

ARZOBISPADO DE SANTIAGO  
Vicaría de la Solidaridad  
Dpto. Zonas

---

BREVE ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DEL PAIS

Los acontecimientos del 11 de septiembre de 1973, significaron en el campo de la salud, una serie de cambios y modificaciones en el aspecto doctrinario, programático, de financiamiento, de personal, de recursos humanos y materiales cuya influencia y consecuencias sobre el estado de salud de la población estamos comenzando a palpar en el momento actual a pesar de los inconvenientes que existen para obtener, en ocasiones, información estadística oficial.

Es obvio que los problemas de salud que enfrenta la población, sobre todo la de menores recursos, no son solo consecuencia de los cambios efectuados en salud, sino que la situación económica deplorable en que se encuentran vastos sectores de la población, situación que es secundaria a; 1) la política económica del actual gobierno; 2) a la creciente cesantía; 3) al desamparo total en que se debaten miles de hogares al faltar el jefe de la familia, la madre o ambos (padres desaparecidos, detenidos, muertos, asilados, exilados, etc.), 4) al deterioro evidente del estado nutritivo de la población, especialmente de la población infantil; 5) a la disminución de las expectativas de recibir educación en salud, protección en salud, atención médica curativa al quedar vastos sectores de la población totalmente marginados de los beneficios del Servicio Nacional de Salud, del SERMENA, de otras cajas o Servicios de Bienestar.

A partir del 11 de septiembre, ocurren cambios importantes cuyos fundamentos y consecuencias deben ser analizadas a la luz de los datos existentes y de sus proyecciones a futuro.

Si analizamos brevemente la historia de la atención médica en Chile veremos que desde 1924 en que se dicta la ley 1054, en adelante, todos los nuevos decretos o leyes promulgadas en salud tienden a otorgar cada vez mayor número y variedad en las prestaciones médicas, aumentando en forma paulatina y mantenida la participación del Estado en los Programas de Salud, así como la cobertura de los servicios.

En 1952 con la dictación de la ley 10.383, se funden diversos organismos asistenciales y se crea el Servicio Nacional de Salud, organismo estatal que otorgaría atención médica a cerca del 80% de la población, contando para ello con el 17% del total de los empleados fiscales del país, el 96,2% de la infra-estructura de Salud, incluyendo 1336 establecimientos hospitalarios con un total de 33,750 camas y 5.404 médicos de un total de 5.572 médicos activos, al 31 de marzo de 1972.

El Servicio Nacional de Salud, creado bajo el gobierno del sr. González Videla, sería modificado bajo las otras administraciones. Bajo el gobierno del sr. Jorge Alessandri, se crearía el Departamento Técnico, (aún el funcionamiento), departamento de vital importancia en la organización, manejo y control de los Programas, se promulgaría el Reglamento de Organismos Locales de Salud, y se iniciaría la Regionalización (tendiente a la descentralización administrativa del Servicio) Durante el gobierno de Eduardo Frei, se daría especial énfasis a la atención Rural y Programa Materno-Infantil, especialmente en lo referente a la entrega de leche y a la incorporación de la Comunidad a los Consejos Comunales de Salud (forma de participación activa de la Comunidad en Salud).

El gobierno del doctor Salvador Allende, revisaría los defectos del sistema y basándose en una evaluación crítica del mismo establecería una Política de Salud compatible y paralela a la Política General de Gobierno. En ella establecería una serie de principios que permitirían:

- Agilizar la entrega de los Servicios Médicos, mejorar su calidad y rendimiento, aumentar su cobertura, etc.
- Establecer normas y fijar metas a corto y a mediano plazo, tendientes a solucionar en primera instancia aquellos problemas más serios y más agudos y posteriormente aquellos más complejos y menos prioritarios.
- Se estableció la necesidad de una salud igualitaria, gratuita y humanitaria, de alta calidad técnica y sin trabas burocráticas, planteándose para ello cambios estructurales tales como: La descentralización de los servicios; la unificación del Mando Central, echando las bases para el establecimiento del Servicio Unico de Salud.

Estableció además medidas técnicas que aumentarían la eficacia de las acciones de salud, fijando una política de personal de uso de locales de disponibilidad de alimentos, medicamentos, equipos, vehículos, de incentivación de la formación profesional, de investigación, etc.

Dentro de la atención se planteó la necesidad de igualar la calidad de la atención entre el medio urbano y rural y en el urbano entre las áreas con poblaciones marginales aumentando el número de consultorios periféricos. La atención prioritaria fue otorgada a la madre y al niño, siendo el Programa de Alimentación Suplementaria, un programa básico (entrega de leche). Dentro del Programa de Atención al Adulto se dió especial énfasis a la salud del trabajador, el programa de alcoholismo, a la prevención de accidentes, a la salud mental.

Se destacó la importancia de la Salud oral y de los programas destinados a mejorar el medio ambiente.

Se estableció además una Política de Salud a nivel de SERMENA (Servicio Nacional de Empleados) tendiente a lograr en un plazo relativamente breve la fusión de este organismo y el S. Nacional de Salud.

Dicha integración y fusión efectuada en forma gradual a medida que el S.N.S. y otras estructuras fuesen capaces de absorber la creciente demanda de atención generada en la población, sin que ello involucrara un deterioro en la calidad de la atención.

Este paso se efectuaría mediante convenios entre el S.N.S. las Universidades, Hospitales Clínicos u otras Instituciones, lo que aumentaría la capacidad instalada y aumentaría la cobertura.

Indudablemente estos planteamientos llevaban al establecimiento de un sistema de Medicina Socializada compatible con las modificaciones que gradualmente se establecerían en el plano de la Política Económica, tendiente a llegar a una forma socialista de producción.

El principal obstáculo, lo constituiría el Colegio Médico quien consideraría todos estos planteamientos como una agresión incalificable a medicina de Libre Elección, Medicina Privada que nunca había incorporado a más del 10% del total de los médicos del país. El Colegio Médico se opondría por principio, a toda medida que el Dr. Salvador Allende propusiera en el plano de la salud, hecho que consta en múltiples documentos publicados por el Colegio Médico en la Revista "Vida Médica", publicación oficial del Colegio.

Negaría su participación en las discusiones propuestas por el Gobierno para analizar el Pre-Proyecto de Servicio Único de Salud, se opondría a la contratación de alumnos de medicina como auxiliares técnicos, a la contratación de médicos extranjeros, al establecimiento de normas que incentivarán y aumentaría el número de profesionales en provincia, al establecimiento del reloj control en los Servicios, al cambio de sistema de pago en Sermena, a los cambios de Directores de Zona y Hospitales propuestos, por el gobierno, etc. Es decir el Colegio Médico contribuyó en forma sostenida y clara y conciente a aumentar las fricciones en el Area de la Salud, a dificultar los cambios, a promover e incitar al caos, y al desprecio a la autoridad, a colaborar con el gremio de los transportistas en una lucha que ellos únicamente llamaron "gremial" pero que era de claro contenido político.

Derrocado el Gobierno mediante el golpe militar, las nuevas autoridades de Salud, ampliamente respaldadas por la Directiva del Colegio Médico ampliamente respaldadas por la directiva del Colegio Médico formularía su propia política de Salud cuyos principios son básicamente diferentes a los que prevalecían con antelación.

En Documentos oficiales reconocen:

- a) El reconocimiento del derecho de Salud a todos los habitantes de Chile.
- b) El Estado tiene la obligación de asegurar el acceso a esos servicios.
- c) El estado financia y ejecuta e mayor porcentaje de las prestaciones de salud, pero a su vez toda la población debe contribuir a satisfacer y mantener los servicios de salud.

Probl. de  
nuestro  
Pais obstaculizado

- d) Se otorgará atención médica de alta calidad, eficiente, oportuna, eficaz. Especialmente a la población de menores recursos.

Plantea la creación de un "Sistema Nacional de Salud" manteniendo en ella:

- a) La medicina funcionaria.
- b) Medicina Semi-Privada.
- c) Medicina privada, a la cual el gobierno le asigna un importante rol en el "Desarrollo Social del país, al prestar atención médica a aquellos sectores de la población que cuentan con recursos suficientes para satisfacer sus propias necesidades y de esta manera disminuir la presión que se hace sentir sobre los servicios estatales". La verdad es que esta población nunca ha recurrido a tales servicios por lo que el planteamiento es débil e inexacto.

Además propone la reorganización del S.N.S., y del SERMENA. En lo que respecta a recursos humanos propone "incentivar la conservación de los profesionales de salud que el país ha formado", "formar investigadores, establecer un sistema de incentivos económicos, tanto en área semi-privada como funcionaria, proporcionar equipo, medicamentos, etc, en forma adecuada.

Con fecha 28.2.75 por Decreto Supremo N° 913 se fijó la estructura del S.N.S. y Decreto Supremo N° 265 de 18.2.75 el general Pinochet fijó los lineamientos generales y específicos para la puesta en marcha del Sistema Nacional de Servicios de Salud cuyos objetivos son:

Garantizar a la totalidad de la población el acceso oportuno a una salud integral, técnicamente igualitaria, humana de alto nivel, e compatible con los recursos que dispone el país.

"Ella partiendo de una situación inicial que presenta deficiencias de toda índole, que han encarécido el sistema y deteriorado hasta niveles alarmantes la calidad de las prestaciones que ofrece, como resultado de una excesiva centralización y estatización de la salud en Chile".

"Así se observan tasas de rechazo del orden del 40% fundamentalmente en lo que a atención estatal se refiere, hecho que obliga a la población a recurrir a otras fuentes de asistencia encareciendo los pagos totales de salud como producto de la duplicación de aportes".

"La idea central del Sistema Nacional de Servicios de Salud consiste en proveer un marco normativo y de control general no discriminatoria, que se aplica a todos quienes cumpliendo los requisitos del sistema, presten Servicios de Salud u organicen el financiamiento de dichas prestaciones"

El Sistema tendrá 3 líneas de acción

- a) Línea financiera: Proveerá a cada chileno de los recursos (\$) que posibilita la adquisición de las prestaciones de salud del sistema.
- b) Línea de ejecución o prestación de salud: Concentrará los recursos del sector privado y público. Los usuarios podrán elegir el profesional y el establecimiento.
- c) Línea normativa, control, auditoría y estadística: Para hacer tanto en Instituciones Públicas como Privadas las normas del Ministerio.

Para lograr esto debe:

Crearse fondo de compensación de salud (sector pensional, caja comerciantes) Ministerio de Hacienda, usuarios cuando corresponda. Deberá distribuir equitativamente los recursos. Sistema Gubernamental  
Sistema Pineda

Si bien el nuevo sistema deja al S.N.S. como núcleo central, entrega gran parte de la responsabilidad de la salud al sector privado sobre todo en lo financiero.

*¿Por qué se afianza lo anterior?*

El cambio en la política de salud, antes anunciado, los cambios derivados de la Política económica con la consiguiente creciente cesantía de vastos sectores de la población; la repercusión de lo anterior en la capacidad adquisitiva de la población en la vivienda, vestuario, alimentación, etc. han determinado cambios evidentes en diferentes niveles:

- a) A nivel del Sistema Nacional de Salud: Disminución de recursos financieros, de personal, de farmacia, de leche, etc.
- b) A nivel de indicadores de nivel de vida y salud, natalidad general, infantil, neonatal, mortalidad por enfermedades infecciosas, desnutrición, etc.

A continuación señalamos algunos datos, recogidos de fuentes oficiales y que demuestran de algún modo el daño en salud.

I. Gasto Público en Salud

En 1968 el gasto público en salud ascendió a 393 millones de dólares lo que equivalió a 6.2% del PN bruto.

En 1973 el gobierno decidió implementar el gasto en salud, aumentándolo al 9,3% del total del gasto fiscal. En 1974 el gasto en salud ascendió a \$177 mil millones más US\$ 11,4 millones: lo que equivalía al 6% del PN bruto.

En 1976 el gasto en salud será de 2.240 millones de pesos y 7.8 millones de dólares, lo que corresponde al 5.3% del gasto fiscal destinado a salud.

*- Usar medidas equivalentes para analizar gasto público en salud.*

## II. Reducción de Personal

Ha habido indudablemente una reducción del número de personas trabajando en salud, en relación a la población beneficiaria. A esta reducción han contribuido varios factores:

- a) Represión, traducida en un número considerable de personal de la salud exonerado de sus cargos, degradado, trasladado, expulsado, detenido, condenado y aún muerto. Consecuencia de lo anterior, es un alto número de personal cesante, asilado y exilado. Para remarcar lo anterior, citaremos algunos datos publicados en la Revista del Colegio Médico y que muestran la situación de los médicos.

Según el Colegio Médico el 31 de Marzo de 1972 existían 7.864 médicos colegiados. De éstos, 766 habían fallecido, 272 residían fuera del país y 75 estaban en el exterior gozando de alguna Beca. Once eran Parlamentarios que no ejercían. Ello hacía un total de 2.292 médicos inactivos y 5.572 activos, de los cuales no todos laboraban en el SNS.

El mismo Colegio Médico en la Revista Médica (1-II-76 -- Volumen XXVII - pag.13) plantea que en la actualidad hay 6.718 médicos registrados y más de mil han emigrado (25%) y señala las causas del éxodo de estos médicos:

- 1) Pobreza crónica del país.
- 2) Falta de medios para que el profesional trabaje.
- 3) Bajas remuneraciones, (Febrero 1976 - \$1.280,85 por 8 hrs.)
- 4) Escasas posibilidades de formación, sobre todo de los médicos de provincias.
- 5) Mejores expectativas de remuneración y formación en el extranjero. (salarios de US \$3.000.- o más).

Los dos cuadros siguientes apuntan hacia lo mismo:

Número de Médicos y Enfermeras trabajando en el  
Servicio Nacional de Salud

Año	Número de Médicos	Número de Enfermeras
1970	4.401	1.666
1973	4.300	1.816
1974	4.307	1.680

Fuente: Atenciones y Recursos SNS Anuario 1970-73-1974

Se observa que entre 1970 y 1973 hay una reducción del número de médicos trabajando en el SNS, reducción que <sup>se mantuvo</sup> a fines de 1973. Entre 1973 y 1974 prácticamente no varía el número de médicos contratados, aunque en el intertanto se ha recibido toda una generación de médicos.

En el caso de las Enfermeras se observa una franca disminución, pero aquí el éxodo obedece a razones de tipo económico (fundamentalmente mejores salarios en el exterior).

Horas médicas diarias-Servicio Nacional de Salud

Atención cerrada y abierta, 1970-1974

Año	Hrs.médicas totales	Hrs.en atención abierta	Hrs.en atención cerrada
1970	23.149 hrs/día	9.334	13.815
1973	27.555	11.991	15.564
1974	24.536	10.125	14.411

Fuente: Atenciones y Recursos SNS. Anuario 1970-1974.-

Se ha producido una reducción del total de horas médicas dentro del Servicio Nacional de Salud, lo que ha traído como consecuencia lógica disminución en las prestaciones médicas. A la reducción hay que agregar la persistencia de la mala distribución de las horas

médicas (alto porcentaje en Santiago y capitales de provincias y escaso porcentaje en zonas rurales). Del total de horas la mayor reducción ocurrió dentro de las horas dedicadas a atención abierta (atención en Polí-clínicos) en relación a la reducción que experimentaron las horas médicas destinadas a atención cerrada (atención en Hospital). Recordemos que una de las medidas que se pretendía lograr durante el gobierno del Dr. Allende era la incrementación de la atención externa, que facilitaría entre otras cosas el acceso de la población a la atención médica.

Como se planteaba anteriormente, la reducción de las horas médicas ha redundado también en una disminución de las consultas totales del S.N.S.

Total de consultas médicas otorgadas por el Servicio Nacional de Salud  
1966 - 1974.-

Año	Nº de Consultas	Población del país
1966	8.582.000	8.884.000
1968	9.365.000	9.351.000
1969	9.442.000	9.566.000
1970	8.915.000	9.726.000
1973	10.147.000	10.327.000
1974	9.255.616	10.536.000

Fuente : Ministerio de Salud Pública  
Servicio Nacional de Salud

Hasta 1973 hubo más o menos 1 consulta por habitante al año, y en 1974 se dió menos de 1 consulta por habitante al año. Aunque en este cálculo se está considerando el total de la población como beneficiaria del Servicio Nacional de Salud, lo que en la práctica no es efectivo, si se la reduce en un 15 - 20% (población presumiblemente atendida por Sermena y en forma privada) la relación sube a 1,3 - 1,4 consultas por habitante al año lo que es absolutamente insuficiente.

Entre 1973 y 1974 se produjo una reducción de 891.384 consultas. De acuerdo con los datos de los últimos anuarios de Atenciones y Recursos del S.N.S. (1973-1974), las consultas de adultos disminuyeron de 5.480.178 consultas en 1973 a 4.690.998 en 1974 (- 789.180). Las consultas de niños han disminuido de 3.911.077 en 1973 a 3.878.888 en 1974 (- 32.189 consultas) y las consultas maternas de 756.445 en 1973 a 685.730 en 1974 (- 70.715). Estas cifras indican que la mayor repercusión ha ocurrido en el programa de Adultos, que ha sido siempre desplazado por los Programas Prioritarios que son para la Madre y el Niño.

El adulto que no logra satisfacer sus necesidades de salud a nivel de un Consultorio o de un Hospital tiene que recurrir forzosamente a un Servicio de Urgencia, con lo que el número de atenciones en las Postas debe aumentar al disminuir las posibilidades de satisfacer las necesidades de salud de la población por los mecanismos habituales.

Atenciones de Urgencia en el Servicio Nacional de Salud 1966 - 1974.-

<u>Año</u>	<u>Nº de atención de urgencia</u>
1966	1.552.000
1969	1.776.000
1970	1.867.000
1973	2.736.203
1974	2.949.535

Ha habido un incremento de 1.082.535 consultas entre 1970 - 1974. Este incremento en sí es revelador del problema de atención médica que enfrenta la población. Sin embargo hay que agregar a esta cifra dos hechos que remarcan la situación:

- a) por un lado el hecho que la atención en Posta debe ser cancelada por todo aquel que no es asegurado (\$ 38.- en Marzo de 1976), y el asegurado debe acreditar que lo es, situación difícil para los obreros ya que sus libretas están generalmente en manos de los patronos;
- b) por otro lado, que ha habido un éxodo importante del personal que labora en estas Postas, como consecuencia de los bajos salarios y la pérdida de garantías adquiridas hace mucho tiempo (vacaciones más largas, vacaciones en Invierno, etc.).-

### Modificaciones a algunos Programas

Otro programa que ha sufrido variaciones subnacionales es el Programa de Alimentación Suplementaria (entrega de leche a niños, embarazadas y nodrizas) del S.N.S. Cabe recordar que una de las primeras del Gobierno del Presidente Allende fue incrementar el Programa de leche ya existente y establecer el medio litro de leche diario para los niños y embarazadas, planeando para tal efecto la entrega de más de 40 millones de kilos de leche al año, cifra que fue programáticamente reducida a la mitad.

Tal como lo indica el cuadro siguiente en 1973 y 1974 solamente se entregaron algo de más de 20 millones de kilos.

Kilos de leche entregados por el S.N.S. 1973-1974.

Lactantes y nodrizas	7.587.214	8.722.492	+1.135.278
Pre-escolares	9.223.787	10.232.693	+1.008.906
Escolares	1.838.716	67.241	-1.771.475
Embarazada	1.641.095	1.783.823	+ 42.729
TOTAL	20.290.911	20.806.249	+ 515.338

Fuente: Atenciones y recursos S.N.S. Anuarios 1973-1974

Aunque el incremento entre 1973 y 1974 es de sólo 515.338 kilos la redistribución de los kilos entregados merece alguna consideración. Ha habido un aumento en el número de kilos de leche entregados a lactantes y nodrizas, y pre-escolares y un muy discreto aumento en los kilos entregados a embarazadas, pero ello en desmedro de los escolares en lo que hubo una reducción en más de 1.7 millones de kilos.

Si la Junta de Auxilio Escolar y Becas programa entregados, desayuno y almuerzo a estos niños marginados sería entendible esta redistribución, pero si no es así, estos niños quedarían en situación desmedrada con respecto al resto, ya que es sabido que en el momento actual un % considerable de la población beneficiaria del S.N.S. tiene ingresos tan bajos que los imposibilitan a comprar este vital alimento.

Hemos señalado solamente algunos hechos que consideramos relevantes. Añadiremos en el anexo otros datos que también pueden servir de elementos de juicio para un análisis más acabado de la situación de salud del país.

Conjuntamente con lo expuesto cabe preguntarse ¿qué ha ocurrido con los indicadores de nivel de salud? ¿se han modificado? ¿cómo? ¿por qué?. Analizaremos algunos de ellos.

IV. Algunos indicadores de nivel de salud

1. Mortalidad general. La mortalidad general que expresa el número de personas fallecidas en relación a la población total del país, ha descendido, según datos oficiales a 7,4 por mil en 1974

Mortalidad general en Chile 1935-1974 (tasa por mil habitantes.)

1935 - 23.9  
1945 - 19.1  
1955 - 12.9  
1960 - 12.3  
1965 - 10.6  
1970 - 8.6  
1972 - 8.8  
1973 - 8.0  
1974 - 7.4

<u>Número de defunciones</u>	<u>Población Chile</u>
88.658	10.123.000
82.988	10.327.000
78.284	10.536.000

Fuente: Anuario de defunciones, S.N.S. Año 1974.

Hay algunos hechos que recordar al respecto:

- En 1973 fallecieron de acuerdo a las cifras oficiales - 5.665 personas, menos que en 1972 lo que resulta inexplicable si se recuerda todo lo ocurrido con posterioridad al 11 de septiembre. A la disminución de la tasa contribuye la evidente manipulación de los datos referentes a número de muertos (~~reducción~~ <sup>reducción</sup> de los muertos sin certificado de defunción) y a que la población tomada como denominador está ~~en~~ <sup>en</sup> duda sobre valorada, ya que es una estimación basada en el censo de 1970 y en ello se ha contemplado la enorme migración externa que ha ocurrido en el país y que al disminuir la población aumentaría la tasa a cifras más reales.

2. Mortalidad Infantil. La mortalidad infantil es considerada como uno de los mejores indicadores de salud, ya que refleja el impacto que la situación socio-económica, de medio ambiente y de atención en salud, tiene sobre el lactante menor. Indica el número de muertes de niños de 0-a 1 año en relación al número de nacidos vivos del mismo año.

### Mortalidad Infantil en Chile 1935-1974

<u>Año</u>	<u>Tasa</u>		
1935	214.6		
1945	164.5		
1955	116,5		
1960	120,3		
1965	95.4		
1970	79.3		
1971	70.5	Reducción	N. vivos
1972	71.1		
1973	65.2	-5,9	277.891
1974	63.3	-1.9	276.650
			267.977

Fuente: Anuario de defunciones y causa de muerte S.N.S 1974

Las cifras de mortalidad infantil demuestran una tendencia decreciente, lo que aparentemente puede ser difícil de entender si uno tiene como telón de fondo la situación de desnutrición de la población infantil y la situación general de la población de menores recursos.

Al respecto cabe destacar algunos hechos que ayuden a comprender las cifras, : 1º que sólo tenemos información de 1974 y que el impacto de la población post 11 de septiembre aún no se había manifestado ese año.

2º. Que aún en 1974 se hacía sentir la influencia de los programas de los tres años anteriores.

3º. Que 1975 y 1976 demostrarán seguramente la realidad de lo que está ocurriendo.

En cuanto a la mortalidad infantil por regiones, hay hechos importantes de destacar: la mortalidad infantil (1974) en las regiones tradicionalmente más sub-desarrolladas es aún más alta fluctuando entre un 80 y 100,2/ mil. Hay un total de 16 P con tasa superior a lo normal.

#### Tasa de mortalidad infantil por regiones, Chile 1974

- I. Tarapacá : 53.1
- II. Antofagasta : 58.3
- III. Atacama-Coquimbo : 65,5

III.	Aconcagua	:	54,8
IV.	Valparaíso	:	44,6
V.	Santiago	:	42,6
VI.	O'Higgins -Colchagua	:	62,1
VII.	Curicó, Talca, Linares	:	<u>84,1</u>
VIII.	Nuble, Concepción, Arauco, Bío-Bío	:	<u>90,1</u>
IX.	Malleco Cautín	:	<u>100,2</u>
X.	Valdivia-Osorno	:	<u>78,2</u>
XI.	Llanquihue-Chiloé	:	<u>83,4</u>
XII.	Aysén	:	<u>91,1</u>
XII.	Magallanes	:	47,8

Fuente: Anuario de defunciones y censos de muerte S.N.S 1974.

3. Mortalidad neo-natal : Corresponde a las muertes ocurridas en menores de 28 días y se calcula también en relación al número de nacidos vivos. Expresa el riesgo que tiene el niño de morir en el período de recién nacido, y refleja la influencia de factores positivos o negativos en relación al embarazo, el parto y al período de recién nacido propiamente tal.

Es un componente de la mortalidad infantil y un indicador de de nivel de salud.

Mortalidad neo-natal, Chile 1935-1974

1935	98,8
1945	62,2
1955	40,0
1960	35,2
1965	33,5
1970	31,3
1971	28,3
1972	29,0
1973	27,0
1974	25,8

Fuente: Anuario de defunciones y causas de muerte S.N.S. 1974.

Para estas cifras caben las mismas consideraciones anteriores. A demás en 1975 y 1976 se podría observar si además se ha producido un deterioro en el control de la embarazada en la atención del parto, y en la atención del R. Nacido, factores que influyen además de los señalados sobre este tipo de mortalidad.

#### 4. Morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas

Ambas reflejan por una parte situación del medio ambiente, sobre todo en lo referente a higiene, hacinamiento, promiscuidad y por otra parte la situación de una acción específica de salud, como es el programa de inmunizaciones.

#### Morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas en Chile 1945 - 1974

	Tifoidea		Coqueluche		Sarampión	
	Morbilidad	Mortalidad	Morbilidad	Mortalidad	Mortalidad	Morbili.
1945	63,2	10,2	54,6	7,0	117,2	4,4
1955	65,7	2,6	104,7	9,0	175,0	8,0
1965	64,8	2,3	76,9	3,8	151,7	14,0
1970	54,9	0,7	24,6	1,1	227,5	6,2
1971	48,2	0,8	20,9	0,6	178,1	6,1
1972	44,7	0,6	33,4	1,1	62,2	1,6
1973	35,7	0,5	37,0	0,7	37,4	0,5
1974	44,2	0,6	115,6	1,8	159,5	2,3

Fuente: Anuario de enfermedades de Notificación obligatoria S.N.S

Nota: Las tasas de morbilidad ( por enfermedad) y de mortalidad se expresan en este caso en relación a la población (tasas por - 100.000 habitantes). Las metas del plan decenal de salud para los anuarios en mortalidad son:

las Américas

Sarampión: 1.0  
 Coqueluche: 1.0

Las cifras indican que en 1974, hubo un brote epidémico en relación a coqueluche y sarampión y una discreta alza en tifoidea en las tasas de mortalidad por coqueluche y sarampión.

Aunque ha habido un aumento en el número de dosis colocadas en lo que respecta a Vacuna Anti-Sarampión - Mixta L-2 y 3 y Rev, antipolio nonovalente 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> y 3<sup>o</sup> D, las cifras absolutas no indican la efectividad de tal medida y lo que habría que saber es la cobertura real que se obtuvo con dichas cifras. (Anexo). Hubo una disminución de las vacunaciones antivariólicas y revacunaciones polio.

Finalmente haremos algunas consideraciones en relación al estado nutricional de la población infantil. Las cifras oficiales proporcionadas por la sección de nutrición del S.N.S. (abril 75) y que se presentan en el cuadro siguiente: indican que el promedio de desnutrición en los niños de 0-6 años es de sólo 17,8% - y que de este % sólo el 0,9 comprende a D III y que en las provincias que tienen una mayor mortalidad infantil, las cifras de desnutrición son más altas que el promedio nacional.

Estado nutricional en niños menores de 6 años según regiones abril 1975

	Total	D.I	D.II.	D.III.
Chile	17,8	13,7	3,2	0,9
Ia. región	12,9	10,4	2,0	0,5
IIa. región	17,2	14,9	11,9	1,0
Ata. Cqbo.	21,1	16,3	3,8	1,0
Aconcagua	20,2	16,2	3,1	0,9
Valparaíso	15,4	12,3	2,5	0,6
Santiago	18,4	14,3	3,2	0,9
O'Higg. Colchag.	16,8	12,8	3,0	1,0
VII región	18,1	13,1	3,9	1,1
VIII región	18,7	13,5	3,8	1,4
IX región	16,5	12,7	3,0	0,8
Val. Osorno	15,2	11,4	3,0	0,8
Llanq. Chiloé	18,5	14,9	3,0	0,6
XI región	9,6	8,5	0,9	0,2
XII región	7,5	6,6	0,7	0,2

Fuente S.N.S. sección nutrición.

Con respecto a estos datos podemos hacer algún comentario:

1. No señalan los criterios con que se catalogó a los niños de desnutridos; es decir no se señala que tablas se utilizaron - y los % de déficit con respecto al peso ideal establecidas - para catalogar a un niño como desnutrido grado I-II-III.
2. Las cifras engloban a todos los niños entre 0 y 6 años. Lo ídeal sería presentar las cifras por grupos de edad es decir la desnutrición en los lactantes y en los pre-escolares separada mente, lo que no cabe duda cambiaría en forma substancial las cifras ya que la población de pre-escolares pesa bastante en el %.
3. Además el análisis de los datos por grupos de edad es básico ya que las tareas a realizar en el tratamiento de la desnutri ción en uno y otro grupo son diferentes.
4. Por otra parte, es sabido que, el número de casos diagnóstica dos en el S.N.S. no refleja en ningún caso la desnutrición - realmente existente, ya que hay casos que sencillamente no se diagnóstica. Además, existe un grupo importante de niños no controlados en el S.N.S. que son en este momento los más afec tados por la situación general del país y en lo que indudable mente la desnutrición es un problema si importante.

Datos más cercanos a la realidad son los que se están obtenien do de la ECEN (Encuesta continuada sobre el estado nutricional de la población chilena) iniciada a fines de 1974.

Los primeros datos tabulados en algunos casos jamás afirman - lo expuesto:

En las Provincias de Antofagasta, Atacama, Coquimbo ~~en que~~ en la zona urbana se ha detectado un 22% de desnutrición y y en la Zona Rural un 40%.

En las provincias de Aconcagua, Valparaíso, O'Higgins y Col - chagua el % de desnutrición en la Zona Urbana es de 14% y en la Zona Rural de 31%.

La realidad detectada a través del programa de salud de la - Vicaría demuestra otra realidad muy diferente. En el control de los niños asistentes a los Comedores Infantiles, población seleccionada, provenientes de hogares en situación económica - los % de desnutrición fluctúan, entre un 64% y un 92% con % - de desnutrición grado III entre un 10 y 20 %, cifras extraor - dinariamente altas y que hacen meditar en el futuro de estos niños. De hecho la desnutrición infuira para el niño no sólo un riesgo para su desarrollo intelectual, sino que una eviden te disminución de sus posibilidades de juego, rendimiento es - colar, etc.

Los datos presentados no pretenden haber llegado a un análisis y acabado de lo que está ocurriendo en salud en Chile; son sólo una muestra para llamar sobre el problema.

Los tablas del anexo presentaran a aquellos que tengan inquietud completar de alguna manera este análisis.

Santiago, 28 de abril de 1976