

# ATENCION MEDICA EN GRAN SANTIAGO

Una documentada investigación de la situación actual de la morbilidad en los habitantes del Gran Santiago y de la magnitud y cobertura de la atención de salud entregada.

Se analizan diversos aspectos del problema destacándose, entre otros, la frecuencia de los diagnósticos de patologías agudas y crónicas, formas de solución de las necesidades de salud de la población, etc. y los resultados comparativos de encuestas de morbilidad y atención médica y dental realizadas en años recientes, 1977 y 1968.

Referido este estudio a los resultados del análisis de las personas, se ha anunciado para otra comunicación los hallazgos derivados del estudio de los grupos familiares.

## MORBILIDAD Y ATENCION MEDICA EN EL GRAN SANTIAGO

*Dr. ERNESTO MEDINA L. \**  
*Dra. ANA M. KAEMPFER R. \**

### INTRODUCCION

El conocimiento de la frecuencia y las causas de enfermedad de la población y la forma en la cual el sistema de salud responde a este desafío, constituyen elementos indispensables para juzgar respecto a la cobertura que alcanzan los servicios y para proveer adecuadas soluciones. En nuestro país, si bien se dispone de una adecuada información respecto a la mortalidad (1) y las hospitalizaciones (2), estas últimas con algún retraso; no hay, en cambio, información sistematizada relativa a las causas de consulta y existen pocos estudios, algunos de ellos relativamente antiguos, que hayan explorado las necesidades totales de servicios de salud, considerando tanto la demanda satisfecha como la deseada por la población, pero no obtenida por razones variadas, conocimiento, este último, que exige una metodología especial de encuesta domiciliaria. Las excepciones están constituidas por los estudios de Sepúlveda en 1960 (3); la encuesta de salud de 1968, auspiciada por el Ministerio de Salud, bajo la dirección de Hall (4); algunos estudios en poblaciones del Gran Santiago (5) o en mujeres usuarias del Programa de Extensión de Servicios de Salud Maternoinfantil y Bienestar Familiar (PESMIB) del Ministerio de Salud Pública (6) (7).

Dada la antigüedad de algunos estudios nos interesó estudiar la situación actual de morbilidad de los habitantes del Gran Santiago, medir la magnitud de la atención de salud prestada y la cobertura de ella, identificando las necesidades satisfechas e insatisfechas de atención médica, sus costos y la importancia de variables biológicas, ambientales y culturales relacionadas con el proceso de producción de enfermedad y la prestación de servicios de atención médica.

Las hipótesis básicas de esta investigación son la existencia de un desequilibrio entre las necesidades de salud percibidas por la población y las posibilidades de resolverlas y la existencia de factores personales y ambientales que modifican la aparición de enfermedades y la demanda de atención.

### DISEÑO

#### MATERIAL Y METODO

El diseño corresponde a un estudio de prevalencia ("cross prevalence") en una muestra aleatoria de 442 hogares del Gran Santiago, con un total de 2.074 personas investigadas. Se definió este tamaño de la muestra como mínimo requerido para que los resultados tuvieran un margen de error no superior a un 1%, con un nivel de confianza del 95%.

(\*) Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina Norte, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Las variables dependientes corresponden a la frecuencia de patología (enfermedad y accidente) y la demanda de atención médica (consulta, hospitalización, control de salud) y de atención dental observadas en un plazo de dos semanas (noviembre de 1977). La refinación de las variables dependientes consultó la medición de las causas de enfermedad aguda y crónica y de accidente, de la demanda satisfecha, la frecuencia de atención, días de incapacidad y gastos en atención médica y farmacéutica. Se exploraron, igualmente, los motivos de consulta, las fuentes de atención médica y las razones que explican la demanda insatisfecha. Como variables independientes se investigó el significado de la edad, sexo, ingreso familiar, escolaridad y régimen de previsión social.

En este estudio se ha trabajado tanto con los individuos como con los grupos familiares, que constituyen las unidades de observación y de análisis. Se realizó este doble diseño para comparar los resultados provenientes de encuestas, utilizando la familia o el individuo como unidad de observación.

La muestra de población estuvo formada por 2.074 personas (48,2% de varones y 51,8% de mujeres), con una distribución por edad de 29,6% de menores de 15 años; 64,3% de personas entre 15 y 64 años y 6,1% de 65 años y más. Esta muestra aleatoria incluyó 270 personas de la comuna de San Miguel; 254 personas de la comuna de Santiago; 249 de Ñuñoa; 174 de Quinta Normal; 167 de La Cisterna; 100 de La Granja; 73 de La Reina; 69 de Quilicura; 65 de San Bernardo; 44 de Renca; 25 de Providencia, y 22 de La Florida, números que dependen de la proporción que las comunas representan en el total del Gran Santiago.

Se utilizó un cuestionario precodificado para propósitos de computación de resultados que permitía obtener información tanto del grupo familiar como de las personas de cada grupo. En los formularios de grupos familiares se registró la comuna; los componentes del grupo familiar (nombre, relación con el jefe del hogar, edad, sexo); la incidencia de enfermedad aguda o accidente; la existencia de enfermedad crónica; la asistencia a controles de salud o atención dental; ingreso mensual del grupo familiar; previsión del jefe de familia; escolaridad del jefe del hogar y de la cónyuge. En el caso

de que alguna persona hubiera estado enferma o accidentada; fuera enferma crónica o hubiera ido a control médico o atención dental se llenaba el formulario personal correspondiente que detallaba edad, sexo, tipo de enfermedad o accidente; conducta frente a la enfermedad; razones por las cuales no fue atendido por un médico; duración de la patología; monto de gastos en consulta, hospitalización y farmacia; tipo de control de salud; sitio en que prestó la atención y costo; existencia de enfermedad crónica; incapacidad por la misma; necesidades de consulta, hospitalización, medicamentos y costos de la enfermedad crónica en consulta, hospitalización y farmacia; frecuencia, motivos y costos de atención dental.

Las entrevistas domiciliarias fueron realizadas entre el 9 y el 16 de noviembre de 1977 por personal profesional de Gallup Chile, Ltda. Las entrevistas fueron hechas al jefe de hogar o a la dueña de casa. Si no se encontraban en el domicilio, los entrevistadores regresaron dos veces más para ubicarlos y en caso de fracaso el entrevistador reemplazaba ese hogar por otro del mismo grupo socioeconómico ubicado en la misma manzana. Un procedimiento similar se utilizó cuando el jefe del hogar como la dueña de casa rechazaban la entrevista. En un 79,9% de los casos (353 viviendas), la entrevista se realizó en una casa originalmente escogida, mientras el 20,1% restante se realizó en una casa de reemplazo. La entrevista fue rechazada en 29 oportunidades (6,6%), oscilando entre 1,4% en Santiago Centro y 13,6% en Santiago Oriente. El resultado de las encuestas fue controlado por un supervisor que realizó una reencuesta en el 18% de los hogares.

## RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados provenientes del análisis de las personas, dejando para otra comunicación los hallazgos derivados del estudio de los grupos familiares.

### *Frecuencia de enfermedades en el Gran Santiago*

En el cuadro Nº 1 se presentan los resultados globales relativos a frecuencia de patología y atención médica recibida, conside-

rando en forma separada la incidencia (número de casos nuevos) de enfermedad aguda; la prevalencia (número de casos existentes) de enfermedad crónica y los controles de salud practicados. Los resultados observados en la quincena han sido extrapolados para estimar la posible frecuencia anual por persona de acuerdo a la fórmula (evento/población) x 24.

Puede apreciarse que durante el período de estudio, 153 personas (7,37% de la población) iniciaron una enfermedad aguda o se accidentaron, lo que equivale a una incidencia

de 1,77 episodios anuales por habitante. Por otra parte, un 9,84% de los individuos sufre alguna forma de enfermedad crónica. De este modo, durante la quincena, un 17,21% de la población tuvo el carácter de enfermo agudo o crónico. La frecuencia de controles de salud alcanzó al 3,62% de los habitantes y se prestó atención dental al 4,68% de los investigados. El cuadro muestra, igualmente, la proporción de atención médica o dental recibida, en base a lo cual puede estimarse una atención anual de 2,58% consultas médicas por habitantes y 1,12 consultas de atención dental.

### CUADRO N° 1

#### FRECUENCIA DE ENFERMEDAD Y DE ATENCION MEDICA Y DENTAL RECIBIDA EN EL GRAN SANTIAGO

Evento	N° de personas		Persona con atención médica o dental		Episodios anuales por persona	
	N°	%	N°	%	Total	Con atención médica (demanda satisfecha)
Población investigada	2.074	100,00				
Incidencia de enfermedad aguda y accidente	153	7,37	83	54,2	1,77	0,96
Prevalencia de enfermedad crónica	204	9,84	65	31,9	—	0,75
Subtotal enfermos	357	17,21	148	41,5	—	1,71
Controles de salud	75	3,62	75	100,0	0,87	0,87
Total de atención médica	432	20,83	223	51,6	—	2,58
Atención dental	97	4,68	97	100,0	—	1,12

#### Atención médica en el Gran Santiago

En los cuadros N.os 2 a 5 se detalla la atención médica de pacientes agudos y crónicos; las instituciones o sitios que prestaron atención médica; lo que ocurrió con los pacientes que no consultaron y las razones

expresadas para no recurrir a la consulta médica.

De acuerdo a los resultados de esta investigación un 54% de los enfermos agudos o accidentados y un 31,9% de los enfermos crónicos recibieron atención médica durante el período de estudio (Cuadro N° 2).

### CUADRO N° 2

#### ATENCION MEDICA EN PATOLOGIA AGUDA Y CRONICA

Atención médica en la quincena	Enfermedad aguda y accidente		Enfermedad crónica		Total	
Con atención	83	54,2	65	31,9	148	41,5
Sin atención	70	45,8	139	68,1	209	58,5
Total	153	100,0	204	100,0	357	100,0

La mayor parte de la atención médica (69,2%) es suministrada por instituciones y particularmente por el Servicio Nacional de Salud (57,7%) mientras un 30,8% se entrega en forma individual, ya sea a través del sistema de medicina curativa de SERMENA o en forma de atención estrictamente privada (Cuadro N° 3). Las organizaciones dependientes del Ministerio de Salud o "sistema" (S.N.S., SERMENA), proporcionaron un 69,9% de la atención, mientras el "extrasistema" (otras instituciones y atención privada), el 30,1% restante.

**CUADRO N° 3**

SITIOS DE PRESTACION DE ATENCION MEDICA POR ENFERMEDAD AGUDA O CRONICA, ACCIDENTE Y CONTROL DE SALUD

Sitio o tipo de atención	% (n = 223)
Servicio Nacional de Salud	57,7
Otras Instituciones	11,5
SERMENA	12,2
Privada	18,6
Total	100,0

El cuadro N° 4 resume las soluciones observadas para los problemas de salud. Puede advertirse que se presta atención médica a la mitad de los eventos de esta naturaleza, lo que equivale a 2,58 atenciones anuales por habitante, destacando el hecho de que aproximadamente un tercio de esta demanda satisfecha corresponde a controles de salud y los dos tercios restantes a la atención de patología. Aproximadamente un quinto de las necesidades de salud se resuelven por la consulta directa en la farmacia (6,5%) o el uso de medicamentos prescritos con anterioridad o autorrecetados (16,0%). En un 26% de los casos no existe ningún tipo de atención médica ni farmacéutica.

**CUADRO N° 4**  
FORMAS DE SOLUCION DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACION

	% (n = 432)	Episodios persona-año
Con atención médica (demanda satisfecha)	51,6	2,58
Por patología aguda	19,2	0,96
Por patología crónica	15,0	0,75
Por control de salud	17,4	0,87
Con atención farmacéutica	22,5	1,12
Consulta en la farmacia	6,5	
Usa medicamentos	16,0	
Sin ningún tipo de atención	25,9	1,30
Enfermos agudos	9,7	
Enfermos crónicos	16,2	
Total	100,0	5,00

En el cuadro N° 5 se presenta la forma en la que los pacientes agudos que no tuvieron atención médica resuelven su problema de salud, destacando proporciones similares de consulta a farmacias o uso de remedios caseros; la terapia homeopática es de uso poco frecuente. El cuadro ilustra igualmente sobre las razones proporcionadas por las personas para no consultar médico, de las cuales un 68,5% fueron de tipo personal por rápida mejoría o por dificultades atribuibles a las personas, mientras el 31,5% restante corresponde a defectos de la organización, ya sea porque los costos de atención sobrepasan la capacidad económica de los habitantes (18,6%) o por rechazo o demora en la atención (12,9%).

**CUADRO N° 5**

FORMA DE MANEJO DE LA PATOLOGIA AGUDA O ACCIDENTE QUE NO TUVO ATENCION MEDICA Y RAZONES DE LA FALTA DE ATENCION

	% (n = 70)
Forma de manejo	
Consulta en farmacia	40,0
Usa remedios caseros	37,1
Usa homeopatía	4,3
No hace nada	18,6
Total	100,0
Razones para no consultar médico	
Enfermedad rápida con mejoría espontánea	47,1
Razones personales	21,4
Razones económicas	18,6
Rechazo o demora en la atención	12,9
Total	100,0

Las características de atención de la patología crónica aparecen en el cuadro N° 6. Durante el período de estudio un 31,9% de estos pacientes recibió atención médica (consulta u hospitalización), mientras un tercio recibía algún tipo de medicamento.

El gráfico N° 1 sintetiza lo que ocurre en materia de morbilidad y atención médica en el Gran Santiago.

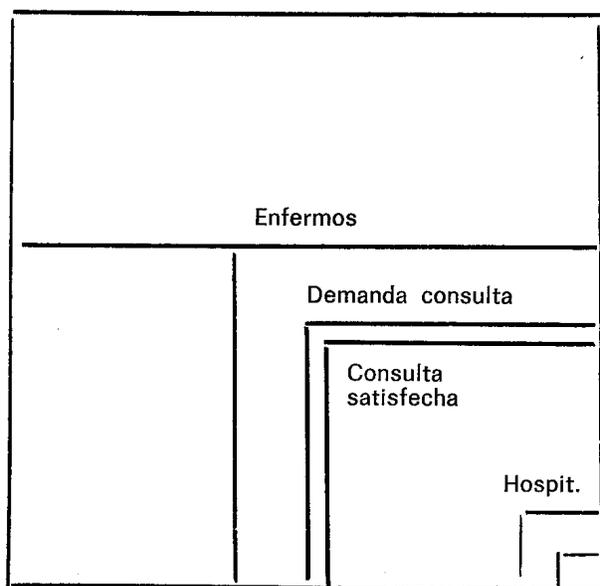
**CUADRO N° 6**

**FORMA DE MANEJO DE LA PATOLOGIA CRONICA EN LA QUINCENA DE ESTUDIO**

Consulta médica	29,4
Se hospitaliza	2,5
Toma medicamentos	33,8
No hace nada	34,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

**GRAFICO N° 1**

**FRECUENCIA MENSUAL DE ENFERMEDAD Y ATENCION MEDICA EN EL GRAN SANTIAGO**



1.000 habitantes

	Agudos(**)	Crónicas(/)
Enfermos	246	98
Demanda consulta	148	64
Consulta satisfecha	88	58
Hospit.	8	4
Fallec.	1	—

(\*\*) Incidencia.  
(/) Prevalencia.

**Influencia del Nivel de Vida**

El cuadro N° 7 muestra las variaciones observadas en la morbilidad, controles de salud y atención dental en las comunas del

Gran Santiago. De acuerdo a los valores de ingreso familiar de los hogares encuestados y el nivel de escolaridad del jefe de familia se han agrupado las comunas en 4 niveles: alto, medio alto, medio, medio bajo y bajo.

**CUADRO N° 7**

**ATENCIÓN DE SALUD SEGUN NIVEL DE VIDA DE LAS COMUNAS**

Comunas	Indice de ingreso familiar mensual	Indice de escolaridad	Episodios anuales de enfermedad	Episodios anuales de accidente	Prevalencia de enfermedad crónica %	Controles de salud anuales	Atenciones dentales anuales
Gran Santiago	US\$ 123 = 100	7,3 años = 100	1,7	0,15	9,8	0,9	1,1
Grupo alto (1)	317	133	1,2	—	3,1	1,1	1,5
Grupo medio alto (2)	110	113	1,7	0,28	12,4	1,0	0,8
Grupo medio bajo (3)	93	91	1,4	0,06	11,4	0,7	0,7
Grupo bajo (4)	58	80	1,6	0,12	7,2	0,7	0,9

- (1) Las Condes y Providencia.  
 (2) Santiago, Ñuñoa, San Miguel y Renca.  
 (3) Conchalí, Quinta Normal y La Florida.  
 (4) La Reina, San Bernardo, La Granja, Quilicura, La Cisterna y Pudahuel.

El cuadro N° 7 revela que en las comunas de nivel alto hay una menor incidencia de enfermedad aguda y accidente paralelamente a una menor prevalencia de enfermedad crónica. La frecuencia de controles de salud y de atención dental disminuye con el descenso del nivel de vida.

*Edad y sexo*

Tanto el sexo como la edad constituyen factores de gran significado en la frecuencia de enfermedad (Cuadro N° 8 y Gráficos N.os 2 a 5).

**CUADRO N° 8**

**FRECUENCIA DE ENFERMEDAD Y DE ATENCIÓN DENTAL SEGUN SEXO Y EDADES**

Edades (años)	Episodios anuales por habitante									Prevalencia (%)		
	Enfermedad aguda			Accidentes			Atención dental			Enfermedad crónica		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
-15	2,45	2,00	2,23	0,09	0,09	0,09	0,91	1,64	1,27	1,9	2,7	2,3
15-34	0,90	1,63	2,27	0,12	0,06	0,09	1,14	1,46	1,30	3,3	4,6	4,0
35-54	0,81	1,50	1,18	0,35	0,20	0,27	1,04	0,70	0,86	11,1	20,4	16,1
55 y +	1,03	2,70	1,95	0,00	0,68	0,37	0,41	1,18	0,84	27,6	39,4	34,1
<b>Total</b>	<b>1,32</b>	<b>1,84</b>	<b>1,62</b>	<b>0,15</b>	<b>0,18</b>	<b>0,15</b>	<b>0,97</b>	<b>1,29</b>	<b>1,12</b>	<b>7,4</b>	<b>12,4</b>	<b>9,8</b>

## GRAFICO Nº 2

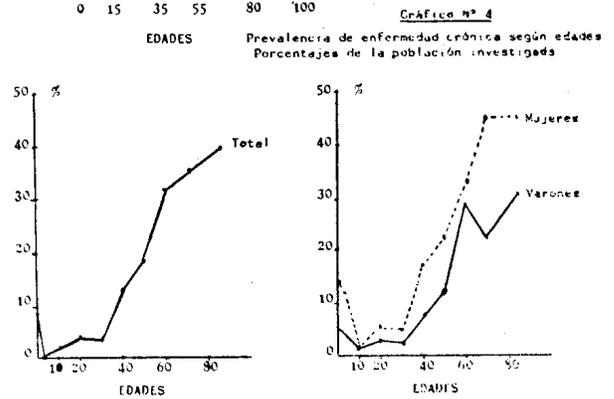
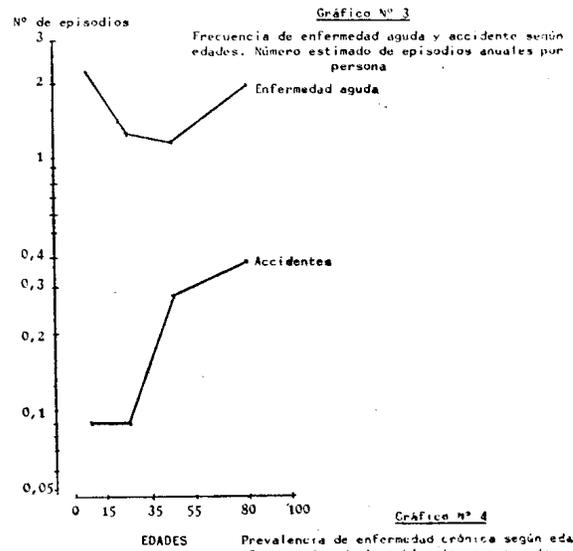
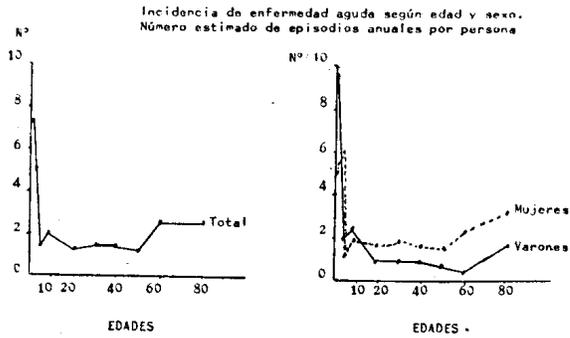
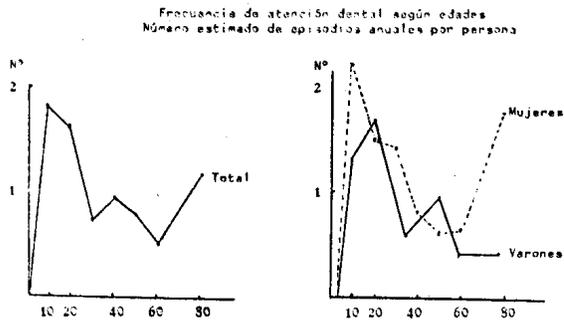


Gráfico Nº 5



**CUADRO N° 9**

**DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES  
DE PATOLOGIA AGUDA**

Los episodios en enfermedad aguda son un 32% más frecuentes en el sexo femenino (1,32 en varones y 1,84 en mujeres), situación que depende de la mayor incidencia en las mujeres adultas que más que dobla la observada en los varones de igual edad. En contraste con ello, la incidencia de enfermedad aguda es superior en los niños hombres. Como se aprecia en el Gráfico N° 2 los episodios de enfermedad aguda son muy frecuentes en el lactante, declinando posteriormente a valores similares al promedio y elevándose nuevamente en los mayores de 60 años.

Los accidentes que requieren atención médica, que incluyen lesiones medianas y severas tienen una distribución etaria diversa a la observada para las enfermedades con una menor frecuencia en las edades bajas e incremento progresivo con el envejecimiento (Gráfico N° 3). La frecuencia de accidentes es similar en ambos sexos hasta los 15 años; entre los 15 y 54 predominan los ocurridos en varones, situación que se invierte pasados los 55 años, momento en el cual las mujeres tienen los riesgos más elevados de toda la vida (Cuadro N° 8).

Las enfermedades crónicas aumentan en forma progresiva con la edad y son más frecuentes en el sexo femenino, particularmente sobrepasados los 35 años (Gráfico N° 4).

La atención dental es aproximadamente un 50% mayor en los niños y adultos jóvenes que en los mayores de 35 años, volviendo a aumentar en los mayores de 65. En este último grupo se aprecian marcadas diferencias entre ambos sexos (Gráfico N° 5).

*Tipos de morbilidad más frecuente*

Los cuadros N.os 9 y 10 muestran los diagnósticos más frecuentes encontrados en este estudio.

	<b>% de los diagnósticos (n = 153)</b>	<b>Episodios anuales por persona</b>
<b>Grupos de causas</b>		
Respiratorias	43,2	0,74
Gastrointestinales	12,9	0,22
Hepatobiliares	8,8	0,15
Accidente	8,5	0,15
Piel	8,2	0,14
Otras causas	18,4	0,37
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1,71</b>
<b>Diagnósticos principales</b>		
Influenza	16,6	0,29
Enfermedad diarreica	11,0	0,19
Cólico biliar	8,3	0,14
Enfermedad diarreica	11,0	0,19
Resfrío común	7,6	0,13
Amigdalitis aguda	6,9	0,12
Faringitis aguda	6,2	0,11
Bronquitis aguda	4,8	0,08
Sarna	4,8	0,08
Neurosis aguda	4,1	0,07
Alergia cutánea	3,4	0,06
Otros diagnósticos	26,3	0,50
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1,77</b>

El promedio de duración de estos episodios de patología aguda fue de 7,8 días y la mediana alcanzó a 6,3 días. Un 14,5% de los episodios duró 1 a 2 días; un 22,1% evolucionó en 3 a 4 días; un 21,4 fluctuó entre 5 y 7 días; un 13,1% varió entre 8 y 13 días y el 28,9% restante se prolongó por 14 o más días.

**CUADRO N° 10****DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES  
DE ENFERMEDAD CRONICA**

	<b>% de los diagnósticos</b>	<b>Prevalencia en la población (%)</b>
<b>Grupos de causas</b>		
Circulatorias	35,9	3,6
Reumatológicas	11,8	1,2
Metabólicas y nutritivas	11,3	1,1
Respiratorias	9,8	1,0
Mentales	8,4	0,8
Otras	22,8	2,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>9,8</b>
<b>Diagnósticos principales</b>		
Hipertensión arterial	17,7	1,7
Diabetes mellitus	10,3	1,0
Reumatismo no especificado	6,9	0,7
Colecistopatías	6,9	0,7
Neurosis	5,9	0,6
Bronquitis crónica	5,4	0,5
Cardiopatía no especificada	4,9	0,5
Úlcera péptica	3,4	0,3
Enfermedad coronaria	3,0	0,3
Várices de extremidades	3,0	0,3
Epilepsia	2,5	0,2
Valvulopatías	2,5	0,2
Asma bronquial	2,5	0,2
Alcoholismo	2,0	0,2
Otros diagnósticos	23,1	2,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>9,8</b>

*Controles de salud*

El cuadro N° 11 especifica la frecuencia y causas por las cuales la población se somete a un control de salud: aproximadamente la mitad de estas atenciones corresponden a controles de niño sano; un quinto son controles de embarazo y el tercio restante son controles de adultos, entre los cuales predominan las atenciones para regulación de la fecundidad.

*Atención dental*

La frecuencia y motivos de consulta odontológica se presentan en el cuadro N° 12. Seis de las 97 personas atendidas recibieron más de una atención durante la quincena de estudio, motivo por el cual el total de atenciones asciende a 103 y la demanda satisfecha total equivale a 1,19 consultas anuales por persona.

**CUADRO N° 11****FRECUENCIA Y TIPOS DE CONTROLES DE SALUD**

<b>Tipo de control</b>	<b>% del total de controles (n = 75)</b>	<b>Episodios anuales por persona</b>	<b>Episodios por población especificada</b>
Niño sano	49,3	0,43	1,68 por menor de 15 años
Embarazo	18,7	0,16	0,63 por mujer de 15 a 44 años
Adulto (incluye regulación de fecundidad)	32,0	0,28	0,36 por habitante de 15 años y más
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>0,87</b>	

**CUADRO N° 12**

**FRECUENCIA Y TIPOS DE ATENCION DENTAL**

Tipo de atención	% de las atenciones (n = 103)	Atenciones anuales persona
Extracciones	12,6	0,15
Obturaciones	45,6	0,54
Examen	10,7	0,13
Prótesis	9,7	0,12
Ortodoncia	7,8	0,09
Otros tipos	13,6	0,16
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1,19</b>

*Influencia del ingreso, la escolaridad y la previsión*

En el cuadro N° 13 se presentan las variaciones en la incidencia de enfermedad aguda y la prevalencia de enfermedad crónica de acuerdo al monto del ingreso del grupo familiar, el nivel de instrucción y el sistema previsional familiar.

**CUADRO N° 13**

**INCIDENCIA DE ENFERMEDAD AGUDA (EPISODIOS ANUALES POR HABITANTE) Y PREVALENCIA PORCENTUAL DE ENFERMEDAD CRONICA SEGUN INGRESO, ESCOLARIDAD Y PREVISION**

	Ingreso familiar mensual (en dólares)					Total	
	—78	78-155	156-233	234-389	390 y más		
Enfermedad aguda (1)	1,77	1,48	1,81	1,26	1,72	1,62	
Enfermedad crónica (2)	12,0	9,0	7,2	11,7	9,0	9,8	
	Escolaridad del jefe de familia (años de educación)				Total		
	0-3	4-8	9 y más				
Enfermedad aguda (1)	1,76	1,61	1,17		1,62		
Enfermedad crónica (2)	16,3	9,0	9,0		9,8		
	Previsión social del grupo familiar						
	Seguro Social	Emp. part.	Emp. públ.	Emp. defensa	Otra	Ning.	Total
Enfermedad aguda (1)	1,90	1,16	2,24	1,06	2,62	1,31	1,55
Enfermedad crónica (2)	12,6	7,8	11,5	7,1	9,1	9,4	9,8

(1) Episodios anuales por habitante (incidencia).  
 (2) Porcentaje de los habitantes (prevalencia).

De estos resultados puede desprenderse que la magnitud del ingreso no constituye una variable de importancia en la incidencia de enfermedad aguda o la prevalencia de afecciones crónicas. En contraste con ello, el nivel de escolaridad aparece asociado en

forma inversa a la magnitud de enfermedad tanto en la patología aguda como la crónica. Las variaciones observadas de acuerdo al régimen previsional no alcanzan significado estadístico.

*Gastos directos de las personas en salud*

A pesar del hecho de que un 65% de la población investigada declaró estar afiliada

a algún sistema de previsión, se registra una importante cantidad de gastos directos de las personas en atención médica, dental y farmacéutica (Cuadro N.os 14 y 15).

**CUADRO N° 14**

**GASTOS DIRECTOS DE LAS PERSONAS EN ATENCION MEDICA**

	<b>Afecciones agudas y accidentes</b>	<b>Control de Salud</b>	<b>Afecciones crónicas</b>	<b>Total atención médica</b>	<b>Atención dental</b>
Número total de enfermos o atendidos	153	75	204	432	97
% con gastos directos	62,1	26,7	57,4	53,7	54,1
% sin gastos directos	37,9	73,3	42,6	46,3	45,9

**CUADRO N° 15**

**MAGNITUD DEL GASTO REALIZADO POR LAS PERSONAS DURANTE LA QUINCENA DE ESTUDIO**

<b>Magnitud del gasto (en dólares)</b>	<b>Enfermedad aguda y accidente</b>	<b>Número de personas</b>		<b>Total atención médica</b>	<b>Atención dental</b>
		<b>Control de Salud</b>	<b>Enfermedad crónica</b>		
— 1	12	1	5	18	2
1 — 4	36	9	54	99	11
5 — 9	22	5	19	46	8
10 — 14	4	3	17	24	8
15 — 19	5	1	7	13	6
20 — 24	4	—	5	9	—
25 — 39	5	1	6	12	2
40 — 99	4	—	3	7	10
100 y más	3	—	1	4	7
Total con gastos	95	20	117	232	54
Sin gastos	58	55	87	200	43
Total	153	75	204	432	97

Como se aprecia en el cuadro N° 15, la distribución del gasto de las personas en atención médica o dental no sigue una distribución gaussiana. Como la mayor parte de las personas ocupan los valores bajos de la distribución, el cálculo del promedio no constituye una buena forma de expresar la tendencia central, puesto que unas pocas personas con gastos muy elevados suben considerablemente los valores promedios. Por esta razón, en el cuadro N° 16, además de los valores promedios realmente observados, se presentan las medianas de gasto

y los valores medios "habituales" que incluyen a un 95% de los valores observados excluyendo el 2,5% correspondiente a los valores máximos y el 2,5% de los valores mínimos, en la intención de eliminar valores extremos que alteran la tendencia central. Los gastos observados en la quincena se han convertido al valor del dólar de la época (1 dólar = \$ 25,66) y multiplicado por 24 para tener una estimación del gasto anual probable. El gasto total anual se dividió por las 2.074 personas estudiadas para obtener el gasto anual individual.

CUADRO N° 16

GASTOS ANUALES POR HABITANTE EN ATENCION MEDICA Y DENTAL

	Enfermedad aguda y accidente	Control de Salud	Enfermedad crónica	Total atención médica médica	Atención dental
Gasto anual por habitante (dólares)					
Promedio	18,16	1,69	13,99	33,84	24,84
Habitual (*)	10,17	1,33	11,14	22,64	19,88
Mediana	2,57	1,16	6,71	10,44	6,25
Composición del gasto (%)					
Consulta y hospital	54,0	100,0	31,6	44,7	100,0
Farmacia	46,0	—	68,4	55,3	—
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Proporción que es el gasto en salud del ingreso anual por persona (**)					
Promedio	5,9	0,5	4,4	10,8	7,9
Habitual (*)	3,2	0,4	3,6	7,2	6,9
Mediana	0,8	0,4	2,1	3,3	2,0

(\*) Valor promedio calculado incluyendo un 95% de las personas con gastos y excluyendo un 2,5% de personas con los gastos máximos observados y 2,5% de personas con gastos mínimos.

(\*\*) Ingreso anual por persona equivalente a US\$ 313,43.

COMENTARIO

*Problemas y limitaciones del estudio*

En el proceso de producción de enfermedad y entrega de asistencia médica ocurren etapas sucesivas que pueden esquematizarse en: 1) Producción de enfermedad; 2) Percepción física; 3) Percepción cultural; 4) Decisión de consultar; 5) Solicitud o demanda de consulta; 6) Realización de la consulta; 7) Hospitalización; 8) Invalidez; 9) Muerte.

El conocimiento habitual de la situación de salud de una comunidad se basa en la utilización de información proveniente de las etapas 6 a 9. Probablemente, el procedimiento más adecuado para conocer realmente la situación de salud, en cuanto a frecuencia y causas de los problemas, lo constituye el examen de la población. Sin embargo, ello resulta virtualmente impracticable para toda la población, salvo que se centre en un problema particular como citología del cuello uterino, estado nutritivo, caries dentarias, diabetes u otro problema específico. Como

alternativa de conocimiento, particularmente de las etapas 2 a 5, aparecen las encuestas de morbilidad y atención médica de la población que constituyen un sistema de menor complejidad y costo y que permiten adquirir una idea muy completa de lo que está ocurriendo en una localidad en un momento dado. Como todo proceso de búsqueda de evidencias basado en la información proporcionada por las personas en entrevistas, como la historia clínica o el sondeo de opiniones, los resultados de una encuesta dependen enteramente de la veracidad de la información suministrada, lo que depende de la percepción y conocimiento de los problemas por parte del entrevistado y del deseo de entregar la información correspondiente. Además de estas limitaciones, los resultados pueden variar de acuerdo con la metodología empleada en las visitas domiciliarias.

El conocimiento que las personas tienen de la patología es parcial y variable. De acuerdo a un estudio realizado en 5.170 mujeres de edad fértil del programa PSMIB del Ministerio de Salud (8), las madres demostraron tener un buen conocimiento (87,5%) respecto a las enfermedades que más frecuentemente ocasionan la muerte en menores de un año y en proporciones menores reconocen los riesgos de la práctica

del aborto (61,6%) o complicaciones que se presentan después del parto (55%). En otra investigación que utilizó el mismo grupo de madres (7) y exploró la percepción de enfermedad en la quincena anterior se apreció que un 45% de las mujeres adquirieron síntomas variados en ellas mismas, incluyendo algias, afecciones agudas de las vías respiratorias, molestias ginecológicas, alteraciones digestivas, nerviosas, cutáneas o urinarias y que la morbilidad percibida en los hijos menores de 5 años, durante el mismo período, alcanzó a un 69% de los casos, incluyendo de preferencia afecciones agudas de las vías respiratorias, diarrea y vómitos, alteraciones cutáneas, anorexia, síntomas oculares o auditivos y enfermedades infecto-contagiosas.

De acuerdo a las observaciones realizadas por los encuestadores de nuestro estudio, la definición de enfermedad por parte de las personas equivale a la necesidad de guardar reposo en cama no considerando, en consecuencia, como procesos mórbidos la mayor parte de las afecciones ambulatorias. En este tipo de estudios aparece igualmente subenumerados aquellos problemas médicos que la población no visualiza como tales (baja frecuencia de desnutrición o alcoholismo) o algunas patologías vinculadas a la sexualidad o a la esfera mental.

La encuesta se realizó en diversos días de la primera quincena de noviembre, razón por la cual la información recogida corresponde al período transcurrido entre el 15 de octubre y el 10 de noviembre. Se eligió intencionadamente este momento por cuanto es un período que no está afectado por alzas en la frecuencia de morbilidad respiratoria ni digestiva. De acuerdo a algunos estudios de morbilidad en adultos (9) realizados en Santiago, en los meses de octubre y noviembre se observa un 16,1% de las consultas del año, proporción sensiblemente parecida a la esperada para dos meses (16,7%) si la patología no tuviera variaciones mensuales. Durante el año 1977, en el Area Metropolitana se observaron durante los meses de octubre y noviembre un total de 3.669 muertes de todas las edades en vez de las 4.018 esperadas para un sexto del año, lo que equivale a un 91% de los decesos esperados. En el caso de las muertes de menores de un año se produjeron un 80,1% de las muertes esperadas para un bi-

mestre. De este modo, se confirma que en el período estudiado es muy poco probable que se observen excesos de morbilidad dependientes de alzas estacionales y que la frecuencia de enfermedad registrada puede ser algo mayor que la encontrada, si el estudio se hubiera hecho visitando mensualmente las casas en el curso de un año.

La muestra de población estudiada tiene una distribución por sexos (48,2% de varones y 51,8% de mujeres), similar a la estimada para el Area Metropolitana por el Instituto Nacional de Estadísticas para 1975 (10), que es de 48% y 52%. Las proporciones respectivas de los grupos de menores de 15 años, 15 a 64 y 65 años y más, en la muestra son de 30%, 64% y 6%, siendo la estimación para Santiago de 34%, 61% y 5%. La ligera menor proporción de niños en la muestra al azar de la población puede estar reflejando la aguda disminución de natalidad de los últimos años, que alcanzó en el área metropolitana valores de sólo 21 por 1.000 en 1977.

No es posible saber el significado que tiene sobre los resultados el hecho de que no fue posible obtener información de un 20,1% de las viviendas escogidas al azar, por cuanto la encuesta fue rechazada por el 6,6% de las familias y en el 13,5% restante la realización de 3 visitas resultó inefectiva. Todas estas viviendas, de acuerdo a las instrucciones previas, fueron reemplazadas por el encuestador por otra vivienda de un grupo socioeconómico similar ubicada en la misma manzana.

El formulario de encuesta diseñado por nosotros, con algunas modificaciones de lenguaje sugeridas por Gallup, Chile Ltda., se demostró eficiente en la práctica, apareciendo solamente problemas en las áreas de definición de lo que debía entenderse por remedios caseros (uso de sustancias no medicamentosas, y no, drogas existentes en los hogares) y el nivel de incapacidad de los enfermos crónicos en las expresiones de padecimiento, lesiones, postrado e incapacitado, situaciones que se resolvieron en forma adecuada.

#### *Análisis de los resultados*

La frecuencia y causas principales de enfermedad de una comunidad son el resultado

de un complejo proceso de interacción, en el que intervienen las características de la población, del medio físico, de las condiciones sociales y culturales que se engloban en la expresión genérica de nivel de vida y de la cobertura y eficiencia de los sistemas de atención médica (11) (12).

En el caso del Gran Santiago, la frecuencia anual de episodios de enfermedad ha oscilado entre 4 y 5 episodios anuales (4) (13). Los resultados obtenidos en esta investigación son concordantes con otras fuentes de referencia. La frecuencia de hospitalización encontrada por nosotros y extrapolada a un año calendario fue de 9,2 por 100 habitantes; la información para Santiago en 1973 (2) alcanza a 8,5. Las consultas médicas realizadas en el Servicio Nacional de Salud en la Región Metropolitana ascendieron en 1977 a 5.128.271 (14). Aplicando los resultados obtenidos por nosotros (1,49 consultas médicas por persona/año en el S.N.S.) a una población estimada de 3.471.245 habitantes (10), el número resultante de consultas alcanza a 5.167.504. Por otra parte, la prevalencia de enfermedad

crónica (9,8%) es similar a la registrada en otros estudios poblacionales realizados en Santiago (11) en que el valor observado fue de 9,0%.

Los resultados de la encuesta revelan que la atención médica que recibían los santiaguinos en 1977 fue entregada mayoritariamente (69,2%) por el Servicio Nacional de Salud (57,7%) u otras instituciones (11,5%), mientras la atención prestada en forma individual por los médicos alcanzaba a 30,8%, ya sea a través de la medicina curativa de empleados (12,2%) o en forma enteramente privada (18,6%). En el cuadro N° 17 se sintetiza la situación existente en cuanto a demanda satisfecha y no satisfecha de atención médica. Puede apreciarse que la demanda satisfecha alcanzó a 2,58 consultas anuales por habitantes y que el sistema de atención médica no resolvió el equivalente a 0,76 consultas anuales, ya sea por incapacidad económica de las personas o incapacidad de los servicios expresada en rechazo o demora. La demanda no solicitada por razones personales alcanzó a 1,66 episodios anuales por persona.

#### CUADRO N° 17

##### DEMANDA DE ATENCION MEDICA EN EL GRAN SANTIAGO: NIVEL DE COBERTURA, RAZONES Y SOLUCIONES EN LOS CASOS QUE NO RECIBIERON ATENCION MEDICA

Episodios anuales por habitante	
5,00	Total de episodios del problema de salud
2,58	Con atención médica
1,49	Prestada por el S. N. S. (58%)
1,09	Otra forma de atención (42%)
2,42	Sin atención médica
1,66	No atención por razones personales (69%)
0,45	No atención por razones económicas (19%)
0,31	No atención por rechazo o demora (13%)
1,29	No atención: no hace nada (53%)
0,80	No atención: toma remedios prescritos anteriormente o autorecetados (33%)
0,33	No atención: consulta en farmacias (14%)

El significado del nivel de vida sobre la situación de salud es motivo de discusión aun cuando suele aceptarse que representa un factor condicionante de importancia. De acuerdo a estudios realizados por nosotros

(12), las diferencias de nivel de vida pesan decisivamente en la mortalidad del menor de un año y con un menor significado relativo entre los 1 y 5 años, declinando en importancia en la edad escolar y desapareciendo

el impacto de dichas diferencias en la población adulta. Cuando se examina la situación de Santiago, de acuerdo a los resultados de este estudio (Cuadro N° 7), se aprecia que las comunas de Las Condes y Providencia, caracterizadas por un ingreso familiar promedio que triplica el del Gran Santiago y con un nivel de escolaridad superior, tienen una situación de salud significativamente diferente al resto de las comunas, presentando, por una parte, menor frecuencia de enfermedad aguda, accidente y enfermedad crónica y, por otra, una tasa mayor de controles de salud y de atención dental. En el resto del Gran Santiago se aprecia una mayor frecuencia de enfermedad y accidente en las comunas de nivel medio alto que en las de nivel bajo, lo que puede depender de una menor percepción de enfermedad de los habitantes de estas últimas, paralelo a un nivel de instrucción significativamente menor. Cuando se afina el análisis (Cuadro N° 13), se advierte que las diferencias de morbilidad se asocian claramente en forma inversa con el nivel de escolaridad que resulta un factor de mayor importancia que el nivel de ingreso. Las diferencias observadas de acuerdo al régimen de previsión de las personas se explican tanto por las diferencias en escolaridad e ingreso como por las diversas facilidades de atención médica que poseen los grupos.

En materia de salud existen marcadas diferencias entre ambos sexos. Diversos estudios

nacionales son concordantes con los resultados de este estudio, que muestra una mayor frecuencia de enfermedad y accidente en el sexo femenino (Cuadro N° 8). Las mujeres de Santiago, investigadas anteriormente por nosotros (11), manifiestan tener un estado de salud inferior al expresado por los varones. Se aprecia igualmente una mayor tasa de consulta (9) y de hospitalización en mujeres. A la inversa, la mortalidad registrada en 1977 en la Región Metropolitana fue de 5,29 por mil mujeres y 6,84 por mil varones, lo que equivale a un exceso de muerte en los hombres de un 29%.

En esta investigación se confirma que la edad es un factor de significado en la frecuencia de enfermedad, observándose que tanto los accidentes como las enfermedades crónicas aumentan con el envejecimiento (Gráficos 3 y 4). En las enfermedades agudas el lactante presenta una incidencia anormalmente alta, situación que se observa aunque en grado menor en los mayores de 50 años (Gráfico N° 2).

Aplicando los valores encontrados en este estudio a la población estimada del Gran Santiago a fines de 1977, ascendiente a 3.471.000 habitantes, el número absoluto de episodios de enfermedad aguda y accidente y de atención dental y la prevalencia de enfermedad crónica en la población se presentan en el cuadro N° 18.

#### CUADRO N° 18

##### ESTIMACION DEL NUMERO DE ENFERMOS Y DE ATENDIDOS EN LA POBLACION DEL GRAN SANTIAGO DURANTE 1977

	Números (miles)		
	Total	Menores de 15 años	15 años y +
Episodios de enfermedad aguda	5.623	2.647	2.976
Episodios de accidente	521	107	414
Atenciones dentales	3.887	1.508	2.379
Numero de enfermos crónicos	340	27	313

El tipo de patología registrada en este estudio es similar a las causas más importantes de consulta. Un 43% de los episodios de enfermedad aguda registrados corresponden a patología respiratorio; un 13% a afecciones gastrointestinales; 9% a problemas hepatobiliares; 9% a accidentes; 8% a afecciones cutáneas y el 18% restante a otras causas. En

la patología crónica destaca la elevada prevalencia de enfermedades circulatorias (3,6% de los habitantes), y reumatológicas (1,2%). Algunas enfermedades crónicas aparecen claramente subenumeradas si se comparan los resultados con los obtenidos en otras investigaciones de exploración específica. Así ocurre con la hipertensión arterial, cuya pre-

valencia real se acerca al 20% de la población (15), la adicción alcohólica, las neurosis (16), o la colecistopatía (17). En contraste con esta situación, la frecuencia de diabetes mellitus es similar a la encontrada en otros estudios (16).

El número probable de atenciones dentales anuales en el Gran Santiago se acerca a los cuatro millones, de las cuales casi la mitad corresponden a obturaciones, y proporciones considerablemente menores a extracciones, exámenes, prótesis, ortodoncia u otras atenciones.

En este estudio, practicado en noviembre de 1977, llama la atención la elevada proporción de población (35%), que declara no disponer de un sistema previsional. Ello explica, en parte, el hecho de que en la quincena investigada la mitad de los enfermos o consultantes debió realizar desembolsos monetarios por pagos de atención médica y una

proporción similar debió efectuar gastos directos en atención dental. En los cuadros N.os 15 y 16 se presentan los resultados del análisis del gasto en salud que revela que una parte importante del presupuesto familiar se dedica a este tipo de gastos. Los valores promedios aparecen abultados por la existencia de unas pocas personas con elevadas sumas motivadas especialmente por hospitalización. Excluyendo los valores extremos el gasto anual estimado por habitante en atención médica es de US\$ 22,6, que equivale a un 7,2% del ingreso personal anual; la mediana alcanza valores de US\$ 10,4 correspondiente a un 3,3% del ingreso total anual.

Si bien la encuesta de salud realizada en 1968 por el Ministerio de Salud para el estudio de Recursos Humanos (4), no siguió una metodología idéntica a la usada por nosotros, los datos existentes permiten un ensayo de comparación del Gran Santiago en 1968 y 1977 (Cuadro N° 19).

#### CUADRO N° 19

##### ALGUNOS RESULTADOS DE ENCUESTAS DE MORBILIDAD Y ATENCION MEDICA PRACTICADAS EN EL GRAN SANTIAGO EN 1968 Y 1977

	1968		1977	
	Consultas o atenciones anuales por habitantes	%	Consultas o atenciones anuales por habitantes	%
Demanda potencial	5,1	100	5,00	100
Consulta realizada	3,0	59	2,58	52
Consulta insatisfecha	1,2	24	0,76	15
Consulta no solicitada	0,9	17	1,66	33
Consultas realizadas	3,0		2,58	
Por enfermedad	2,4	80	1,71	66
Controles de salud	0,6	20	0,87	34
Pago de las consultadas realizadas				
Pagadas	1,1	37	1,39	54
Gratuitas	1,9	63	1,19	46
Consultas no efectuadas	2,1		2,42	
Por enfermedad rápida	0,1	6	1,14	47
Por razones personales	1,0	49	0,52	21
Por razones económicas	0,8	37	0,45	19
Por rechazo o demora	0,2	8	0,31	13
Sitio de atención médica				
S. N. S.	1,6	52	1,49	58
Otras instituciones	0,4	15	0,30	12
Medicina curativa SERMENA	0,1	3	0,31	12
Atención privada	0,9	30	0,48	18
Consulta odontológica	1,6		1,12	
Extracciones	0,45	28	0,14	13
Obturaciones	0,78	49	0,51	46
Prótesis	0,26	16	0,11	10
Otras atenciones	0,11	7	0,36	31

Durante este período (1968-1977), la situación de salud ha mejorado significativamente como se evidencia por el descenso de 28% observado en Santiago en la mortalidad general (tasa de 8,3 por mil habitantes en 1968 y de 6,0 en 1977), y la disminución en un 45% de la mortalidad infantil (tasa de 55,6 en 1968 y de 30,8 en 1977). Este mejoramiento de las condiciones de salud puede haber influido en el volumen y características de la demanda de atención médica. Se observa, sin embargo que la demanda potencial es similar en ambos períodos. La frecuencia de consulta realizada disminuye en un 14% en el período, pero la consulta insatisfecha por razones del sistema es de un 37% menor en 1977 que en 1968.

Se ha producido un cambio importante en los motivos de consulta médica con un incremento de los controles de salud y disminución de las consultas por morbilidad. En la actualidad, una proporción mayor de las atenciones es pagada (54% en vez de 37%), pero este cambio no parece haber producido efectos graves en la demanda, por cuanto en 1968

las razones de tipo económico impidieron la realización de 0,8 consultas anuales por habitante (37% de las consultas no efectuadas), mientras en 1977 el motivo económico imposibilitó la dación de 0,45 consultas anuales (19% de las consultas no efectuadas). El Servicio Nacional de Salud ha disminuido en un 7% el número de consultas anuales por habitante (1,60 y 1,49, respectivamente); pero ha aumentado su importancia relativa dentro del sistema de atención de 52% a 58% de las atenciones prestadas. La atención entregada en el consultorio privado de los médicos (medicina curativa más atención privada), desciende en un 22% (1,00 y 0,78 consultas anuales por habitante); pero su importancia relativa es similar (33% y 30%). Se registra un descenso de un 30% en la atención odontológica (1,60 y 1,12 atenciones dentales anuales por habitante), manteniéndose las obturaciones como el motivo más frecuente de atención, disminuyendo absoluta y proporcionalmente las extracciones dentarias y diversificándose la atención con un incremento de otras prestaciones.

## REFERENCIAS

- 1.— **MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION.**— Defunciones y Causas de Muerte. Anuarios hasta 1977.
- 2.— **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS.**— Estadísticas de Salud, Tomo II; Egresos Hospitalarios. Anuarios hasta 1973.
- 3.— **SEPULVEDA, O.**— Algunos Problemas de Salud en el Area Metropolitana del Gran Santiago. I Seminario de Formación Profesional Médica; antecedentes, documentos e informe final. Edit. Universitaria, Santiago, 1960.
- 4.— **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.**— Recursos Humanos en Salud; un modelo de análisis. Impr. Central Talleres S.N.S., Santiago, 1970.
- 5.— **PEREDA, C.**— Enfoque Sociológico del Estudio de Sobreutilización y Subutilización de los Servicios de Salud. Publ. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina Norte, Universidad de Chile, 1975.
- 6.— **CHANG, N.; CARRASCO, E. y RICO, J.**— Características sociodemográficas y de salud de la población de las 25 áreas PESMIB; encuesta de hogares 1974. Publicaciones PESMIB, Santiago, 1976.

- 7.— **NOTARI, M.; MARDINI, M. y AQUÑA, C.**— Morbilidad percibida y uso de servicios materno-infantiles en 25 áreas PESMIB 1974. Publicaciones PESMIB, Santiago, 1976.
- 8.— **CELIS, V.; ALDEA, A y LEIVA, M.**— Conocimiento, actitud y práctica en relación con el embarazo, parto, puerperio y cuidados del niño. Publicaciones PESMIB, Santiago, 1976.
- 9.— **RODRIGUEZ, H.; CAMPANO, S.; DONOSO, L. y RIVERA, I.**— Estructura de la morbilidad del adulto en un consultorio del área Sur-oriente de Santiago, Rev. Méd. Chile 105: 408, 1977.
- 10.— **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS.**— Proyecciones de Población por sexo y grupos de edad 1970-2000. Impr. Instituto Nacional de Estadísticas, 1977.
- 11.— **MEDINA, E.**— El Uso de Encuestas en la Medición del Nivel de Salud. Cuad. Med. Soc. 19:5 (junio), 1978.
- 12.— **MEDINA, E. y KAEMPFER, A. M.**— Elementos de Salud Pública. Edit. Andrés Bello. Santiago, 1978.
- 13.— **MEDINA, E.**— Censo de Población y Encuesta de Morbilidad en el Distrito 32 de Santiago (mimeografiado), 1960.
- 14.— **MINISTERIO DE SALUD.**— Atenciones y Recursos, Anuario 1977.
- 15.— **MEDINA, E.; QUIROGA, J. y KAEMPFER, A. M.**— La Hipertensión Arterial, un Importante Problema de Salud Pública. Rev. Med. Chile 104:486, 1976.
- 16.— **MEDINA, E.**— Epidemiología de Enfermedad Crónica y Accidentes en Chile. Impr. Stanley, Santiago, 1965.
- 17.— **MEDINA, E.; KAEMPFER, A. M.; YRARRAZAVAL, M.; CROIZET, V. y TOPOROVICZ, M.**— Aspectos Epidemiológicos de las Enfermedades de la Vesícula Biliar en Chile. Bol. Of. Sanit. Panamer. 80:220, 1976.

#### AGRADECIMIENTOS

A la Organización Panamericana de la Salud, que hizo posible la realización de esta investigación, de la que este documento constituye el informe preliminar.

Al Sr. Héctor Aguirre, del Centro de Computación de la Facultad de Medicina Santiago Norte, por sus valiosas sugerencias y ayuda en la computación de los datos.

A Gallup Chile, por la calidad del trabajo realizado en este estudio.

A Mabel Navarrete y Luisa Castillo, encargadas de realizar esta edición.