

PROGRESOS EN SALUD. ANALISIS DE LA SITUACION EN CHILE

Ernesto Medina L.¹ y Ana M. Kaempffer R.²

En este artículo se examinan los progresos en salud en Chile y se concluye que en etapas intermedias del proceso de desarrollo de las comunidades el factor de mayor significado para explicar el mejoramiento progresivo de la salud es la organización racional de la atención de la población, lo que logra reducir significativamente los riesgos de muerte, en particular en los menores de cinco años de edad.

Introducción

En los últimos dos decenios, la información procedente de muchos países en desarrollo muestra una clara disminución del riesgo de muerte, que no solamente indica un control adecuado de los problemas más graves sino también una mejoría del nivel medio de salud de las poblaciones. De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mortalidad general de América Latina, que fluctuaba entre 12 y 13 por 1 000 habitantes en el período de 1955-1960, ha descendido a valores entre 8 y 9 por 1 000 veinte años después (1). Gran parte del descenso deriva de la disminución del riesgo en los primeros años de la vida. De acuerdo con la OPS (2), en América del Sur, la mortalidad infantil descendió de 85 por 1 000 en 1960 a 49 por 1 000 en 1975. En otros términos, en plazos relativamente cortos, se

han producido reducciones significativas en los riesgos de muerte.

Los factores determinantes de este proceso no son fáciles de identificar por cuanto la salud ha sido históricamente una expresión del nivel de vida de los pueblos y no es simple separar diversos factores que, con frecuencia, tienen el carácter de variables asociadas. La salud es el resultado, en suma algebraica, de la compleja interrelación de atributos genético-raciales, factores climáticos y ecológicos, condiciones demográficas, prácticas culturales, estructuras sociales y recursos económicos. Algunos de estos factores operan a través de elementos específicos como son las condiciones de nutrición o saneamiento, o la organización de los servicios de atención de salud.

Chile no ha sido una excepción en el conjunto latinoamericano, en cuanto a la disminución de los riesgos. Entre 1961 y 1981, la mortalidad general descendió en un 47% (11,6 por 1 000 habitantes en 1961; 8,7 en 1971 y 6,2 en 1981) mientras en el mismo período la mortalidad infantil disminuyó en un 75% (108,9 por 1 000 nacidos vivos en 1961; 70,5 en 1971 y 27,2 en 1981).

¹ Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Santiago, Chile.

² Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, División de Medicina Preventiva y Salud Materno-infantil, Santiago.

Algunas condiciones del país permiten estudiar los factores que han determinado esta favorable evolución. Se dispone de información nacional con datos razonablemente confiables respecto a la magnitud de los problemas, los riesgos de muerte y el conjunto de factores condicionantes vinculados a la salud. La disponibilidad de información general se ve favorecida por el reducido tamaño del país (11,3 millones de habitantes en el censo nacional de 1982), la elevada proporción de población que vive en zonas urbanas (81% en 1982), la inexistencia de sectores geográficos de difícil acceso, la antigüedad de los registros biodemográficos y la organización del Instituto Nacional de Estadística (3). La información respecto a salud, al funcionamiento del sistema de atención y a las acciones sobre las personas y el ambiente está disponible gracias al tipo de organización médica existente, dependiente sobre todo del Ministerio de Salud (Sistema Nacional de Servicios de Salud) que posee el 90% de las camas hospitalarias y proporciona servicios ambulatorios a un 85% de los habitantes del país (4, 5).

Indicadores de la situación de salud

Los riesgos de muerte

En el cuadro 1 se presenta la evolución de la mortalidad en Chile entre 1960 y 1980. La declinación del riesgo global de muerte ajustado por sexo y edad se produjo en forma sostenida durante todo el período, alcanzando un 20% de reducción durante la década de 1960 a 1970 y de 29% en la de 1970 a 1980. Si el análisis se concentra en este último período, los logros más significativos se registraron en la mortalidad infantil, sobre todo en el grupo entre uno y cuatro años, con reducciones de dos tercios de los valores iniciales del período. Entre los cinco y los 44 años, la reducción del riesgo de muerte fue considerablemente menor, haciéndose mínima para los mayores de 65 años. Si bien el riesgo en los varones fue 20 a 25% más alto que en las mujeres, el descenso de las tasas en los últimos 10 años es similar para ambos sexos. Puede concluirse que la mejoría en salud, tanto en términos absolutos como proporcionales, se produjo en la edad

CUADRO 1—Mortalidad por sexo y edad en Chile, 1960-1980.
(Tasas por 1 000 habitantes.)

	1960	1965	1970	1975	1980	Variación 1970-1980 (%)
<i>Mortalidad general:</i>						
Observada	12,3	10,8	8,9	7,2	6,6	26
Ajustada por sexo y edad	11,1	10,0	8,9	7,3	6,3	29
Varones	13,3	11,7	9,8	8,1	7,4	23
Mujeres	11,3	9,9	8,0	6,5	5,9	26
<i>Mortalidad infantil:</i>						
Menos de 28 días	120,3	95,4	79,3	55,4	31,8	60
28 días a 11 meses	35,2	33,5	31,3	24,8	16,3	48
1 a 4 años	85,1	61,9	48,0	30,6	15,5	68
5 a 14 años	9,6	5,6	3,9	2,2	1,3	67
15 a 44 años	1,4	1,0	0,9	0,7	0,6	33
45 a 64 años	3,8	3,3	2,7	2,1	1,8	33
65 años y más	14,7	14,4	13,3	11,0	10,5	21
65 años y más	63,8	66,9	64,5	58,1	60,4	6

infantil, en particular entre el mes de vida y los cinco años de edad.

En forma similar a lo que se ha observado en gran parte de los países en desarrollo, los riesgos de mortalidad aparecen asociados a la residencia de la población siendo mayores en las regiones con mayor proporción de población rural. Para los fines censales se consideran urbanas todas las poblaciones del país que están concentradas, disponen de calles pavimentadas y algunos servicios de utilidad pública. Esta definición es equivalente a aquella que considera urbana toda localidad con 1 000 habitantes o más con un margen de diferencia inferior a 1%. Las mayores reducciones de mortalidad se aprecian para las zonas de mayor ruralidad (cuadro 2), lo que probablemente se explica por la política del Ministerio de Salud de dotar de servicios básicos (postas rurales a cargo de personal auxiliar de enfermería con visita periódica de médico, enfermera y matrona universitaria) a un gran número de comunidades rurales.

La morbilidad

En Chile, como en muchos países del mundo, no se dispone de información basada en estudios sistemáticos de la frecuen-

cia de enfermedad en la población total del país. Los datos existentes corresponden a la notificación de enfermedades infecciosas, al control sistemático a que se someten los niños beneficiarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud (aproximadamente 80% del total) y a los resultados de encuestas domiciliarias realizadas a fines de la década de 1960 a 1970 por el Ministerio de Salud (6), y por nosotros 10 años después (7-11). Un resumen de dicha información aparece en el cuadro 3. A diferencia del gran descenso observado en la mortalidad, en especial en la mortalidad infantil, la información disponible de morbilidad revela una declinación de un 10% en el número de episodios de enfermedad percibidos por la población; una situación estable en el total de casos de enfermedades infecciosas, y progresos en cuanto a la incidencia de enfermedades controlables por vacunación que forman parte del Programa Ampliado de Inmunización, y en lo que se refiere a la prevalencia de la desnutrición en la población de lactantes y preescolares.

Los grandes problemas de salud

La evolución de las principales patologías en los últimos años puede juzgarse por

CUADRO 2—Mortalidad general e infantil según regiones de Chile agrupadas de acuerdo con la proporción de población urbana.

Población urbana (%)	Población 1982 (miles)	Mortalidad general				Mortalidad infantil			
		1970	1980	Variación absoluta (%)	1970	1980	Variación absoluta (%)		
95 ^a	4 295	7,8	5,8	2,0	26	51	22	29	57
90 a 94 ^b	930	8,2	6,4	1,8	22	62	29	33	53
70 a 89 ^c	3 206	8,8	7,0	1,8	20	79	40	39	49
50 a 59 ^d	2 844	10,4	7,6	2,8	27	94	39	55	59
Total	11 275	8,9	6,6	2,3	26	79	32	47	60

^a Región Metropolitana de Santiago.

^b Regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Magallanes.

^c Regiones de Coquimbo, Valparaíso, Bío-Bío y Aysén.

^d Regiones de O'Higgins, Maule, Araucanía y Los Lagos.

CUADRO 3—Casos notificados de enfermedades infecciosas transmisibles; frecuencia de desnutrición en menores de seis años y morbilidad percibida por la población en encuestas domiciliarias en Chile, 1970-1980.

	1970	1975	1980
<i>Infecciosas transmisibles^a</i>			
N° de casos notificados (miles)	69,3	69,9	83,2
Tasa por 100 000 habitantes	740	681	750
Gripe (por 100 000 habitantes)	183	53	230
Difteria, tos ferina, poliomielitis, y sarampión (por 100 000 habitantes)	267	111	62
Otras enfermedades transmisibles (por 100 000 habitantes)	290	517	458
<i>Desnutrición en menores de 6 años^b</i>			
N° de niños examinados (miles)	— ^d	1 014	1 047
Desnutrición total (%)		15,5	11,5
Desnutrición leve (%)		12,1	10,0
Desnutrición moderada (%)		2,7	1,4
Desnutrición grave (%)		0,7	0,1
<i>Morbilidad percibida por la población de Santiago^c</i>			
Episodios anuales de enfermedad	4,50		4,13
Con consulta médica	2,40		1,71
Demanda de atención no satisfecha	1,20		0,76
Demanda no solicitada	0,90		1,66

^a Casos notificados del total del país.

^b Niños controlados en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y calificados de acuerdo con la tabla de Sempe: Normales, hasta menos una desviación estándar (DE); desnutrición moderada, entre 2 y 3 DE; desnutrición grave, sobre 3 DE.

^c Estudios realizados en 1968 y 1978 utilizando criterios similares (6, 7).

^d Sin dato.

la magnitud de las internaciones hospitalarias y las defunciones que se han producido. En el cuadro 4 se muestra la frecuencia de hospitalización de los años 1965 y 1975 (último año con información detallada disponible) y el riesgo de muerte de los años 1970 y 1980. Se han considerado como aumentos o disminuciones las variaciones de 20% o más de los valores observados 10 años antes. De los datos del cuadro puede desprenderse que en el período considerado en el estudio, la tasa global de hospitalización se mantuvo estable (variación de -3,8%), mientras la mortalidad descendió en un 26%. De este modo, la disminución de las muertes no aparece asociada, en términos globales, a un eventual aumento de

la atención secundaria y terciaria de la salud. El análisis detallado muestra que de los 28 tipos más importantes de patología, 10 disminuyeron significativamente su mortalidad durante el decenio (grupos 1, 2 y 3) mientras que en 17 no se observaron modificaciones del riesgo de muerte (grupos 4, 5 y 6) y en uno (cáncer pulmonar) se está produciendo en la actualidad un incremento del problema.

De este modo, la disminución de la mortalidad ha sido selectiva para algunos problemas, sobre todo de origen infeccioso y nutricional y problemas maternos. Se ha observado también la disminución de las defunciones por cáncer gástrico y enfermedad coronaria, pero, por otra parte, una

CUADRO 4—Frecuencia de hospitalización y de defunciones en Chile por los tipos más frecuentes de patología, 1965-1980. (Tasas por 100 000 habitantes.)

	Hospitalización		Defunciones	
	1965	1975	1970	1980
<i>Hospitalizaciones</i>				
<i>Defunciones</i>				
1) <i>Disminución</i>				
Gripe y virosis respiratorias altas	194	164	20	6
Sarampión	65	37	6,4	0,1
Enfermedad coronaria	64	45	64	58
Enfermedad reumática	60	36	7,0	4,8
Causas maternas	2 570	1 792	4,7 ^a	1,7 ^a
Abortos	688	433	1,8 ^a	0,6 ^a
2) <i>Estables</i>				
Cáncer del estómago	26	27	33	23
3) <i>Aumento</i>				
Diarreas infantiles	295	373	50	8
Desnutrición	17	44	12	2,2
4) <i>Disminución</i>				
Apendicitis	234	186	1,0	0,8
Artritis y reumatismos	77	63	2,7	2,4
Tifoidea	77	57	1,0	1,1
5) <i>Estables</i>				
Traumatismos	680	676	86	79
Patología de amígdalas y adenoides	102	102	—	—
Hipertensión arterial	53	56	10	9
Cirrosis hepática	49	48	31	30
Glomerulonefritis crónica	20	22	4,9	5,2
6) <i>Aumento</i>				
Bronquitis crónica	128	160	9,5	8,4
Neurosis	98	114	1,6	1,9
Accidentes vasculares encefálicos	51	64	59	61
Psicosis	49	61	1,0	1,2
Diabetes mellitus	30	47	10	12
Trastornos respiratorios del recién nacido	22	84	19	17
Cáncer del cuello uterino	27	35	6,3	6,4
Cáncer de mama	12	17	4,6	5,2
Cáncer del esófago	6,4	7,8	5,4	5,0
7) <i>Aumento</i>				
Cáncer pulmonar	6,5	9,2	7,6	9,7
Total:	9 595	9 221	890	660

^a Por 1 000 nacidos vivos.

extensa gama de problemas, en su mayoría de tipo crónico, se mantienen estables en cuanto a riesgo de muerte, lo que indica que los esfuerzos realizados o la estrategia empleada han sido ineficaces para modificar la mortalidad por este tipo de patología.

Los problemas de salud mental

En general, resulta difícil cuantificar las condiciones de salud mental de cualquier colectividad al no disponer de indicadores confiables y representativos de la si-

tuación. En el caso de Chile solo se tiene información con respecto a la mortalidad de problemas en cuya génesis se encuentra habitualmente una alteración de la salud mental. Ello ocurre en el caso de la adicción alcohólica y la cirrosis hepática cuyo origen en Chile se debe sobre todo al exceso de consumo de alcohol. Los accidentes y la violencia se han incluido en este grupo por la frecuente asociación entre el alcohol y los trastornos emocionales. La hipertensión arterial, úlcera péptica y asma bronquial tienen importantes componentes de tipo psicossomático.

Las encuestas de prevalencia de salud psíquica no permiten establecer tendencia, ya sea por no ser representativas de la población general o por utilizar criterios de diagnóstico diferentes. Con la excepción de la mortalidad por alcoholismo (cuadro 5), cuyo riesgo aumentó en 0,3 por 100 000 habitantes entre 1970 y 1980, la mortalidad por el resto de los problemas declinó durante la década.

Síntesis de la situación de salud

La mejoría en salud en Chile en el último decenio corresponde esencialmente a la disminución del riesgo de muerte, lo que se

CUADRO 5—Defunciones por patologías vinculadas a problemas de salud mental en Chile, 1970-1980. (Tasas por 100 000 habitantes.)

	1970	1975	1980	Variación
				1970-1980 (%)
Alcoholismo	1,6	1,6	1,9	+19
Cirrosis hepática	30,8	26,1	29,6	-4
Accidentes de tránsito	15,7	9,1	12,9	-18
Suicidios	6,1	6,7	4,9	-20
Homicidios	3,6	2,1	2,6	-28
Otros accidentes	2,4	2,0	1,7	-29
Hipertensión arterial	10,0	9,5	8,8	-12
Úlcera péptica	3,4	3,2	2,7	-21
Asma bronquial	2,8	1,9	1,8	-36

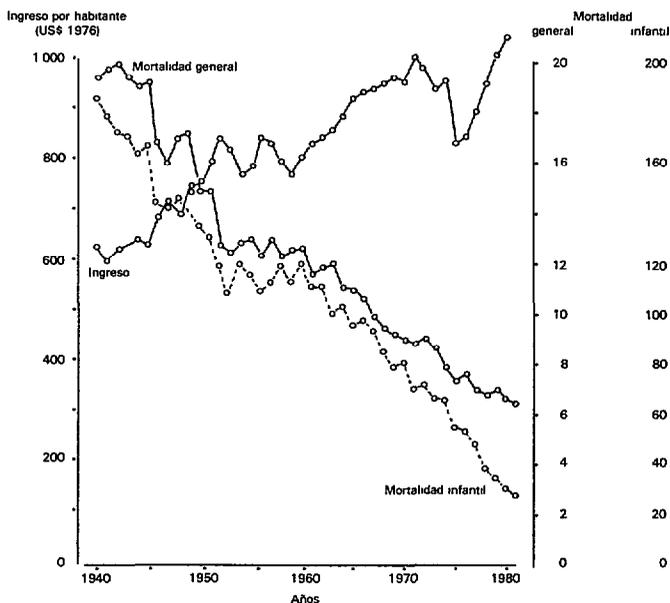
observa en forma especial en los menores de cinco años. Esta disminución de las muertes infantiles se ha debido a los progresos en el control de la desnutrición y de las enfermedades infecciosas, inclusive las diarreas infantiles (12-14). Los progresos en cuanto a disminución del riesgo de muerte son bastante menores en otros grupos de edad. La declinación de la mortalidad no se acompaña de disminuciones significativas de la morbilidad general percibida por la población ni de la frecuencia de un importante grupo de patologías que afectan de preferencia a la población adulta y adquieren la forma de enfermedades crónicas. La información disponible no permite pronunciarse con precisión respecto a la evolución de la salud mental en el período considerado, ya que las declinaciones en la mortalidad en este tipo de problemas no se asocian necesariamente con una reducción de la morbilidad.

Factores de importancia en la disminución de la mortalidad

La salud de una comunidad se ve afectada por diversos factores condicionantes que influyen sobre ella y que se examinarán a continuación:

La situación económica y el nivel de vida. La experiencia mundial, como también los estudios realizados en Chile en el pasado (15-18), sistemáticamente han mostrado una relación inversa entre la situación económica de las comunidades y sus riesgos de muerte. Sin embargo, este factor no explica el descenso mantenido del riesgo de muerte en Chile en el período de 1970 a 1980. En la figura 1 se muestra la tendencia del ingreso por habitante, en dólares de 1976, así como la tendencia de la mortalidad general e infantil. Entre 1940 y 1970 se produjo la clásica asociación inversa entre ingreso y mortalidad, advirtiéndose que en los períodos de crecimiento del ingreso per cápita hubo una disminu-

FIGURA 1—Evolución del ingreso por habitante y la mortalidad en Chile, 1940-1980.



ción de las tasas de mortalidad, las que se estabilizan en los períodos de estancamiento económico. Sin embargo, a partir de 1970 no se aprecia ninguna relación entre ingreso y mortalidad. La importante crisis económica que se produjo en la década de 1970 a 1980 no tuvo impacto en la tendencia de la mortalidad cuya declinación fue independiente de las significativas variaciones del ingreso por habitante observadas en el período. Paralelamente, cuando se comparan los valores del ingreso per cápita de las 13 regiones chilenas en 1978 con la mortalidad infantil no aparece correlación entre las variables ($r = -0,181$).

Así, existen evidencias que permiten señalar que las modificaciones de la mortalidad observadas en el período de 1970-1980, equivalentes a 26 y 60% de descenso de la mortalidad general e infantil, respectivamente, no se asocian con la condición económica general del país.

La atención de salud. Desde el decenio de 1960 la política de salud chilena definió al grupo maternoinfantil como el de mayor prioridad e hizo hincapié en la organi-

zación de la atención ambulatoria de la morbilidad (consultorios periféricos) y el control periódico de embarazadas y niños de corta edad (19). Esta política continuó durante el decenio de 1970 (20), el cual se caracterizó por un énfasis todavía mayor en el área maternoinfantil, así como por una extensión de la cobertura y aumento de los servicios (21) con participación combinada de personal profesional y auxiliar de salud.

En el cuadro 6 puede apreciarse que durante dicho decenio se produjo: a) un incremento de la cobertura de atención de salud, como lo demuestra el hecho de que 90 de cada 100 niños tengan atención profesional de salud en el momento de nacer o en su última enfermedad, y que 85 de cada 100 estén incorporados a un sistema de control de crecimiento y desarrollo pondoestatural y psicomotor, que lleva aparejado la entrega de alimentación complementaria (leche en polvo), la vacunación sistemática y la educación materna en salud; b) un sistema de atención en el que, junto a los médicos, hubo una extensa y activa

CUADRO 6—Indicadores de atención de salud infantil en Chile, 1970-1980.

Indicadores	1970	1980
<i>De cobertura</i>		
Atención profesional de los partos (%) ^a	81,00	91,40
Certificación de defunción extendida por médico (%)	81,40	90,40
Población infantil en control de crecimiento y desarrollo (%)	60,20	84,70
<i>De atención médica</i>		
Camas de pediatría (por 1 000 menores de 15 años)	0,66	0,67
Egresos hospitalarios (por 1 000 menores de 15 años)	47,00	64,00
Consultas médicas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (por menor de 15 años)	0,99	1,74
<i>De atención por otro tipo de personal de salud</i>		
Consultas a matronas universitarias (por nacido vivo)	5,20	13,40
Consultas a enfermeras universitarias (por menor de 15 años)	0,29	0,71
Consultas a nutricionistas (por 1 000 menores de 15 años)	— ^b	0,08
Consultas a auxiliares de enfermería (por menor de 15 años)	— ^b	0,53
<i>De promoción y fomento de la salud</i>		
Vacunaciones en el primer año de vida (% de los nacidos vivos)		
BCG	70,00	93,40
Antipoliomielitis (3a dosis)	69,30	82,40
Difteria, tos ferina, tétanos (3a dosis), Antisarampionosa	71,00	96,20
Programa de alimentación complementaria. Kg anuales de leche en polvo (por menor de 5 años)	2,90	3,20
Usuarías de anticonceptivos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (% de mujeres de 15-44 años)	13,20	19,20

^a Atención por médico o por matrona universitaria.

^b Sin dato.

participación de otros profesionales universitarios (enfermeras, matronas, nutricionistas) y de personal auxiliar de enfermería; c) las vacunaciones del Programa Ampliado de Inmunización tuvieron una elevada cobertura y algo similar ocurrió con el programa de alimentación complementaria, y d) además del incremento significativo de la atención primaria se registró un aumento en las atenciones hospitalarias infantiles.

La extensión de la cobertura de atención primaria y la mejoría en la calidad de las acciones constituyen recomendaciones ge-

néricas para la mejoría de la salud infantil. En el caso chileno, estas acciones están respaldadas por algunas investigaciones (22-24) que muestran que la magnitud de la mortalidad infantil de las comunidades chilenas se asocia en forma estadísticamente significativa a la extensión de la cobertura, a la disponibilidad médica por habitante y a la magnitud de la desnutrición infantil (cuadro 7).

Por otra parte, al estudiar la mortalidad infantil en la segunda mitad del decenio de 1970 (22), se ha encontrado que los valores tienen una correlación muy baja con el

CUADRO 7—Correlación entre diversos factores y la mortalidad infantil en Chile, 1977.

Coefficiente de correlación	Factor
-0,87	Atención profesional del parto (% de atendidas)
-0,81	Atención médica en la última enfermedad (%)
-0,63	Horas pediátricas por 1 000 niños
-0,61	Controles de salud realizados por médico por niño
+0,60	Prevalencia de desnutrición moderada y avanzada
-0,56	Nº de consultas de morbilidad por niño
-0,46	Salario medio de obreros y empleados
-0,31	Nº de egresos hospitalarios por 100 niños
-0,09	Nº de camas pediátricas por 100 niños

ingreso per cápita de las regiones chilenas (-0,181), correlación que aumenta claramente (-0,475) al considerar el gasto público per cápita en salud. Con los antecedentes anteriores es posible concluir que la adecuada asignación de recursos del sector público de la salud para extender la cobertura y la atención primaria, aparece como uno de los factores que ha tenido mayor incidencia en la disminución del riesgo infantil.

La influencia de otros factores. Otros factores asociados significativamente al riesgo del niño son el nivel de instrucción de la madre (-0,81) y el saneamiento de la vivienda (-0,76). Estos factores han mejorado en la última década (24). El alfabetismo superó en 1980 el 90% de la población femenina mayor de cinco años y la asistencia a la enseñanza básica (primero a octavo curso) alcanzó a un 96% de los niños de esa edad escolar (87% en 1970). De igual forma, la proporción de niños en edad escolar media (noveno a duodécimo curso) subió de 41% en 1970 a 57% en 1980. Esta elevada proporción de población que accede a la enseñanza media tiene particular importancia en salud, ya que se ha demostrado que solo con el acceso a este nivel

de educación es posible cambiar en las nuevas generaciones las ideas tradicionales que suelen tener sus mayores.

La salud de los niños chilenos se ha visto también favorecida por el significado que han tenido los programas de planificación de la familia, originados y administrados en su mayor parte por el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Los programas se iniciaron hacia 1964 y desde entonces se han producido importantes cambios, paralelos a la disminución de los nacimientos anuales (308 014 en 1965 y 253 581 en 1980, equivalentes a 36,3 y 22,8 por 1 000 habitantes, respectivamente). El descenso de la natalidad ha determinado que el número absoluto de niños se mantenga estable, que el tamaño medio de la familia haya disminuido de 5,24 en el censo de 1970 a 4,49 en el de 1982, que los niños que nacen en la actualidad provengan cada vez menos de madres mayores de 35 años (17,6% en 1965 y 9,4% en 1980) y de mujeres grandes multíparas (32,6% de los nacidos en 1965 eran quintos hijos o más en el orden familiar, situación que prevalece solo en 8,8% en 1980). Por otra parte, los hijos de madres con instrucción media y superior han aumentado de 22 a 39%. Los factores anteriores (madres de edad alta, hijos de grandes multíparas y familia extendida, baja instrucción materna) han sido en Chile factores importantes de riesgo en cuanto a mortalidad infantil (20). La modificación de estas condiciones, gracias a los programas de planificación de la familia del sector salud, ha contribuido al descenso del riesgo de mortalidad infantil en un 32% (25).

Raczynski y Oyarce (26) han cuantificado la proporción del cambio en la tasa de mortalidad infantil que puede atribuirse a modificaciones en la composición de los nacimientos durante el período 1969-1979. Para ello se estimó la mortalidad infantil al final del período si durante el mismo no se había alterado el riesgo de muerte asociado a cada grupo. La diferencia entre la

tasa de mortalidad infantil así estimada y la tasa efectiva indica los puntos en el descenso de la primera tasa atribuibles a los factores en estudio. Entre 1969 y 1979 la tasa descendió en 45,2 puntos. A los cambios de la edad de la madre es atribuible un 0,7% del cambio total de la mortalidad infantil; a las modificaciones del tamaño de la familia un 5,4% y finalmente un 26,0% del descenso puede atribuirse al cambio en la instrucción de las madres, vinculado a su vez con el hecho de que los mayores descensos relativos de la natalidad se han observado en los estratos de menor educación.

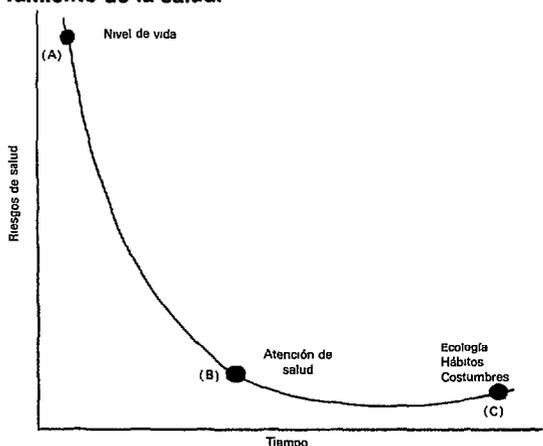
En los estudios de morbilidad que se llevaron a cabo en Santiago (9, 11), los hijos de mujeres de 15 a 24 años, ajustados por tamaño del grupo familiar y edad de los niños, recibieron 5,0 atenciones anuales de salud, mientras el número fue solo de 1,2 en el grupo de madres de 45 años y más. Cuando existía un solo niño en la vivienda recibía 6,3 atenciones anuales contra 0,9 de los niños pertenecientes a familias con cinco o más hijos.

Como se señaló anteriormente, (véase cuadro 2), la mortalidad infantil en Chile está asociada a la proporción de población rural. El fenómeno de urbanización creciente (76% de población urbana en 1970 y 81% en 1982), a través de diversos mecanismos, tiene efectos favorables en el nivel de salud infantil.

Comentario

Los factores de mayor significado para progresar en cuanto a la salud de la población son diferentes de acuerdo con el nivel de vida (figura 2). En condiciones muy precarias de desarrollo y grandes riesgos de salud, la atención organizada de esta no logra resultados satisfactorios a causa de las graves limitaciones derivadas del bajo ingreso económico familiar y las insatisfactorias condiciones del medio ambiente y de la instrucción de las personas (Etapa A).

FIGURA 2— Factores de importancia en el mejoramiento de la salud.



Cuando estas limitaciones están parcialmente resueltas, el factor de mayor significado para mejorar en salud es la organización adecuada de los servicios de atención con énfasis en la extensión de la cobertura y el desarrollo del nivel de atención primaria (Etapa B). En los países desarrollados se aprecia actualmente que una mayor expansión de la atención médica no logra resolver los problemas prevalentes de salud vinculados a hábitos y costumbres inadecuados o a las severas alteraciones ecológicas que existen en el mundo industrializado (Etapa C).

Los indicadores de salud revelan que la mayoría de los países de América Latina se encuentran entre las etapas A y B. El caso de Chile, de acuerdo con los resultados de este estudio, indica que el país ha progresado en salud gracias a la organización de la atención, en particular en el área materna e infantil. Cuando se dan condiciones adecuadas de organización (servicios integrales de atención con elevada cobertura de atención primaria; incremento de las acciones claves para la protección materna e infantil; posibilidad de referencia a los niveles secundarios y terciarios de atención), resulta posible enfrentar con éxito serias vicisitudes de tipo económico y seguir mejorando en la condición de la salud materno-infantil.

En el caso de Chile se aprecia que la disminución del riesgo de muerte tiene una tendencia declinante mucho más acentuada que la reducción de la morbilidad, y que los progresos en cuanto a mortalidad se advierten de preferencia en los cinco primeros años de vida. El hecho tiene importancia tanto desde el punto de vista práctico como del metodológico. Cuando se llega a niveles relativamente bajos de mortalidad infantil, la medición del riesgo del niño menor no constituye un buen indicador de la situación global de salud; en el caso chileno, los progresos en esta área son mucho más acentuados que los observados en otros grupos poblacionales. Por otra parte, la disminución de las muertes no significa necesariamente un descenso de la morbilidad y si esta no se ha modificado en forma significativa se requiere seguir manteniendo e incluso aumentar la cantidad de servicios de salud requeridos por una morbilidad que sigue siendo alta.

El caso chileno, que se puede estudiar y analizar en detalle dada la disponibilidad de información, ilustra, respecto a las situaciones intermedias de desarrollo en salud, que el factor aislado de mayor importancia para el progreso es la adecuada organización y administración de los servicios de salud.

Resumen

La información de diversos países muestra una clara tendencia a la disminución de los riesgos de muerte en las últimas décadas, lo que se ha interpretado como una mejoría en salud. En este artículo se examina la evidencia de ese proceso en

Chile, país que dispone de información detallada sobre hechos vinculados con el progreso en salud. La disminución del riesgo de muerte se ha producido en ese país sobre todo en los primeros años de la vida y es mucho menor en otras edades. La declinación de las tasas de mortalidad es mayor que la disminución de las enfermedades registradas en la población y diversos problemas patológicos de tipo crónico no muestran progresos de importancia. La reducción del riesgo de muerte no ha estado asociada con la situación económica general o regional del país. Un tercio de la declinación de la mortalidad infantil ha dependido de los cambios debidos a la disminución de la natalidad a partir de 1965. El factor de mayor importancia para explicar el descenso de los riesgos es la extensión de la cobertura y el aumento del número de acciones en la atención organizada de salud; los estudios de correlación revelan que la mortalidad infantil de las diversas zonas geográficas se asocia fundamentalmente a la cobertura de atención de salud, la disponibilidad de horas médicas y la prevalencia de desnutrición. Sobresalen la elevada proporción de actividades de salud realizadas por personal universitario no médico y por personal auxiliar de enfermería, tanto en controles de población sana como en atenciones de morbilidad, y la elevada cobertura del Programa Ampliado de Inmunización y del programa de alimentación complementaria. El caso chileno constituye un ejemplo de cómo la salud no se deteriora en condiciones económicas negativas cuando se dispone de un sistema nacional de salud con amplia cobertura y énfasis en la atención primaria. ■

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Anual del Director 1980*. Documento

Oficial 177, julio de 1981.

2. Organización Panamericana de la Salud. *Las*

- condiciones de salud en las Américas 1973-1976.* Washington, D.C., 1978. (Publicación Científica 364.)
3. Chile. Instituto Nacional de Estadística. Anuarios de Estadísticas; Series estadísticas; Informativos estadísticos, y Compendios estadísticos, 1970-1981. Santiago.
 4. Chile. Ministerio de Salud. Anuarios de Estadísticas de Salud: Egresos hospitalarios; Nacimientos; Defunciones; Enfermedades de notificación obligatoria, y Atenciones y Recursos, 1960-1980. Santiago.
 5. Chile. Ministerio de Salud. Comisión Nacional para Alimentación y Nutrición (CONPAN). Chile: Estadísticas básicas en alimentación y nutrición, 1969-1978. Santiago.
 6. Chile. Ministerio de Salud. Recursos humanos en salud: Un modelo de análisis. Santiago, Imprenta Central de Talleres del Servicio Nacional de Salud, 1970.
 7. Medina, E. y Kaempffer, A. M. Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago. *Rev Med Chil* 107:155, 1979.
 8. Medina, E. y Kaempffer, A. M. Características de la atención de salud en el Gran Santiago. *Rev Med Chil* 108:937, 1980.
 9. Kaempffer, A. M. y Medina, E. Morbilidad y atención médica infantil en el Gran Santiago. *Rev Chil Pediatr* 51:355, 1980.
 10. Medina, E. y Kaempffer, A. M. Atención médica, nivel de vida y salud infantil. Actas de I Jornadas Nacionales de Salud Pública, Santiago, 1981. p. 23.
 11. Kaempffer, A. M. y Medina, E. Investigaciones de morbilidad infantil en el Gran Santiago. Actas de I Jornadas Nacionales de Salud Pública, Santiago, 1981. p. 18.
 12. Kaempffer, A. M. Evolución de la salud maternoinfantil en Chile, 1952-1977. *Rev Med Chil* 105:680, 1977.
 13. Solís, F., Castillo, B. y Mardones, G. Mortalidad infantil en Chile por grupos de causas evitables en los 27 servicios de salud del país. Actas de I Jornadas Nacionales de Salud Pública, Santiago, 1981. p. 20.
 14. Castillo, B., Mardones, G. y Solís, F. Factores de salud asociados a la mortalidad infantil chilena por causas evitables 1979. Actas de I Jornadas Nacionales de Salud Pública, Santiago, 1981. p. 22.
 15. Behm, H. *Mortalidad infantil y nivel de vida.* Santiago, Ediciones de la Universidad de Chile, 1962.
 16. Behm, H. Mortalidad infantil en Chile: Tendencias recientes. *Cuad Med Soc* 11(3):7, 1970.
 17. Legarreta, A. Factores condicionantes de la mortalidad en la niñez. In: Livingstone, M. y Raczynski, D. eds. *Salud pública y bienestar social.* Santiago, Ediciones CIEPLAN, Universidad Católica de Chile, 1976.
 18. McCormick, M., Shapiro, S., Horn, S. D. The relationship between infant mortality rates and medical care and socioeconomic variables. Chile 1960-1970. *Int J Epidemiol* 8:145, 1979.
 19. Medina, E. Evolución de la salud pública en Chile en los últimos 25 años. *Rev Med Chil* 105:739, 1977.
 20. Medina, E. El desarrollo del sistema de servicios de salud de Chile. *Rev Med Chil* 107:1135, 1979.
 21. Medina, E. El nivel primario de atención de salud. *Rev Med Chil* 106:478, 1978.
 22. Medina, E. Elementos que condicionan la eficacia del sistema de salud. Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1981. (Documento 245.)
 23. Mardones S. F. Análisis de 5 determinantes del nivel de salud y nutrición infantil, Chile 1970-1979. In: Celedón, J. M. ed. *Crecimiento y desarrollo en la desnutrición infantil.* Santiago, Ediciones UNICEF, 1981.
 24. Kaempffer, A. M. y Medina, E. Perspectivas en la salud del niño latinoamericano. *Pediatría (Chile)* 22:324, 1979.
 25. Raczynski, D. y Oyarce, C. ¿Por qué cae la tasa de mortalidad infantil en Chile? Santiago, Colección Estudios CIEPLAN N° 55, diciembre de 1981. p. 45.
 26. Raczynski, D. y Oyarce, C. Evolución de la tasa de mortalidad infantil. *Rev Med Chil* 11:784, 1982.

Health progress. An analysis of the situation in Chile (Summary)

Information from different countries has shown an evident downward trend in the risk of death over the past few decades, which has

been interpreted as an improvement in health. This article examines the evidence in Chile, where detailed information related to health

progress is available. The risk of death has decreased in that country particularly for early childhood, although it is significantly lower for other age groups as well. Mortality rates have decreased to a greater extent than the illness rates recorded for the population and no significant progress has been observed in solving some chronic pathologic problems. The reduction in death risk has not been associated with the country's regional or general economic conditions. One third of the decrease in infant mortality may be accounted for by changes related to the declining birth rate since 1965. The most important factors in the decrease of such risks have been expanded coverage and a greater number of organized health care activities. Correlation studies have

shown that infant mortality in the different geographic areas is basically linked to health care coverage, the number of hours medical service is available and the prevalence of malnutrition. The high proportion of health activities carried out by non-medical staff and auxiliary nurses, involving both controls for the healthy population and morbidity-related care, is noteworthy, as is the wide coverage of both the Expanded Immunization Program and the food supplement program. The case of Chile is an example of how health does not deteriorate under negative economic conditions, if there is a national health system of wide coverage with emphasis on primary health care.

Progressos na saúde. Análise da situação no Chile (Resumo)

A informação de vários países mostra uma tendência clara ao decréscimo dos riscos de morte nas últimas décadas—o que se interpreta como melhoria na saúde. Examina-se neste artigo a evidência desse processo no caso do Chile, país que possui informação pormenorizada sobre fatos que se vinculam ao progresso atingido na saúde. A diminuição do risco de morte tem sido mais efetiva nesse país nos primeiros anos de vida e decresce em outras idades. O declínio das taxas de mortalidade é superior à diminuição das doenças registradas entre a população, e nos diversos problemas patológicos de tipo crônico, não se observam progressos de importância. A redução do risco de morte não tem estado associada nem à situação econômica geral nem à regional do país. Um terço do declínio na mortalidade infantil depende de mudanças devidas ao decréscimo da taxa de natalidade a partir de 1965. Para poder explicar o declínio dos riscos, consideramos que o fator de maior

importância é a ampliação da cobertura e o aumento do número de ações no atendimento organizado da saúde; os estudos de correlação mostram que a mortalidade infantil das várias zonas geográficas está fundamentalmente associada à cobertura do atendimento da saúde, à disponibilidade de horas médicas e à prevalência da desnutrição. Ressaltam em proporção elevada as atividades de saúde exercidas pelo pessoal universitário no parte médica e pelo pessoal auxiliar de enfermagem, tanto no concernente a controles de população sadia quanto no atendimento de morbidade, além da elevada cobertura do Programa Ampliado de Imunização e do de alimentação complementar. O caso chileno serve de exemplo de como a saúde não sofre deterioração sob condições econômicas de tipo negativo quando existe um sistema nacional de saúde que oferece tanto ampla cobertura quanto dá ênfase ao atendimento primário.

Progrès en santé. Examen de la situation au Chili (Résumé)

Des données fournies par différents pays, il ressort que, au cours des dernières décennies, les risques de mort ont eu une nette tendance à régresser, ce qui a été interprété comme une amélioration de la santé. Cet article est

consacré à l'étude de ce processus au Chili, pays qui dispose de nombreuses informations sur les progrès enregistrés dans le domaine de la santé. Il y a été constaté que c'est dans les premières années de la vie que la régression a

été la plus marquée et qu'elle a été beaucoup moins notoire pour les autres tranches d'âge. De plus, la baisse du taux de mortalité a été supérieure à la régression des maladies dont souffre la population, tandis que plusieurs problèmes pathologiques de type chronique n'ont pas accusé d'accroissement sensible. Par ailleurs, il est apparu que la baisse du risque de mort était sans rapport avec la position économique qu'occupe le Chili aux échelons mondial et régional. Le déclin du taux de mortalité infantile a été dû, pour un tiers, aux changements apportés par la baisse de la natalité qui est survenue depuis 1965, et l'amoindrissement des risques de mort s'explique au premier chef par l'extension de la couverture sanitaire et la multiplication des activités entreprises pour mettre en place des services organisés de soins de santé. De leur côté, les études de corrélation ont révélé que, dans toutes les régions du pays, le taux de

mortalité infantile avait varié, pour l'essentiel, en fonction de la couverture des soins de santé, du nombre d'heures de services médicaux disponibles et de la prévalence des facteurs de malnutrition. L'étude a également démontré qu'un personnel universitaire non médical et des infirmiers auxiliaires assumaient une large part des activités sanitaires—notamment en matière de contrôle de la population saine et de soins dispensés à la population malade—et que le Programme élargi de vaccination et le programme d'alimentation complémentaire avaient sensiblement élargi leur couverture. Le Chili apporte donc un exemple probant de ce que la santé ne se dégrade pas forcément dans des circonstances économiques adverses dès lors qu'on dispose d'un système sanitaire national à grand rayon d'action qui met l'accent sur la disponibilité de soins de santé primaire.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

Del 2 al 5 de octubre de 1983 se llevará a cabo en Granada, España, el Congreso del título, organizado por la Sociedad Internacional de Cirugía Dermatológica y el Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica de la Universidad de Granada.

El programa preliminar del Congreso es el siguiente:

Sesiones de trabajo: Suturas; Complicaciones, prevenciones y terapéutica; Gemas quirúrgicas; Colgajos e injertos; Conceptos generales en melanomas, y Tratamiento quirúrgico del cáncer de piel.

Simposium: Histogénesis de los tumores; Silicona y colágeno; Cirugía de la uña; Trasplante de pelo; Cirugía básica; Electrocirugía; Criocirugía; Quimiocirugía; Laser; Quemaduras, y Colgajos e injertos.

Las personas interesadas pueden dirigirse a: Secretario General, Dr. Vicente Delgado Florencio, OTECSA (Organización Técnica de Exposiciones y Congresos, S.A.), Recogidas, 21-1º, Granada, España. Tel: 958/26 06 53.