

INDICADORES ECONOMICO SOCIALES

Nº 73 OCTUBRE DE 1989

EL DESIGUAL ACCESO A LA SALUD

**PROGRAMA DE ECONOMIA DEL TRABAJO (PET)
CATEDRAL 1063 - 7º PISO - FONOS 6992826 6992138 - SANTIAGO - CHILE**

EL DESIGUAL ACCESO A LA SALUD

El tema de la salud ocupa, en el actual debate nacional, un lugar destacado. En efecto, en todas las encuestas de opinión pública que miden el estado de ánimo de la población en vísperas de las elecciones, se señala una compartida percepción de la importancia que se le atribuye al funcionamiento del sector salud en el futuro del país, así como de las deficiencias que lo caracterizan en la actualidad.

Con el propósito de aportar en torno de esta temática tan vital para nuestra sociedad, presentamos a continuación algunos elementos que, a nuestro juicio, caracterizan el problema que vive el sector salud en Chile y del cual habrá que hacerse cargo en el futuro gobierno democrático.

En términos generales, es posible identificar la coexistencia de dos conglomerados o sistemas de salud: el público o estatal y el privado. Mientras el primero, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), absorbe a las dos terceras partes de los usuarios, el sistema privado incorpora un tercio de la población. El análisis de los recursos financieros, humanos y de infraestructura involucrados en ambos sistemas y su desigual distribución, explican el grado de deterioro alcanzado por la salud y sus efectos en los distintos indicadores que señalan el estado de salud de la población (mortalidad, morbilidad, desnutrición, etc.).

Veamos, pues, ambas dimensiones de la realidad: aquella que se refiere a la distribución de los recursos y aquella que alude al estado de salud de la población en el país.

1) La Realidad del Sistema de Salud

El sector salud ha sido objeto de importantes cambios a lo largo de los años (autoritarios) con transformaciones que afectan integralmente el ejerci-

cio de la salud, en términos administrativo-institucionales y financieros, y cuyas consecuencias se recogen en un intento formal de descentralizar los servicios públicos de salud (en un proceso más bien de descentralización estatal), así como paralelamente, aumentar la participación del sector privado en esa actividad.

Mientras el proceso de desconcentración (servicios regionalizados y municipalizados de salud) ha dado pie a una creciente descoordinación de los servicios, restándole eficacia a la medida, la privatización ha acentuado las desigualdades sociales en el acceso a la salud, como lo indican algunas cifras en materia de recursos.

a) Recursos financieros

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), creado en 1979 como una entidad pública descentralizada con la finalidad de recibir y distribuir los recursos asignados a salud por el Estado, a través de la ley presupuestal y de las cotizaciones de los beneficiarios del sistema, ha visto disminuir progresivamente tales aportes.

Las reducciones del gasto e inversiones en salud, cifras que se han dado a conocer profusamente en la prensa, han implicado un deterioro de los niveles de salud de los sectores de menores ingresos: si se toma todo el período del gobierno militar y se compara con los niveles de inversión pública en salud efectuados en 1960 - 1970, se observa que en términos absolutos, ésta es en promedio un 28% inferior. (1)

Los cambios en las fuentes de financiamiento explican la disminución del aporte estatal y un proceso creciente de privatización de la salud que, así como garantiza mayores y mejores respuestas para la salud de la población de más altos ingresos, ter-

(1) Sherman, Jorge. "Las políticas de salud y su impacto en los sectores populares. Chile 1974-1986". PET. Documento de trabajo N° 54. Octubre 1986. Pág. 9.

mina por castigar más severamente a los sectores de menores ingresos. De acuerdo a las cifras oficiales, en los últimos años se produce una tendencia hacia la disminución del aporte fiscal y un aumento del financiamiento por parte de los beneficiarios del sistema público de salud: entre 1981 y 1987, el aporte estatal disminuye de 58 mil millones de pesos a 37 mil millones de pesos, mientras que los aportes o cotizaciones de los trabajadores al sistema en ese período aumentan considerablemente, al subir sus cotizaciones del 4% al 7% de sus remuneraciones imponibles. (2)

b) Recursos físicos y humanos

La dispar distribución de los servicios, de sus instalaciones y personal, también implica accesos desiguales en relación a la oferta pública y privada. En efecto si analizamos el conjunto de instalaciones ofrecido al país por SNSS y por el sistema privado, vemos cuán discriminadora es la atención sanitaria: mientras los servicios públicos, con el 53,5% del total de las instalaciones físicas disponibles, debe atender al 70% de la población, el sistema privado que dispone del 46,5% de las instalaciones existentes debe hacerse cargo del restante 30% de los usuarios.

Pero ello es más acentuado en la Región Metropolitana, donde se localiza el 27% de las instalaciones físicas nacionales: de los 731 establecimientos disponibles (postas, hospitales, consultorios, etc.) sólo el 22% pertenece al SNSS, mientras que el 78% restante forma parte del sistema privado. Examinando su distribución espacial en la ciudad, se evidencia en qué medida esta desigual oferta pública y privada de recursos afecta con particular dureza a los sectores populares: mientras los recursos del SNSS muestran una distribución relativamente homogénea en la totalidad de las zonas capitalinas, independientemente del nivel de ingresos y de las condiciones de vida de la población residente, los recursos privados tienden a concentrarse especialmente en las áreas geográficas más ricas de la capital. Así el 80% del total de las instalaciones hospitalarias se localiza en las zonas centro y oriente, al tiempo que sectores de bajos ingresos que habitan en las zonas occidente y sur-oriente, carecen de hospitales.

Una mirada a la disponibilidad de camas ofrece un panorama similar. En general a nivel nacional existe un promedio de 3,6 camas por cada un mil habitantes, habiendo una participación disímil entre la oferta pública y privada de camas. Al igual que en la anterior situación, mientras el SNS intenta una distribución relativa homogénea de camas en el país (no obstante la escasez que revela la oferta), el sistema privado tiende a concentrarla en la capital y, dentro de ella, en las áreas territoriales donde habita la población de mayores ingresos: el 60% de las camas privadas se concentra en la zona centro y oriente, en detrimento de las restantes 4 zonas de salud más populares de la Región Metropolitana.

Finalmente, en materia de relación entre personal y población se advierten importantes déficits: en el país existe una relación de 4,7 médicos por cada 10 mil habitantes, si bien esta proporción se eleva en la capital respecto del resto del territorio nacional (6,1 médicos por cada 10 mil habitantes). A diferencia de los recursos físicos que revelan una distribución social y espacialmente estratificada, los recursos humanos, especialmente médicos, aún siendo insuficientes no tienen tal connotación. En efecto, los profesionales de la salud suelen estar adscritos a ambos subsistemas (público y privado), desplazándose para ofrecer sus servicios, tanto a la población de altos, como de bajos ingresos.

En suma, aún cuando el SNSS, manteniendo una tradición de servicio social, intenta ofrecer de manera homogénea sus recursos a la población que los requiere, la reducción presupuestaria a que se ha visto sometida, la compulsión a generar sus propias fuentes de financiamiento y la creciente privatización de la salud a nivel de las políticas globales, redundan en una insatisfactoria respuesta estatal a las necesidades de salud de los habitantes, particularmente, entre las familias de trabajadores y sectores populares.

De modo ilustrativo podríamos mencionar las limitaciones con que operan los consultorios instalados en las comunas populares de Santiago: según establecen las propias normas del Ministerio de Salud, la cifra máxima asignada a un centro asistencial no debe superar las 60 mil personas. Comu-

(2) Sanfuentes, Andrés. "Antecedentes sobre la distribución del ingreso y gastos gubernamentales para atenuar la extrema pobreza". ILADES. Serie investigación. N° 1 - 12. 1989. Pág. 27.

nas pobres como La Granja y La Pintana atienden, en sus dos consultorios, a cerca de 100 mil personas. (3)

II) Impacto del Sistema de Salud en la Vida de la Población: Mortalidad, Morbilidad y Desnutrición

Se dice, y con claro fundamento, que el país expresa la paradoja de una acción en salud que, así como muestra superaciones importantes en indicadores propios de países periféricos, al mismo tiempo revela graves daños y deterioros en la salud general de la población que la alejan de los avances de los países más adelantados. De modo que, también en el terreno de la salud se produce, coherentemente con el modelo, una superposición de modernizaciones y regresiones. Mirar de qué enferman los chilenos, cómo viven su salud y el futuro respecto de ellas, es revelador del fenómeno.

a) Mortalidad

Si observamos las tasas de mortalidad, se advierte un descenso en todos los grupos de edad, disminuyendo el riesgo de muerte infantil y aumentando la población de mayor edad, al mejorar sus esperanzas de vida. Respecto de esta realidad es preciso señalar dos conclusiones: mientras el descenso en las tasas de mortalidad infantil encuentra después de 1970, su mejor momento, estos descensos en los restantes grupos de edad mantienen una tendencia que se inicia en la década del cincuenta. Es decir, así como la reducción de los riesgos de muerte infantil es un proceso que venía dándose en el país desde largo, pero alcanza sus más importantes avances en los últimos años; en el caso de los adultos es más bien el resultado de políticas anteriores de salud que permean, hasta hoy, el ejercicio de la medicina y sus avances.

Por otra parte, y asociado estrechamente a lo anterior, el mejoramiento de los indicadores de mortalidad infantil, exhibidos por el régimen en todos los foros internacionales como sus más importantes logros, no tiene relación alguna con el estado de salud del conjunto de la población. En otras palabras, la mortalidad infantil es un indicador que todavía tiene vigencia en países extraordinariamente pobres,

con dominio de poblaciones rurales y reciente ingreso a la modernización y, además, su mejoramiento puede deberse al fomento de ciertas políticas circunscritas al área materno-infantil, sin proyecciones para la salud futura de estos menores.

b) Morbilidad

El énfasis en una política de salud curativa que desatiende las acciones de carácter preventivo, así como en áreas de atención primaria por sobre la secundaria y terciaria, explica la mayor incidencia de enfermedades infecto-contagiosas, la proliferación de la sarna y pediculosis, como un hecho habitual en los asentamientos urbanos más precarios, el deterioro de la salud mental y de los niveles y calidad de la alimentación entre las familias trabajadoras, así como la mantención de enfermedades y accidentes del trabajo que derivan de la falta de controles al interior de las empresas.

Respecto de las **enfermedades infecciosas**, las permanentes campañas de saneamiento al interior de las poblaciones hablan de la agresión cotidiana que el poblador vive por el hacinamiento, insalubridad y deterioro ambiental de su hábitat. La ausencia de estadísticas al respecto, no esconde la existencia de este problema cotidiano que afecta principalmente a los niños y que tiende a diseminarse a través de las escuelas, como lo es en el caso de la pediculosis y sarna.

En lo que se refiere a la fiebre tifoidea y hepatitis, no sólo se mantiene, sino que tienden a aumentar. En el caso del tifus, las tasas por 100 mil habitantes han aumentado de un promedio de 47 para el período 1970-1974, a un promedio de 94 para el período 1975-1982. En el caso de la hepatitis la tendencia es similar, con un promedio de 28 casos por 100 mil habitantes entre 1970-1974, que se eleva a un promedio de 61 para el período 1975-1982. (4)

En el ámbito de la **salud mental**, área no asumida en las políticas gubernamentales, se advierte un aumento de las enfermedades psicológicas generales, drogadicción y alcoholismo que, afectando a los distintos grupos de edad de la población, así como a todos los estratos socio-económicos, tiende a acentuarse entre los sectores de más bajos ingre-

(3) Información presentada por el diario La Epoca, 8 de mayo de 1989.

(4) Datos de distintas fuentes utilizadas por Sherman, J. op.cit. pág. 22.

sos, golpeando con igual severidad a adultos y jóvenes. Según revela un estudio, las familias populares presentan los siguientes síntomas de deterioro en su salud mental: mayor frecuencia y gravedad de enfermedades psicológicas entre los desempleados crónicos, índices de angustia de 49% en afiliados a ISAPRES (sectores medios y altos) y de un 80% en los sectores de menores recursos que acceden al SNS; aumento de los suicidios; abandono del jefe de hogar por cesantía prolongada, con la secuela de mujeres que quedan a cargo de sus hogares, desarrollando una sintomatología de tipo neurótica, aumento de cuadros tensionales y depresivos fruto de las distintas formas de represión, fenómeno que, si bien se ha atenuado recientemente dado en nuevo cuadro político nacional, se mantiene como herencia de un pasado represivo inmediato que deja huellas psicológicas de mediano y largo plazo en sus víctimas directas e indirectas (familiares). (5)

Finalmente si examinamos las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, otro aspecto de la salud que se ha visto amenazado dado el deterioro generalizado de las condiciones de trabajo, vemos que éstas tienden a concentrarse mayormente en las actividades industriales, afectando con particular fuerza, entonces, a los trabajadores manuales. Según información oficial proporcionada por el Ministerio de Salud, el 40% de los accidentes laborales y el 35% de las enfermedades profesionales se producen entre los trabajadores de la industria.

c) Desnutrición

En el plano de la alimentación y nutrición, no obstante la vigencia de programas especiales que

proporcionan leche y alimentos a madres embarazadas, nodrizas y menores de edad de los grupos más pobres del país (PNAC y PAE), se mantienen serios problemas nutricionales. Ello es el resultado de una disminución en la cobertura de estos programas que dejan muchos beneficiarios fuera del acceso a los alimentos, por la ausencia de controles que garanticen que los recursos lleguen a quienes están destinados y, además, porque en el propio diseño quedan afuera sectores también vulnerables, como los adolescentes y ancianos.

Esto se traduce en que, mientras a nivel nacional y en la Región Metropolitana, las cifras oficiales hablan de un 8,7% de desnutrición infantil en menores de 6 años, hogares ubicados en los tramos de extrema pobreza revelan, en iguales fechas (1987), porcentajes más altos de desnutrición de sus hijos de hasta 6 años de edad: familias santiaguinas que por su situación extremadamente precaria han debido organizarse en ollas comunes para obtener al menos una ración diaria de alimentos, tienen un 22% de sus hijos pequeños con algún grado de desnutrición, según muestra un estudio hecho en poblaciones marginales. (6)

Pero también en estas familias la desnutrición golpea a los restantes tramos de edad, precisamente en grupos etarios que no cuentan con el apoyo de políticas estatales en la materia. Así en estas mismas familias de ollas comunes, el 28% de los mayores de 6 años padece desnutrición. Por otra parte, cabe destacar que en el grupo de niños de 6 a 14 años de edad, el porcentaje de desnutrición crónica es más elevado (35%) que en el grupo de niños menores (27%), indicando una situación de subalimentación sostenida en el tiempo.

(5) Contreras, et.al. "Salud pública, privada y solidaria en el Chile actual". PET. Documento de trabajo N° 44. 1986.

(6) Jansana, Loreto. "Situación nutricional de los menores de 15 años y de la alimentación entregada por las ollas comunes. PET. Materiales de Discusión. N° 1. 1985.

I.- OCUPACION

1. OCUPACION Y DESOCUPACION NACIONAL (2) (miles de personas y porcentajes)

	Fuerza de Trabajo	Ocupados (1)	Desocu- pados	Tasa de Desocup. Abierta	Trabaj. en PEM y POJH	Tasa de Desocup. (inc. PEM y POJH)
Oct.-Dic. 1985	4018,7	3537,4	481,3	12,0	283,1	19,0
Oct.-Dic. 1986	4270,0	3895,7	374,3	8,8	192,5	13,3
Oct.-Dic. 1987	4354,4	4010,8	343,6	7,9	93,2	10,0
Ene.- Mar. 1988	4411,7	4040,4	371,3	8,4	56,5	9,7
Abr.- Jun. 1988	4456,9	4051,4	405,5	9,1	35,2	9,9
Jul. - Sep. 1988	4483,9	4092,3	391,6	8,7	27,4	9,3
Oct.- Dic. 1988	4551,6	4265,8	285,8	6,3	16,3	6,6
Ene.- Mar. 1989	4579,1	4295,5	283,6	6,2	s.d.	s.d.
Abr.- Jun. 1989	4581,0	4262,1	318,9	7,0	s.d.	s.d.
Jun.-Ago. 1989	4570,1	4263,0	307,1	6,7	s.d.	s.d.

Fuente: INE

(1): Incluye Trabajadores del PEM y POJH

(2): A partir del mes de noviembre de 1985 las estadísticas de fuerza de trabajo, ocupados y desocupados difieren de las publicadas anteriormente por provenir de un nuevo diseño muestral.

s.d.: Sin datos

2. OCUPACION Y DESOCUPACION REGIONAL (miles de personas) (Junio - Agosto 1989)

	Fuerza de Trabajo	Ocupados (1)	Desocu- pados	Tasa de Desocup. Abierta
I Región	122,6	117,2	5,4	4,4
II Región	129,9	123,5	6,4	4,9
III Región	73,9	70,1	3,8	5,1
IV Región	148,1	137,0	11,1	7,5
V Región	456,8	426,4	30,4	6,7
VI Región	218,8	203,2	15,6	7,1
VII Región	287,4	260,0	27,4	9,5
VIII Región	591,2	547,5	43,7	7,4
IX Región	236,5	225,9	10,6	4,5
X Región	305,8	298,2	7,6	2,5
XI Región	31,9	31,7	0,2	0,6
XII Región	66,4	61,7	4,7	7,1
R. Metropolitana	1900,8	1760,6	140,2	7,4
TOTAL	4570,1	4263,0	307,1	6,7

Fuente: INE

II.- PRECIOS Y SALARIOS

1. INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

	IPC		Allimenta-	Vivien-	Vestua-	Trans-	Otros	
	% Var. mes	% Var. Dic.	ción % Var. 12 meses	da % Var. mes	rio % Var. mes	porte % Var. mes	% Var. mes	
Septiembre 1988	0,9	6,9	12,0	1,3	0,7	2,1	--	0,5
Octubre	1,5	8,5	11,0	2,9	0,3	1,7	--	0,6
Noviembre	1,9	10,6	10,9	3,1	2,1	1,8	--	0,3
Diciembre	1,9	12,7	12,7	3,0	0,9	1,8	--	1,2
Enero 1989	1,1	1,1	13,1	0,6	2,2	0,9	--	1,1
Febrero	0,1	1,2	12,8	-1,3	2,2	-0,3	--	0,7
Marzo	1,9	3,2	12,9	2,5	0,6	1,2	--	2,2
Abril	1,0	4,2	13,2	0,9	0,7	2,7	--	1,0
Mayo	2,0	6,3	14,2	1,7	2,0	1,3	4,2	0,5
Junio	1,8	8,2	16,2	3,0	1,5	1,1	1,0	1,0
Julio	1,8	10,1	18,1	2,1	1,4	-1,0	3,7	1,4
Agosto	1,0	11,2	18,4	1,6	0,8	-1,4	0,7	1,8
Septiembre	2,1	13,6	19,7	3,5	1,6	1,2	1,2	1,7

Fuente: INE

2. INDICE DE PRECIOS DE LOS POBRES

(Base: Mayo 1980 = 100)

	IPC-INE			IPC-PET		
	Indice	Variación porcentual mes	Variación porcentual año	Indice	Variación porcentual mes	Variación porcentual año
Diciembre 1986	347,0	--	--	419,8	--	--
Diciembre 1987	421,7	--	21,5	508,4	--	21,1
Diciembre 1988	475,2	1,9	12,7	586,7	0,4	15,4
Enero 1989	480,5	1,1	1,1	590,8	0,7	0,7
Febrero	481,1	0,1	1,2	594,3	0,6	1,3
Marzo	490,3	1,9	3,2	605,6	1,9	3,2
Abril	495,4	1,0	4,2	616,4	1,8	5,1
Mayo	505,1	2,0	6,3	627,5	1,8	7,0
Junio	514,0	1,8	8,2	647,7	3,2	10,4
Julio	523,0	1,8	10,1	660,0	1,8	12,5
Agosto	528,5	1,0	11,2	670,3	1,6	14,2
Septiembre	539,8	2,1	13,6	688,9	2,8	17,4

3. INDICE REAL DE REMUNERACIONES POR SECTORES

(Base: Dic. 1981 = 100)

	TOTAL	Mineria	Manufac- tura	Electr. Gas, Agua	Serv. Com. y Sociales
1987 Prom. Anual	82,2	90,1	80,9	89,0	74,0
1988 Prom. Anual	87,6	93,9	85,6	93,2	80,5
Agosto 1988	89,9	95,8	87,4	96,4	83,8
Septiembre	89,4	94,5	87,2	96,6	83,4
Octubre	88,3	93,2	86,6	92,3	82,7
Noviembre	88,0	93,1	86,7	90,5	81,9
Diciembre	87,5	92,1	87,0	90,0	80,8
Enero 1989	88,5	92,7	87,5	94,3	80,2
Febrero	89,5	91,6	87,7	94,7	85,7
Marzo	89,0	90,7	88,1	92,6	85,5
Abril	90,0	95,1	89,1	92,5	85,6
Mayo	89,8	95,4	88,7	93,9	84,7
Junio	89,5	94,9	88,6	92,9	83,3
Julio	89,6	96,9	89,0	93,4	81,8
Agosto	89,8	98,1	88,7	94,3	80,9

Fuente: INE; deflactado con IPC-Oficial

4. INGRESO MINIMO LEGAL

	en \$ de c/año	Indice Real (1) (Base: sep.81 = 100)	Indice Real (2) (Base: sep.81 = 100)
Septiembre 1982	5185,71	89,8	85,0
Septiembre 1983	5445,00	78,2	64,3
Septiembre 1984	5445,00	63,1	51,2
Septiembre 1985	6667,00	57,5	47,9
Septiembre 1986	7667,00	56,4	48,4
Septiembre 1987	9446,00	57,3	48,5
Marzo 1988	9446,00	53,1	44,0
Junio	10843,00	59,3	48,9
Septiembre	10843,00	58,8	48,3
Diciembre	10843,00	55,8	46,4
Marzo 1989	11950,00	59,6	49,5
Junio	13924,00	66,2	52,9
Septiembre	13924,00	63,0	50,7

Fuente: INE

(1): Deflactado con IPC - Oficial

(2): Deflactado con IPC - PET

III.- PRODUCCION

1. INDICADOR DE ACTIVIDAD ECONOMICA

(Base: Promedio 1982 = 100)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Enero	108,8	93,6	100,8	106,6	113,1	120,3	128,7	140,8
Febrero	101,1	93,0	101,6	106,1	108,2	114,9	121,9	130,7
Marzo	112,3	103,3	108,8	112,4	116,4	125,9	133,2	146,1
Abril	103,7	100,3	105,4	109,7	119,8	122,1	128,0	142,7
Mayo	108,2	105,5	111,5	109,7	115,9	121,8	129,8	144,5
Junio	103,4	103,1	111,6	108,3	115,5	122,3	131,0	145,3
Junio	94,2	96,0	101,9	103,6	106,3	114,6	120,7	
Agosto	101,4	96,5	105,8	102,2	104,6	112,3	123,3	
Septiembre	91,5	94,9	96,3	96,3	106,0	111,1	121,3	
Octubre	91,7	96,2	104,5	105,2	112,3	117,8	125,6	
Noviembre	91,8	95,9	100,2	102,5	108,7	116,7	128,5	
Diciembre	93,9	97,8	99,2	104,5	111,4	117,9	136,9	
Promedio	100,2	93,0	104,0	105,6	111,5	118,1	127,4	

Fuente: Banco Central

2. VARIACION DEL PRODUCTO GEOGRAFICO BRUTO TRIMESTRAL POR CLASE DE ACTIVIDAD ECONOMICA

(con respecto al mismo período del año anterior)

		Agricultura	Pesca	Minería	Industria	Electr. Gas y Agua	Construc- ción	Comercio	Trans- porte	Otros	TOTAL
1986	I	12,4	- 22,9	5,6	1,7	6,8	8,0	3,0	5,8	3,3	4,3
	II	7,7	51,4	9,1	9,6	8,0	3,5	6,1	7,4	4,6	7,2
	III	7,0	- 6,8	- 2,4	8,4	5,9	- 5,3	4,3	10,0	5,6	4,8
	IV	6,2	18,7	- 5,6	12,3	5,4	- 0,1	6,7	8,2	5,1	6,0
	TOTAL	8,7	10,0	1,4	8,0	6,5	1,3	5,5	8,1	4,7	5,7
1987	I	5,9	28,4	0,2	10,8	5,3	4,1	11,1	12,6	8,8	8,5
	II	2,8	- 17,9	- 3,3	2,5	4,2	11,2	5,6	11,3	6,1	4,3
	III	5,0	- 28,1	- 1,2	5,6	3,5	19,2	6,6	7,1	4,3	5,2
	IV	4,4	- 10,6	4,5	3,8	2,4	8,5	7,1	9,7	4,0	5,0
	TOTAL	4,5	- 8,0	0,0	5,5	3,8	10,6	7,5	10,1	5,8	5,7
1988	I	5,1	- 5,8	- 1,1	9,3	9,1	7,5	8,3	10,6	3,7	6,0
	II	6,4	1,2	0,0	7,6	8,1	5,2	9,6	6,6	5,7	6,4
	III	6,1	24,8	8,4	9,5	9,9	6,5	10,5	13,5	6,0	8,4
	IV	5,6	0,0	9,2	8,4	10,2	5,2	10,5	15,0	7,8	8,7
	TOTAL	5,7	2,6	4,2	8,7	9,3	6,1	9,8	11,5	5,8	7,4
1989	I	0,9	41,3	5,3	10,7	7,3	10,8	14,7	14,5	8,2	9,5
	II	5,5	17,6	11,5	14,1	8,1	6,0	16,1	16,8	9,0	11,4

(1) Incluye: Servicios Financieros, Propiedad de Vivienda, Administración Pública, Servicios Personales, Imputaciones Bancarias y Tributación a las Importaciones.

Fuente: Banco Central

IV.- SECTOR EXTERNO

1. SECTOR EXTERNO

(millones de US\$)

	Exportaciones FOB (1)	Importaciones FOB (1)	Superávit, Déficit (-) Comercial	Saldo en Balanza de Pagos (2)	Reservas Internacionales (3)	Precio del Cobre (4)
1987	5223,7	3994,3	1229,4	45,4	1871,1	81,1
1988	7051,8	4833,2	2218,6	732,3	2549,9	117,9
Ene-Agosto 1987	3297,8	2629,3	668,5	- 172,2	1679,5	69,3
Ene-Agosto 1988	4479,2	3070,4	1408,8	234,9	2140,1	108,0
Ene-Agosto 1989	5354,3	4247,1	1107,2	125,3	2622,8	130,9

(1): No incluye costos de seguros y fletes

(2): Saldo acumulado en el año

(3): Tenencias a fines de cada mes.

(4): Promedio Acumulado Anual.

Fuente: Banco Central