últimos 40 años, cubriendo el período 1938 -1977.

Se observa en este Gráfico que existe un período sostenido de descenso entre los años 1939 y 1953 y luego una estabilización en cifras que oscilan alrededor de 12 por mil hasta el año 1963. En 1964 se reinicia la tendencia al descenso hasta llegar a la tasa de 6.9 por mil del año 1977, la más baja de nuestra historia.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

En el Cuadro N° 3 se señalan las 10 principales causas de muerte en los años 1973 y 1977.

Es dable notar en el Cuadro N° 3 cómo las enfermedades crónicas y las muertes violentas han pasado a predominar en la patología de nuestro país. Así, mientras en 1963 las afecciones del aparato circulatorio, los tumores malignos y los accidentes, envenenamientos y violencias eran responsables del 29.7 por ciento del total de muertes, en 1977 lo eran del 47.3 por ciento del total.

Otro aspecto que vale la pena hacer notar es que las enfermedades infecciosas y parasitarias que ocupaban el 3er. lugar como causa de muerte en 1963, han descendido al 8° lugar en 1977.

Las variaciones en las tendencias que hemos

comentado hacen aconsejable introducir cambios en los programas de salud y ajustes en las estructuras de los servicios con el objeto de adaptarlos a las nuevas necesidades.

CUADRO N° 3

10 Principales Causas de Muerte

Según 8a. Revisión. Chile, 1973 y 1977

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	1 9 7 3			1 9 7 7		
	N°	%	N° Ord.	N°	%	N° Ord.
Aparato Circulatorio 390 - 458	17.046	20.5	1	16.348	22.2	1
Tumores Malignos 140 - 209	10.518	12.7	3	10.566	14.4	2
Aparato Respiratorio 460 - 519	11.054	13.3	2	8.085	11.0	3
Accidentes, Envenenamientos y Violencias 800 - 994	10.356	12.5	4	7.871	10.7	4
Estados morbosos mal definidos 780 - 796	6.790	8.1	5	7.446	10.1	5
Aparato digestivo 520 - 577	5.822	7.0	7	5.730	7.8	6
Perinatales 760 - 779	6.199	7.5	6	4.263	5.8	7
Infecciosas y Parasitarias 001 - 009 120-136	5.200	6.3	8	3.827	5.2	8
Endocrinas, Nutrición, Metabol. 240 - 279	2.130	2.6	9	1.953	2.7	9
Tuberculosis	2.048	2.5	10	1.944	2.6	10

MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y PREESCOLAR

El Cuadro N° 4 y los Gráficos Nos. 2 y 3 muestran la evolución de la mortalidad neonatal, infantil y preescolar (1 a 4 años) entre los años 1963 y 1977.

CUADRO N° 4

Mortalidad Neonatal, Infantil y del Grupo 1 a 4 años

Chile, 1963 - 1977

Años	MORTALIDAD NEONATAL		MORTALIDAD INFANTIL		MORTALIDAD 1 a 4 años	
	Defunciones - 28 días	Tasa (1)	Defunciones - 1 año	Tasa (1)	Defunciones	Tasa (2)
1963	11.053	36.3	31.044	101.6	6.795	7.0
1964	10.411	34.3	31.495	104.0	7.185	7.0
1965	10.318	33.9	29.394	96.6	5.335	5.1
1966	10.297	35.7	28.909	100.2	5.155	4.8
1967	9.512	34.5	26.127	94.7	4.121	3.7
1968	8.649	31.6	22.807	83.5	3.593	3.2
1969	8.357	31.1	21.156	78.7	3.466	3.0
1970	8.195	31.3	20.750	79.3	3.684	3.5
1971	7.743	28.3	19.271	70.5	3.075	2.9
1972	8.062	29.0	19.752	71.7	2.885	2.6
1973	7.450	27.0	18.029	65.2	2.697	2.4
1974	6.903	25.8	16.951	63.3	2.619	2.6
1975	6.369	24.8	14.217	55.4	2.171	2.2
1976	5.848	23.6	13.374	54.0	2.131	2.1
1977	5.037	20.9	11.429	47.5	1.756	1.7

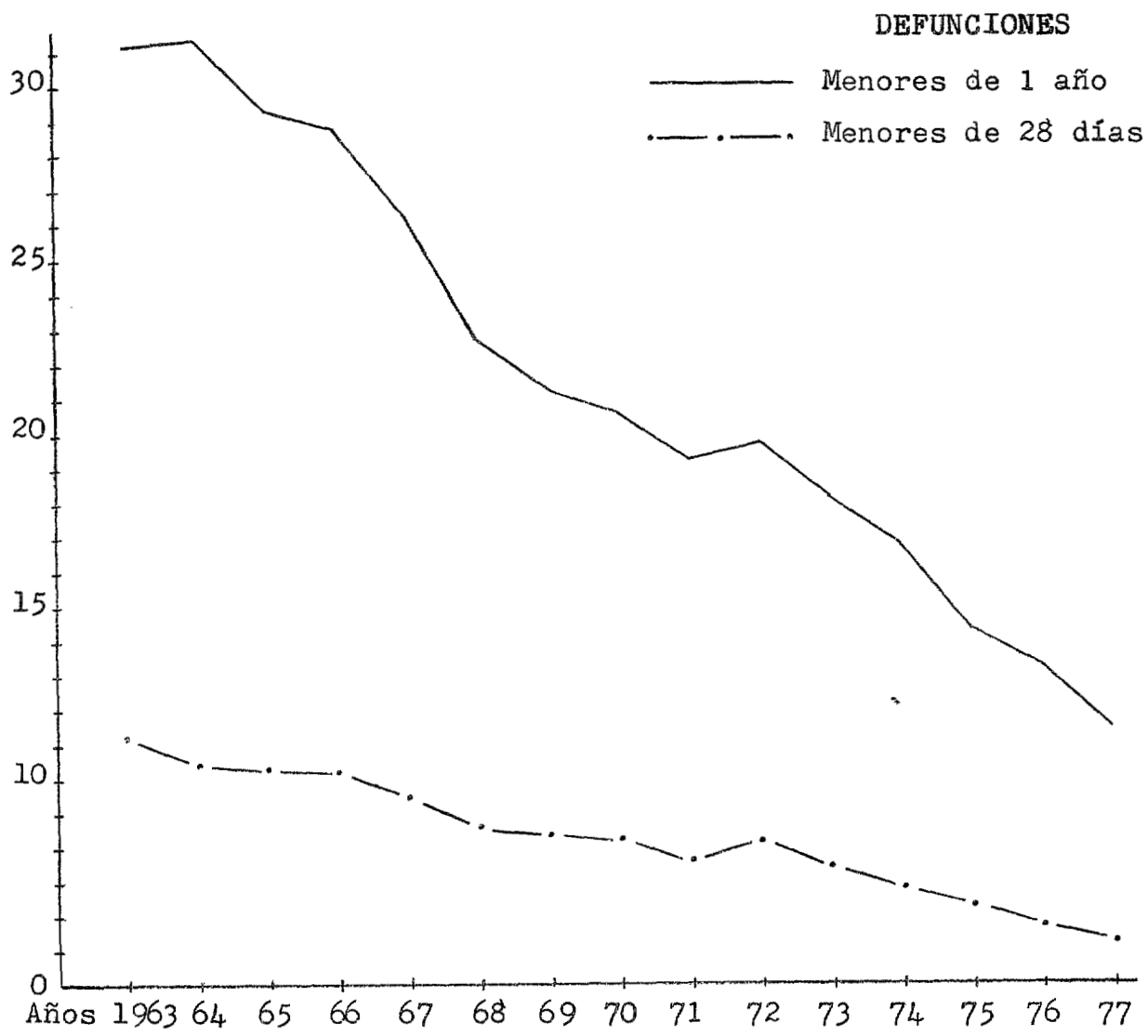
(1) por mil vivos

(2) por mil niños de 1 a 4 años.

Mortalidad Infantil. Como puede observarse en el Cuadro N° 4 y en el Gráfico N° 2, el descenso de las tasas de mortalidad infantil comienza en el 1967 para alcanzar su nivel

G R A F I C O N° 2

MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL
Chile, 1963 - 1977



más bajo en 1977: 47.0 por mil nacidos vivos. El descenso de las cifras absolutas comenzó antes, a partir de 1965; pero no afectó a las tasas hasta 1967, fenómeno que se explica por el importante descenso concomitante del número de nacidos vivos que también comenzó en 1965 y que, como se sabe, es el denominador que se utiliza para el cálculo de la mortalidad infantil.

El descenso observado en el quinquenio 1968 - 1972 fue de 13.8 por ciento y en el quinquenio 1973 - 1977, de 27.9 por ciento.

La mortalidad neonatal permaneció estacionaria en cifras altas hasta 1967 comenzando a partir de 1968 un descenso que ha llevado la tasa a 20.9 por mil en 1977 y que representa una baja de 40.0 por ciento en relación con la tasa de 1967.

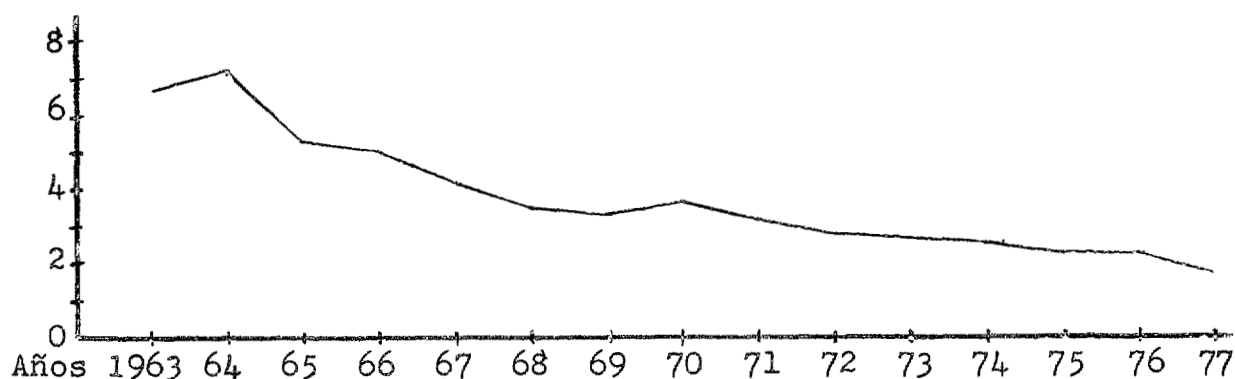
Mortalidad del preescolar (1 a 4 años).

Basadas en el hecho de que se observa una estrecha relación entre los índices de mortalidad del grupo de 1 a 4 años y del consumo de proteínas, especialmente de origen animal, tanto FAO como OMS han utilizado la mortalidad de este grupo como indicador del estado nutricional de la población. En nuestra experiencia, también tienen importancia en la mortalidad de este grupo de edad las enfermedades transmisibles comunes, como sarampión y tos ferina. No debe olvidarse, sin embargo, que la gravedad de éstas está íntimamente relacionada con el estado nutricional del niño, siendo frecuentemente las enfermedades transmi-

sibles la causa inmediata de la muerte de niños desnutridos.

La evolución de la mortalidad del grupo de 1 a 4 años en Chile ha sido muy favorable, como puede observarse en el Cuadro N° 4 y en el Gráfico N° 3. El descenso de la tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años entre los años 1963 y 1977 ha sido de un 75.7 por ciento.

G R A F I C O N ° 3
MORTALIDAD DE 1 a 4 AÑOS
Chile, 1963 - 1977



Son muchos los factores que han influido en el descenso tan marcado de la mortalidad de los niños menores de 5 años. Aparte del mejoramiento de las condiciones económicasociales y de extensión de la educación, que tanta repercusión tienen en este aspecto, debemos señalar como muy importantes: el incremento de la atención profesional del parto, la ampliación de la cobertura de la atención, tanto a consecuencias del programa de construcciones de postas de salud rurales y periurbanas dotadas de personal profesional y auxiliar debidamente adiestrado, como de la ampliación de la red vial; los programas de inmunización de las enfermedades transmisibles agudas más frecuentes en la infancia y los de distribución de leche y alimentos proteicos.

MORTALIDAD POR CAUSAS OBSTETRICAS

El Cuadro N° 5 y el Gráfico N° 4 muestran la evolución de la mortalidad materna y por aborto en el decenio 1968 - 1977.

CUADRO. N° 5

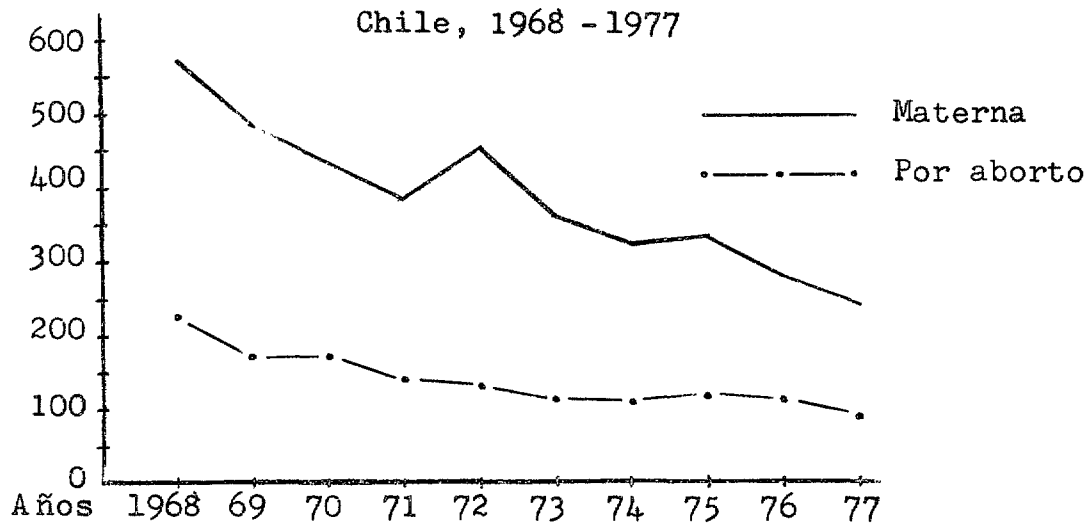
Mortalidad por Causas Obstétricas y por Aborto
Chile, 1968 - 1977

AÑOS	MUERTES MATERNAS		MUERTES POR ABORTO	
	Número	Tasa por 1.000	Número	Tasa por 1.000
1968	579	2.1	230	0.8
1969	488	1.8	171	0.6
1970	439	1.7	172	0.6
1971	389	1.4	143	0.5
1972	452	1.6	138	0.5
1973	365	1.3	119	0.4
1974	326	1.2	114	0.4
1975	336	1.3	122	0.5
1976	284	1.1	111	0.4
1977	246	1.0	93	0.4

G R A F I C O N ° 4

MUERTES MATERNAS Y POR ABORTO

Chile, 1968 - 1977



Como se señala en la sección destinada al análisis de las acciones de salud, la causa de esta tendencia tan favorable de las curvas de mortalidad por causas obstétricas debe atribuirse a un esfuerzo decidido de los servicios de salud, precisamente a raíz de un análisis de las causas de las altas tasas de mortalidad materna y de las medidas que es aconsejable tomar, que se realizó por iniciativa del Ministerio de Salud, que se tradujo en un aumento significativo de las consultas y atenciones de partos otorgados por profesionales

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AGUDAS

El Cuadro N° 6 y el Gráfico N° 5 muestran la tendencia de la mortalidad por enfermedades transmisibles agudas en el decenio 1968 -1977.

CUADRO N° 6

Mortalidad por Enfermedades Transmisibles Agudas (*)

Chile, 1968 - 1977

AÑOS	DEFUNCIONES	TASA por 100.000 hab.
1968	2.072	22.2
1969	1.902	19.9
1970	2.445	25.1
1971	2.362	23.8
1972	2.205	21.8
1973	1.975	19.1
1974	2.102	20.0
1975	1.905	18.6
1976	1.879	18.0
1977	1.732	16.3

(*) Excluidas infecciosas intestinales

G R A F I C O N ° 5
 MORTALIDAD POR ENFERMEDADES
 TRANSMISIBLES AGUDAS (*)
 Chile, 1968 -1977



La declinación de las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles agudas, que se inició a fines de la década del 40, no se ha detenido como puede observarse en el Cuadro N°6. Influyen en esta tendencia, tal como en la mayoría de los otros aspectos de la salud, el mejoramiento de las condiciones económico-sociales, la difusión de la educación, la extensión de la cobertura por los servicios de salud y, en el caso particular que nos ocupa, la disponibilidad de nuevos y mejores antibióticos y especialmente los programas de vacunación incorporados a las acciones regulares de salud

Los Programas de vacunación contra difteria, tos ferina y poliomielitis son de antigua data, pero se han intensificado en los últimos años. Los Programas de vacunación contra sarampión se iniciaron en 1964. El Cuadro N° 7 nos muestra la evolución de la morbilidad y mortalidad de estas enfermedades en el decenio 1968-1977. Llama particularmente la atención los espléndidos resultados obtenidos mediante la intensificación de la vacunación antipolio: no se ha presentado ningún caso desde 1975.

CUADRO N° 7

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR
ALGUNAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

CHILE, 1968-1977

AÑOS	D I F T E R I A		T O S F E R I N A		P O L I O M I E L I T I S		S A R A M P I O N	
	N ú m e r o	Tasas por 100.000	N ú m e r o	Tasas por 100.000	N ú m e r o	Tasas por 100.000	N ú m e r o	Tasas por 100.000
	Casos Muer- tes	Morb. Mort.	Casos Muer- tes	Morb. Mort.	Casos Muer- tes	Morb. Mort.	Casos Muer- tes	Morb. Mort.
1968	504	5.4	2011	21.5	63	0.7	7146	76.4
1969	337	3.8	2905	30.4	64	0.7	9358	99.7
1970	331	3.4	2392	24.6	205	2.1	22127	227.5
1971	462	4.7	2074	20.9	55	0.6	17671	178.1
1972	662	6.5	3380	33.4	11	0.1	6299	62.2
1973	544	5.3	3818	37.0	4	0.0	3868	37.4
1974	412	4.1	12184	120.9	3	0.0	16806	166.8
1975	428	4.2	2550	24.9	2	0.0	8413	82.1
1976	491	4.7	10666	102.0	0	0.0	2542	24.3
1977	549	5.2	10157	95.3	0	0.0	1060	9.9

ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES

Las tasas de morbilidad por tifoidea y paratifoidea y, en general, las enfermedades diarreicas han permanecido altas a causa de un deficiente saneamiento básico.

Gracias al diagnóstico y tratamiento y hospitalización oportunos de los enfermos, la mortalidad por salmonelosis ha sido reducida a cifras modestas; pero deben tomarse en cuenta los altos dispendios que esto significa para los servicios de salud y para la comunidad en general. La unificación de los servicios de higiene del medio, producida recientemente con la creación del Servicio Nacional de Obras Sanitarias (SENDOS) permitirá, esperamos, abordar por fin este grave problema con criterio racional.

ENFERMEDADES CUARENTENABLES

La erradicación de la viruela se logró en nuestro país en 1954, año después del cual no se ha presentado ningún caso autóctono.

Los últimos casos de tifus exantemático epidémico se presentaron en 1967. No se ha notificado ningún caso posteriormente. Por lo tanto, esta enfermedad ha sido erradicada.

En la década de 1910 se presentaron algunos casos de fiebre amarilla urbana en la provincia de Tarapacá. Chile se sumó al programa continental de erradicación del Aedes Aegypti, alcanzándose el objetivo en 1963. Todo el territorio nacional ha permanecido libre de mosquitos desde aquella fecha.

TUBERCULOSIS

En el Cuadro N° 8 se presenta la evolución de la mortalidad por tuberculosis en el decenio 1968 - 1977.

CUADRO N° 8

Defunciones y mortalidad por 100.000
TUBERCULOSIS, todas localizaciones
 Chile, 1968-1977

AÑOS	DEFUNCIONES	TASA por 100.000
1968	3.150	33.7
1969	2.830	29.6
1970	2.569	26.4
1971	2.271	22.9
1972	2.396	23.7
1973	2.048	19.8
1974	1.952	19.4
1975	1.930	18.8
1976	1.996	19.1
1977	1.943	18.2

No obstante su tendencia decreciente, la tuberculosis continúa siendo la enfermedad transmisible con la más alta tasa de mortalidad en Chile.

TRIPANOSOMIASIS AMERICANA

La enfermedad de Chagas es endémica en Chile y se presenta entre la I y VII Regiones (Latitud Sur 18° a 35°). No existe información general respecto de su prevalencia en las zonas endémicas y sólo se dispone de datos obtenidos en investigaciones circunscritas a algunas áreas. En 1977 se notificaron por médicos 25 defunciones por esta causa?

ZOONOSIS

A medida que las enfermedades transmisibles agudas y la tuberculosis han ido disminuyendo su incidencia y prevalencia, la zoonosis de origen viral, bacteriano y parasitario han ido adquiriendo mayor importancia, tanto por afectar directamente la salud humana como por sus repercusiones indirectas económicas y de nutrición por su efecto sobre el desarrollo pecuario.

El conocimiento y control de las zoonosis, en general, no es simple por la multiplicidad de factores epidemiológicos envueltos y por ser el área rural la zona más importante de dispersión de focos.

La hidatidosis es la zoonosis de mayor importancia en Chile. En 1976 se notificaron 820 casos humanos y se produjeron 48 defunciones por esta causa. En el mismo año fueron notificados 61 casos de carbunco bacteriano con 2 defunciones y 37 casos de triquinosis con 3 defunciones.

RABIA. El Servicio Nacional de Salud ha concentrado sus esfuerzos en el control de esta enfermedad con éxito significativo (Cuadro N° 9).

Cuando se inició el programa, la enfermedad tenía una dispersión entre las ciudades de Arica por el Norte y Osorno por el Sur (latitudes Sur 18° 30' a 40° 30'); presentaba ciclos quinquenales, siendo la especie canina responsable del 86 por ciento de los casos.

En la actualidad la enfermedad está circunscrita a focos aislados en las Regiones Metropolitana, VI y IX. La periodicidad cíclica se ha roto y no ha habido casos humanos en los últimos cinco años.

CUADRO N° 9
Casos de Rabia Animal y Humana
 Chile, 1957-1976

AÑOS	RABIA ANIMAL	RABIA HUMANA
1957	159	2
1958	177	4
1959	269	6
1960	629	6
1961	554	5
1962	442	3
1963	251	2
1964	218	3
1965	176	1
1966	79	1
1967	56	-
1968	69	-
1969	30	1
1970	15	-
1971	20	1
1972	14	1
1973	20	-
1974	7	-
1975	2	-
1976	10	-
1977	20	-

ENFERMEDADES VENEREAS

Se ha observado en los últimos años un aumento de casos de enfermedades venéreas (sífilis y gonorrea) debido en parte al aumento real de estas

enfermedades, como se observa en la mayor parte de los países, y por otra parte, también es debido al mejoramiento de las notificaciones por una mejor estructuración del programa (Cuadros Nos. 10 y 11).

CUADRO N° 10

Morbilidad por Sífilis

Chile, 1974 - 1977

AÑOS	CASOS NOTIFICADOS
1974	3.922
1975	5.252
1976	5.722
1977	6.858

CUADRO N° 11

Morbilidad por Enfermedades Venéreas

Chile, Región Metropolitana
1974 - 1977

AÑOS	SIFILIS CONTAGIOSA	GONORREA
1974	2.420	1.820
1975	2.661	2.508
1976	3.173	4.967
1977	3.681	3.202

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

En el Cuadro N° 12 se muestran las defunciones y tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según la 8a. Revisión de la Clasificación Internacional de Causas de Muerte.

CUADRO N° 12
Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares
 Chile, 1968-1977

AÑOS	DEFUNCIONES	TASA x 100.000
1968	16.454	175.9
1969	17.775	185.8
1970	18.202	187.2
1971	18.211	183.5
1972	18.190	179.7
1973	17.045	165.5
1974	15.906	157.9
1975	15.679	152.9
1976	16.753	160.2
1977	16.343	153.4

El Cuadro N° 12 muestra la importancia que tienen las enfermedades cardiovasculares en nuestro país, que, desde 1968, ocupan el primer lugar como causa de muerte. En 1977 se produjeron 3.529 defunciones por infarto agudo del miocardio (21.6 por ciento); 2.059 muertes por enfermedad crónica isquémica del corazón (12,6 por ciento) y 6.842 por accidentes cerebrovasculares (41.8 por ciento).

Da una idea de la gravitación económica de las enfermedades cardiovasculares sobre el Servicio Nacional de Salud el hecho de que en 1973 se hospitalizaron 38.167 personas por estas enfermedades, lo que arroja un total de 6.1% de las hospitalizaciones de los mayores de 1 año, excluidas las atenciones obstétricas.

CANCER

El Cuadro N° 13 presenta la mortalidad por Cáncer en el último decenio.

Entre 1918 y 1977 las tasas de mortalidad por Cáncer se han triplicado: 36.5 por 100.000 en 1918, 99.2 por 100.000 en 1977. Influyen en este incremento, por un lado el envejecimiento de la población, pero también un aumento real de la enfermedad. Debe tenerse en cuenta, además que la paulatina incorporación de la población a los beneficios previsionales ha tenido como consecuencia un mayor acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, a un mejor diagnóstico de las causas de muerte.

CUADRO N° 13Mortalidad por Cáncer

Chile, 1968-1977

AÑOS	DEFUNCIONES	TASA por 100.000
1968	9.500	101.6
1969	9.720	101.6
1970	9.862	101.4
1971	10.000	100.8
1972	10.155	100.3
1973	10.518	101.8
1974	10.131	100.5
1975	10.442	101.8
1976	10.706	102.4
1977	10.566	99.2

Las localizaciones más frecuentes según las estadísticas de 1977 fueron:

- Cáncer del estómago	2.609 - 24.5%
- Cáncer broncopulmonar	951 - 9.0%
- Cáncer hígado y vías biliares	808 - 7.6%
- Cáncer cuello uterino	631 - 6.0%
- Cáncer esófago	530 - 5.0%
- Cáncer mama	495 - 4.7%

La importancia del problema puede valorizarse mejor si se considera que por cada 10.000 habitantes, 12 personas se hospitalizan anualmente por cáncer; 4 de cada 10.000 mujeres mueren anualmente de cáncer genital y 5 de cada 10.000 hombres, de cáncer digestivo.

ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS

Como se ha señalado en otra parte, las muertes por accidentes, envenenamientos y violencias ocupan el 4° lugar entre las causas de defunciones.

En el Cuadro N° 14 se indica el número de defunciones y las tasas de mortalidad por este grupo de causas para el decenio 1968 -1977.

CUADRO N° 14
Mortalidad por Accidentes,
Envenenamientos y Violencias
Chile, 1968-1977

AÑOS	DEFUNCIONES	TASA por 100.000
1968	7.678	82.1
1969	7.857	82.0
1970	8.106	83.3
1971	9.020	90.9
1972	9.748	96.3
1973	10.355	100.2
1974	7.693	76.3
1975	7.539	73.5
1976	7.347	70.3
1977	7.870	73.9

En el Cuadro anterior se observan tres tendencias bien definidas: tasas estables alrededor de 82 por mil entre los años 1968 y 1970; un fuerte aumento entre 1971 y 1973 y un importante descenso entre 1974 y 1977.

ENFERMEDADES NUTRICIONALES

El Servicio Nacional de Salud evalúa el estado nutricional de toda su población de beneficiarios menores de 6 años, bajo control, que en 1977 alcanzaba al 81.1 por ciento. De ellos, en ese año, un 85.1 por ciento eran eutróficos, un 11.9 por ciento presentaban signos de desnutrición leve y un 3.0 por ciento, desnutrición moderada y avanzada. El mayor número de eutróficos se encontraba en el grupo de 0 a 5 meses (90.4 por ciento) y el menor número de eutróficos en el grupo de edad de 12 a 23 meses (81.5 por ciento).

El consumo de calorías de la población demuestra un ligero déficit (13 por ciento) en relación a las recomendaciones FAO/OMS, déficit que se ha ido recuperando en los últimos años. Respecto al consumo de proteínas, se observa que el país satisface adecuadamente sus requerimientos.

Encuesta continuada del estado nutricional

Entre los años 1974 y 1975 se realizó una encuesta nacional sobre estado nutricional. En la actualidad se encuentra publicado un primer informe y se espera disponer del informe final a fines de año. La encuesta dividió al país en 4 macrozonas de acuerdo a las características geográficas y de producción. No se dispone aún de información para todo el país.

Carencias Específicas

Bocio endémico. Afecta fundamentalmente a la población que habita en zonas precordilleranas. Las tasas más altas se encontraron en la macrozona agrícola (9.0 por ciento de bocio leve; 0,6 por ciento de bocio moderado y 0,2 por ciento de bocio avanzado). Las tasas más bajas correspondieron a la macrozona desértica y de secano (4.3 por ciento leve; 0.1 por ciento de bocio moderado y ningún caso de bocio avanzado).

Fierro. La deficiencia de fierro se observa principalmente en los lactantes y preescolares y dentro de los adultos, en las mujeres en edad fértil.

Avitaminosis A. La carencia específica de vitamina A. no es un problema de salud pública en nuestro país. Se observa que los casos se producen de preferencia en zonas secas, templadas y con escasa agricultura.

HIGIENE DEL AMBIENTE

De acuerdo a la legislación vigente, corresponde al Servicio Nacional de Obras Sanitarias (SENDOS), dependiente del Ministerio de Obras Públicas, la construcción y explotación de los servicios de agua potable en el medio urbano y en localidades rurales con población concentrada mayor de 200 habitantes.

Asimismo, corresponde al SENDOS la construcción y explotación de los servicios de alcantarillado en las ciudades del país.

En los Cuadros Nos. 15 y 16 se resume la situación del agua potable y disposición de excretas en el país entre los años 1970 y 1977.

CUADRO N° 15

AGUA POTABLE

Población Servida. Chile Años 1970, 1975, 1977

AÑOS	U R B A N A						R U R A L					
	Conexión domicilio		Facil acceso		TOTAL		Conexión domicilio		Fácil acceso		TOTAL	
	N°*	%	N°*	%	N°*	%	N°*	%	N°*	%	N°*	%
1970	4.340	62.0	800	11.4	5.140	73.4	90	3.9	250	10.8	340	14.6
1975	5.949	77.7	1.106	14.4	7.055	92.1	160	7.1	486	21.7	646	28.8
1977	6.689	81.4	1.400	17.0	8.089	98.4	175	7.9	494	22.3	669	30.2

* en miles

Es digno de hacer notar que la extensión de los servicios de agua potable tanto en el medio urbano como en el rural, es superior al crecimiento de la población en el mismo período.

CUADRO N° 16

EVALUACION DE EXCRETAS

Población Servida. Chile, Años 1970, 1975, 1977

AÑOS	U R B A N A						R U R A L					
	Conexión Red Alcantari-llado		Fosas sept. Letrinas		TOTAL Adecuado		Conexión Red Alcantari-llado		Fosas Sept. Letrinas		TOTAL Adecuado	
	N°*	%	N°*	%	N°*	%	N°*	%	N°*	%	N°*	%
1970	2.536	36.0	-	-	-	-	0	0.0	279	12.0	279	12.0
1975	3.562	46.5	280	3.7	3.842	50.2	0	0.0	209	9.0	209	9.0
1977	4.286	52.2	287	3.5	4.573	55.7	0	0.0	-	-	-	-

* en miles

Recolección y eliminación de desechos sólidos

El problema planteado por la recolección y disposición final de los desechos sólidos presenta características particularmente agudas en los grandes centros urbanos del país. En los últimos años el programa se ha enfocado particularmente a resolver el problema de la ciudad de Santiago que, con más de tres millones de habitantes, produce aproximadamente 2.000 toneladas diarias de basuras. De todas las deficiencias en relación con este problema, la de mayor riesgo lo constituía la inexistencia de una disposición final adecuada en lugares vecinos a zonas pobladas.

Calidad sanitaria de los alimentos.

En 1974 se analizaron 74.366 muestras de alimentos con un 14.98 por ciento de no conformidad; las cifras para 1975, 1976 y 1977 fueron de 75.658 con 13.70 por ciento no conforme; 93.266 muestras con 12.22 por ciento no conforme y 108.049 muestras con 12.57 por ciento no conformes.

La no conformidad de las muestras ha consistido ya sea en la contaminación microbiana o química o en alteraciones organolépticas.

Instituto Nacional de Salud Ocupacional.

Para cumplir con las funciones que se le han encomendado, dispone este Instituto de las siguientes unidades: Laboratorio de Higiene Industrial, Laboratorio de Bioquímica y Fisiología del Trabajo, Laboratorio de Ruido y Vibraciones, Laboratorio de Protección Radiológica, Laboratorio de Contaminación Atmosférica, Unidad de Medicina del Trabajo y Equipo Móvil de Rayos X, Unidad de Terreno y Unidad Docente.

Sus funciones principales son el suministro de asesoría técnica en salud a la industria y minería, la prepa-

ración de personal especializado en salud ocupacional y la promoción y realización de investigaciones en materias de salud del trabajador.

Contaminación atmosférica.

La Región Metropolitana (Santiago) es el sector que presenta el problema más crítico de contaminación atmosférica, debido a que posee la mayor concentración demográfica e industrial del país y a sus condiciones geográficas y meteorológicas desfavorables. Se ha instalado en dicha Región una red de muestreo complementaria de la red PANAIRE, que une toda el Area Metropolitana la que mide los promedios diarios de anhídrido sulfuroso, óxido de nitrógeno y partículas en suspensión. Se cuenta también con una estación fija automática en el centro de la ciudad de Santiago que registra, además de los elementos arriba señalados, las concentraciones de monóxido de carbono y de hidrocarburos.

Los resultados obtenidos en dichas estaciones durante 1977 señalan que los índices de contaminación más alarmantes se encuentran en el material particulado en suspensión y en el monóxido de carbono, los cuales sobrepasan en exceso y en forma permanente los valores máximos permitidos recomendados por los organismos internacionales.

B. LOS RECURSOS PARA SALUD

I. Hospitales y camas hospitalarias. Al 31 de Diciembre de 1977 disponía el país de 37.758 camas hospitalarias, es decir 3.54 camas por 1.000 habitantes. De ellas, 33.463 camas pertenecen al Ministerio de Salud o sea el 88,6 % del total. Todos los hospitales del Servicio Nacional de Salud, dependientes del Ministerio respectivo otorgan, además, atención ambulatoria por intermedio de sus consultorios externos. La mayoría de los hospitales del resto del sector público y del sector privado también atienden pacientes ambulatorios.

II. Consultorios. Son Servicios para atención ambulatoria atendidos por uno o más médicos, aparte de otros profesionales (odontólogos, enfermeras, etc.) Al 31 de Diciembre de 1977 había 227 consultorios a lo largo del país, la mayoría de ellos situados en las áreas periféricas de las grandes ciudades aunque un número sustancial de ellos prestan atención a la población rural.

III. Postas. Las postas están situadas en áreas rurales y son atendidas por enfermeras, matronas (obstetricas) o personal auxiliar adiestrado. Reciben visita médica periódica y están regionalizadas, es decir, integran el sistema de atención de la salud del país con dependencia directa del hospital más próximo. Al 31 de Diciembre de 1977 había en Chile 1.080 postas.

IV. Recursos financieros. El Gobierno de Chile ha hecho tradicionalmente los mayores esfuerzos para mejorar el financiamiento del sector salud, sin perder de vista que debe guardarse equilibrio con otros factores que influyen en el nivel de vida y por ende, también sobre la salud, como son educación, viviendas, etc.

El gasto público en salud del año 1969 fue de 5.123 ^{millones} de pesos, reducidos al valor de Diciembre de 1977 #, es decir, 183.000.000 de dólares americanos. En 1977 alcanzó a la suma de 9.217 millones de pesos (US\$ 330 millones), lo que representa un incremento de 79.9%.

Estas cifras representan en proporción del producto geográfico bruto un 2.05% para 1969 y 3.24% para 1977.

El gasto público per cápita en salud fue en 1969, de \$ 557 (US\$ 19,9); en 1977 fue de \$ 866 (US\$ 30,9), lo que representa un incremento de 55.4%.

Por lo que atañe al Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el aporte fiscal directo ha subido desde 1969 en que fue de 2.713 millones de pesos (US\$ 97 millones) a 4.364 millones para 1978 (US\$ 156 millones), es decir, un incremento de 60.8 %.

V. Recursos Humanos. La posibilidad de extensión de las acciones de salud depende en último término de las disponibilidades de personal calificado. Como su formación demora largos años, ninguna actividad de salud requiere una programación a más largo plazo que ésta.

Todas las cifras que se expresan en este capítulo están reducidas a su valor en Diciembre de 1977.

La disponibilidad de profesionales en el país para el año 1977 era la siguiente:

Médicos. En 1961 había en el país 4.340 médicos, o sea, 5.5 médicos por 10.000 habitantes. En 1970 el número de médicos activos alcanzaba a 6.096, con una proporción de 6.2 por 10.000 habitantes. En 1977, el número de médicos activos era de 6.516, conservándose la proporción de 6.2 por 10.000 habitantes, no obstante que se han aumentado las Facultades de Medicina a 9 y el número de egresados anualmente a sobre 500. La estabilización de la proporción de médicos creemos se debe a las migraciones provocadas por los acontecimientos políticos de nuestro país en los últimos años.

Existe desde 1956 un programa de Médicos Generales de Zona destinado a incentivar la radicación voluntaria de médicos en las áreas rurales mediante estímulos de progreso profesional y económicos, programa al cual están accediendo alrededor del 60% de las promociones de cada año.

Las repercusiones de este Programa en la redistribución de médicos en el país puede apreciarse si se consideran las siguientes cifras: en 1955, año anterior al inicio del Programa, había 1 médico por cada 907 habitantes en la provincia de Santiago (hoy Región Metropolitana) y 1 médico por cada 3.528 habitantes en el resto del país; en 1970 esta proporción era de 1 médico por cada 1.019 habitantes en Santiago y 1 por 2.620 en provincias; en 1978 la proporción era de 1 médico por 1.240 habitantes en la Región Metropolitana y 1 médico por cada 1.760 habitantes en el resto del país.

Odontólogos. Existen 3 Escuelas de Odontología en el país. En 1968 había 3.250 dentistas activos en el país o sea, 3.4 por 10.000 habitantes. De ellos un 57.5 % prestan servicios en el sector público, además de ejercer la profesión

privadamente y un 42.5% se dedican exclusivamente a esta última actividad. En 1977 el número de dentistas activos ascendía a 4.300, es decir, 4.0 por 10.000 habitantes.

La utilización de este profesional no es adecuada. No obstante que la proporción de odontólogos en relación a la población es baja, no se está aprovechando toda la capacidad disponible a pesar de que está muy lejos de cubrirse la demanda de atención. Por otra parte, existe el convencimiento en muchos círculos de que algunas de las funciones que realiza el dentista en la actualidad podría delegarlos en personal de menor especialización, lo que permitiría una cobertura más amplia de la población.

Químicos-farmacéuticos. En 1977 había 2.350 de estos profesionales en el país, de los cuales se estima que un 20% son funcionarios del sector público de salud. El resto trabaja en las industrias y en las farmacias privadas. Dentro del sector público una proporción apreciable de químicos-farmacéuticos presta servicios en laboratorios clínicos y bacteriológicos, actividad en que reemplazan con ventajas a otros profesionales.

Enfermeras. En nuestro país la enfermería es una profesión universitaria. En 1977 había 3.201 enfermeras en Chile, es decir, 3.0 enfermeras por 10.000 habitantes. De ellas 2.337 prestan servicios en el S.N.S.

Un 46% de las enfermeras trabajan en Santiago; un 47% en ciudades de más de 20.000 habitantes y un 7% en localidades de menos de 20.000 habitantes.

El 91.4 % de las enfermeras prestan sus servicios en el sector público.

Se han hecho grandes esfuerzos para paliar el déficit de estas profesionales, aumentando el número de es-

cuelas de 5 a 14. En 1977 se graduaron 520 enfermeras, lo que representa un sustancial aumento en relación al quinquenio 1969-1973 en que se graduó un promedio anual de 297 enfermeras.

La delegación de funciones en personal de preparación más simple aparece en esta profesión, más que en ninguna, como de imprescindible necesidad.

Matronas (Obstetricas). Es también una profesión universitaria en nuestro país.

En 1977 había 2.372 matronas activas, o sea, 9.7 matronas por 1.000 nacidos vivos. En 1968 el número de matronas activas ascendía a 1.442, es decir, 5.3 por mil nacidos vivos.

La distribución de esta profesionales en el país puede estimarse adecuada. Un 36 % prestan servicios en San tiago, 54% en ciudades de más de 20.000 habitantes y un 10% en ciudades de menos de 20.000 habitantes.

Existe preocupación respecto al futuro de es ta profesión en razón a que con el fuerte aumento de las matrículas y por consiguiente de egresadas, pueda producirse una plé to ra a no muy largo plazo. Tómese en cuenta que la proporción de matronas por 1.000 nacidos vivos ha aumentado en el decenio 1968-1977 en un 79,6%

Estimamos que la creación de la carrera de Enfermera-Obstetra debiera recibir seria consideración de las autoridades universitarias, con lo cual, junto con contribuir a aliviar el déficit actual y futuro de servicios de enfermería, desaparecerían las causas de preocupación que señalamos más arriba.

Auxiliares de enfermería. La falta de enfer me ras era suplida tradicionalmente por auxiliares de enfermería sin adiestramiento especial, las que se formaban al lado de mé

dicos y enfermeras.

En 1958, el Servicio Nacional de Salud inició un programa de adiestramiento de auxiliares de enfermería en cursos de nueve meses que se dan descentralizadamente en las Regiones del país. Se exige como requisito de ingreso un mínimo de 9 años de escolaridad. Estos cursos contaron inicialmente con la asistencia técnica de OPS/OMS y del UNICEF.

Entre 1958 y 1977 se han adiestrado 19.775 auxiliares de enfermería, estimándose que aún trabajan en los servicios dependientes del Ministerio unas 800 auxiliares sin adiestramiento en cursos regulares, cuota que debe ser cubierta en un par de años.

La auxiliar de enfermería es reconocida hoy en nuestro medio como factor indispensable para el desarrollo de los programas de salud, con responsabilidades precisas dentro de los cuadros de personal y no simplemente como un "substituto" de las enfermeras.

El Ministerio de Salud se hace un deber en agradecer la importante colaboración recibida de la OPS/OMS y del UNICEF a sus programas de educación de enfermeras y auxiliares de enfermería.

Nutricionistas. Por circunstancias especiales, en el pasado se formaron dos profesionales que cubrían los aspectos de dietética y nutrición separadamente. Desde 1964 se está formando una profesional única de nivel universitario.

En 1977 prestaban servicio 672 nutricionistas en el Servicio Nacional de Salud. Se estima que un número aproximadamente igual presta servicios en otros sectores públicos y en el sector privado.

Tecnólogos médicos. La carrera fue creada en

1948 con una escuela que los preparaba para ejercer en los laboratorios clínicos de los hospitales. Hay ahora 5 escuelas universitarias que preparan profesionales con especialidad para desempeñarse no sólo en laboratorios clínicos sino en todas las actividades médicas.

Recursos humanos para el control del medio ambiente. En Diciembre de 1977 existían en el Servicio Nacional de Salud un total de 617 funcionarios destinados a atender los programas del ambiente. De ellos 23 son ingenieros sanitarios, 19 ingenieros ejecutivos, 3 médicos, 118 médicos veterinarios, 4 bioquímicos.

Una de las importantes funciones que debe cumplir el Servicio Nacional de Salud es la de velar por la salubridad del medio ambiente para la totalidad de la población del país. Estas funciones se cumplen a través del Departamento de Programas sobre el Ambiente y de sus Secciones de Higiene Ambiental, y de Control de Alimentos y del Instituto de Salud Ocupacional.

C. POLITICA NACIONAL DE SALUD

Con el fin de cumplir con la función esencial del Ministerio que es dar salud ateniéndose al marco doctrinario, se han identificado cuatro áreas de acción:

1. Política de Acción sobre las Personas y sobre el Ambiente. Es la política fundamental; representa el conjunto de acciones específicas que se proponen fomentar, proteger y recuperar la salud, a la vez que rehabilitar a los enfermos. Propósito general del programa sobre las personas es extender la atención de salud al cien por ciento de la población con acciones integradas de alta calidad. Para lograr este propósito se han identificado varias líneas de acción, a saber, el diseño de un sistema de atención con diversos niveles de cobertura-complejidad; determinación de prioridades de los problemas de salud; diseño de programas integrados que apuntan a grupos específicos de población y a situaciones específicas de salud; coparticipación con otros organismos en programas multisectoriales.

En lo que se refiere a la acción sobre el ambiente se han definido las áreas prioritarias así como la participación que en su solución le compete al sector salud. Las áreas prioritarias comprenden el agua potable, excretas, desechos sólidos, accidentes y la contaminación del aire, agua y del suelo.

2. Política organizativa. Representa el esfuerzo por organizar el sector salud en un ente eficiente que permita que las acciones lleguen a las personas. En el corto plazo tiene como meta la estructuración del Ministerio, tanto en el nivel central como en el regional.

Se pretende organizar además en el corto plazo el sistema Nacional de Servicios de Salud; reorganizar otras estructuras del sector salud como el Servicio Médico Nacional de Empleados, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, el Instituto Bacteriológico, etc.; y crear un ente financiero denominado Fondo Nacional de Compensación con la función de captar los aportes directos del Estado y de la Seguridad Social y distribuirlos a las regiones a través de índices objetivos de sus necesidades.

3. Política de Desarrollo de Recursos. Comprende el desarrollo de recursos humanos y de recursos físicos.

En cuanto a los recursos humanos se pretende iniciar estudios prospectivos sobre necesidades de personal profesional, técnico y auxiliar; coordinar los mecanismos para lograr una distribución adecuada a nivel nacional del personal existente; estudiar la reasignación de funciones del personal actualmente en ejercicio con el fin de adecuarlo a las situaciones existentes en el país; racionalizar la actual planta del SNS para ser manejada localmente por los servicios regionales; normar los rendimientos esperados del personal sobre bases reales; desarrollar una carrera funcionaria adecuada a una administración moderna, incluyendo incentivos científicos, económicos y sociales, y asegurar el funcionamiento regular de los servicios básicos durante todos los días del año.

Referente a los recursos físicos se persigue establecer un mecanismo de planificación del recurso físico a lo largo de todo el país. El actual presupuesto para construcciones se destinará a la terminación de obras en avanzado estado de construcción y a la adecuación de las ac

tuales estructuras. Se propenderá al pleno empleo de la capacidad instalada por los programas propios del sistema en primer lugar y en segundo lugar para uso convenido en base a costos reales para el ejercicio privado de profesionales del sistema.

4. Política de Investigación y Educación.

Esta política orienta su acción a las siguientes metas: investigar operacionalmente todos los aspectos en las líneas políticas ya enunciadas (sistema de atención médica, organización, recursos humanos y recursos físicos), y elaborar los contenidos en educación para la salud que deben apoyar a los diversos planes de acción sobre las personas y el ambiente.

5. Consideraciones finales. Si las hipótesis de trabajo del Ministerio prueban su valor y eficiencia en un plazo que puede fluctuar entre tres y cinco años, el Sector Salud quedaría organizado esquemáticamente de la siguiente manera:

- El Ministerio de Salud como el órgano director y normador máximo del Sector, con un nivel central y otro regional.

- El Sistema Nacional de Servicios de Salud sobre la base de servicios regionales operativamente autónomos más aquellos organismos estatales o privados que, por convenio, se atengan a los planes del Ministerio.

- Un Extra-Sistema compuesto por estructuras estatales y privadas no necesariamente coordinadas, que operan de acuerdo con objetivos propios.

- Un Fondo Nacional, ente financiero que capta fondos del Estado, de la Seguridad Social u otros con los que financia las acciones del Sistema, a las que

debe tener libre acceso toda la población sin distinción.

- Los Servicios Regionales autónomos que a su vez se constituirán sobre la base de Unidades Operativas de Salud, que serán las encargadas de ejecutar las acciones de Salud derivadas de los programas ministeriales.

D. LAS ACCIONES DE SALUD

I. HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE

AGUA. Señalamos en otra parte que la responsabilidad de proveer de agua potable a la población recae en el Servicio Nacional de Obras Sanitarias y que al Servicio Nacional de Salud le corresponde supervigilar la calidad de la misma. Se ha logrado controlar un 80% de los sistemas de abastos y de estos un 43% proporcionan agua, que no reúne los requisitos sanitarios, al 28% de la población abastecida.

Existe además, el problema de la contaminación fecal de los cursos de agua. Un estudio realizado en las poblaciones ribereñas del río Aconcagua demostró que la incidencia de tifoidea "aguas arriba" fue de 98.5 por 100.000 y que era de 280 por 100.000 para las poblaciones ubicadas aguas abajo de las descargas de alcantarillado. Una indicación adicional de esta situación se evidencia con el resultado del análisis de hortalizas que en los sectores de Colina y Maipú de Santiago, resultaron contaminadas con gérmenes fecales humanos en un 77% de las muestras examinadas.

Control de alimentos. Se han mantenido bajo control a 80.000 locales de producción y expendio de alimentos y los 7.500 vehículos de transporte y distribución en las diversas jurisdicciones del país. Se registró y supervisó la labor funcionaria de 140.000 manipuladores de alimentos. En el programa de muestreo de alimentos se analizaron en 1977 un total de 108.049 muestras con un 12.57 % de no conformidad. Se mantuvo el control sobre la industria de alimentos en el país en base a una frecuencia programada, incluyendo el control de los 290 mataderos del país.

Higiene y medicina del trabajo. El Instituto de Salud Ocupacional cubrió durante 1977 a 620.000 trabajadores, realizando 18.550 inspecciones. Sus actividades más importantes se concentraron en el control de las neumoconiosis (silicosis, asbestosis, carbón y siderosis), efectos del ruido, e intoxicaciones por plomo, arsénico y solventes orgánicos. El Instituto mantiene, además programas de protección radiológica para el personal expuesto a radiaciones ionizantes; programas de estudio y evaluación de la contaminación atmosférica de Santiago, y de asesoría técnica de las Regiones de Salud y Empresas públicas y privadas. Una de sus actividades importantes es la de enseñanza y adiestramiento para personal mediante cursos en que se han beneficiado funcionarios nacionales y extranjeros.

II. CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Enfermedades transmisibles agudas. Las actividades se han orientado hacia la inmunización de los susceptibles en las enfermedades en que está justificada; en la pesquisa y tratamientos de los enfermos, aparte de las acciones del medio a que se ha hecho referencia.

En el cuadro Nº 17 se presenta la labor de inmunizaciones realizadas por el Servicio Nacional de Salud en el período 1974 - 1977.

C U A D R O N º 17INMUNIZACIONES CONTRA ENFERMEDADES SELECCIONADASC H I L E, 1974-1977

INMUNIZACION	1974	1975	1976	1977
Antivariólica	774.419	790.675	784.257	539.493
Antitífica	459.561	153.098	105.350	104.507
Antidiftérica	465.542	445.509	481.323	516.724
Triple { difteria, te- tanos, pertu- ssis	1.001.985	1.294.281	1.322.099	1.284.700
Antipolio monovalente	207.508	208.320	202.273	204.827
Antipolio trivalente	948.915	1.019.433	985.522	961.882
Antisarampión	301.178	373.161	270.977	264.689

Debemos destacar que todos los programas de inmunización están integrados en los programas generales del Servicio Nacional de Salud. En circunstancias normales no se realizan campañas de vacunación con personal especializado.

2. T U B E R C U L O S I S

El programa de control de la tuberculosis sigue en líneas generales las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Como puede observarse en el Cuadro N º 8, en el quinquenio 1973-1977 se ha producido un descenso de la mortalidad equivalente al 8.8%, apreciándose cierta tendencia a la estabilización de las tasas

En el Cuadro N° 18 se señala la vacunación con BCG en el quinquenio 1973 - 1977.

C U A D R O N° 18
INMUNIZACION CON B.C.G.
CHILE, 1973 - 1977

A Ñ O S	Nº B.C.G.
1973	627.441
1974	650.479
1975	639.615
1976	626.954
1977	640.752

La vacunación B.C.G. se practica como rutina en todos los recién nacidos en las maternidades del Servicio Nacional de Salud.

3. S I F I L I S

Se ha dado prioridad a la pesquisa serológica en los grupos más vulnerables o que interesan especialmente dada la orientación de los programas de salud.

A continuación se expresan el número de casos y de contactos tratados, pesquisados por VDRL.

1976	20.806	tratamientos
1977	21.887	tratamientos

IV PROGRAMA DE ATENCION A LAS PERSONAS

1. Programa de Atención Materna

El propósito de este programa es disminuir los riesgos de enfermar y morir por causa de embarazo, parto y puerperio, reducir la ~~morbimortalidad~~ mortalidad fetal, perinatal y neonatal, disminuir la frecuencia del aborto provocado por medio de programas de paternidad responsable mediante promoción de la regulación de la fecundidad que excluyen el aborto y otros métodos que signifiquen la supresión de la fertilidad.

En 1977, Chile disponía de 5.045 camas obstétricas, o sea, 20.9 camas por 1.000 nacidos vivos. De ellas, 4.498, (89.1%) pertenecen a organismos dependientes del Ministerio de Salud.

En 1977, el Servicio Nacional de Salud atendió 3.560.800 consultas gineco-obstétricas, lo que compara favorablemente con el volumen de atención de 1973 que fué de 2.192.389, y que representa un aumento de un 62.4% en el quinquenio.

En 1977, último año de que se dispone de cifras definitivas, hubo en Chile 295.000 egresos hospitalarios de los servicios de obstetricia, con un promedio de estada de 3.8 días.

Finalmente, deseamos mencionar otra tendencia positiva que se viene manifestando en forma ininterrumpida y es el incremento de los nacimientos que reciben atención profesional. En 1965 un 74.3 de los nacimientos con niño vivo recibieron atención profesional; en 1969 esta proporción fue de 79.0%; en 1973, de 85.1% y en 1977 de 89.0%. Entre 1965 y 1977 el aumento de la atención profesional del parto fue de 19.8%.

2. Programa de promoción de la paternidad responsable y de control del aborto inducido.

Con tasas de natalidad de 22.6 por mil y de crecimiento vegetativo de 1.57% en 1977 y con aquellas descendiendo a un promedio de 2.5% anual en los últimos 10 años, Chile no tiene problemas demográficos.

Por esta razón, no existe ni se justifica en nuestro país un programa de control de la natalidad. El Gobierno ha estado, sin embargo, vivamente preocupado por el problema del aborto inducido que utilizan principalmente los grupos de bajos recursos económicos como método de control del tamaño de la familia y que por ser practicado generalmente mediante métodos primitivos y por manos inexpertas, representa un grave problema de salud pública tanto por su alta morbilidad y mortalidad como por su gravitación económica sobre los servicios de salud y la comunidad en general.

Si bien como señalamos al comienzo, no existe un problema demográfico nacional, es evidente que un número apreciable de familias por razones de orden principalmente económico-social y por la morbilidad derivada de la alta paridad, desean controlar el tamaño de la familia. El Estado no puede desentenderse de su obligación de difundir la educación en los medios interesados a fin de que adopten libre y conscientemente las determinaciones que crean convenientes respecto al tamaño de la familia. Asimismo, corresponde al Estado facilitar los medios para que esta política pueda cumplirse, especialmente a las familias de escasos recursos.

Ya en 1965 el Ministerio de Salud estableció claramente una política de control de aborto, fijando las siguientes prioridades de cobertura:

- Mujeres que egresan, por abortos provocados, de los servicios asistenciales.

- Problemas de morbilidad grávido-puerperal.-

- Grandes multiparas y mujeres con serios problemas económico-sociales que, según la experiencia, recurren con frecuencia a procedimientos abortivos.

- Mujeres que recurren espontáneamente a los servicios en busca de consejo y asistencia.

En el Cuadro Nº 19 se presenta un resumen del programa del Servicio Nacional de Salud desde su definición por el Ministerio de Salud (1966 - 1977).

C U A D R O N º 19

PROGRAMA DE REGULACION DE LA NATALIDAD

S.N.S., 1966 - 1977

A Ñ O S	Nº MUJERES CON TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO
1966	23.902
1967	99.345
1968	168.285
1969	214.124
1970	216.708
1971	168.539
1972 #	-.-
1973	226.282
1974 #	-.-
1975	359.849
1976	430.193
1977	444.336

Sin información.

Aproximadamente un 71.0% de las mujeres utilizan dispositivos intrauterinos, un 28.0% usan anovulatorios y un 1%, otros métodos.

EL SERVICIO MEDICO NACIONAL DE EMPLEADOS (SERMENA) también ha cumplido una importante labor en actividades de Planificación Familiar coordinada con su Servicio Social con el fin de pesquisar sus casos mas vulnerables.

Las actividades de Planificación Familiar del SERMENA han sido las siguientes: en 1974 atendió 94.574 consultas, en 1975 114.787 consultas, en 1976 118.101 consultas y en 1977 119.443 consultas.

3. Programa de Salud Infantil

Las disposiciones legales que crearon el Servicio Nacional de Salud le imponen la obligación de atender a los hijos de sus beneficiarios hasta la edad de 15 años. Igual obligación tiene el Servicio Médico Nacional de Empleados que atiende sin cargo a los niños hasta la edad de 2 años y deben continuar atendéndolos mientras constituyan cargas familiares por el sistema que establece la Ley de Medicina Curativa.

En 1977 el Servicio Nacional de Salud disponía de 6.762 camas pediátricas con un índice ocupacional de 72.5.-

En el Cuadro Nº 20 se señala el total de consultas pediátricas otorgadas en el país incluyendo el Sector Público (S.N.S., SERMENA, Fuerzas Armadas, Carabineros y otros) y el Sector Privado, excluida la consulta privada de los médicos.

C U A D R O N º 20

CONSULTAS MEDICAS PEDIATRICAS

SECTOR PUBLICO - PRIVADO 1973 - 1974 S.N.S. Y SERMENA 1973-1977

N U M E R O D E C O N S U L T A S

A Ñ O S	T O T A L # SECTORES PUBL.-PRIV.	S.N.S.	SERMENA ##
1973	3.911.077	3.704.186	97.576
1974	4.172.704	3.878.888	108.927
1975	-.-	3.640.088	114.736
1976	-.-	3.883.884	104.214
1977	-.-	3.942.076	100.466

No incluye consulta privada de los médicos.

Consultas por médicos funcionarios; no incluye consultas por libre elección (Ley de Medicina Curativa).

En el Cuadro N º 20 demuestra la importancia de la labor del Servicio Nacional de Salud en la atención pediátrica, ya que en el bienio 1973-1974 el 93.8% del total de consultas a niños fueron proporcionados por el S.N.S. No obstante, debemos destacar que en este sentido el SERMENA está realizando una importante labor a través de las disposiciones de la Ley de Medicina Curativa. En 1977 el SERMENA otorgó un total de 2.730.764 consultas a través del sistema de libre elección (adultos y niños). Como no se llevan estadísticas separadas, no es posible indicar en forma exacta cuantas de estas consultas fueron pediátricas, pero si aplicamos la experiencia del SNS es dable presumir que un 40% de ellas aproximadamente fueron consultas a ni

ños, es decir, unas 1.092.000 consultas.

4. Programa de distribución de leche.

Tradicionalmente el sector salud ha prestado ayuda alimentaria a la población infantil y de embarazadas y nodrizas. Se ha utilizado fundamentalmente leche en polvo y desde 1974, mezclas proteicas a los preescolares.

Este programa se planifica a nivel central pero se ejecuta en todos los centros de atención primaria.

El presupuesto destinado a este programa ha subido de US\$ 16 millones en 1965 a aproximadamente US\$ 50 millones en 1975.

En 1977 los cumplimientos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria fue del orden del 85% en menores de 6 años y del 70% en embarazadas.

En el Cuadro Nº 21 mostramos la evolución de esta práctica en el último quinquenio en el Servicio Nacional de Salud que en ésta, como en muchas otras actividades relacionadas con la salud, asume la mayor responsabilidad.

C U A D R O N º 21

LECHE DISTRIBUIDA A EMABARAZADAS, NODRIZAS Y NIÑOS

S.N.S., 1973 - 1977

A Ñ O S	L E C H E D I S T R I B U I D A (KGS.)			
	T O T A L	EMBARAZA DAS	LACTANTES Y NODRIZAS	PREESCOLARES
1973	20.265.032	1.614.094	7.587.214	11.036.724
1974	20.806.249	1.783.823	8.722.492	10.299.934
1975	23.584.271	1.804.738	10.364.061	11.415.472
1976	24.489.898	1.880.891	10.503.501	12.105.506
1977	28.651.145	2.294.455	12.484.808	13.871.882

Debemos agregar que en 1977 se distribuyó un total de 31.842.362 Kgs. de leche en el país, correspondiéndole, por lo tanto al S.N.S., un 90% del total.

5. Atención Médica.

La creciente demanda de la población por más y mejor atención médica, como consecuencia de la extensión de la educación, el mejoramiento de las vías de comunicación y, en general, una compenetración de la comunidad respecto a la importancia de la salud, ha creado situaciones de nivel crítico en las estructuras encargadas de la atención médica, lo que ha obligado a revisar la política que tradicionalmente se ha seguido en esta materia en nuestro país.

Se han señalado en la parte pertinente los recursos humanos, financieros y físicos de que dispone el país para hacer frente a la demanda y como se han incrementado en el último tiempo con la intención de aliviar la situación existente.

En el Cuadro Nº 22 se indican las consultas médicas que se dieron en el total del Sector Público y en los consultorios externos de hospitales e instituciones privadas.

C U A D R O Nº 22

CONSULTAS MEDICAS SECTOR PUBLICO Y PRIVADO #

CHILE, 1970 - 1974

A Ñ O S	T O T A L CONSULTAS	CONSULTORIO EXTERNO	DE URGENCIA
1970	12.027.308	10.043.756	1.983.652
1971	14.216.934	11.643.112	2.582.822
1972	14.096.899	11.049.389	3.047.510
1973	13.021.785	10.147.700	2.874.085
1974	13.765.100	10.638.035	3.127.065

No incluye información correspondiente a la consulta médica privada.

C U A D R O N º 2 3

CONSULTAS MEDICAS DE URGENCIA Y DE CONSULTORIO EXTERNO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) 1973-1977

A Ñ O S	T O T A L CONSULTAS	CONSULTORIO EXTERNO	DE URGENCIA
1973	11.679.564	9.442.212	2.736.203
1974	12.205.151	9.255.616	2.949.535
1975	11.714.927	8.927.426	2.787.501
1976	12.702.517	9.672.741	3.029.376
1977	13.230.916	9.985.044	3.245.872

El incremento de un 18.6% que se observa en las atenciones de urgencia entre los años 1973 y 1977 se debe en buena parte a la incapacidad de los consultorios externos para atender a los beneficiarios del SNS.-

Es interesante comparar los dos Cuadros precedentes (Nºs. 22 y 23) que muestran el peso del Servicio Nacional de Salud en la atención médica de la población. Si se excluye la atención que se da en los consultorios privados de los médicos, el SNS otorgó en el año 1974 el 88.7% del total de las consultas médicas del país y el 94.3% de las atenciones de urgencia.

La atención médica que se otorga en el ejercicio liberal de la profesión representa una fuente importante. La Encuesta de Demanda de Atención de Salud de 1968 demostró que el ejercicio liberal contribuía con el 31% del total de las consultas médicas del país.

Otra fuente de atención médica que contribuye con un sustancial aporte proviene de las acciones del SERVICIO MEDICO NACIONAL DE EMPLEADOS (SERMENA), organismo que se encarga del cuidado de la salud de los empleados de los sectores público y privado y de sus familias, aunque de no todos ellos ya que hay algunos otros que son atendi-dos por regímenes de previsión distintos.

El SERMENA otorga atenciones a sus beneficiarios bajo dos regímenes legales diferentes. Uno de ellos es la Ley de Medicina Preventiva que facilita a sus beneficiarios atenciones limitadas a ciertos campos: enfermeda-
des cardiovasculares, cáncer, venéreas, tuberculosis y salud materno-infantil. Posteriormente, en 1968, se amplia-
ron las prestaciones a todo el campo de la medicina, me-
diante un sistema de libre elección profesional que se financia con aportes de las Cajas de Previsión y de los proprios beneficiarios (Ley N° 16.781 de Medicina Curativa de los Empleados).

En el Cuadro N° 24 se indican las atenciones que proporciona el SERMENA.

C U A D R O N º 2 4

ATENCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA Y CURATIVA

SERMENA, 1973 - 1977

TIPO DE ATENCION	A Ñ O S				
	1973	1974	1975	1976	1977 #
Consultas méd. obs tétricas	40.508	40.076	39.947	38.665	35.147
Controles por ma- tronas	107.845	128.070	133.955	129.637	123.970
Consultas planif. familiar	66.524	94.574	114.787	118.101	119.443
Consulta méd. pe- diátricas	97.576	108.927	114.736	104.214	100.466
Controles niños por enfermeras	104.828	141.752	152.922	162.933	167.290
Consultas médicos adultos medicina preventiva	50.652	54.751	58.644	59.252	59.148
Consultas medici- na curativa	745.847	2146.507	2334.727	2.613.276	2730.764

Información provisional.

En lo que se refiere a hospitalizaciones, señalamos en otra parte que el Servicio Nacional de Salud es con mucho la fuente más importante ya que administra el 88.6% de las camas de hospital. En el Cuadro N° 25 se señalan los egresos hospitalarios del SNS en el decenio 1968 - 1977.

C U A D R O N º 2 5

EGRESOS HOSPITALARIOS

S.N.S. 1968 - 1977

AÑOS	EGRESOS
1968	777.800
1969	788.131
1970	792.989
1971	880.001
1972	884.848
1973	851.111
1974	892.661
1975	887.769
1976	924.923
1977	926.267

Como puede observarse, entre 1968 y 1977 hubo un incremento de los egresos hospitalarios de un 19.4%. En el mismo período, el incremento de la población fué de un 18.2%.

En el Cuadro N º 26 se presenta el número de radiografías y de exámenes de laboratorio clínico (químicos, bacteriológicos, hematológicos, etc.) realizados en los años 1972, 1973 y 1974 por todos los servicios del sector público y por los hospitales y clínicas privadas, excluidos los practicados en los gabinetes y laboratorios del ejercicio liberal de la profesión médica. Se presentan separadamente los mismos exámenes realizados por el SNS en el período 1973 - 1977.

C U A D R O N º 26

EXAMENES DE LABORATORIOS CLINICOS Y RADIODIAGNOSTICO

TOTAL SECTOR PUBLICO # Y PRIVADO ## Y S.N.S.

CHILE, 1973 - 1977

A Ñ O S	Nº EXAMENES LAB. CLINICO		Nº RADIODIAGNOSTICOS	
	SECTOR PUBLICO Y PRIVADO	S.N.S.	SECTOR PUBLICO Y PRIVADO	S.N.S.
1973	7.264.763	6.883.602	1.819.172	1.551.371
1974	9.119.695	7.460.478	1.787.828	1.684.839
1975	--	8.123.457	--	1.623.747
1976	--	8.908.820	--	1.341.180
1977	--	9.295.152	--	1.306.150

Incluye exámenes practicados por el S.N.S.

No incluye exámenes de la profesión liberal.

Como puede observarse, en 1974 el S.N.S. realizó 81.8% de los exámenes de laboratorio clínico y el 94.2% de los exámenes de radiodiagnóstico del total de los sectores público y privado.

6. Atención Odontológica

Toda las investigaciones realizadas en el país demuestran la incapacidad del sistema actual para hacer frente a la demanda mínima de atención dental de la población. Hay estudios que demuestran que no se satisface el

52.2% de la demanda de atención odontológica por incapacidad del sector salud.

En los Cuadros 27 y 28 se detallan las atenciones dentales otorgadas por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) en los periodos que se señalan.

C U A D R O N º 2 7
ATENCIONES DENTALES DE NIÑOS Y ADULTOS
S.N.S., 1973 - 1977

AÑOS	EXTRACIONES		OBTURACIONES		PROTESIS
	NIÑOS	ADULTOS	NIÑOS	ADULTOS	
1973	466.588	1.090.117	463.749	538.252	45.452
1974	582.774	1.022.451	518.491	646.049	49.093
1975	608.021	984.836	576.861	625.136	48.259
1976	612.679	1.063.568	581.985	647.725	45.648
1977	649.132	1.066.022	670.530	654.436	38.108

En el Cuadro N º 27 demuestra que ha habido un aumento del 18.4% del total de atenciones dentales que su ministra el S.N.S., aumento que es superior al aumento de po blación en el quinquenio 1973 - 1977 (7.6%).

Llama la atención sin embargo, que la aten ción dental es de carácter predominantemente mutiladora. Los pro gramas que se han preparado para corregir esta situación se han estrellado con los problemas de recursos humanos insuficientes y, en particular, con la inexistencia de un verdadero equipo de personal de salud dental que pueda distribuirse

las actividades de modo que no todas recaigan en el odontólogo como ahora ocurre. Se impone una acción mancomunada de las Universidades, Servicios de Salud y de la Profesión Odontológica a fin de buscar la solución que el país reclama.

C U A D R O N º 2 8

ATENCIONES ODONTOLÓGICAS

SERMENA, 1973 - 1977

AÑOS	Extracciones		Obturaciones		O t r a s	
	2 a 6 años	7 años y más	2 a 6 años	7 años y más	2 a 6 años	7 años y más
1973	6.063	67.703	40.663	125.447	25.602	145.870
1974	6.174	68.920	44.391	136.879	33.679	187.039
1975	6.259	69.005	28.290	127.953	25.372	234.196
1976	6.378	74.725	31.519	134.610	35.964	259.248
1977	8.430	82.186	35.864	146.284	50.149	288.526

El Cuadro N° 28 que presenta la labor realizada por el Departamento de Odontología del Servicio Médico Nacional de Empleados en el quinquenio 1973 - 1977, demuestra una orientación racional de la atenciones, ya que sólo el 15.6% del total de las acciones corresponden a extracciones.

7. Instituto Bacteriológico de Chile.

El Instituto Bacteriológico de Chile es un antiguo organismo del sector salud, que en 1952 al crear

se el Servicio Nacional de Salud pasó a formar parte de su estructura. La labor del Instituto puede sintetizarse señalando que en 1977 realizó un total de 279.399 exámenes (de control, para diagnósticos, bromatológicos, aislamiento viral, etc.); que elaboró una gran variedad de productos biológicos (sueros, antígenos, vacunas, toxoides, antitoxinas, medios de cultivo, antibióticos, etc.) Funciones importantes del Instituto son, además, la investigación, la docencia y la asistencia técnica a los laboratorios clínicos del Servicio Nacional de Salud.

El Instituto ha tomado a su cargo la organización de redes locales de laboratorios clínicos, jerarquizadas y coordinadas entre sí.

Se piensa que el Instituto Bacteriológico de Chile debiera transformarse en organismo autónomo relacionado con el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud.