

# ESTADÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

## ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES Nacimientos y Defunciones

Período de información: 2023



---

Mayo 2026

# ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES

Período de información: 2023

Fecha de publicación: 27/05/2026

Una publicación del Comité Nacional de Estadísticas Vitales

## SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION (SRCel)

- Subdirección de Estudios y Desarrollo – Subdepartamento Registro Civil – Departamento de Informática

## MINISTERIO DE SALUD (Minsal)

- Subsecretaría de Salud Pública – División de Planificación Sanitaria - Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

## INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE)

- Subdirección Técnica – Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales – Subdepartamento de Demografía
- Subdirección TIC – Departamento de Soluciones Tecnológicas – Subdepartamento de Sistema de Procesamientos Estadístico Corporativa
- Dirección Nacional – Unidad de Comunicaciones Institucionales

**Dirección:** Morandé 801 piso 2, Santiago de Chile

**Fono:** (56) 232461000

**Sitio web:** [www.ine.gob.cl](http://www.ine.gob.cl)

**Correo electrónico:** [ine@ine.gob.cl](mailto:ine@ine.gob.cl)

**Facebook:** ChileINE

**Twitter:** @INE\_Chile

**Instagram:** Chile.INE

# Índice de contenidos

<b>1. Presentación</b> .....	8
<b>2. Nota técnica</b> .....	9
<b>3. Introducción</b> .....	10
<b>4. Panorama de los hechos vitales de Chile</b> .....	11
<b>4.1. Población total</b> .....	11
<b>4.2. Población por edades</b> .....	12
<b>4.3. Fecundidad</b> .....	16
<b>4.3.1. Tasa Bruta de Natalidad</b> .....	19
<b>4.3.2. Tasa Específica de Fecundidad</b> .....	21
<b>4.3.3. Tasa Global de Fecundidad</b> .....	24
<b>4.3.4. Nacimientos de Madres Extranjeras</b> .....	24
<b>4.4. Mortalidad</b> .....	28
<b>4.4.1. Mortalidad infantil</b> .....	28
<b>4.4.2. Mortalidad en la niñez</b> .....	37
<b>4.4.3. Mortalidad general</b> .....	38
<b>4.4.4. Mortalidad según causas de muerte</b> .....	46
<b>4.4.5. Análisis de la Esperanza de vida al nacer <math>e(0)</math></b> .....	53
<b>4.5. Crecimiento natural</b> .....	58
<b>5. Anexos</b> .....	60
<b>5.1. Aspectos metodológicos generales</b> .....	60
<b>5.1.1. Presentación</b> .....	60
<b>5.1.2. Objetivos</b> .....	60
<b>5.1.3. Alcance</b> .....	60
<b>5.1.4. Gestión y recepción bases de datos</b> .....	61
<b>5.2. Metodología de procesamiento de los Registros Administrativos</b> .....	61
<b>5.2.1. Precodificación y codificación de las variables estadísticas</b> .....	61
<b>5.2.2. Analizar, validar y corregir las variables estadísticas</b> .....	62

<b>5.2.3. Preparación del anuario, validación técnica y obtención de resultados</b>	<b>63</b>
<b>5.2.4. Referidas al ámbito de la salud en la variable causas de muerte</b>	<b>64</b>
<b>5.2.5. Referidas al ámbito de ocupación y educación</b>	<b>66</b>
<b>5.3. El sistema de estadísticas vitales y la calidad de sus productos</b>	<b>70</b>
<b>5.3.1. El sistema de estadísticas vitales en Chile</b>	<b>70</b>
<b>5.3.2. Calidad de la información</b>	<b>72</b>
<b>5.3.3. El registro de nacimientos</b>	<b>73</b>
<b>5.3.4. El registro de defunciones</b>	<b>74</b>
<b>5.3.4.1 Mejoras en el registro de defunciones</b>	<b>74</b>
<b>5.3.4.2 Alcances sobre la mortalidad por causas</b>	<b>75</b>
<b>5.4. Formularios utilizados</b>	<b>77</b>
<b>5.4.1. Formulario de nacimiento</b>	<b>77</b>
<b>5.4.2. Formulario de defunción</b>	<b>79</b>
<b>5.5. Definiciones y conceptos</b>	<b>81</b>
<b>5.5.1. Generales</b>	<b>81</b>
<b>5.5.2. Defunciones</b>	<b>84</b>
<b>5.5.3. Nacimientos</b>	<b>85</b>
<b>5.5.4. Otros términos de uso frecuente</b>	<b>86</b>
<b>5.6. Indicadores de hechos vitales</b>	<b>89</b>
<b>6. Referencias</b>	<b>92</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Número y porcentaje de población total proyectada al 30 de junio, según sexo y región, 2023.....	12
<b>Tabla 2:</b> Número y porcentaje de población proyectada al 30 de junio, por grandes grupos de edad, según región, 2023 .....	13
<b>Tabla 3:</b> Número de defunciones por sexo, tasas de mortalidad y sobremortalidad masculina, según grupos de edad, 2023.....	45
<b>Tabla 4:</b> Variación interanual absoluta y relativa de las muertes por COVID-19, 2020-2023. 51	
<b>Tabla 5:</b> Número de defunciones por COVID-19 a nivel regional por sexo, porcentaje y tasa de mortalidad por causa específica (TMC), 2023 .....	52
<b>Tabla 6:</b> Nacimientos y defunciones observados, crecimiento natural y tasa de crecimiento natural (por mil) por región, 2023.....	58

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Distribución de la población proyectada al 30 de junio, por sexo y grupos de edad, 2023.....	15
<b>Gráfico 2:</b> Evolución de nacimientos observados en Chile en la década 2013-2023.....	17
<b>Gráfico 3:</b> Variación porcentual interanual de nacimientos observados en Chile, década 2013-2023.....	18
<b>Gráfico 4:</b> Distribución porcentual de nacimientos según el mes de ocurrencia del hecho entre los años 2019-2023.....	19
<b>Gráfico 5:</b> Tasa bruta de natalidad según región, 2023.....	20
<b>Gráfico 6:</b> Tasas específicas de fecundidad (TEF), 1963, 1983, 2003 y 2023.....	22
<b>Gráfico 7:</b> Distribución porcentual de las tasas específicas de fecundidad (TEF) por grupo de edad de la madre, 1963, 1983, 2003 y 2023.....	23
<b>Gráfico 8:</b> Tasa global de fecundidad por región, 2023.....	24
<b>Gráfico 9:</b> Porcentaje de nacidos vivos de madre extranjera respecto al total de nacimientos por región, 2023.....	25
<b>Gráfico 10:</b> Porcentaje de nacidos vivos según país de la madre con respecto al total de nacimientos de madres extranjeras por región, 2023, principales colectivos.....	27
<b>Gráfico 11:</b> Evolución de la mortalidad infantil, 2013-2023.....	30
<b>Gráfico 12:</b> Evolución de la variación relativa interanual de la mortalidad infantil, 2013-2023.....	30
<b>Gráfico 13:</b> Evolución de las tasas (por mil nacidos vivos) de mortalidad infantil y neonatal, 2013-2023.....	31
<b>Gráfico 14:</b> Evolución del peso relativo de la mortalidad neonatal en la mortalidad infantil, 2013-2023.....	32
<b>Gráfico 15:</b> Principales grupos de causas de muerte de las defunciones de menores de un año, 2023.....	34
<b>Gráfico 16:</b> Muertes de menores de un año según sexo del fallecido, período 2017-2023....	35
<b>Gráfico 17:</b> Tasa de mortalidad infantil según sexo del fallecido, periodo 2017-2023.....	36
<b>Gráfico 18:</b> Tasa de mortalidad en la niñez por región, 2023.....	37
<b>Gráfico 19:</b> Defunciones según sexo de la persona fallecida, 2013-2023.....	38
<b>Gráfico 20:</b> Variación porcentual interanual de defunciones, 2013-2023.....	39
<b>Gráfico 21:</b> Tasa bruta de mortalidad por región, 2023.....	40
<b>Gráfico 22:</b> Índice de masculinidad de las personas fallecidas, 2003-2023.....	41
<b>Gráfico 23:</b> Índice de Swaroop-Uemura, 2013-2023.....	42
<b>Gráfico 24:</b> Índice de Swaroop-Uemura por región, 2023.....	43
<b>Gráfico 25:</b> Número y porcentaje de defunciones según grupo de edad de las personas fallecidas, 2023.....	44
<b>Gráfico 26:</b> Sobremortalidad masculina, según grupo de edad de las personas fallecidas, 2023.....	46
<b>Gráfico 27:</b> Principales grupos de causas de muerte, 2023.....	48
<b>Gráfico 28:</b> Principales grupos de causas de muerte según sexo de la persona fallecida, 2023.....	49
<b>Gráfico 29:</b> Número de defunciones ocurridas por COVID-19, 2020-2023.....	50
<b>Gráfico 30:</b> Proporción de las muertes por COVID-19 respecto del total de muertes, 2020-2023.....	51

<b>Gráfico 31:</b> Tasa de Mortalidad por Causa Específica (TMCE) por COVID-19 a nivel regional y nacional años 2020-2023 .....	53
<b>Gráfico 32:</b> Esperanza de vida al nacer e(0) según sexo, total país. 2015-2023.....	54
<b>Gráfico 33:</b> Variación de la esperanza de vida al nacer e(0) respecto al año anterior según sexo, total país. 2015-2023 .....	55
<b>Gráfico 34:</b> Brecha de sexo en la esperanza de vida al nacer e(0) total país. 2015-2023.....	56
<b>Gráfico 35:</b> Esperanza de vida al nacer e(0) por región, 2023 .....	57
<b>Gráfico 36:</b> Tasa de crecimiento natural por región, 2023.....	59

## Índice de diagramas

<b>Diagrama 1:</b> Componentes de la mortalidad infantil.....	29
<b>Diagrama 2:</b> Esquema general de obtención de las estadísticas vitales.....	63
<b>Diagrama 3:</b> Chile: Resumen de las tareas de los organismos del Estado en la producción de las Estadísticas Vitales .....	70
<b>Diagrama 4:</b> Chile: Plazos aceptados para integrar las inscripciones de los hechos vitales, con fines de recuento estadístico de los hechos ocurridos en un año calendario .....	72

## Índice de imágenes

<b>Imagen 1:</b> Tasa de mortalidad neonatal según país, Sudamérica año 2023.....	33
---	----

## 1. Presentación

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCEI) y el Ministerio de Salud (Minsal) ponen a disposición de la comunidad el Anuario de Estadísticas Vitales 2023, documento que contiene información oficial de los nacimientos, defunciones y defunciones fetales ocurridos en Chile durante el año 2023, que fueron preliminarmente publicados como cifras provisionales en marzo de 2025<sup>1</sup>.

El trabajo incorporado en el presente anuario responde al realizado al alero del convenio tripartito entre el SRCEI, el Minsal y el INE, que data de 1982, y que tiene como objetivo realizar un mejoramiento continuo de las estadísticas vitales del país y seguir acercándolas a los estándares internacionales.

La información entregada proviene de registros administrativos generados por el SRCEI a partir de los formularios y certificados continuos y obligatorios de los hechos vitales, cuyo procesamiento estadístico fue realizado por el Minsal y el INE. El Ministerio de Salud aporta en el procesamiento de aquellos elementos vinculados a las variables de salud, mientras que el INE lo realiza en las variables sociodemográficas, siguiendo rigurosamente la metodología recomendada por las Naciones Unidas (ONU, 2014).

Agradecemos el compromiso y la responsabilidad de todas las personas que colaboraron en esta publicación, la que sin duda contribuirá como un material fundamental para elaborar las proyecciones de población y las políticas públicas a mediano y largo plazo que deriven de ellas.

**May Chomali Garib**  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud



**Omar Morales Márquez**  
Director Nacional  
Servicio de Registro Civil e  
Identificación



**Ricardo Vicuña Poblete**  
Director Nacional  
Instituto Nacional de  
Estadísticas



<sup>1</sup> El anuario con cifras provisionales se encuentra disponible en [https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2023-\(versi%C3%B3n-marzo-2025\).pdf?sfvrsn=c8e963f3\\_4](https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2023-(versi%C3%B3n-marzo-2025).pdf?sfvrsn=c8e963f3_4)

## 2. Nota técnica

La presente publicación, al igual que el Anuario 2022, presenta únicamente la información de los nacimientos y defunciones ocurridas en el país durante 2023, excluyendo los matrimonios y acuerdos de unión civil (AUC) ocurridos en dicho periodo, que se publicarán en fecha posterior, ya que aún se encuentran en fase de adaptación los sistemas de recopilación de registros de matrimonios, específicamente a aquellos registros relacionados al matrimonio entre personas del mismo sexo.

Independiente de esta situación, todos los Anuarios de Estadísticas Vitales que se publiquen a partir de ahora se realizarán en dos volúmenes separados, uno sobre nacimientos-defunciones y otro sobre matrimonios-AUC, los cuales se pondrán a disposición de los usuarios en fechas diferentes. Con esta nueva forma de divulgar la información de los hechos vitales, se busca mejorar en la oportunidad del dato, fundamentalmente de las estadísticas de nacimientos y defunciones, en conjunto con la oportunidad de mejorar la presentación de las temáticas de cada hecho vital.

En enero de 2026, se pusieron a disposición las Estimaciones y Proyecciones de población (EEPP) con base Censo 2024 a nivel país, mientras que a nivel regional se encontrarán disponibles en fecha posterior. Ante esta situación, se ha tomado la decisión de **seguir calculando las tasas tanto nacionales como regionales a partir de las EEPP base Censo 2017 en este anuario**, para evitar la confusión que pueda generar a los usuarios en los tabulados, datos calculados a partir de EEPP base 2024 al nivel nacional y con EEPP base 2017 a nivel regional. Las estadísticas se presentan de acuerdo con la División Político-Administrativa (DPA) vigente.

Sin embargo, para efectos comparativos, se presentará un cuadro anexo disponible en el archivo hipervinculado, donde se incluirán las tasas nacionales calculadas tanto usando EEPP base 2017 como base 2024, en el periodo 1992-2023.

### 3. Introducción

Las Estadísticas Vitales publicadas en el presente anuario contienen información relativa a los hechos vitales, relacionados con el principio y fin de la vida de las personas, ocurridos durante el año 2023. Las estadísticas oficiales sobre los hechos vitales en Chile son elaboradas a través del Convenio de Colaboración Interinstitucional, entre el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), el Ministerio de Salud (Minsal) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Las tres instituciones mencionadas conforman el Comité Nacional de Estadísticas Vitales, espacio donde se vela por el cumplimiento, la exigencia y la mejora continua en la producción de estas estadísticas en Chile.

La información sobre los hechos vitales proviene principalmente del SRCel —específicamente los registros administrativos de la inscripción de los nacimientos, defunciones y defunciones fetales—, mientras que el Minsal aporta las variables de salud en nacimientos y defunciones.

La misión del Minsal y del INE consiste en revisar la calidad de la información, analizar, clasificar, codificar y comparar los datos correspondientes a las variables de salud y las sociodemográficas, según la competencia de cada institución. El objetivo que se busca con esta misión es detectar posibles incoherencias en las cifras y publicar estadísticas vitales coherentes y de calidad. Además, el INE es el encargado de presentar la información que permite, junto con los datos vigentes de población que elabora el mismo INE, calcular tasas e indicadores, los cuales ayudan a entender y estudiar el comportamiento actual y pasado de la población, así como a proyectar su posible evolución en el tiempo.

En el año 2023, disminuyó notablemente la influencia del COVID-19 en la mortalidad del país, la cual había impactado fuertemente no solo a Chile, sino a los distintos países del mundo desde fines del 2019. En este sentido, es importante destacar que, si bien no existe un "fin" absoluto de la pandemia, se puede considerar que la emergencia sanitaria causada por esta terminó oficialmente el 31 de agosto de 2023, cuando el Minsal levantó la Alerta Sanitaria. Por lo anterior, en el presente documento ya no se incluirá una sección especial de análisis del COVID-19 como se venía haciendo en años precedentes, sino que esta se analizará en la sección de causas de muerte.

Finalmente, como parte del compromiso del INE de reducir el impacto ambiental ocasionado por el uso del papel en la entrega de sus productos, este anuario se pone a disposición en formato electrónico en la web institucional<sup>2</sup>, en conjunto con el resto de los cuadros estadísticos que tradicionalmente lo componen, para consulta de la ciudadanía.

---

<sup>2</sup> <https://www.ine.gob.cl/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estadisticas-vitales>

## 4. Panorama de los hechos vitales de Chile

Las estadísticas vitales contemplan la información sistematizada de los registros sobre nacimientos, cambios de estado civil y defunciones de las personas durante el curso de su vida en cada lugar donde son analizadas. A partir de estas estadísticas se puede estudiar y describir el comportamiento de la fecundidad y la mortalidad de los y las habitantes de los países, dos elementos centrales de la dinámica demográfica que dan cuenta del crecimiento natural de la población. Estos factores, en conjunto con los flujos migratorios y complementados con la información de los censos, permiten elaborar y actualizar las estimaciones y proyecciones de población de los países.

En este sentido, las estadísticas vitales son relevantes porque hacen posible estudiar y visualizar los cambios demográficos del pasado, presente y futuro, tanto en el crecimiento y transformación de la población del país como en su tamaño y composición. En otras palabras, las estadísticas vitales aportan información sociodemográfica esencial para la planificación y elaboración de políticas públicas y programas de diversa índole, apoyando al desarrollo social, económico y la mejora en la calidad de vida de los y las habitantes del país.

El análisis de las estadísticas vitales cobra aún más sentido en la etapa de transición demográfica avanzada en la que se encuentra Chile. Los rasgos más evidentes de dicha etapa son la paulatina reducción de la fecundidad, el envejecimiento poblacional y el aumento de la mortalidad en edades avanzadas, con la consecuente mayor esperanza de vida de la población (INE, 2022). Tomando en cuenta esta breve descripción del contexto demográfico en el país, se presentan a continuación algunos de los elementos más relevantes derivados del análisis de las estadísticas vitales para el año 2023.

### 4.1. Población total

Según las proyecciones demográficas, la población en Chile proyectada al 30 de junio de 2023 fue de 19.960.889 habitantes<sup>3</sup>, de los cuales 49,3% correspondió a hombres y 50,7%, a mujeres. Siguiendo con la tendencia histórica, las regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Biobío concentran la mayor parte de la población del país, con un 60,4% del total en su conjunto (12.060.069 personas). La Región Metropolitana, donde se ubica la capital de Chile, es la más poblada, con aproximadamente 8,4 millones de habitantes, es decir, el 41,9% de la población total del país (ver Tabla 1).

En contraste, y replicando también una tendencia histórica, en las zonas extremas del país es en donde están las regiones menos pobladas del territorio nacional. Por un lado, en el norte, Arica y Parinacota, Atacama y Tarapacá concentran 1,3%, 1,6% y 2,0% de la población nacional, respectivamente, sumando 980.438 personas según las proyecciones al 30 de junio

---

<sup>3</sup> Las estimaciones y proyecciones de población base Censo 2017, a nivel país, período 1992-2050, publicadas en diciembre de 2018, no contemplan entre sus supuestos el efecto del COVID-19 en los componentes. Las estimaciones y proyecciones a nivel país 1992-2070, con base en el Censo 2024, si se consideró en el proceso de la creación de los supuestos el efecto del COVID-19 en los componentes de cambio de la población.

de 2023. Por otro lado, en el extremo sur del territorio, las regiones de Aysén y de Magallanes concentran 0,5% y 0,9% de la población del país, de manera respectiva, sumando 290.523 personas.

### Población por sexo

Las regiones con mayor proporción de mujeres se ubican entre Coquimbo y Los Lagos.

Las regiones que se proyectan con un número más alto de mujeres que de hombres están, de norte a sur, entre Coquimbo y Los Lagos, es decir, hay más mujeres en la mayor parte del territorio y en las regiones más pobladas del país. Por su parte, hay más hombres que mujeres en las regiones de los extremos del país, esto es, entre Arica y Parinacota y Atacama por el norte, y entre Aysén y Magallanes en el sur.

**Tabla 1:** Número y porcentaje de población total proyectada al 30 de junio, según sexo y región, 2023

Región	Población			Porcentaje (%)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total País</b>	19.960.889	9.848.466	10.112.423	100,0	100,0	100,0
Arica y Parinacota	259.802	130.999	128.803	1,3	1,3	1,3
Tarapacá	401.588	202.347	199.241	2,0	2,1	2,0
Antofagasta	714.142	359.072	355.070	3,6	3,6	3,5
Atacama	319.048	160.922	158.126	1,6	1,6	1,6
Coquimbo	869.103	425.400	443.703	4,4	4,3	4,4
Valparaíso	2.010.849	983.195	1.027.654	10,1	10,0	10,2
Metropolitana	8.367.790	4.138.275	4.229.515	41,9	42,1	41,8
O'Higgins	1.017.701	508.672	509.029	5,1	5,2	5,0
Maule	1.162.641	569.896	592.745	5,8	5,8	5,9
Ñuble	519.437	250.500	268.937	2,6	2,5	2,6
Biobío	1.681.430	818.002	863.428	8,4	8,3	8,5
La Araucanía	1.028.201	501.761	526.440	5,2	5,1	5,2
Los Ríos	411.205	200.948	210.257	2,1	2,0	2,1
Los Lagos	907.429	451.199	456.230	4,5	4,6	4,5
Aysén	108.306	54.592	53.714	0,5	0,6	0,5
Magallanes	182.217	92.686	89.531	0,9	0,9	0,9

Fuente: INE, estimaciones y proyecciones de población regionales, base 2017 (INE, 2018).

Nota: las sumas de los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo de decimales.

## 4.2. Población por edades

De acuerdo con lo señalado, Chile está en una etapa avanzada de transición demográfica (INE, 2022), proceso que se refleja en un envejecimiento continuo y constante de la población; y es, en la actualidad, uno de los países de América Latina con mayor grado de envejecimiento demográfico (CELADE-CEPAL, 2019).

Factores que explican el envejecimiento de la población son, entre otros, la disminución de la mortalidad en edades jóvenes. La paulatina reducción de la mortalidad en edades jóvenes permite que una mayor cantidad de población llegue a edades mayores, lo que, en conjunto con los avances médicos, tecnológicos y la sustancial mejora en las condiciones de vida de la

población, contribuye a que la esperanza de vida aumente. De este modo, ante el alza de la esperanza de vida de la población, el número y proporción de personas que supera los 60 años adquiere una tendencia creciente (INE, 2022).

### Envejecimiento poblacional

Se proyectó que las regiones con una población más envejecida en 2023 fueron Ñuble y Valparaíso, cuyos habitantes de 60 años o más ascendieron a 23,0% y 21,9%, respectivamente.

Otro factor que explica, en gran medida, el envejecimiento demográfico se encuentra en la reducción de la fecundidad y la cantidad de hijos(as) tenidos por mujer durante su edad fértil, proceso que se comenzó a intensificar en el país fuertemente a partir de mediados del siglo XX. En ese sentido, el mayor control de la natalidad, la incorporación de métodos anticonceptivos, junto con una mayor inserción laboral y profesional de las mujeres con la consecuente postergación

del embarazo, han derivado en que cada vez tienda a nacer una menor cantidad de niños(as) en nuestro país. De esta forma, la baja en los nacimientos y el aumento de la esperanza de vida, sumado al descenso de la mortalidad en edades tempranas, implican que la población mayor se incremente cada vez más en su cantidad y peso relativo sobre la población total, impulsando así el proceso de envejecimiento demográfico.

**Tabla 2:** Número y porcentaje de población proyectada al 30 de junio, por grandes grupos de edad, según región, 2023

Región	Total	Población por grupos de edad			Porcentaje (%)		
		0 a 14	15 a 59	60 o más	0 a 14	15 a 59	60 o más
<b>Total País</b>	<b>19.960.889</b>	<b>3.722.867</b>	<b>12.510.697</b>	<b>3.727.325</b>	<b>18,7</b>	<b>62,7</b>	<b>18,7</b>
Arica y Parinacota	259.802	52.115	162.618	45.069	20,1	62,6	17,3
Tarapacá	401.588	89.508	258.804	53.276	22,3	64,4	13,3
Antofagasta	714.142	145.110	476.216	92.816	20,3	66,7	13,0
Atacama	319.048	68.833	194.904	55.311	21,6	61,1	17,3
Coquimbo	869.103	171.462	528.786	168.855	19,7	60,8	19,4
Valparaíso	2.010.849	357.253	1.212.607	440.989	17,8	60,3	21,9
Metropolitana	8.367.790	1.529.834	5.403.143	1.434.813	18,3	64,6	17,1
O'Higgins	1.017.701	192.254	614.356	211.091	18,9	60,4	20,7
Maule	1.162.641	220.126	698.253	244.262	18,9	60,1	21,0
Ñuble	519.437	92.895	307.294	119.248	17,9	59,2	23,0
Biobío	1.681.430	308.426	1.035.358	337.646	18,3	61,6	20,1
La Araucanía	1.028.201	198.358	618.291	211.552	19,3	60,1	20,6
Los Ríos	411.205	74.583	250.385	86.237	18,1	60,9	21,0
Los Lagos	907.429	168.375	567.142	171.912	18,6	62,5	18,9
Aysén	108.306	22.234	67.502	18.570	20,5	62,3	17,1
Magallanes	182.217	31.501	115.038	35.678	17,3	63,1	19,6

Fuente: INE, Estimaciones y Proyecciones de población regionales, base 2017 (INE, 2018).

Nota: las sumas de los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo de decimales.

El envejecimiento poblacional se desenvuelve en forma desigual entre las distintas regiones del país, con algunas de ellas “más avanzadas” en el proceso que otras. Según lo proyectado (ver Tabla 2), la Región de Ñuble es la más envejecida a nivel nacional<sup>4</sup>, ya que 23,0% de su

<sup>4</sup> Existen diversos indicadores que permiten analizar el nivel de avance del envejecimiento demográfico; el porcentaje de población de 60 años y más es solo uno de ellos. Para más información revisar INE (2022).

población tiene 60 o más años, mientras que los(as) menores de 15 años solo alcanzan 17,9% del total regional. La segunda región más envejecida es Valparaíso, donde la población de 60 años o más alcanza el 21,9% y la población menor de 15 años llega al 17,8%. En el polo opuesto, Tarapacá es la región más joven del país, pues el 22,3% de su población es menor de 15 años y los de 60 años o más representan 13,3% del total regional. La segunda región con más población joven es Atacama, con un 21,6% de población menor de 15 años y con el 17,3% de su población con 60 años o más. Cabe destacar que estos totales regionales reflejan solo la realidad promedio de cada región, pues las comunas en su interior presentan situaciones que difieren con la distribución porcentual de la población por tramos etarios a nivel regional.

Los cambios demográficos experimentados en el país durante las últimas décadas pueden ser visualizados gráficamente a partir de la pirámide de población proyectada al 2023, la cual muestra una forma típica de países que tienen una estructura de población envejecida (ver Gráfico 1). En primer lugar, se observa que la base de la pirámide (población entre 0 a 19 años) es más angosta, lo que refleja la menor cantidad de nacimientos ocurridos en las últimas dos décadas. Desde principios del siglo XXI, la fecundidad se ha ubicado bajo los niveles teóricos de reemplazo poblacional<sup>5</sup>, ya que la tasa global de fecundidad ha sido menor a 2,1 hijos por mujer; esto se traduce en el marcado descenso de la proporción de menores de edad en el país durante los últimos veinte años.

En segundo lugar, se aprecia una mayor cantidad de población con edades entre 25 y 39 años, los que corresponden a los nacimientos registrados entre 1984 y 1998, período en el cual la fecundidad aún se encontraba sobre el nivel de reemplazo. Los nacimientos ocurridos en este lapso generalmente se asocian con un breve fenómeno de “baby boom”, impulsado por el fin de la dictadura y el retorno a la democracia en el país, lo que se expresa en que en 1990 se registró la cifra más alta de nacimientos ocurridos en Chile en su historia.

#### Pirámide poblacional

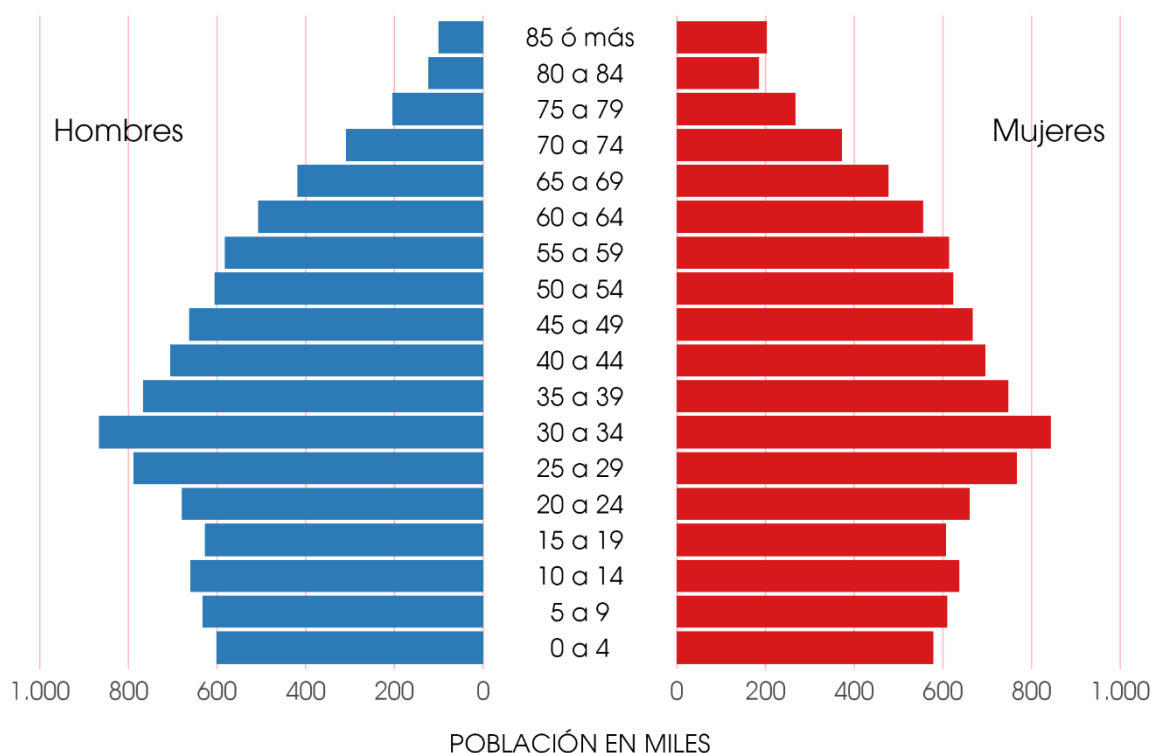
En la pirámide de población proyectada al 2023 se evidencia un aumento de la población en edades jóvenes, lo que se puede asociar al alza de la inmigración internacional, fuertemente representada en edades entre 25 y 34 años

Este tipo de fenómenos ha sido documentado y observado a nivel mundial, en donde, tras situaciones de crisis o conflictos bélicos, se experimenta un período de crecimiento en la cantidad de nacimientos en la población, lo cual tiene como explicación socioecológica la perpetuación de la especie cuando una época difícil se acaba y se avizora una mejor perspectiva de vida (Brenes-Camacho, 2014; Marco-Gracia, 2022; Pantelides, 1989). Cabe destacar también el aumento de la población en las

edades jóvenes asociado al alza de la migración internacional en los últimos años en nuestro país, pues dicha población inmigrante está fuertemente representada en las edades entre los 25 a 39 años (INE & Sermig, 2024).

<sup>5</sup> El nivel de reemplazo generacional se refiere a la fecundidad mínima necesaria para que una población teóricamente cerrada (donde no exista migración) se mantenga indefinidamente en el tiempo sin disminuir su volumen. Para esto se suele utilizar la Tasa Global de Fecundidad (TGF), una medida resumen que se interpreta como el número de hijas e hijos que tendría cada mujer de acuerdo con las tasas específicas de fecundidad, si no estuviera expuesta al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin del período fértil y que suele cifrarse en 2,1 hijos por mujer para establecer la medida teórica de reemplazo generacional.

**Gráfico 1:** Distribución de la población proyectada al 30 de junio, por sexo y grupos de edad, 2023



Fuente: INE, estimaciones y proyecciones de población, base 2017.

En tercer lugar, el tramo comprendido entre los 40 a 59 años presenta una situación más estable, pues corresponde a los nacidos entre 1964 y 1983. Dicha época coincide con un paulatino descenso de la fecundidad y una marcada reducción de la mortalidad en edades tempranas y adultas lo que, junto con el desarrollo científico y médico, son factores que han permitido que los integrantes de este grupo alcancen edades avanzadas y una mayor esperanza de vida respecto a las generaciones anteriores.

En cuarto lugar, se observa que las personas de 60 años y más, es decir, los nacidos antes de 1963, provienen de tiempos en que los niveles de fecundidad eran más altos, pero también lo eran los niveles de mortalidad. De esta forma, estos grupos quinquenales han estado expuestos a riesgos de mortalidad mucho más elevados que los actuales, lo que explica la mayor disparidad y menor tamaño respecto de los otros grupos a medida que se avanza en edad. Finalmente, en el tramo superior de la pirámide se aprecia la mayor sobrevivencia femenina en edades avanzadas, con más mujeres que hombres, especialmente en el tramo sobre los 80 años.

Es en este contexto, con Chile en una etapa avanzada de la transición demográfica y con una población más envejecida, que se presentan las principales tendencias demográficas observadas a través de las estadísticas vitales para 2023.

### 4.3. Fecundidad

La fecundidad, junto con la mortalidad y la migración, es uno de los componentes de la dinámica demográfica. Este componente da cuenta de la cantidad de hijos e hijas tenidos(as) por una mujer al final de su vida fértil, así como a la edad en que la mujer tiene dichos hijos e hijas, y es clave para estudiar la evolución de la población, tanto respecto al crecimiento como al envejecimiento poblacional (Prieto Rosas & Robello, 2023). El estudio de la fecundidad se basa en el análisis de los nacimientos y sus características como hecho vital, de la información de la madre y del nacido vivo, así como de su incidencia en la población.

Para el estudio de la fecundidad es clave contar con un buen registro y análisis de los nacimientos ocurridos en una población o subpoblación, y con la información asociada al nacido vivo y sus progenitores. En el caso de Chile, la información de los nacimientos involucra a tres instituciones diferentes: primero, el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), que recopila la información; segundo, el Ministerio de Salud (Minsal), que corrobora y valida los registros del SRCel; y por último, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), que corrobora y valida, pero que además compila y publica la información en general y en particular de las variables sociodemográficas en sus Anuarios de Estadísticas Vitales a partir del trabajo conjunto iniciado en 1982. Chile cuenta con una larga tradición de calidad de sus estadísticas vitales, refrendado en distintos estudios, tanto nacionales como internacionales, lo cual permite que los resultados de las estadísticas vitales sean utilizados de manera directa y con la certeza de una gran completitud y exactitud de la información obtenida (INE, 2020).

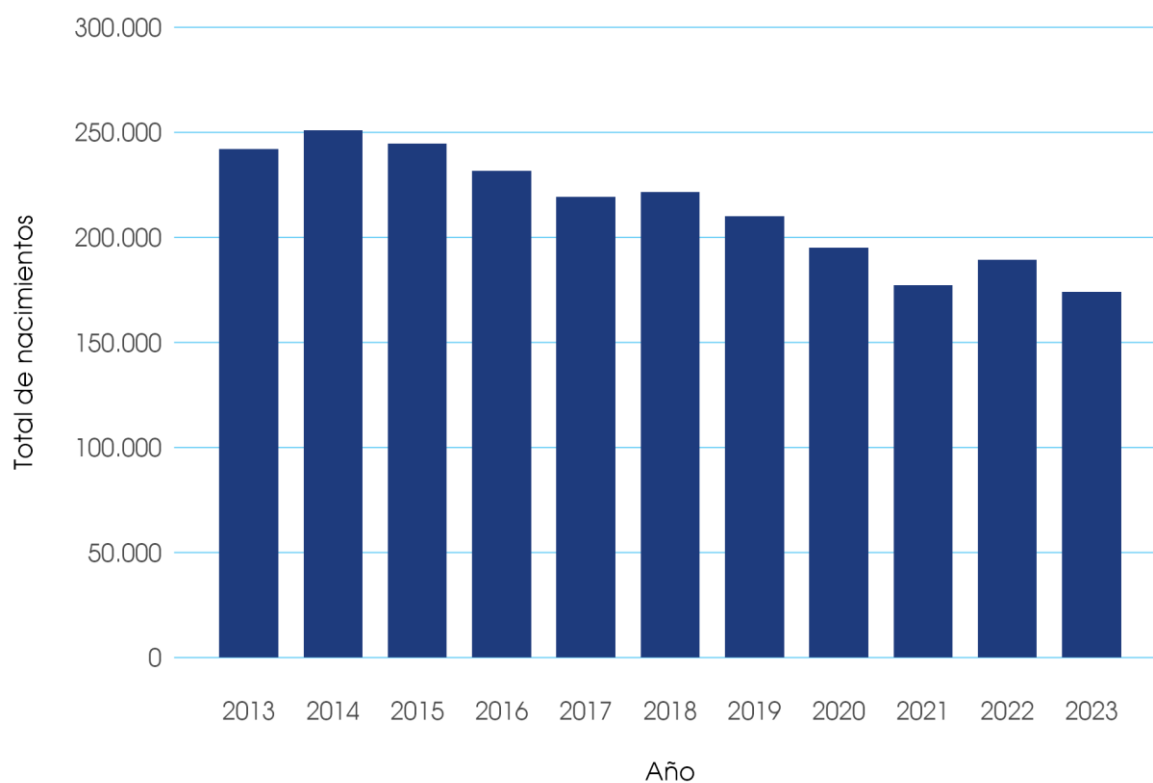
El análisis de los nacimientos y sus características nos señala que en 2023 se produjeron 174.057 nacimientos, de los cuales 88.792 fueron hombres, 85.248 fueron mujeres y 17 personas nacieron con sexo indeterminado<sup>6</sup>. Por lo tanto, el índice de masculinidad de los nacimientos fue de 104,2 es decir, nacieron cerca de 104 hombres por cada 100 mujeres, correspondiendo al valor histórico del país para ese hecho vital (104 nacimientos de hombres por cada 100 mujeres). Respecto a 2022, en 2023 se produjeron 15.246 nacimientos menos (con una variación porcentual de -8,1%), este descenso en el número de nacidos vivos es el mayor ocurrido en el periodo 2013-2023, volviendo a tomar el comportamiento observado en el periodo 2018-2021 de un descenso sostenido de los nacimientos, con la excepción de 2022, que correspondió a un repunte de los nacimientos asociado al inicio de la retirada del COVID-19 en el país y de la situación de emergencia asociada a este, tendencia que se observó en muchos países luego de la retirada del virus, siendo ampliamente documentada como uno de los principales efectos de la pandemia en la fecundidad (Sobotka, Zeman, Winkler-Dworak, & Brzowska, 2024; Ribotta, y otros, 2024), y que como así ha ocurrido en 2023 y lo que se observa en las cifras provisionales 2024 y 2025<sup>7</sup>, este repunte de nacimientos no sería un efecto duradero, sino que se volvería a la tendencia de decrecimiento (Ribotta, y otros, 2024).

<sup>6</sup> Ver definición en glosario en página 83.

<sup>7</sup> El INE, con el objetivo de presentar información con mayor oportunidad con respecto a la fecha de ocurrencia, ha elaborado anuarios provisionales 2024 y boletines coyunturales mensuales 2025 disponibles en <https://www.ine.gob.cl/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estadisticas-vitales>

El Gráfico 2 muestra la evolución del número de nacimientos totales ocurridos entre 2013 y 2023: al comienzo del periodo hubo cerca de 250.000 nacimientos por año. Si en 2013 se contabilizaron 242.005 nacidos vivos, diez años más tarde se registraron 174.057 nacimientos, es decir, una diferencia de 67.948 casos menos, con una variación de -28,1% en el período. Si bien la tendencia general durante esos años fue decreciente, en 2014, 2018 y 2022 fue posible identificar alzas interanuales de 3,7%; 1,2% y 6,8%, respectivamente. La disminución de nacimientos observada en 2023 con respecto a 2022 (-8,1%) correspondió a la segunda mayor caída del periodo, solo superada por la ocurrida en 2021 respecto de 2020 (-9,1%).

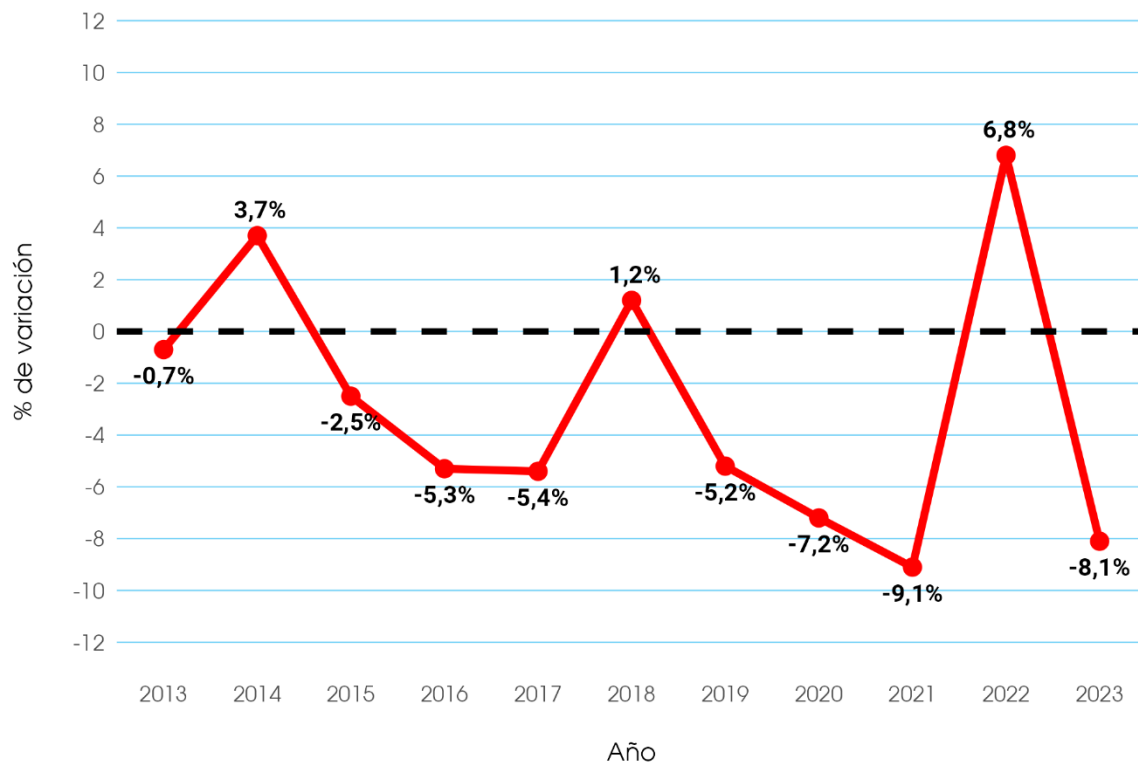
**Gráfico 2:** Evolución de nacimientos observados en Chile en la década 2013-2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023

En esos años la presencia del COVID-19, estuvo fuertemente activa y las medidas de confinamientos y restricciones asociadas a la convivencia fueron más restrictivas producto de la circulación del virus. La otra corresponde al año 2023, donde se volvió al comportamiento descendente de los nacimientos que había sido interrumpido por el alza observada en 2022, que podría considerarse como un efecto “rebote” tras la reducción de la incidencia del virus posterior a 2020 y 2021 (Gráfico 3).

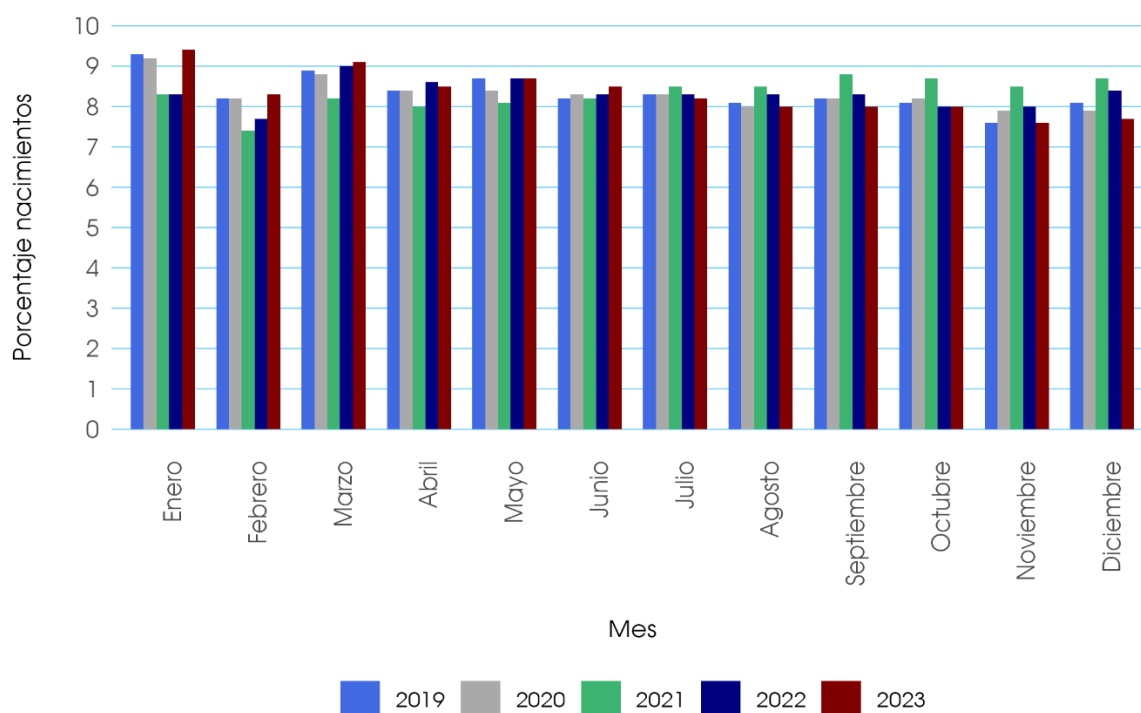
**Gráfico 3:** Variación porcentual interanual de nacimientos observados en Chile, década 2013-2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023

En 2023, se afianza la recuperación del comportamiento pre-pandémico (2015-2019, con excepción de 2018), de la distribución mensual de los nacimientos, donde los meses de mayor proporción de nacimientos ocurridos corresponden a enero y marzo; y adicionalmente en 2023 se observó en mayo una alta proporción de nacimientos al igual que en 2018, 2019 y 2022. Los efectos de la pandemia en la fecundidad se hicieron evidentes de forma más contundente en 2021, donde se alteró el patrón de los meses con mayor proporción de nacimientos, moviéndose al segundo semestre, en los meses de septiembre, octubre y diciembre, lo que se puede relacionar con la incertidumbre sobre el desarrollo de la enfermedad por COVID-19 y, sobre el acceso a vacunas, además del impacto económico que el virus generó con posterioridad al primer trimestre de 2020; lo que, teniendo en cuenta el tiempo de gestación promedio de 9 meses o 40 semanas, produjo un efecto retraso en los nacimientos hasta cuando las medidas para contener la enfermedad ya estaban consolidadas y el proceso de vacunación alcanzaba un amplio porcentaje de cobertura entre la población (ver Gráfico 4). En 2023, más de la mitad de los nacimientos se produjeron el primer semestre (52,4%), cifra que aumentó comparado con iguales meses de 2021 (50,7%), la única excepción en el periodo 2015-2023, fue el año 2021, donde más de la mitad de los nacimientos se produjeron el segundo semestre (51,8%). Más aún, en los meses de enero a marzo y junio de 2023, se observa una mayor cantidad de nacimientos respecto a los años anteriores.

**Gráfico 4:** Distribución porcentual de nacimientos según el mes de ocurrencia del hecho entre los años 2019-2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023

Luego de este breve análisis retrospectivo relacionado con los posibles efectos de la pandemia sobre los nacimientos, el análisis se centra en la fecundidad para 2023.

Medir la incidencia de la fecundidad en la dinámica demográfica requiere saber cuántos nacimientos ocurrieron y cuántas personas tuvieron “mayor probabilidad” de generar dichos nacimientos en un período (en este caso, en un año) y en un territorio determinado (por ejemplo, a nivel nacional, regional o comunal). Sin embargo, para estudiar adecuadamente la fecundidad como hecho vital es necesario contextualizarla respecto a la población que está produciendo dichos nacimientos. Así, se utilizan las proyecciones de población<sup>8</sup> para el cálculo de diversos indicadores, lo que permite reducir o eliminar la distorsión que puede tener la fecundidad por el efecto de la estructura de la población.

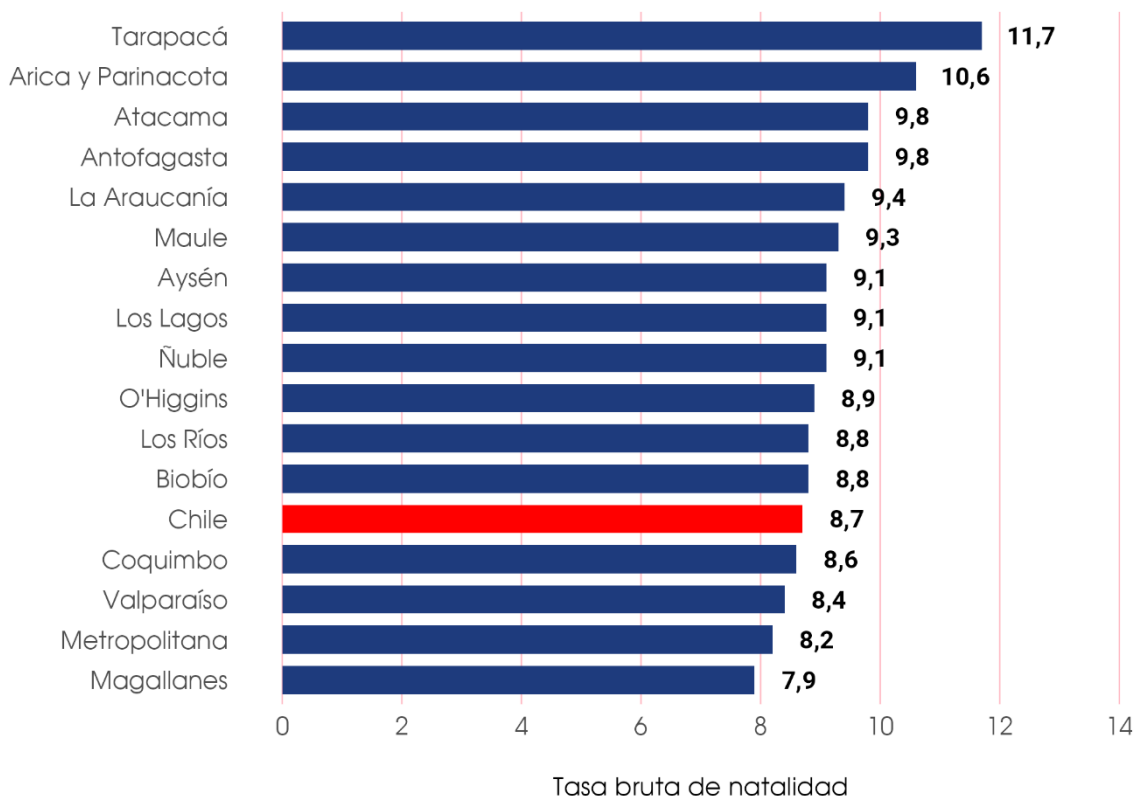
#### 4.3.1. Tasa Bruta de Natalidad

Es relevante considerar la importancia de estudiar los datos de fecundidad más allá del análisis de los nacimientos totales por región durante 2023 en el país. Al realizar dicho análisis se observa que las regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Biobío concentran el 57,7% de los nacimientos, repitiéndose las mismas características de distribución de la población

<sup>8</sup> En este caso las Estimaciones y Proyecciones de Población base Censo 2017.

nacional. No obstante, cuando se analiza la tasa bruta de natalidad, construida a partir de la cantidad de nacimientos vivos corregidos<sup>9</sup> que ocurren en la población por cada mil habitantes, se aprecia de mejor manera la realidad de la fecundidad en Chile.

**Gráfico 5:** Tasa bruta de natalidad según región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población regionales, base 2017.

Nota: las tasas brutas de natalidad (a nivel país y regional) se calcularon con el total de nacidos vivos corregidos según el método de inscripciones tardías.

Según el análisis de la tasa bruta de natalidad por región (ver Gráfico 5), doce regiones presentan una tasa mayor al promedio nacional (8,7 nacimientos por cada mil habitantes), de

#### Tasa bruta de natalidad

En 2023 hubo doce regiones con una tasa bruta de natalidad por sobre el promedio nacional, destacando Tarapacá, con 11,7 nacimientos por cada mil habitantes.

las cuales cuatro corresponden a la zona norte del país, entre las que destaca Tarapacá, donde se produjeron 11,7 nacimientos por cada mil habitantes. En tanto, entre las cuatro regiones que cuentan con tasas brutas de natalidad por debajo del promedio nacional destacan las dos más pobladas y una del extremo sur del país. Por el lado de las más pobladas, la Región Metropolitana se ubica en el penúltimo lugar, con una tasa bruta de natalidad de 8,2 por cada mil

habitantes, mientras que Valparaíso registra una tasa bruta de natalidad de 8,4, ubicándose

<sup>9</sup> Ver definición en glosario en página 85. El número de nacimientos corregidos a nivel país es 174.275, para mayor detalle consultar el archivo hipervinculado de tabulados del Anuario ubicado en <https://www.ine.gob.cl/estadisticas-portal/demografia-y-poblacion/estadisticas-vitales>

en el decimoquinto lugar. Por último, la Región de Magallanes tiene la tasa de natalidad más baja del país, con 7,9 nacimientos por cada mil personas.

Como se ha mencionado, la tasa bruta de natalidad es un indicador que reduce en parte la distorsión producida por la estructura poblacional. En particular, aminora la distorsión producto de la cantidad de personas expuestas a la posibilidad de tener un hijo o hija. Si bien la distribución de los nacimientos por región permite advertir dónde se están produciendo más nacimientos (en el caso de Chile, en las regiones más pobladas del país), la tasa bruta de natalidad hace posible contextualizar esa cantidad de nacimientos según la población existente en dichas regiones. Sin embargo, la tasa bruta de natalidad no aísla el efecto distorsionador de la estructura de dicha población por sexo y edad, siendo necesario saber cuántas mujeres existen en la población en cuestión y qué edades tienen, para tener una visión más precisa del panorama de la fecundidad en el país.

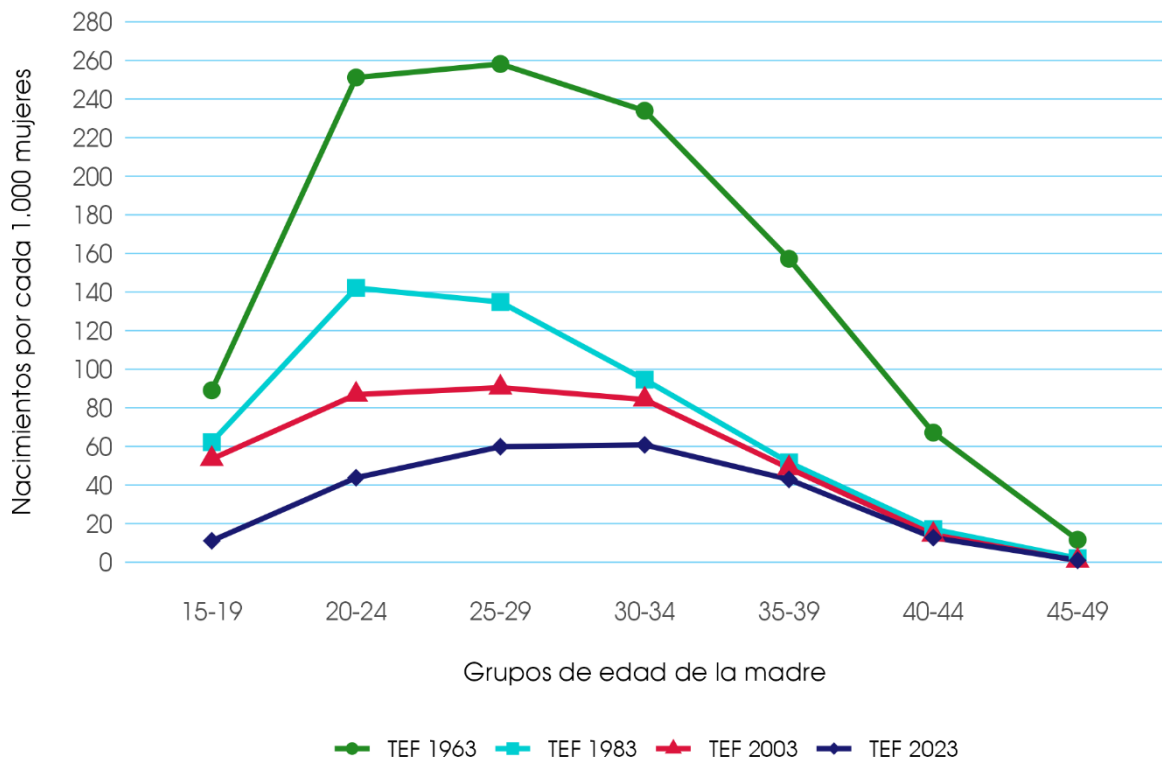
#### 4.3.2. Tasa Específica de Fecundidad

Al revisar la fecundidad de las mujeres y su evolución en el tiempo, se observa que ha descendido el número de hijos e hijas que cada mujer tiene al finalizar su periodo fértil, pero también que han variado los patrones de la fecundidad de la sociedad a lo largo del tiempo. Este cambio en los patrones de fecundidad, es decir, a qué edades las mujeres son madres, se expresa en las curvas de la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) calculadas a partir de los nacimientos corregidos por edad quinquenal de la madre dividido por el total de mujeres de dicho grupo quinquenal de edad, multiplicado por mil. En el Gráfico 6 se puede ver la evolución de dicho patrón en tres años específicos<sup>10</sup>.

El Gráfico 6 muestra cómo el nivel de la fecundidad ha descendido a lo largo del tiempo: la curva de TEF de 1963 es superior en todas las edades, sobre todo entre los 15 a 44 años a las curvas de TEF de 1983, 2003 y 2023. Entretanto, la curva de la TEF del 2003 no alcanza los niveles de la curva de las TEF de 1983, principalmente en las edades 20 a 29 años, ni de la curva de la TEF de 2023, que es mucho más baja que las anteriores principalmente en las edades 15 a 34. En 1963 el grupo quinquenal con más nacimientos fue el de 25-29 años con 258,2 nacimientos por cada mil mujeres, en 1983 el grupo quinquenal con mayor tasa fue el de 20-24 años, con 142,1 nacimientos por cada mil mujeres, mientras que en 2003 el grupo de edad más prolífico fue el de 25-29 años, con 90,5 nacimientos por cada mil mujeres. Sin embargo, la mayor reducción en los nacimientos por mujeres se presentó en 2023, cuando el valor más alto de la TEF fue de 60,7 nacimientos por cada mil mujeres en el grupo de 30-34 años. Lo anterior evidencia un descenso en el nivel y un desplazamiento de la fecundidad hacia grupos etarios de mayor edad de las mujeres.

---

<sup>10</sup> Los análisis de Tasas Específicas de Fecundidad (TEF) realizados en este documento integran 4 años específicos, los que permiten comparar la TEF actual respecto a los niveles del mismo indicador hace 20, 40 y 60 años, reflejando de manera más clara los cambios profundos producidos en el indicador en 60 años.

**Gráfico 6:** Tasas específicas de fecundidad (TEF), 1963, 1983, 2003 y 2023

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 1963-1983-2003-2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2002 y base 2017.

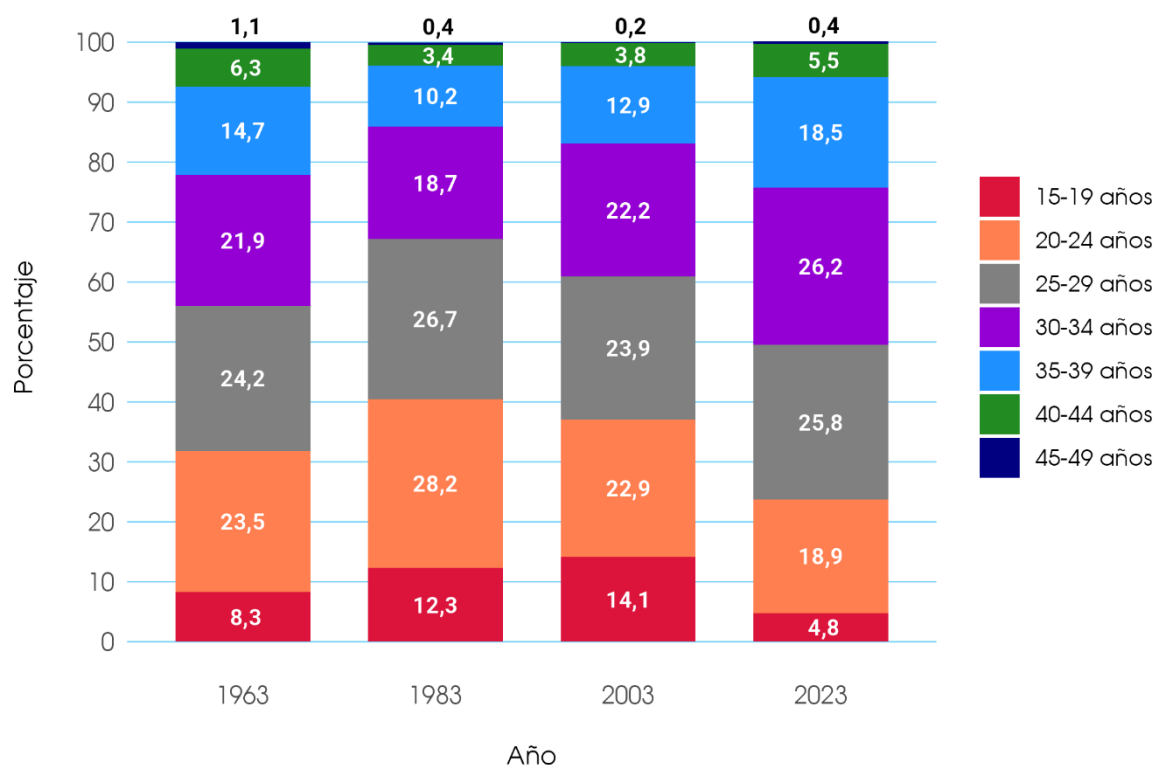
Nota: Las TEF han sido calculada usando los nacimientos corregidos.

Efectivamente, la TEF permite observar el cambio en la edad en la que las mujeres tienen hijos(as) de manera más frecuente. En esa línea, en 1963 se presenta una cúspide en el grupo de mujeres de 25-29 años, pasando a 1983 al grupo 20-24 años, mientras que en 2003 la curva muestra una cúspide más dilatada, con una meseta con dos grupos de edades principales, 20-24 y 25-29 años, con tasas similares. Por último, en 2023 la curva de la TEF adopta una forma diferente, ya que la meseta se mueve a los grupos de 25-29 y 30-34 años, dando cuenta de que las mujeres tienen hijos e hijas a edades más tardías que hace cuarenta y sesenta años atrás.

En el análisis de la TEF es importante destacar también la evolución de la fecundidad adolescente, la cual descendió de manera importante entre 1963 y 1983 de 89,1 a 62,2 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, luego se produjo un leve descenso entre 1983 y 2003, con 62,2 y 53,5 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años, respectivamente. Dado el fuerte descenso de la TEF en los otros grupos de edad entre 1983 y 2003, la mantención de la fecundidad adolescente alertó especialmente a las autoridades de la época, las que desarrollaron políticas públicas enfocadas en reducir la TEF en adolescentes (Rodríguez & Roberts, 2020). Así, para 2023 la TEF de adolescentes se redujo a menos de un quinto de lo observado en 1983 y menos de un cuarto de la cifra de 2003, con 11,5 nacimientos

por cada mil jóvenes, dando cuenta del cambio en los hábitos de vida de las mujeres y probablemente de la efectividad de las políticas implementadas.

**Gráfico 7:** Distribución porcentual de las tasas específicas de fecundidad (TEF) por grupo de edad de la madre, 1963, 1983, 2003 y 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 1963-1983-2003-2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2002 y base 2017.

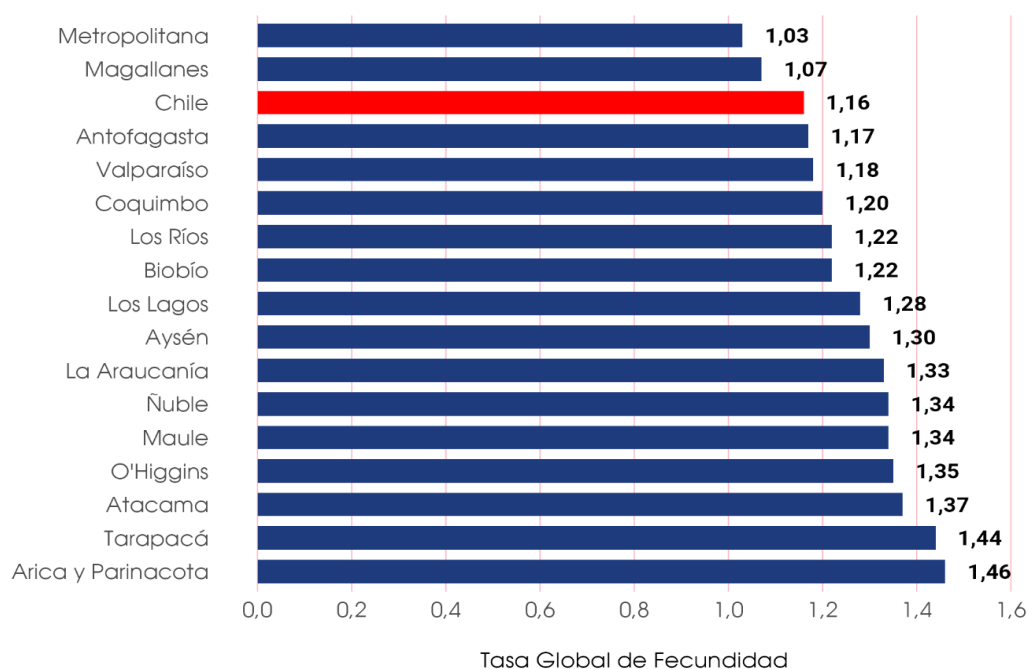
Nota: las sumas de los porcentajes podrían no sumar 100 debido al redondeo de decimales.

El aporte de la fecundidad adolescente a los resultados nacionales se aprecia con mayor claridad al revisar la distribución porcentual de las tasas específicas de fecundidad para cada tramo etario de las madres. En el Gráfico 7 se observa un fuerte descenso del aporte a la fecundidad del tramo etario de 15-19 años entre 2003 y 2023, reflejándose en distribuciones de 8,3% en 1963, 12,3% en 1983, de 14,1% en 2003 y de 4,8% en 2023, lo que constituye un avance importante considerando las externalidades negativas que genera la fecundidad adolescente (Rodríguez & San Juan, 2020). Asimismo, es interesante destacar que las tasas específicas de fecundidad más altas se concentraron en diferentes tramos etarios por año de análisis: en 1963, 1983 y en 2003 el 47,7%, 54,9% y el 46,8%, respectivamente, se concentró en madres de 20-29 años, mientras que en 2023 el 52,0% se concentró en madres de 25-34 años. Los datos mencionados dan cuenta del retraso de la fecundidad que se ha venido observando año tras año, el que se aprecia con mayor claridad en 2023, cuando el porcentaje que aportan las mujeres de 30-34 años y de 35-39 años es bastante superior al realizado por mujeres de esos tramos en 1963, 1983 y 2003.

### 4.3.3. Tasa Global de Fecundidad

La medida que resume por excelencia la fecundidad es la Tasa Global de Fecundidad (TGF), la que se obtiene sumando las TEF y multiplicando dicho resultado por cinco. La TGF se interpreta como el número de hijos e hijas que en promedio tendría cada mujer al finalizar su vida fértil (15 a 49 años)<sup>11</sup>. El cálculo de la TGF permite constatar el descenso o aumento de la fecundidad. En Chile, esta medida viene presentando valores bajo el nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer) desde inicios de la década del 2000, y llegó a 1,16 hijos por mujer en 2023. No obstante, este valor promedio nacional también esconde particularidades a lo largo del país: hay 15 regiones con una TGF más alta y 2 regiones con una TGF más baja que dicho valor país. La Región de Arica y Parinacota alcanza la TGF más alta, con 1,46 hijos por mujer, seguida por Tarapacá (1,44), Atacama (1,37) y O'Higgins (1,35). En contraposición, las regiones con la TGF más bajas son Magallanes y la Metropolitana, con 1,07 y 1,03 hijos por mujer respectivamente (ver Gráfico 8).

**Gráfico 8:** Tasa global de fecundidad por región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población regionales, base 2017.

Nota: La TGF han sido calculada usando los nacimientos corregidos del 2023.

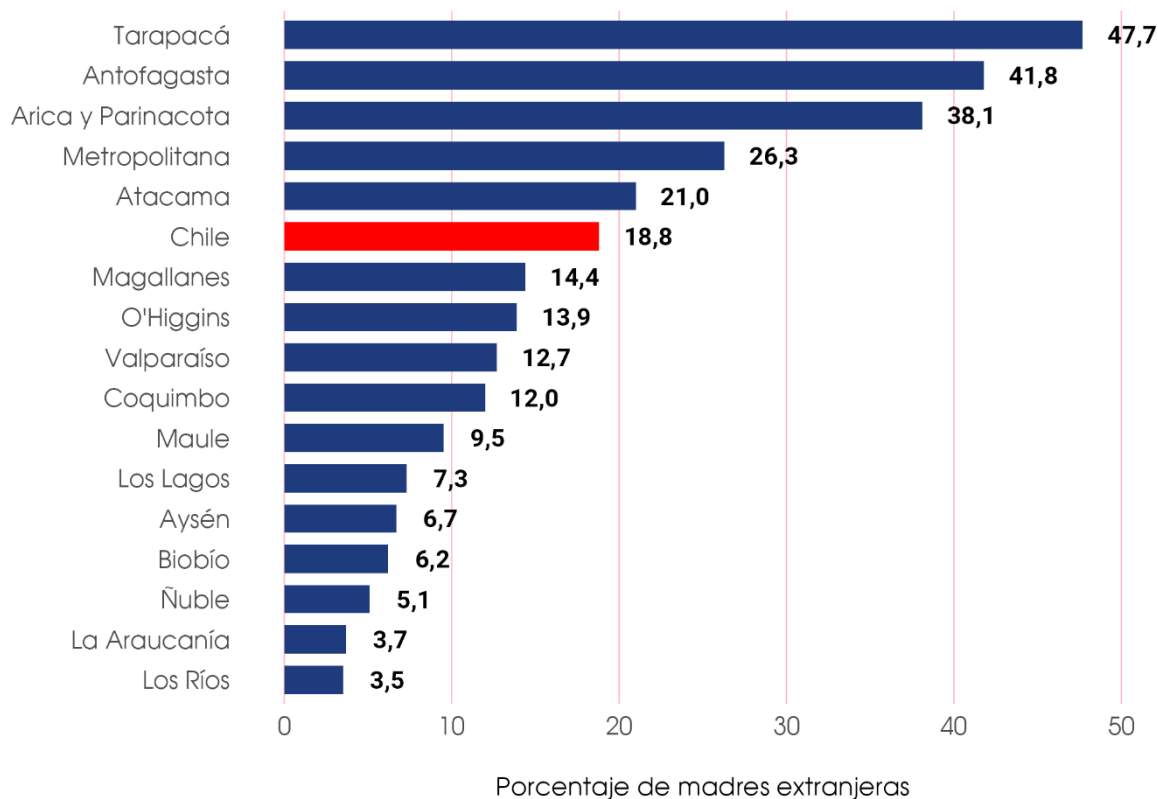
### 4.3.4. Nacimientos de Madres Extranjeras

Dado al aumento de las personas extranjeras en el país durante los últimos años, es importante incorporar al análisis de los nacimientos las variables nacionalidad y país de origen

<sup>11</sup> Pertencientes a una cohorte sintética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin de su vida fértil, y que a partir del momento en que inicia su reproducción están expuestas a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio.

de la madre. En Chile, la estimación de la población extranjera residente asciende a 1.918.583 personas al 31 de diciembre de 2023, de las cuales 939.012 corresponden a mujeres (48,9%) (INE & Sermig, 2024). Este dato insta a analizar con mayor detalle el aporte de dicha población a la fecundidad del país, ya que la incidencia de los nacimientos de madres extranjeras ha venido incrementándose durante los últimos años.

**Gráfico 9:** Porcentaje de nacidos vivos de madre extranjera respecto al total de nacimientos por región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023.

Según cifras de nacimientos, en 2023 ocurrieron 32.795 nacidos vivos de madres extranjeras en Chile<sup>12</sup>, valor que representa el 18,8% de los nacidos vivos del país. Estos se distribuyeron de manera diferenciada: hay cinco regiones donde este porcentaje fue superior al promedio nacional, cuatro de ellas ubicadas en el norte del país: Tarapacá (47,7%), Antofagasta (41,8%), Arica y Parinacota (38,1%) y Atacama (21,0%), mientras que la Metropolitana completa la lista (26,3%). Por el contrario, las regiones de Los Ríos (3,5%), La Araucanía (3,7%); y Ñuble (5,1%) presentaron los menores porcentajes de nacidos vivos de madres extranjeras respecto al total de nacimientos de la región (ver Gráfico 9).

<sup>12</sup> Del total de nacimientos ocurrido e inscritos como hijos de madres extranjeras, 13.164 no tienen información del RUN ni país de origen de la madre por lo que se asume que son madres extranjeras según lo informado por Registro Civil.

De manera complementaria, la distribución de los nacimientos por región presenta particularidades destacables según el país de origen de las madres extranjeras (ver Gráfico 10). Los cinco países de origen que aportaron más nacimientos en 2023 a nivel nacional fueron Venezuela (20,4%), Perú (10,3%), Bolivia (8,2%), Haití (7,5%) y Colombia (6,6%), concentrando el 52,9% de los nacidos vivos totales de madres extranjeras. Cabe destacar que el 40,1% de los nacimientos de madres extranjeras no cuenta con el registro de su país de origen, debido a que no fue informado el tipo de nacionalidad ni el RUN u otro identificador, quedando asignados a la categoría de país ignorado. El desafío de identificar a las madres extranjeras, que ha sido abordado por el INE, requiere de la capacidad del Estado para acceder a información complementaria desde otros servicios. Esto permitiría, a partir de la vinculación de bases de datos, completar la información faltante, la que por su magnitud pudiera modificar el panorama actual de las madres extranjeras en cuanto al principal colectivo de estas.

#### Nacimientos de madres extranjeras

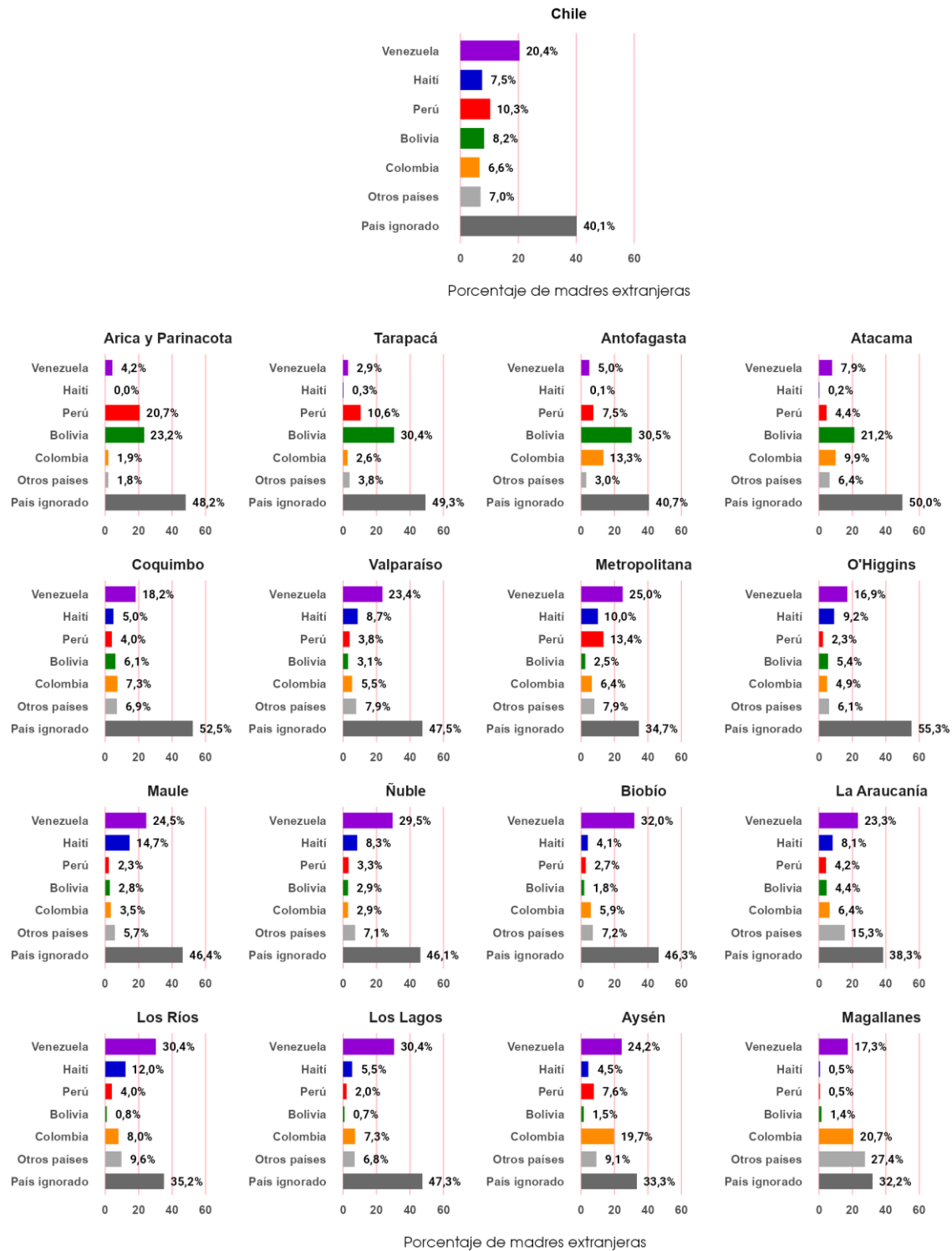
En 2023, el 18,8% de los nacimientos fueron de madres extranjeras. Las cinco naciones de origen de las madres que aportaron más nacimientos fueron Venezuela (20,4%), Perú (10,3%), Bolivia (8,2%), Haití (7,5%) y Colombia (6,6%), concentrando el 52,9% de los nacidos vivos totales de madres extranjeras.

En 2023, el 18,8% de los nacimientos fueron de madres extranjeras. Las cinco naciones de origen de las madres que aportaron más nacimientos fueron Venezuela (20,4%), Perú (10,3%), Bolivia (8,2%), Haití (7,5%) y Colombia (6,6%), concentrando el 52,9% de los nacidos vivos totales de madres extranjeras. Cabe destacar que el 40,1% de los nacimientos de madres extranjeras no cuenta con el registro de su país de origen, debido a que no fue informado el tipo de nacionalidad ni el RUN u otro identificador, quedando asignados a la categoría de país ignorado. El desafío de identificar a las madres extranjeras, que ha sido abordado por el INE, requiere de la capacidad del Estado para acceder a información complementaria desde otros servicios. Esto permitiría, a partir de la vinculación de bases de datos, completar la información faltante, la que por su magnitud pudiera modificar el panorama actual de las madres extranjeras en cuanto al principal colectivo de estas.

La distribución de los nacimientos de madres extranjeras por región muestra que los cinco países con mayor peso en 2023 varían según colectivo. Por un lado, las madres venezolanas tienen una gran prevalencia en once regiones del país, ocupando en todas ellas el primer lugar; las cinco primeras son Biobío (32,0%), Los Ríos y Los Lagos (30,4%), Ñuble (29,5%) y Metropolitana (25,0%), mientras que en las cuatro regiones del extremo norte registran una presencia muy baja. Por otro lado, las madres bolivianas tuvieron una presencia relevante en los nacimientos en las cuatro regiones más al norte del país, ubicándose en el primer lugar en Antofagasta (30,5%), Tarapacá (30,4%), Arica y Parinacota (23,2%) y Atacama (21,2%). En esa línea, los nacimientos de madres peruanas, que ocuparon el segundo lugar a nivel nacional, tuvieron mayor peso en Arica y Parinacota (20,7%), Metropolitana (13,4%), Tarapacá (10,6%) y Aysén (7,6%), pero ocuparon un lugar secundario en todas ellas. Las madres haitianas tienen mayor presencia en las regiones de Maule (14,7%), Los Ríos (12,0%), Metropolitana (10,0%), O´Higgins (9,2%) y Valparaíso (8,7%), en todas ellas ocupando el segundo lugar tras las madres venezolanas (excepto en la Metropolitana, en donde ocupan el tercer lugar). Por último, las madres colombianas ocuparon el segundo lugar en Magallanes (20,7%), Aysén (19,7%), Antofagasta (13,3%) y Atacama (9,9%).

Cabe destacar el alto porcentaje de madres extranjeras con su país de nacionalidad ignorado en algunas regiones. Los más altos se observan en O´Higgins (55,3%), Coquimbo (52,5%), Atacama (50,0%) y Tarapacá (49,3%), en donde se desconoce el país de nacionalidad de aproximadamente la mitad de las madres extranjeras, estando todas las regiones por sobre del 30,0% de madres extranjeras con país de origen desconocido.

**Gráfico 10:** Porcentaje de nacidos vivos según país de la madre con respecto al total de nacimientos de madres extranjeras por región, 2023, principales colectivos



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023.

## 4.4. Mortalidad

Desde el punto de vista demográfico, la mortalidad es el estudio de las defunciones de una población determinada y, junto con la fecundidad, permite analizar el crecimiento vegetativo o natural de dicha población en un período dado (Prieto Rosas & Robello, 2023).

Como se mencionó en los apartados anteriores, en el primer tercio del siglo XX, Chile se caracterizaba por el registro de altos niveles de mortalidad y en edades significativamente más tempranas que las que se producen hoy. El paulatino y temprano descenso de la mortalidad en el país se justificó en gran medida por el desarrollo e introducción de medicamentos y vacunas y por la generación, mantención y refuerzo en el tiempo de políticas públicas de cuidado materno infantil, además del mejoramiento de las condiciones sanitarias, ambientales y epidemiológicas de la población. Esta disminución de la mortalidad ha permitido que la población en general pueda vivir por tiempos más prolongados, sobrepasando los 80 años de esperanza de vida al nacer, cifra muy superior a la de las generaciones de la década de 1920, cuando esta era cercana a los 50 años.

La información estadística de la mortalidad permite estudiar las defunciones de forma integral, siendo posible indagar en los diferenciales de mortalidad según el sexo y la edad de la población, así como también en las causas de muerte que inciden negativamente en el descenso de la mortalidad (UNSTATS, 2004). Aunque la mortalidad es un hecho ante el cual todos(as) estamos expuestos desde el nacimiento, el riesgo de morir cambia según la edad y el sexo de las personas; hay edades en las que el riesgo es mayor que en otras y hay causas de muerte que afectan más a un sexo que al otro. De esta forma, el análisis de la mortalidad permite no solo conocer su evolución y dinámica, sino también diseñar e implementar políticas sanitarias eficaces que hagan posible abordarla de una manera integral.

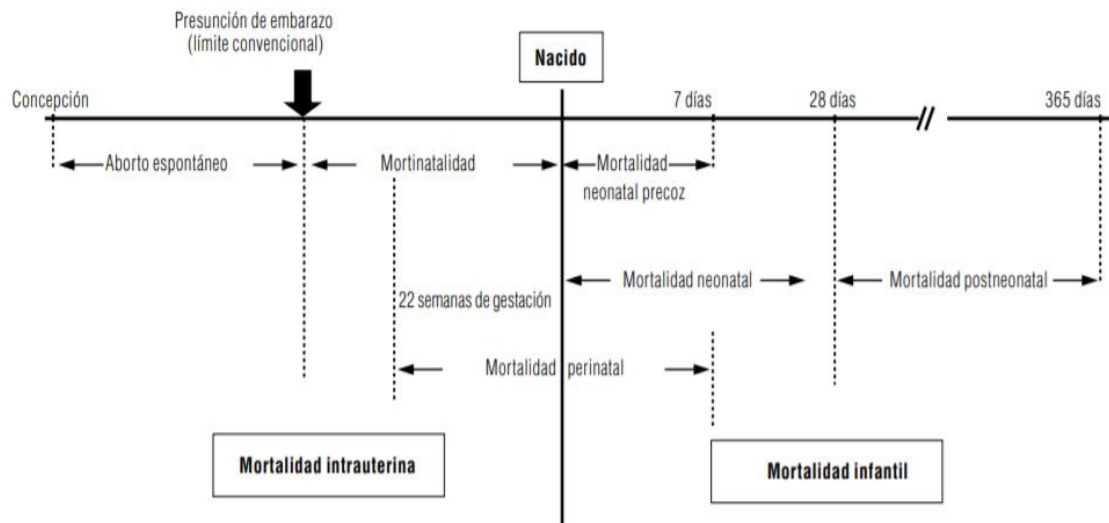
Mientras que entre 2020 y 2022, la información estadística referida a la mortalidad está influenciada por la pandemia de COVID-19, evento que como es sabido afectó a millones de personas y a sus familias en todo el mundo, en 2023 la preponderancia de esta enfermedad se redujo notablemente, ya no siendo la principal causa de muerte ni estando entre las primeras 5 causas de muerte (decimocuarta a nivel de enfermedad individual y décima a nivel de grupo de causa de muerte), reduciéndose de más de 13.000 muertes en 2022 a menos de 3.000 en 2023, siendo las principales causas de muerte en el país las asociadas al sistema circulatorio y tumores malignos. A continuación, se presentan los análisis generales sobre la mortalidad.

### 4.4.1. Mortalidad infantil

La mortalidad infantil se refiere a las defunciones de las personas durante su primer año de vida, siendo relevante su estudio porque los riesgos de morir difieren significativamente durante la gestación y los momentos más cercanos al nacimiento. Para conocer el nivel de la mortalidad de los (las) menores de un año suelen elaborarse estadísticas de las muertes según diferentes etapas, como se muestra en el Diagrama 1. Debido a la intensidad y diversificación de los riesgos y patologías que afectan a los recién nacidos hasta cumplir un año, la mortalidad infantil se estudia y clasifica en dos grandes grupos: desde el nacimiento

hasta los 27 días (mortalidad neonatal) y desde los 28 días hasta los 12 meses (mortalidad posneonatal).

**Diagrama 1:** Componentes de la mortalidad infantil



Fuente: Elaboración propia.

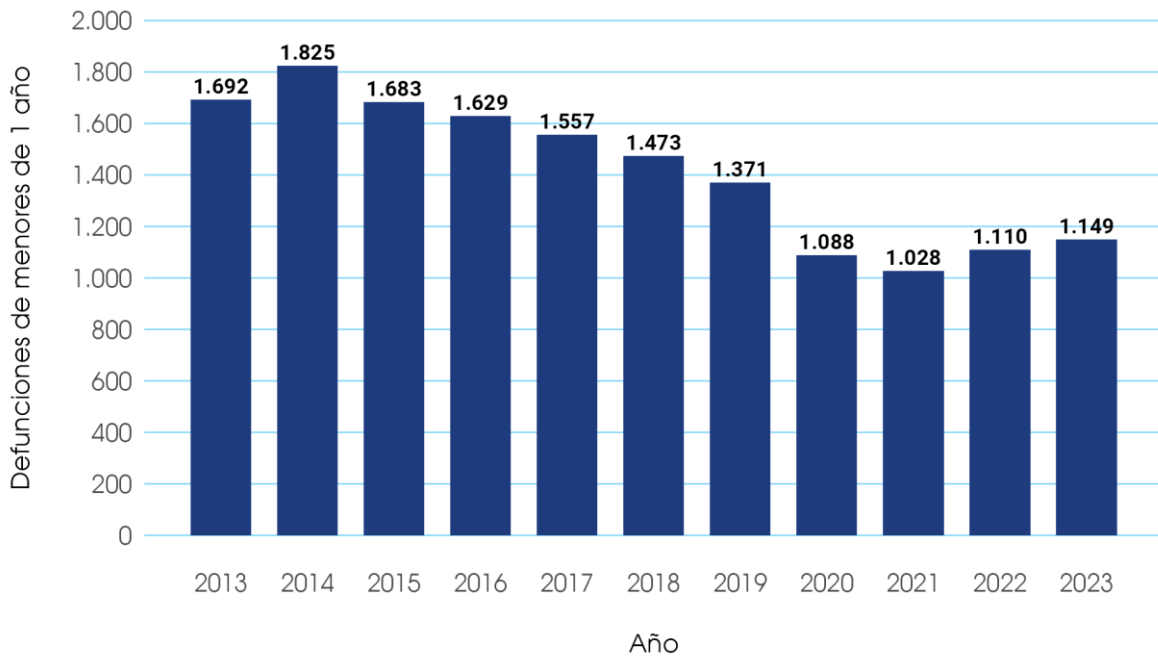
La mortalidad infantil en el país muestra una tendencia a la baja en los últimos diez años, reduciéndose en 32,1% en el período 2013-2023, al pasar de 1.692 defunciones de menores de un año en 2013 a 1.149 en 2023, y representar el 0,94% del total de defunciones de este último año (ver Gráfico 11). La cifra de fallecimientos implica un aumento de 3,5% respecto a 2022 (ver Gráfico 12), cuando las muertes de menores de un año alcanzaron 1.110 personas. Este incremento se suma al registrado en 2014 y 2022, cuando la variación de la mortalidad infantil marcó un alza de 7,9% respecto a 2013 y 8,0% respecto a 2020. Sin embargo, entre 2015 y 2021 se mantuvo una tendencia a la baja en la cantidad de defunciones de este grupo, con una gran disminución en 2020, al caer 20,8% respecto a 2019<sup>13</sup>, que se mantuvo en 2021 (con una variación de -5,5%).

#### Mortalidad

La mortalidad infantil se redujo 32,1% entre 2013 y 2023. La muerte de los menores de un año representó el 0,94% del total de defunciones de 2023.

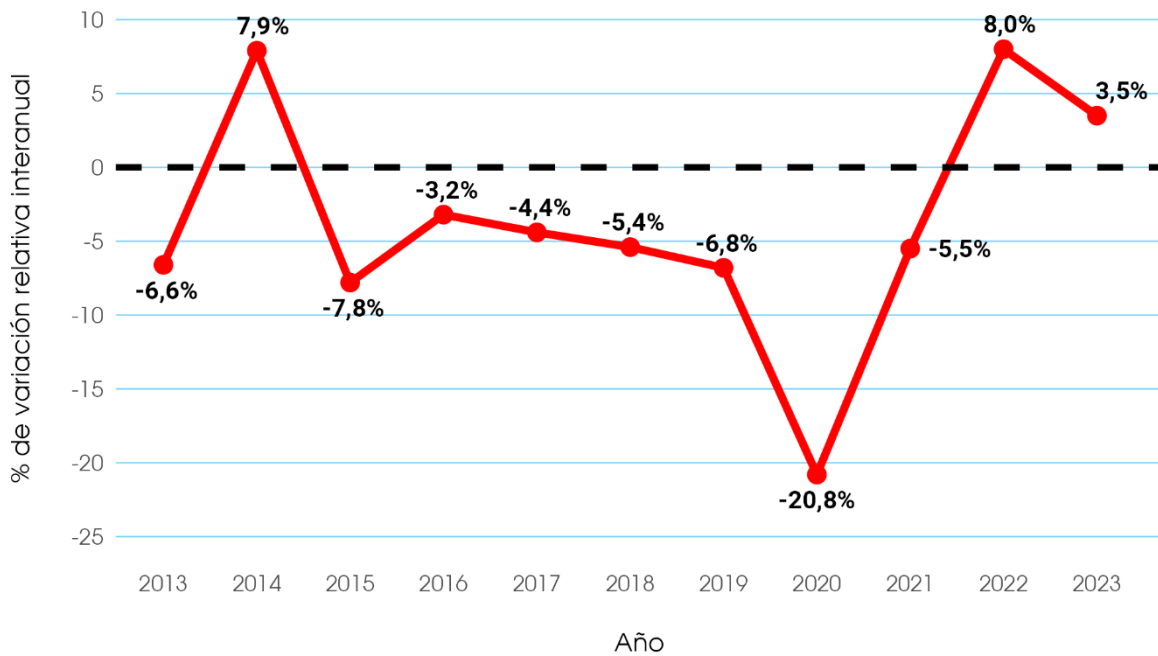
<sup>13</sup> La baja de la mortalidad en los primeros años de vida, específicamente en los menores de 1 año, fue reportada en la mayoría de los países durante 2020, y atribuida inicialmente al efecto “protector” de la pandemia por COVID-19, a causa de las cuarentenas y las limitaciones de los contactos entre las personas. Sin embargo, es necesario realizar estudios en mayor profundidad que permitan analizar con mayor detalle estos hechos presentados.

**Gráfico 11:** Evolución de la mortalidad infantil, 2013-2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2013-2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2017.  
 Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

**Gráfico 12:** Evolución de la variación relativa interanual de la mortalidad infantil, 2013-2023

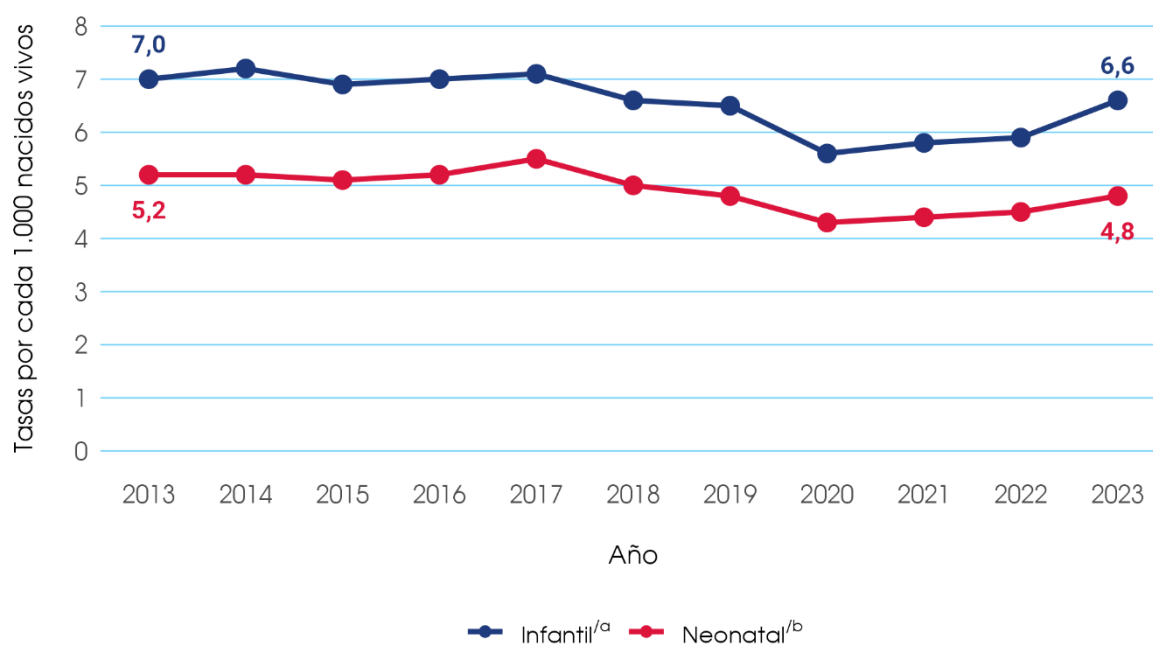


Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2013-2023.  
 Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

Para una mirada más detallada de la mortalidad infantil es necesario considerar las tasas asociadas, las que se calculan dividiendo el total de defunciones de menores de un año sobre el total de nacidos vivos del año. Dicho cálculo se puede realizar también por separado según el tiempo de ocurrencia del hecho entre el nacimiento y la muerte, con lo cual se puede obtener la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad posneonatal<sup>14</sup> (Diagrama 1).

Adicionalmente, es importante destacar dos hechos sobre el estudio y la relación entre la mortalidad neonatal y la posneonatal. En primer lugar, la mortalidad neonatal es, por lo general, mayor que la mortalidad posneonatal, debido a que la intensidad de la mortalidad decrece con el paso de los días en el primer año de vida. En segundo lugar, la mortalidad posneonatal tiende a ser más fácil de disminuir porque se asocia, en general, a causas exógenas<sup>15</sup>, por lo que su reducción desde valores iniciales altos incide en un aumento relativo de la mortalidad neonatal, siendo más difícil y costoso reducir esta última cuando llega a valores bajos.

**Gráfico 13:** Evolución de las tasas (por mil nacidos vivos) de mortalidad infantil y neonatal, 2013-2023



<sup>a</sup> Corresponde a las defunciones de menores de 1 año.

<sup>b</sup> Corresponde a las defunciones de menores de 28 días.

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2013-2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2017.

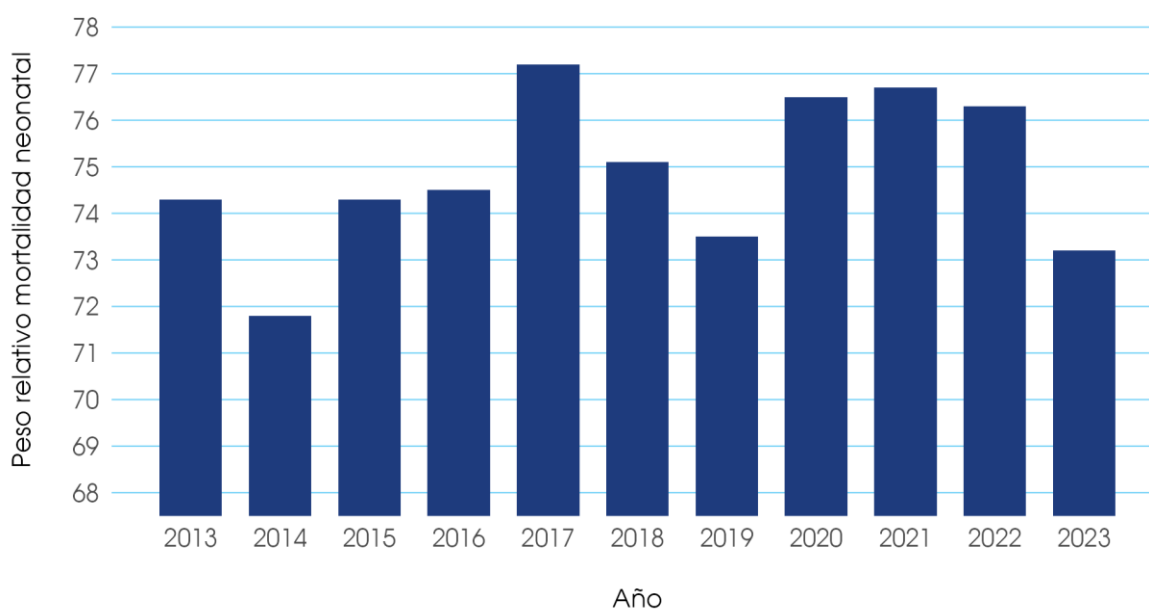
Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

<sup>14</sup> La tasa de mortalidad neonatal se calcula dividiendo las muertes de menores de 28 días sobre los nacidos vivos del año. En tanto, la tasa de mortalidad posneonatal se calcula utilizando el mismo denominador que para la tasa de mortalidad neonatal, pero como numerador se usan las defunciones ocurridas entre los 28 días y el resto del primer año.

<sup>15</sup> Recién nacidos afectados por complicaciones maternas del embarazo, complicaciones de la placenta, del cordón umbilical, trabajo de parto, asfisia del nacimiento, por mencionar algunas de las causas externas que afectan a los menores de un año.

Durante los últimos años, la tasa de mortalidad neonatal pasó de 5,2 muertes de menores de 28 días por cada mil nacidos vivos en 2013 a 4,8 en 2023 (ver Gráfico 13), siendo esta una de las menores tasas a nivel latinoamericano<sup>16</sup>, la cual a través de la década se puede apreciar tres momentos: entre 2013 a 2017 se mantiene relativamente estable con un alza en 2017, que corresponde al valor de la tasa más alta del periodo (5,5 por mil), entre el periodo 2017-2020 se observa una tendencia a la baja alcanzando la tasa más baja del periodo en 2020 (4,3 por mil) y a partir de 2020 ha vuelto a aumentar la tasa de mortalidad neonatal llegando a niveles cercanos al de inicios del periodo. La reducción de las tasas de muerte para los menores de un año ha sido mayor que las observadas en las neonatales y con un comportamiento similar que ésta en la década, pasando de una tasa de 7,0 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 2013 a 6,6 en 2023, con una reducción de 0,4 muertes por cada mil nacimientos en los últimos 11 años y un valor máximo en 2014 (7,2 por mil) y el mínimo en 2020 (5,6 por mil).

**Gráfico 14:** Evolución del peso relativo de la mortalidad neonatal en la mortalidad infantil, 2013-2023



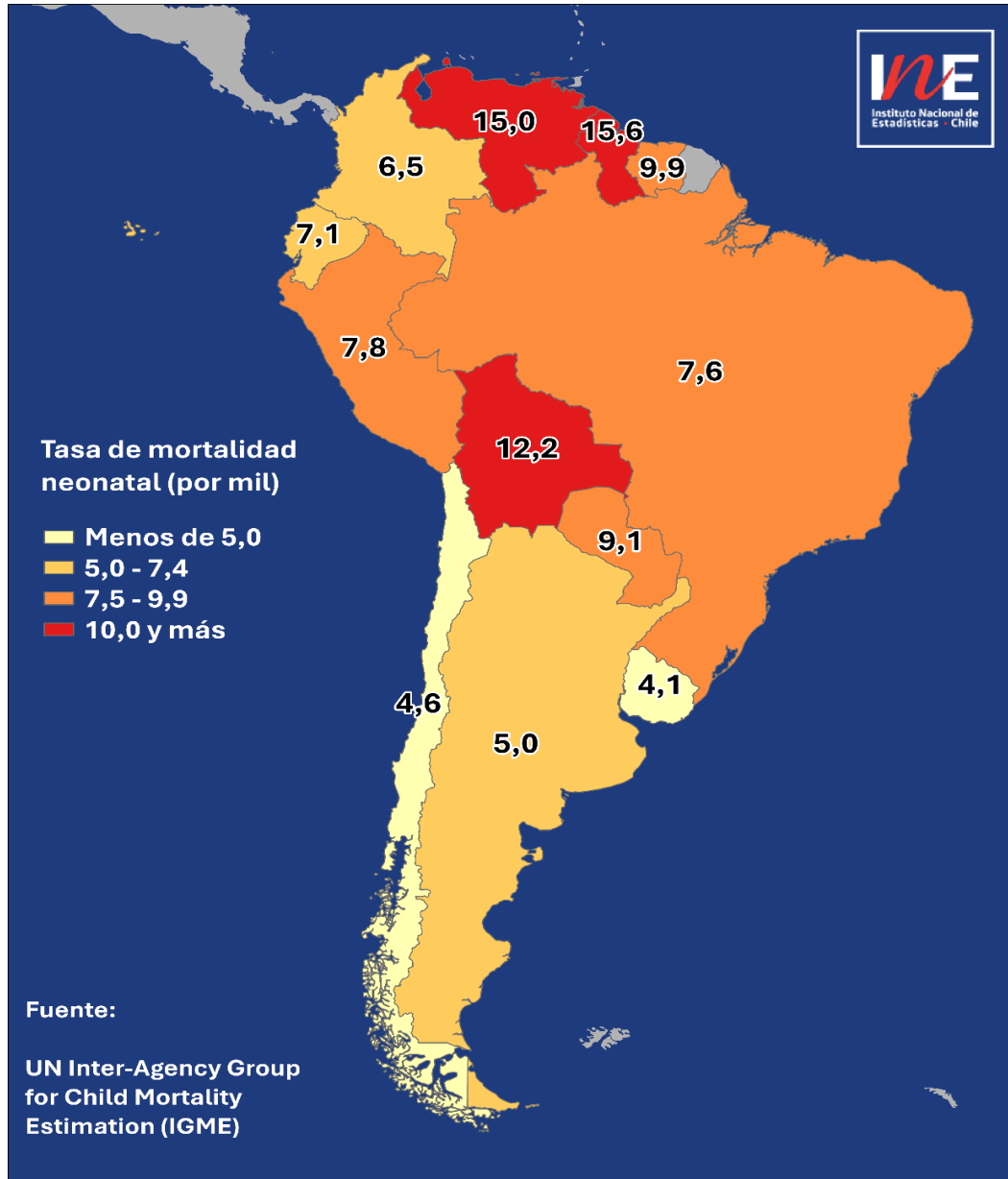
Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2013-2023.  
Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

En este sentido, cabe mencionar que la mortalidad neonatal en Chile, a pesar de algunas pequeñas oscilaciones y de su incremento desde 2020, ha aumentado en general su peso relativo en la mortalidad infantil durante el período, pasando de representar un 74,3% en 2013 a un 76,3% en 2022, pero en 2023 se revierte este comportamiento reduciéndose a 73,2%, el segundo valor más bajo del periodo después de 2014. Es decir, el 73,2% de los menores que

<sup>16</sup> Según estimaciones del Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME por sus siglas en inglés), la tasa de mortalidad neonatal en América Latina y El Caribe fue de 8,7 por mil nacidos vivos en 2023, mientras que la tasa de mortalidad infantil fue de 13,5 por mil nacidos vivos.

mueren antes de cumplir un año de vida fallecen antes de completar un mes de vida (Gráfico 14).

**Imagen 1:** Tasa de mortalidad neonatal según país, Sudamérica año 2023



Fuente: Elaboración propia en base a IGME.

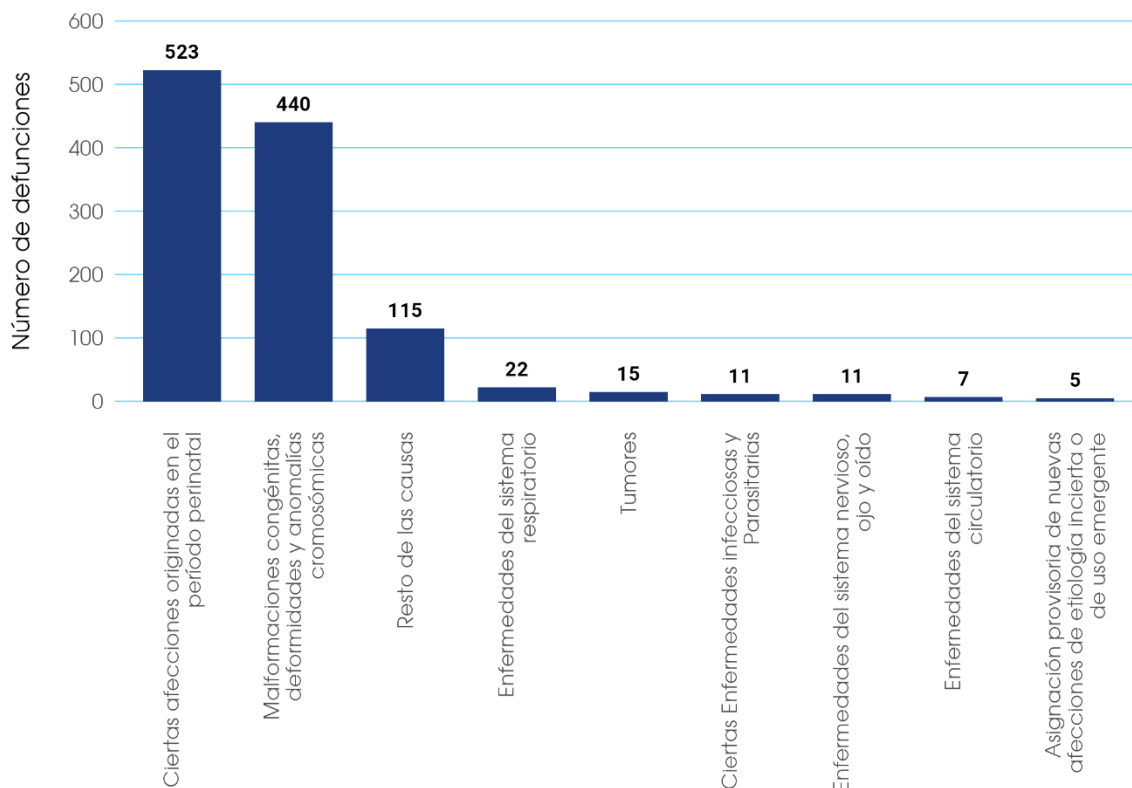
En este contexto, de acuerdo con las estimaciones de la Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), la mortalidad neonatal en Chile al año 2023, se cifró en 4,6 muertes por cada mil nacidos vivos siendo el segundo valor más bajo para América del Sur (Imagen 1) tras Uruguay con 4,1 fallecidos por cada mil nacidos vivos. Cabe destacar que el valor calculado por el INE para el año 2023 fue de 4,8, superior a lo estimado por IGME, considerando que el INE basa su cálculo sobre las muertes y los nacimientos corregidos por las estadísticas vitales

del país, por lo tanto, no se basa en estimaciones como lo hace el IGME, que realiza su cálculo a partir de las estimaciones del World Population Prospects.

La principal causa de muerte en los menores de un año en 2023 se relaciona con afecciones originadas en el período perinatal, que corresponde al tiempo comprendido entre las 22 semanas de gestación y los primeros 28 días desde el nacimiento. Así, las defunciones de menores de un año relacionadas con complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto mismo, entre otros trastornos originados durante el período perinatal, fueron 523 en 2023, representando el 45,5% de las muertes infantiles del año. La segunda causa de muerte entre los menores de un año corresponde a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las que llegaron a 440 durante el año y equivalen al 38,3% del total de defunciones infantiles (ver Gráfico 15).

Cabe mencionar también que durante 2023 se contabilizaron 5 muertes de menores de un año producto del COVID-19, lo que representa una disminución de un 37,5% respecto a los casos durante el primer año de pandemia, cuando hubo 8 muertes.

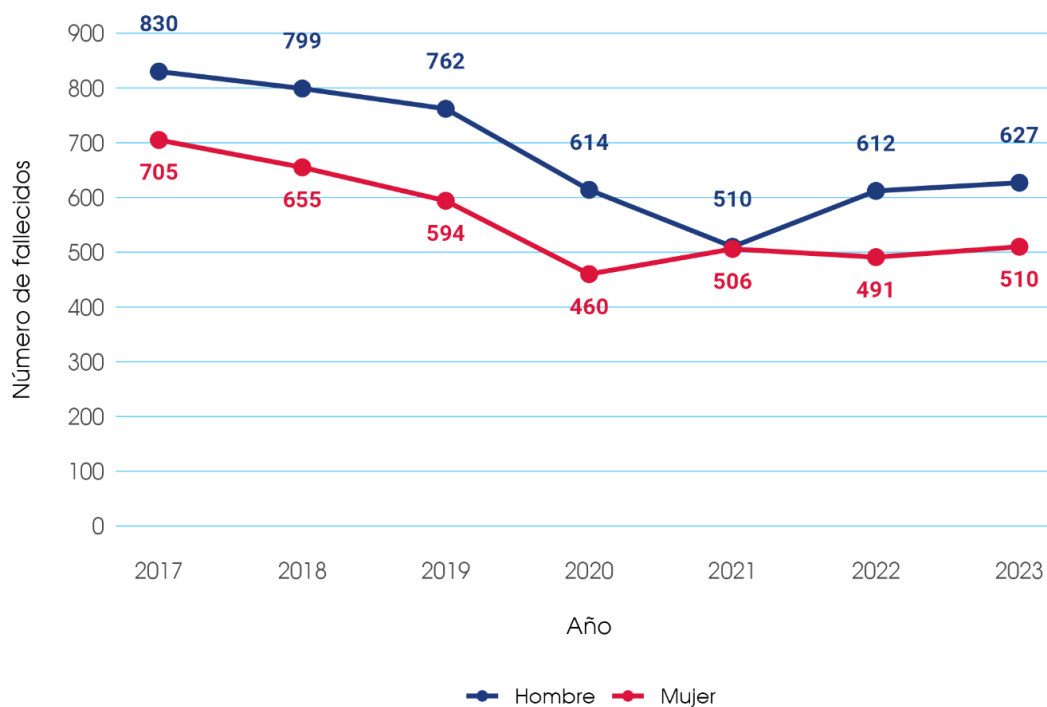
**Gráfico 15:** Principales grupos de causas de muerte de las defunciones de menores de un año, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023.  
Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

Una particularidad que se evidenció en torno a la mortalidad infantil en 2021 fue la distribución por sexo de las defunciones de menores de un año, observándose un quiebre en la serie que se venía mostrando año a año (Gráfico 16). En 2020 se apreció una mayor contracción de la mortalidad infantil debido al llamado “efecto protector” que tuvo el COVID-19 en la primera infancia, lo que redujo en mayor medida la mortalidad de los niños menores de 1 año, generándose una pequeña disminución en la sobremortalidad masculina. Por otra parte, en 2021 hubo un leve aumento de la mortalidad en las niñas respecto a las ocurridas en 2020, pasando de 460 muertes a 506 defunciones de niñas menores de 1 año, mientras que las defunciones de niños sufrieron una nueva caída, pasando de 614 fallecidos en 2020 a 510 difuntos menores de 1 año en 2021, lo que prácticamente equiparó la distribución por sexo de la mortalidad infantil<sup>17</sup>. Sin embargo, en 2022 y 2023, la serie vuelve a retomar la tendencia observada en los años anteriores de una mayor proporción en la mortalidad de niños, siendo en 2023 de 627 defunciones de niños y de 510 de niñas.

**Gráfico 16:** Muertes de menores de un año según sexo del fallecido, período 2017-2023

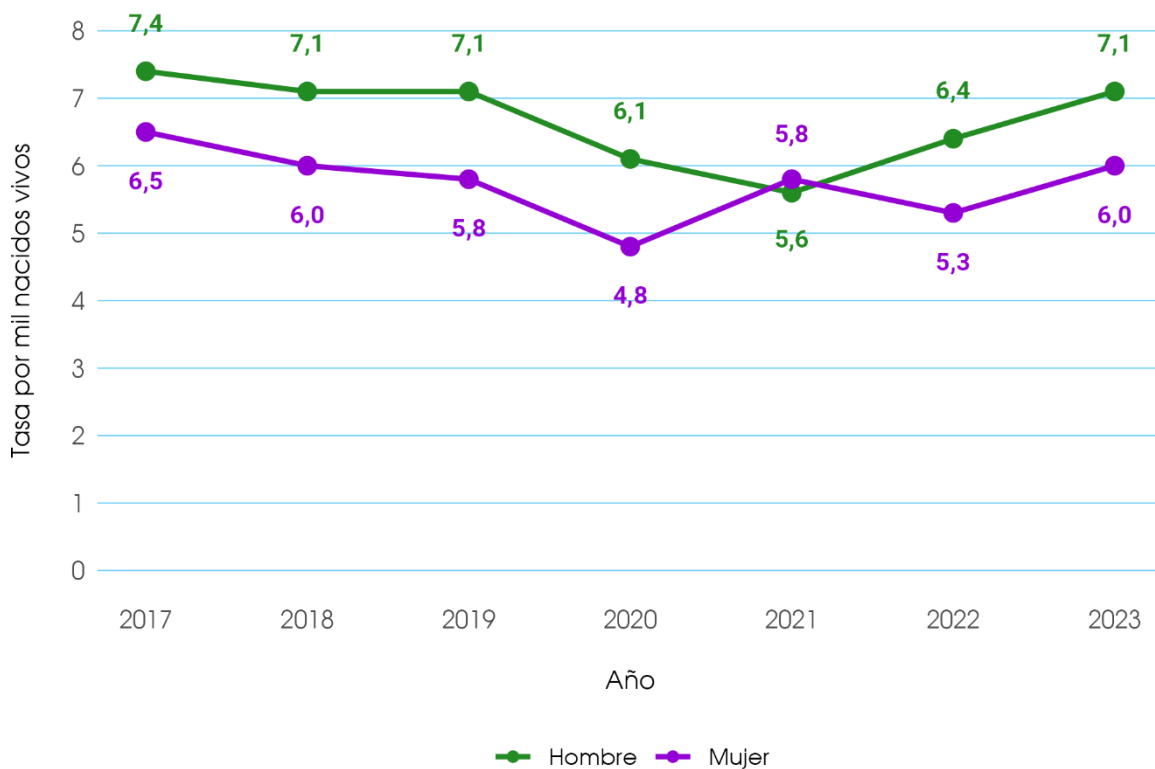


Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2017-2023.  
 Nota 1: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.  
 Nota 2: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

<sup>17</sup> La singularidad de dicha situación decantó en una revisión más detallada de la información para descartar errores en el registro o en las bases de datos, realizándose contrastes con otras bases de datos del Minsal, revisiones a los formularios físicos y consultas con la base de datos de Registro Civil, no encontrándose diferencias o problemas que pusieran de manifiesto una errónea captura de la información. Esto puede ser explicado en parte por una situación observada en momentos de crisis, cuando la pandemia del COVID-19 ejerció como un factor de estrés durante el período de embarazo, propiciando una mayor mortalidad intrauterina de los hombres, lo que produjo a su vez una disminución de la mortalidad de estos en los primeros días de los nacidos vivos, alterando los patrones clásicos de mortalidad en el país.

El impacto que tuvo el COVID-19 en la mortalidad infantil en 2020 y 2021 se evidencia más claramente al analizar las tasas de mortalidad infantil (Gráfico 17). En primer lugar, en 2020 se evidenció una fuerte baja en las tasas de mortalidad tanto de niños como niñas, siendo la más baja de los últimos 6 años (4,8 por mil) en el caso de las niñas y en el caso de los niños la tasa más baja fue en 2021 con 5,6 por mil. En 2021 por primera vez en la serie, la tasa de mortalidad de las niñas menores de un año fue mayor a la tasa de mortalidad infantil de los niños, registrándose valores de 5,8 y 5,6, respectivamente. En 2022, las tasas volvieron a retomar la tendencia observada previa a 2020, siendo estas inferiores a las del 2019, pero levemente superiores a las del 2020. Mientras tanto, en 2023 las tasas presentaron un alza respecto a 2022, alcanzando los 7,1 por mil en niños menores de 1 año y 6,0 por mil en niñas, igualando las tasas de 2018.

**Gráfico 17:** Tasa de mortalidad infantil según sexo del fallecido, periodo 2017-2023



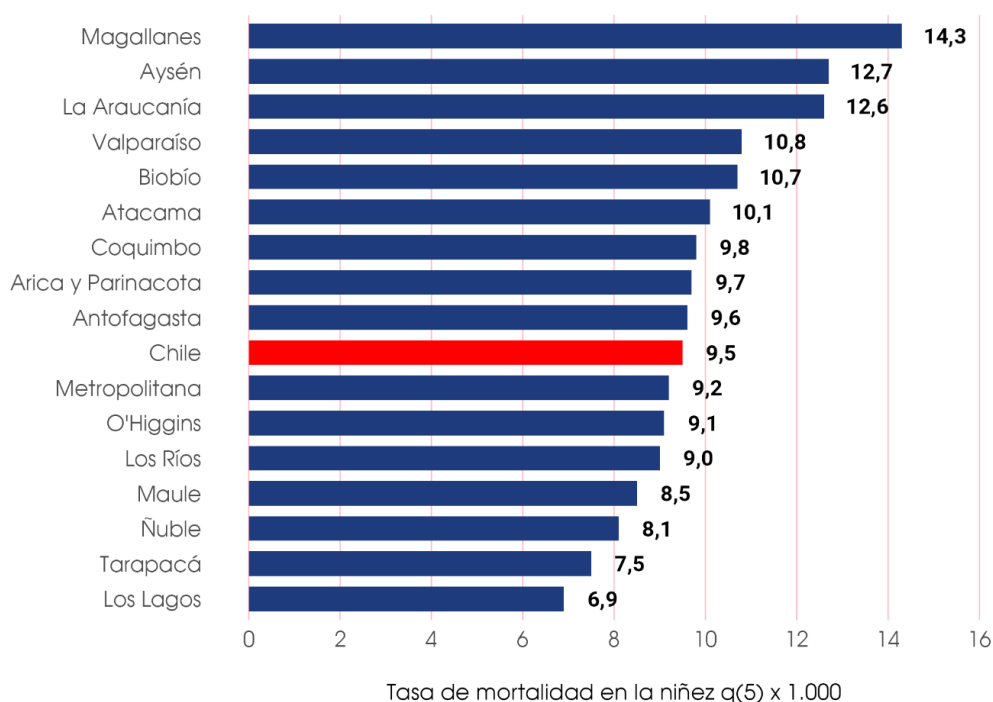
Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2017-2023.  
 Nota 1: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.  
 Nota 2: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

#### 4.4.2. Mortalidad en la niñez

La mortalidad en la niñez, o también conocida como mortalidad de menores de 5 años, corresponde al estudio de las defunciones de niños menores de 5 años (Winking, 2016), cuyo indicador sintético principal es la tasa de mortalidad en la niñez definida por CEPAL y las Naciones Unidas como “la probabilidad de morir entre el nacimiento a la edad exacta de 5 años o antes de cumplir 5 años, expresada por mil nacidos vivos” (CEPAL & UNICEF, 2011). Las Naciones Unidas, para efecto de comparación internacional y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS - Indicador 3.2.1), ha definido el indicador de mortalidad en la niñez como la probabilidad de muerte de un recién nacido de morir antes de cumplir 5 años ( ${}_5q_0$ )<sup>18</sup> y este valor multiplicado por mil<sup>19</sup>, lo cual no es estrictamente una tasa como tal, sino que es una probabilidad (ONU, 2025). El indicador se interpreta como el número de muertes de niños menores de 5 años por cada mil nacidos vivos.

A nivel nacional, a partir de los datos observados en la tabla de mortalidad de las defunciones ocurridas en 2023, se obtuvo una tasa de mortalidad en la niñez de 9,5 por mil (ver Gráfico 18), lo cual significa que por cada mil nacidos vivos fallecen 10 personas menores de 5 años, bastante por debajo de la meta establecida en los ODS de 25 por mil para el 2030 (ONU, 2025).

**Gráfico 18:** Tasa de mortalidad en la niñez por región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023.  
Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

<sup>18</sup> También simplificado como q(5). Este valor se puede obtener a través de métodos directos o indirectos a partir de las estadísticas vitales, censos y encuestas.

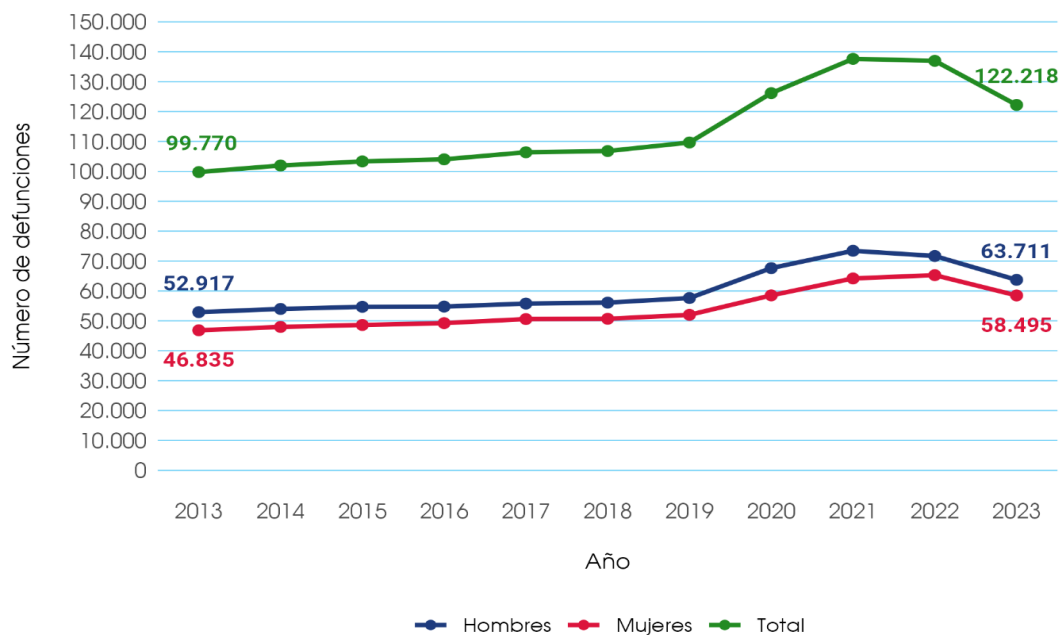
<sup>19</sup> En la sección de Anexos (pág. 91) se puede encontrar la definición y fórmula estándar utilizada para la mortalidad en la niñez, que es diferente a la implementada por las Naciones Unidas.

A nivel regional, en 2023 se observó (ver Gráfico 18) que ocho regiones poseen una tasa por sobre el nivel nacional concentradas principalmente en el extremo norte y extremo sur del país, siendo las mayores tasas las de Magallanes (14,3 por mil), Aysén (12,7 por mil) y La Araucanía (12,6 por mil). En la situación contraria se encuentran las siete regiones restantes que cuentan con una tasa de mortalidad en la niñez menor al valor nacional, concentradas fundamentalmente en el centro y centro sur del país, siendo las regiones con menores tasas la de Ñuble (8,1 por mil), Tarapacá (7,5 por mil) y Los Lagos (6,9 por mil).

#### 4.4.3. Mortalidad general

En Chile se registraron 122.218 defunciones en 2023, evidenciando una caída en la cantidad de muertes respecto a 2022. Así, las muertes de 2023 disminuyeron en 14.754 casos respecto a las 136.972 ocurridas durante el año anterior, bajando levemente de las cifras de fallecidos del año 2020, primer año de la pandemia de COVID-19, cuando se contabilizaron 126.169 decesos (ver Gráfico 19). El incremento constante en los decesos cada año se vincula con el paulatino envejecimiento poblacional profundizado en las últimas décadas, pues a medida que aumenta la población de edades mayores, crecen también las probabilidades de morir, impulsando así la tendencia al alza de los niveles de mortalidad. Sin embargo, las mayores defunciones entre 2020 y 2022 respecto a las tendencias de años anteriores se explica principalmente por la pandemia del COVID-19, la que incrementó en forma significativa la cantidad de fallecidos en el país, tanto en mujeres como en hombres, afectando en especial a estos últimos.

**Gráfico 19:** Defunciones según sexo de la persona fallecida, 2013-2023

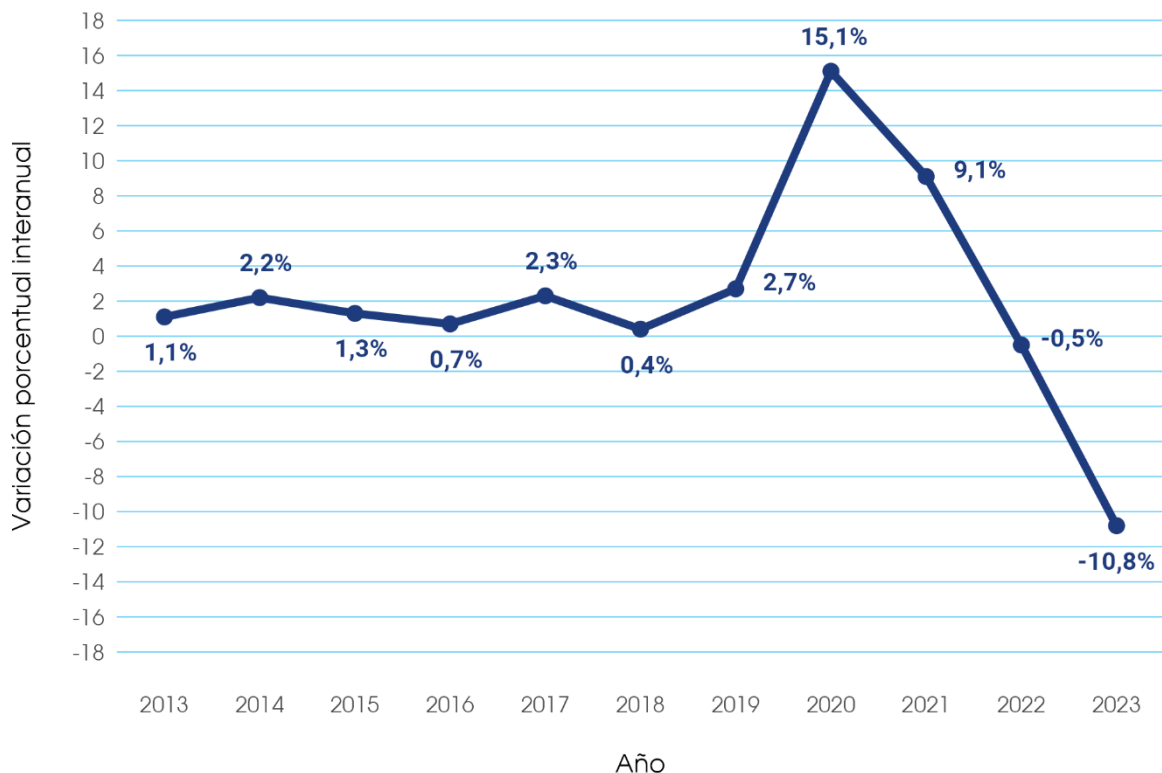


Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2013-2023.  
Nota: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

Al igual que todos los años de la serie, en 2023 se observa una mayor cantidad de muertes de hombres que de mujeres: de 52.917 fallecimientos de hombres y 46.835 de mujeres, en 2013 se pasó a 63.711 defunciones de hombres y 58.495 de mujeres en 2023. Ahora bien, en los hombres, la cantidad de muertes disminuyó respecto a 2022, año en que hubo 71.687 decesos (7.976 defunciones menos). Al igual que en el caso de los hombres, las muertes de mujeres también disminuyeron entre 2022 y 2023, pasando de 65.278 a 58.495 (caída de 6.783 defunciones). También se registraron 12 fallecidos con sexo indeterminado, 5 casos más que en 2022.

La disminución de 10,8% de las defunciones de 2023 respecto a 2022 no es la única contracción en el lapso 2013-2023, pero si representa la variación porcentual interanual más baja del período (ver Gráfico 20). En ese sentido, el aumento de 15,1% entre 2019 y 2020 y de 9,1% en las muertes de 2021 respecto a 2020 grafica las consecuencias que mantuvo la pandemia en el país, evento que constituyó uno de los mayores desafíos para las políticas públicas sanitarias de Chile en los últimos 30 años.

**Gráfico 20:** Variación porcentual interanual de defunciones, 2013-2023



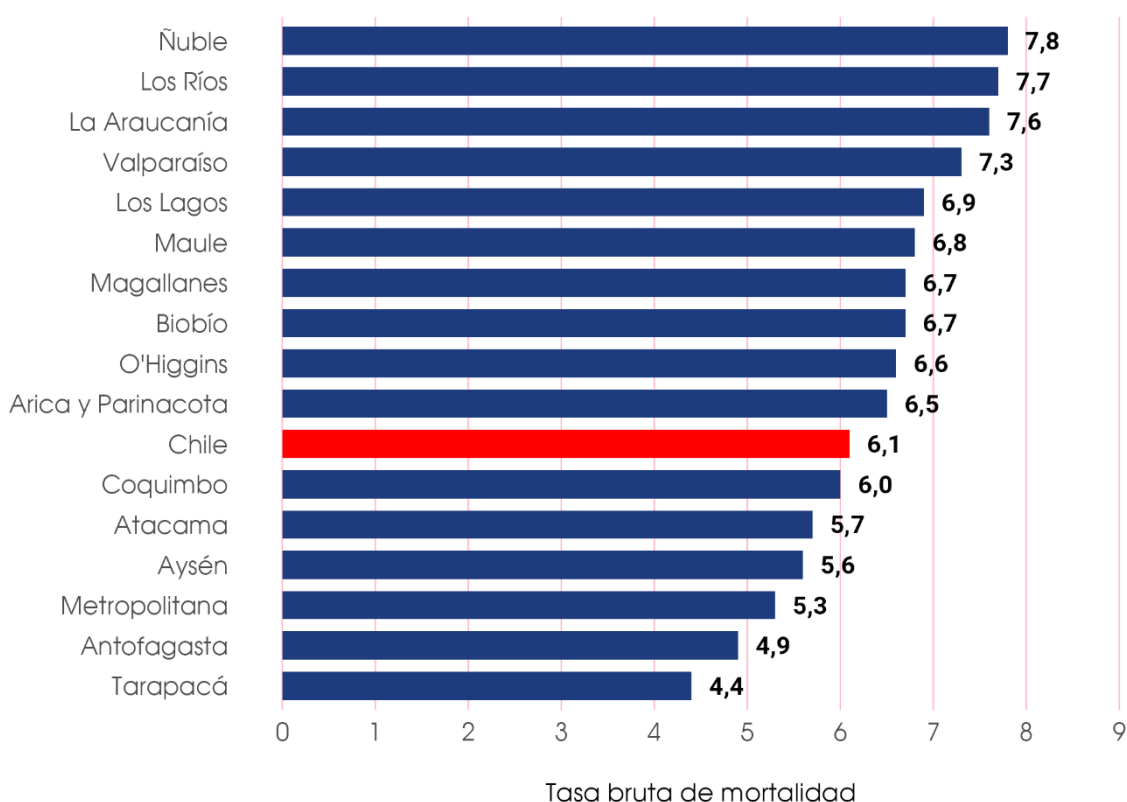
Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2013-2023.

Según lo mencionado, la mortalidad varía dependiendo de la edad y el sexo de las personas, pues son factores que responden a características biológicas de cada ser humano. Sin embargo, al margen del proceso de deterioro natural de las funciones vitales de las personas

por envejecimiento, es importante tomar en cuenta las causas que provocan la ocurrencia del hecho, la composición por sexo y las edades en que fallece la población.

La tasa bruta de mortalidad para el año 2023 a nivel país fue de 6,1 defunciones por cada mil habitantes, la cual se reduce en 0,8 puntos respecto del valor observado en 2022 de 6,9 por mil.

**Gráfico 21:** Tasa bruta de mortalidad por región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2017.

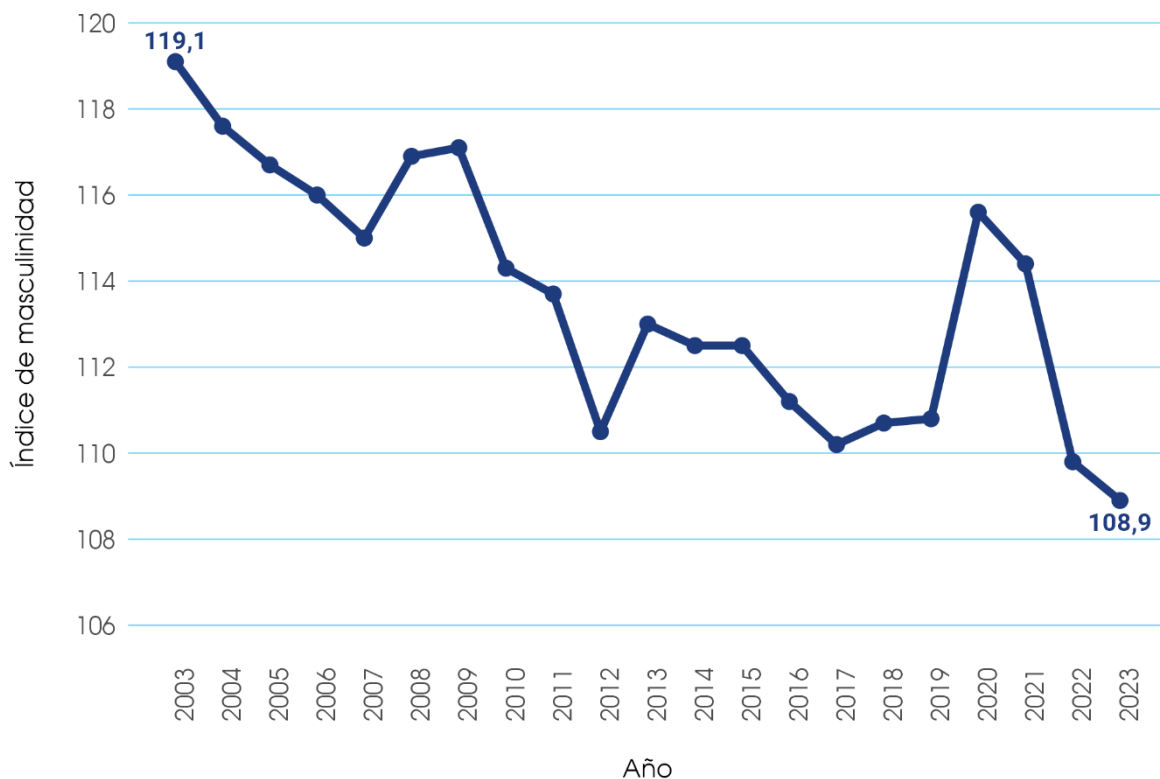
A nivel regional (Gráfico 21) se aprecia que diez regiones se encuentran por sobre la tasa nacional, concentrándose preferentemente en las zonas centro y sur del país, las tasas más altas corresponden a las regiones de Ñuble (7,8 por mil), Los Ríos (7,7 por mil) y La Araucanía (7,6 por mil). Por otra parte, de las 6 regiones que se encuentran por debajo de la tasa nacional, se encuentran casi todas las regiones de la zona norte del país, siendo las menores tasas las de las regiones Metropolitana (5,3 por mil), Antofagasta (4,9 por mil) y Tarapacá (4,4 por mil).

De las defunciones registradas en 2023, un total de 63.711 (52,1%) correspondió a muertes de hombres, mientras que 58.495 (47,9%) fueron muertes de mujeres, lo que deja en evidencia la sobremortalidad masculina, a pesar de que a nivel general en el país hay más mujeres que hombres. La sobremortalidad masculina tiene matices tanto por la edad de las muertes como por las diferentes causas que la producen. El componente de sobremortalidad masculina es

importante en el análisis de la mortalidad del país, pues permite enfocar de mejor manera las políticas públicas que pretendan reducir la mortalidad según el sexo y la edad de la población.

El aumento progresivo de la mortalidad ha sido relativamente similar entre hombres y mujeres durante los últimos 20 años, evidenciándose que la proporción de hombres que fallece se ha reducido, aunque con oscilaciones. Si en 2003 el porcentaje de hombres que murió fue de 54,4%, en 2023, dicho porcentaje se redujo en 2,2 puntos porcentuales, para alcanzar el 52,1% del total de defunciones de 2023. La reducción de la brecha de mortalidad entre hombres y mujeres se grafica a partir del índice de masculinidad de las defunciones (ver Gráfico 22), indicador que da cuenta de la cantidad de hombres fallecidos por cada cien mujeres que fallecen. De este modo, se observa que el índice de masculinidad ha ido descendiendo de manera progresiva, pero con oscilaciones, pasando de aproximadamente 119 hombres por cada 100 mujeres fallecidas en 2003 a cerca de 111 hombres fallecidos por cada 100 mujeres en 2019. Sin embargo, para 2020 y debido a la aparición del COVID-19, este indicador mostró un incremento considerable, alcanzando un valor de 115,6 hombres por cada 100 mujeres. Dicha situación se revirtió en 2022, cuando el indicador volvió a bajar a niveles similares a los vistos previo a la pandemia, obteniéndose así para ese año el valor de 109,8 hombres fallecidos por cada 100 mujeres, mientras que para 2023 alcanza el valor más bajo de la serie con 108,9 hombres por cada 100 mujeres.

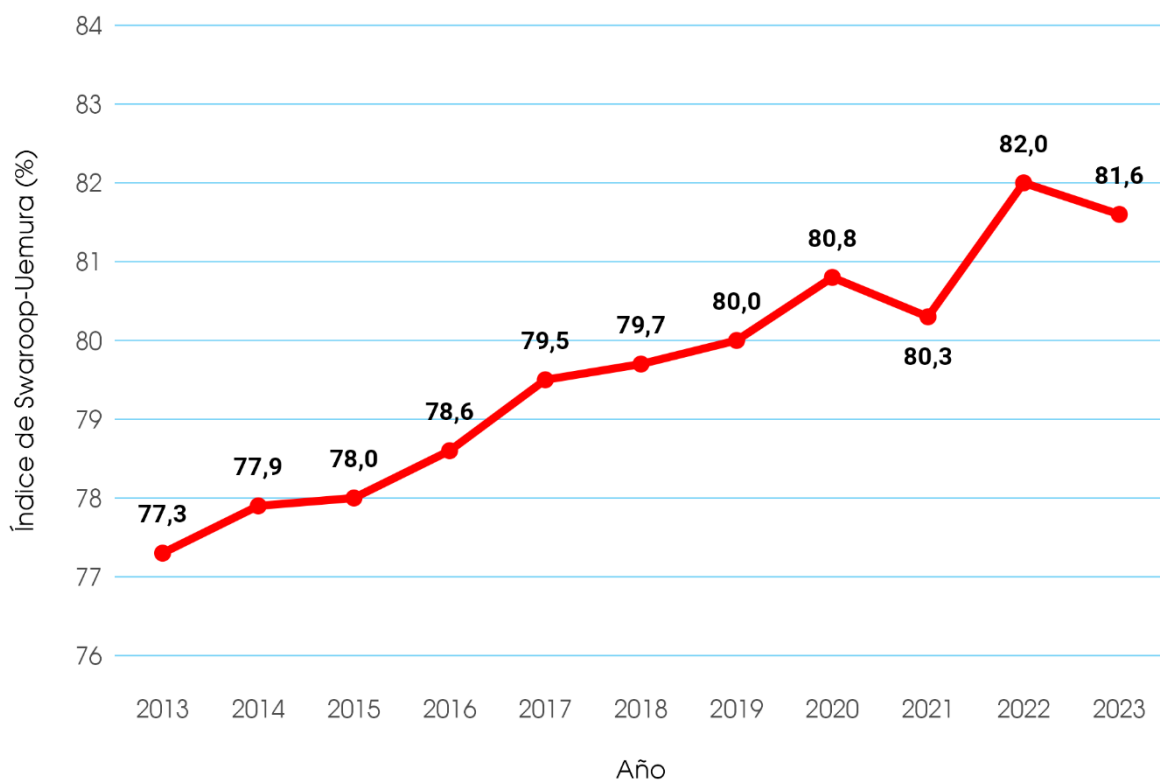
**Gráfico 22:** Índice de masculinidad de las personas fallecidas, 2003-2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2003-2023.  
Nota: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

Durante 2023, la proporción de las muertes de personas de 60 o más años sobre el total de muertes ascendió a 81,6%. Según la literatura especializada, mientras más cercano a 100% es el valor del índice de Swaroop-Uemura<sup>20</sup>, o tasa de mortalidad proporcional, mejor es la situación sanitaria del país analizado. El Gráfico 23 muestra la evolución de este índice en el periodo 2013-2023, mostrando que en el periodo, el valor del índice siempre se mantuvo sobre el 75%. Entre 2013 y 2020, el Índice de Swaroop-Uemura tuvo un constante avance, pasando de 77,3% a un 80,8%. En 2021 por efecto del COVID-19, el índice cayó a 80,3% debido a que esta enfermedad provocó una sobre mortalidad en edades jóvenes y de adultos jóvenes, revirtiéndose esta situación en 2022, donde el índice alcanzó su mayor valor en el periodo con 82,0%, y finalmente en 2023, el índice vuelve a descender a 81,6% a causa del aumento de muertes en edades más jóvenes.

**Gráfico 23:** Índice de Swaroop-Uemura, 2013-2023

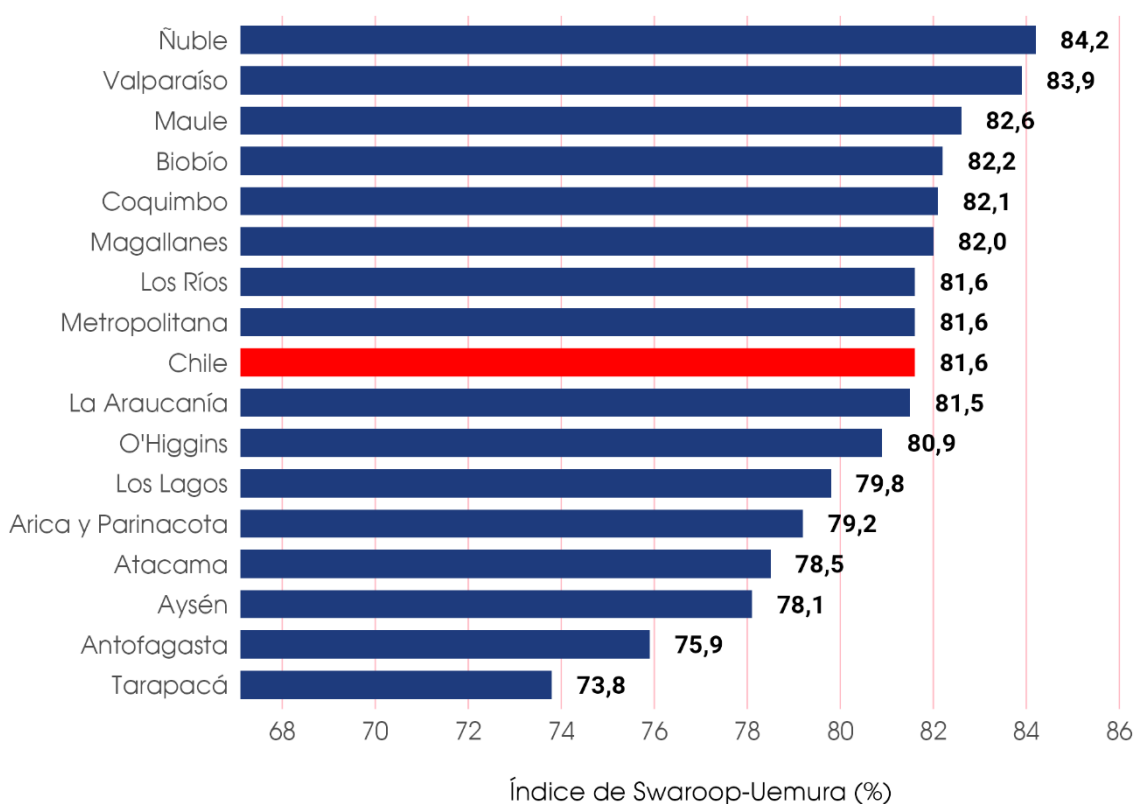


Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2013-2023.  
Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

<sup>20</sup> El Índice de Swaroop-Uemura (1957) es un indicador de mortalidad que originalmente medía el porcentaje de muertes ocurridas en personas de 50 años o más con respecto al total de defunciones en una población, que posteriormente fue reformulado debido a que el valor original no reflejaba adecuadamente la situación sanitaria de las décadas más recientes, por lo cual se comenzó a tomar en cuenta las muertes de personas de 60 años y más para la medición del índice (Rodríguez de Paiva, Juliano, Ferreira Novo, & Leser, 1987). Se utiliza para evaluar el desarrollo sanitario y el nivel de salud de una comunidad. Si dicho índice es alto (mayor al 75%), indica un buen nivel de desarrollo sanitario y condiciones de salud favorables. Si el índice es bajo (menor al 50%) se asocia con altas tasas de mortalidad infantil y en edades jóvenes, lo que sugiere problemas de salud pública y menor desarrollo.

Al observar el comportamiento del Índice de Swaroop-Uemura a nivel regional, el Gráfico 24 permite observar que en 2023 hubo seis regiones donde el índice fue superior al valor nacional, concentrándose fundamentalmente en el centro del país, siendo los valores máximos los de las regiones de Ñuble (84,2%), Valparaíso (83,9%) y Maule (82,6%). Las regiones de Los Ríos y Metropolitana se encuentran en una situación especial, ya que ambas tienen el mismo índice observado a nivel nacional. Como contraparte, ocho regiones observaron un índice inferior al nacional, de las cuales solo dos superan el 80% (La Araucanía y O'Higgins), mientras los menores valores se presentaron en Aysén (78,1%), Antofagasta (75,9%) y Tarapacá (73,8%), ésta última la única región que posee en 2023 un índice menor al 75%, lo que implica un índice medio, mientras que el resto de las regiones se encuentran en un índice alto.

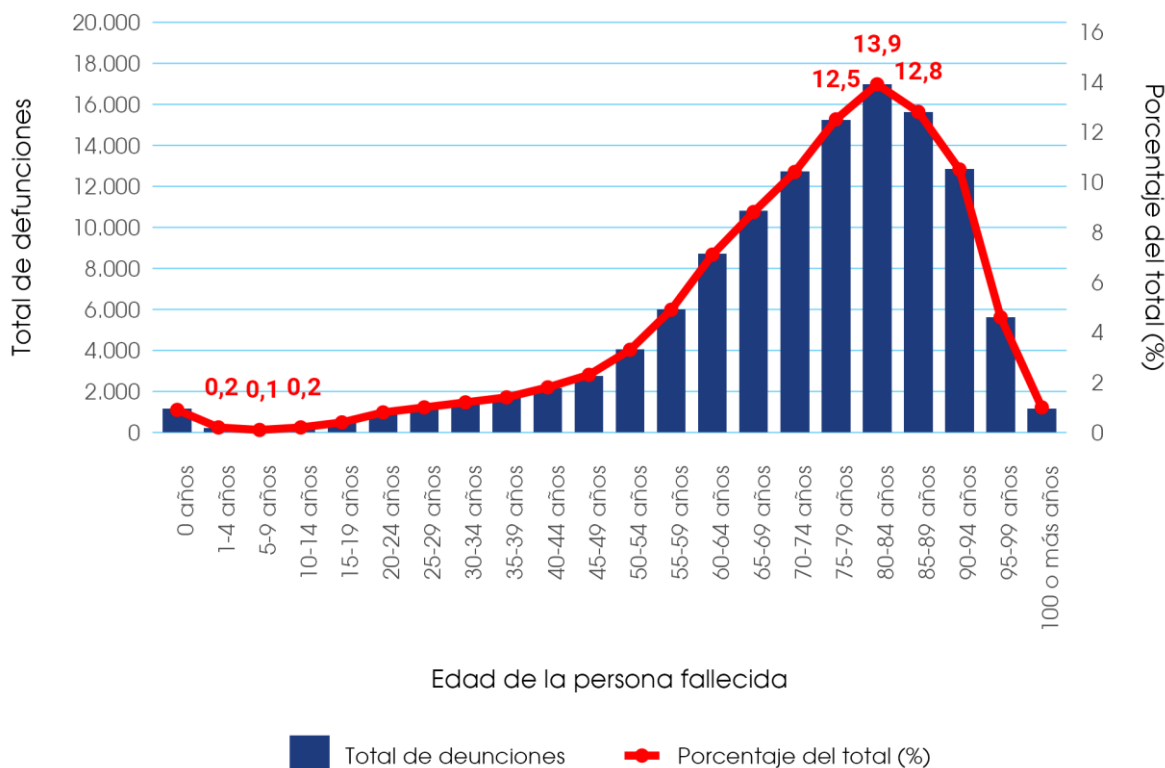
**Gráfico 24:** Índice de Swaroop-Uemura por región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2013-2023.  
Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

Adicionalmente, se observa que los grupos etarios con mayor concentración de defunciones en 2023 fueron el de 80 a 84 años, con 13,9%, seguido por el grupo de 85 a 89 años, con 12,8%, y por el de 75 a 79 años, con un 12,5%. Por otro lado, se aprecia una baja concentración de las defunciones en los grupos etarios de 1 a 14 años, los que en su conjunto representan el 0,5% de las muertes totales ocurridas en el país en 2023 (ver Gráfico 25).

**Gráfico 25:** Número y porcentaje de defunciones según grupo de edad de las personas fallecidas, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023.

Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

Para complementar el análisis de las defunciones es útil agregar el cálculo de tasas específicas de mortalidad por grupo de edad y sexo, para aislar el efecto de la estructura de la población, las que se calculan dividiendo el número de muertes de un año específico por la población estimada al 30 de junio de dicho año para cada grupo de edad y sexo. El análisis de las tasas específicas de mortalidad por grupo de edad y sexo (ver Tabla 3) evidencia principalmente dos situaciones:

- La mortalidad presenta diferencias según sexo, ya que se observa que la tasa de mortalidad de los hombres (6,5 defunciones por cada mil hombres) es superior en 0,7 puntos a la de las mujeres (5,8 muertes por cada mil mujeres). Los mayores niveles de mortalidad masculina se ven a lo largo de todos los grupos etarios, aunque existen tramos en que la mortalidad de las mujeres es levemente cercana a la de los hombres.
- Se observan diferencias en la mortalidad dependiendo de la edad, pues a medida que esta avanza, las tasas de mortalidad aumentan considerablemente, alcanzando los valores más altos desde los 80 años en adelante. Por ejemplo, en 2023 murió un hombre por cada mil hombres de las edades 25 a 29 años, mientras que murieron 107 hombres por cada mil de ellos de edades entre 85 y 89 años.

**Tabla 3:** Número de defunciones por sexo, tasas de mortalidad y sobremortalidad masculina, según grupos de edad, 2023

Grupo de edad	Total <sup>1/</sup>	Total hombre	Total mujer	Tasas de mortalidad (por mil hab.)		Sobremortalidad masculina
				Hombre	Mujer	
<b>Total</b>	<b>122.217</b>	<b>63.710</b>	<b>58.495</b>	<b>6,5</b>	<b>5,8</b>	<b>1,1</b>
0 años <sup>2/</sup>	1.149	627	510	5,2	4,4	1,2
1-4 años	208	124	84	0,3	0,2	1,4
5-9 años	170	89	81	0,1	0,1	1,1
10-14 años	187	102	85	0,2	0,1	1,2
15-19 años	529	369	160	0,6	0,3	2,2
20-24 años	919	694	225	1,0	0,3	3,0
25-29 años	1.184	896	288	1,1	0,4	3,0
30-34 años	1.475	1.050	425	1,2	0,5	2,4
35-39 años	1.693	1.151	542	1,5	0,7	2,1
40-44 años	2.173	1.395	778	2,0	1,1	1,8
45-49 años	2.765	1.797	968	2,7	1,5	1,9
50-54 años	4.048	2.589	1.459	4,3	2,3	1,8
55-59 años	6.005	3.719	2.286	6,4	3,7	1,7
60-64 años	8.717	5.465	3.252	10,7	5,9	1,8
65-69 años	10.813	6.423	4.390	15,3	9,2	1,7
70-74 años	12.727	7.278	5.449	23,5	14,6	1,6
75-79 años	15.237	8.241	6.996	40,4	26,2	1,5
80-84 años	16.976	8.407	8.569	67,9	46,0	1,5
85-89 años	15.611	6.851	8.760	107,7	76,2	1,4
90-94 años	12.852	4.580	8.272	162,9	133,8	1,2
95-99 años	5.607	1.611	3.996	211,2	186,2	1,1
100 o más años	1.172	252	920	218,0	188,8	1,2

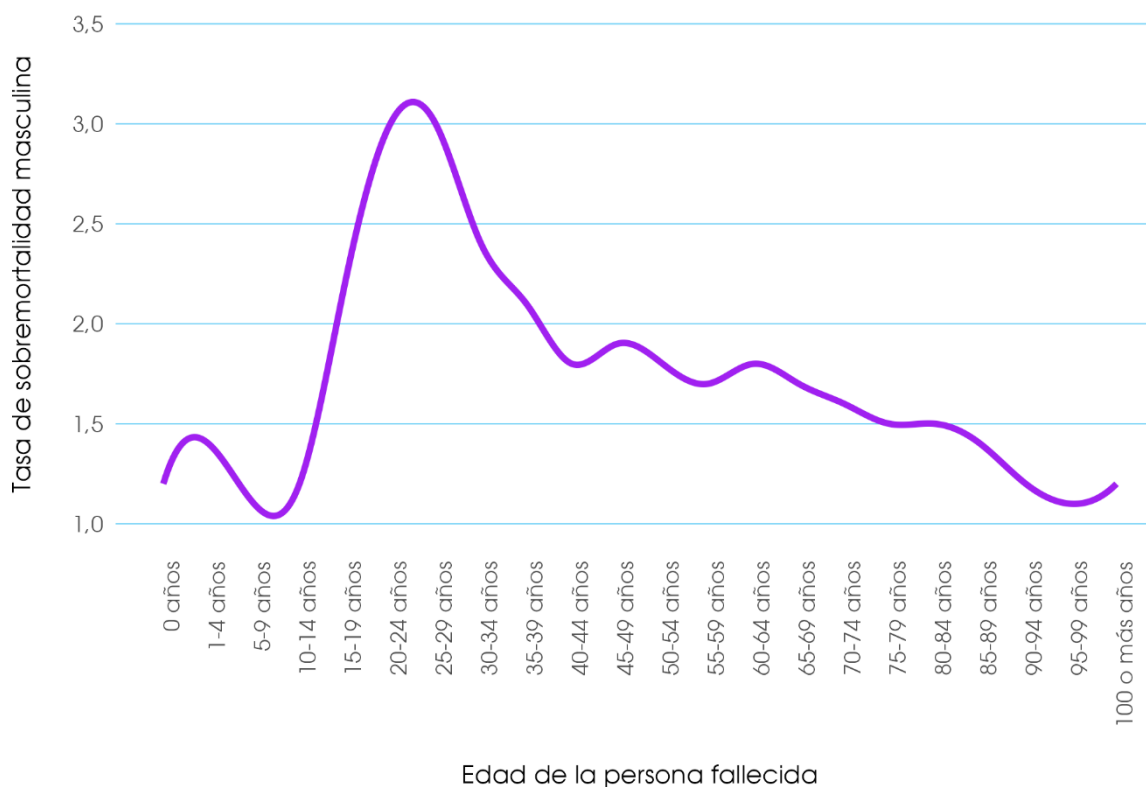
<sup>1/</sup> El total de defunciones excluye 1 caso con edad ignorada de sexo masculino.

<sup>2/</sup> Las defunciones según sexo de 0 años excluyen 12 casos de sexo indeterminado.

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2017.

La sobremortalidad masculina, indicador calculado a partir de la división de la tasa de mortalidad de los hombres sobre la tasa de mortalidad de las mujeres, se evidencia desde el inicio de la vida con variaciones según la edad de las personas (ver Gráfico 26). Si no existiera sobremortalidad de hombres respecto a mujeres, la magnitud de la mortalidad sería la misma para cada sexo y tramo etario, con lo que la línea del gráfico sería una recta horizontal asociada al valor 1 del eje vertical.

Las cifras de sobremortalidad masculina indican que la tasa de mortalidad de los hombres se incrementa de manera considerable entre los 15-39 años, duplicando a la tasa de mortalidad de las mujeres entre dichas edades, incluso triplicando dicho valor en los tramos de 20-24 y 25-29 años. En tanto, se tiene que entre los 0-14 años la diferencia entre las tasas de mortalidad de hombres y mujeres es menor. Desde los 40 años, las tasas de mortalidad masculinas no alcanzan a duplicar a las femeninas (la más alta se ve entre los 45-49 años), observándose de este modo las menores cifras de sobremortalidad masculina al inicio (0-14 años) y al final (85 años o más) del ciclo de vida.

**Gráfico 26:** Sobremortalidad masculina, según grupo de edad de las personas fallecidas, 2023

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2017.

Nota 1: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

Nota 2: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

El patrón de alta sobremortalidad masculina entre los 15-39 años ha sido estudiado profusamente en distintos países y épocas, pues se repite a lo largo de las distintas sociedades con mayor o menor intensidad, dependiendo de las particularidades propias de cada colectivo humano. Entre las principales causas de este fenómeno se encuentra la temprana incorporación del hombre al trabajo, el abuso de sustancias nocivas, una mayor exposición a la violencia y al suicidio y una menor aversión a actividades y a trabajos peligrosos (INE, 2020; OPS, 2020). En línea con lo anterior, y como se verá más adelante, los hombres están más expuestos a defunciones por causas externas, asociadas a accidentes o hechos de violencia, principalmente, siendo la quinta causa de muerte masculina que más se presenta durante 2023.

#### 4.4.4. Mortalidad según causas de muerte

El análisis de las principales causas de muerte en la población permite evidenciar los distintos avances tecnológicos y médicos que se van desarrollando en un país a lo largo del tiempo,

junto con orientar los esfuerzos y políticas públicas que reduzcan la mortalidad de ciertas causas. En ese sentido, los avances médicos y tecnológicos tienen un profundo impacto en las distintas etapas de la transición demográfica, en la medida que influyen fuertemente en los patrones de mortalidad de la población.

Durante la primera mitad del siglo XX las principales causas de muerte se relacionaban con enfermedades infecciosas y parasitarias, en general prevenibles, las cuales se han ido reduciendo paulatinamente con el avance de la medicina y la mejora en las condiciones de higiene en la población (Gómez A., 2001). Por otro lado, las enfermedades del sistema digestivo y del sistema respiratorio también han ido perdiendo el peso relativo que tenían y, en contrapartida, las muertes a causa del sistema circulatorio y de tumores han ido adquiriendo mayor preponderancia. El aumento de dichas causas de muerte se explica porque las personas están más expuestas al riesgo de padecer otras enfermedades degenerativas, entre ellas el cáncer, al no morir tempranamente por las antiguas causas en retirada, o bien por factores externos (accidentes o situaciones de violencia). De esta forma, analizar las principales causas de muerte en la población permite observar la condición de la salud de los habitantes del país, sus nuevos hábitos alimenticios, el ritmo de vida e impulsar así políticas que contribuyan a mejorar dichas condiciones en la población.

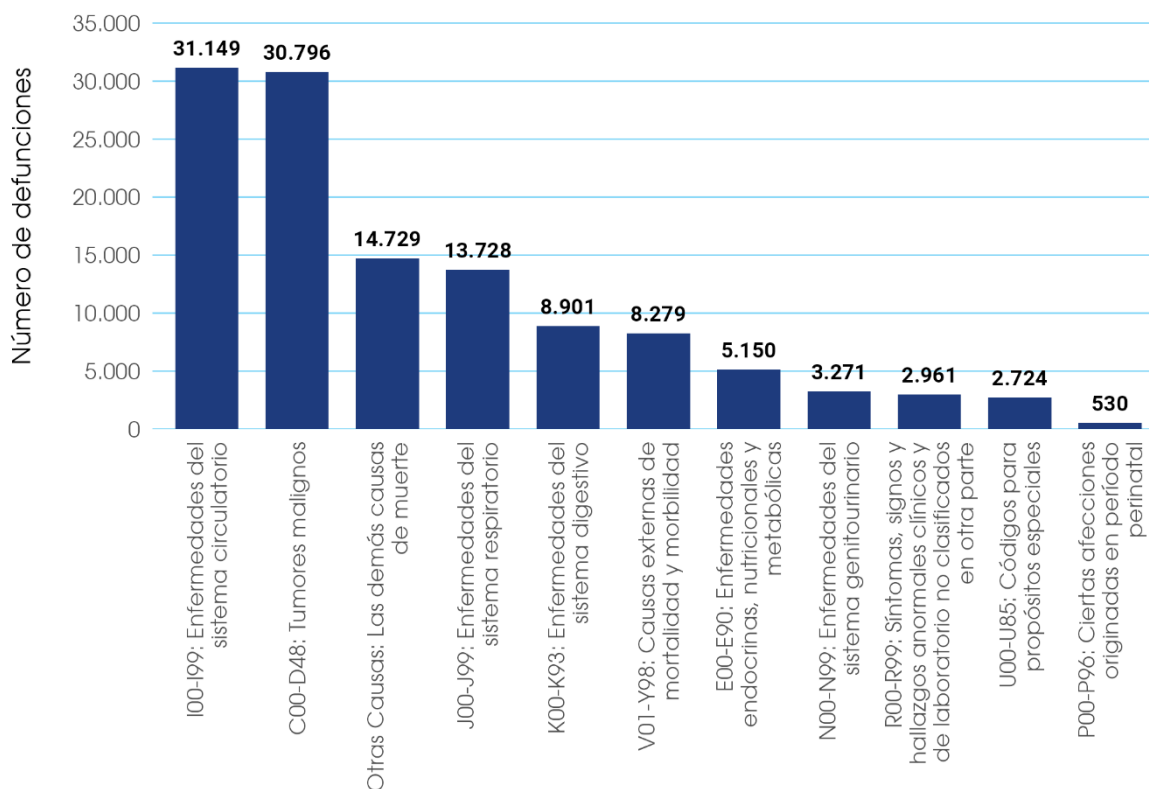
El año 2023, al igual que 2020, 2021 y 2022, estuvo marcado con la presencia de la pandemia por COVID-19 entre las causas de muerte. Durante ese cuarto año con presencia del virus SARS-CoV-2, el COVID-19 se mantuvo afectando la mortalidad del país, pero no con la misma fuerza que la ubicó como una de las principales causas de muerte que afectaron a los habitantes. La enfermedad bajó su incidencia respecto a los años anteriores, ocupando el noveno lugar entre los principales grupos de causas de muerte.

#### Grupos de causas de muerte

El grupo “códigos para propósitos especiales”, asignado a muertes por COVID-19, se presenta en el noveno lugar dentro de los capítulos de causas de muerte (CIE-10) de 2023, con 2.724 defunciones, representado el 2,2% de las muertes del año.

Respecto a las causas más comunes y en base a la clasificación internacional sobre causas de muerte vigente en el país, conocida como CIE-10 (OPS-OMS, 1995), se observa que los principales grandes grupos de causas de muerte durante 2023 fueron las “enfermedades del sistema circulatorio”, con 31.149 muertes (25,5%), seguidas de “tumores (neoplasias)”, con 30.796 defunciones (25,2%), causas que agrupan el 50,7% de las muertes del año (ver Gráfico 27). En tercer lugar, se ubica el capítulo de las “enfermedades del sistema respiratorio”, con 13.728 muertes (11,2%). Finalmente, el cuarto lugar lo ocupa el

grupo “enfermedades del sistema digestivo”, con 8.901 decesos (7,3%). El Gráfico 27 representa la distribución de los 10 principales capítulos de las causas de muertes más aquel que agrupa a el “resto” de los demás capítulos del clasificador CIE-10 (14.729 decesos).

**Gráfico 27: Principales grupos de causas de muerte, 2023**

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023.

El análisis a partir de los capítulos de la CIE-10 según el sexo de las personas que fallecen muestra diferencias entre los principales grupos de causas de muerte para hombres y mujeres durante 2023. Entre los 10 capítulos de causas de muerte con más casos, los cinco de mayor prevalencia para los hombres concentraron el 78,5% del total de muertes. Dichos grupos de mayor prevalencia fueron “enfermedades del sistema circulatorio” (25,1%), “tumores (neoplasias)” (25,0%), “enfermedades del sistema respiratorio” (10,7%), “causas externas de morbilidad y mortalidad” (9,7%) y “enfermedades del sistema digestivo” (7,9%) (ver Gráfico 28)

Por su parte, los cinco grupos de causas de muerte con mayor aporte porcentual en las mujeres concentraron el 74,1% del total de las muertes. Los grupos con mayor prevalencia fueron las “enfermedades del sistema circulatorio” (25,9%), “tumores (neoplasias)” (25,4%), “enfermedades del sistema respiratorio” (11,8%), “enfermedades del sistema digestivo” (6,6%) y “enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y metabólicas” (4,4%).

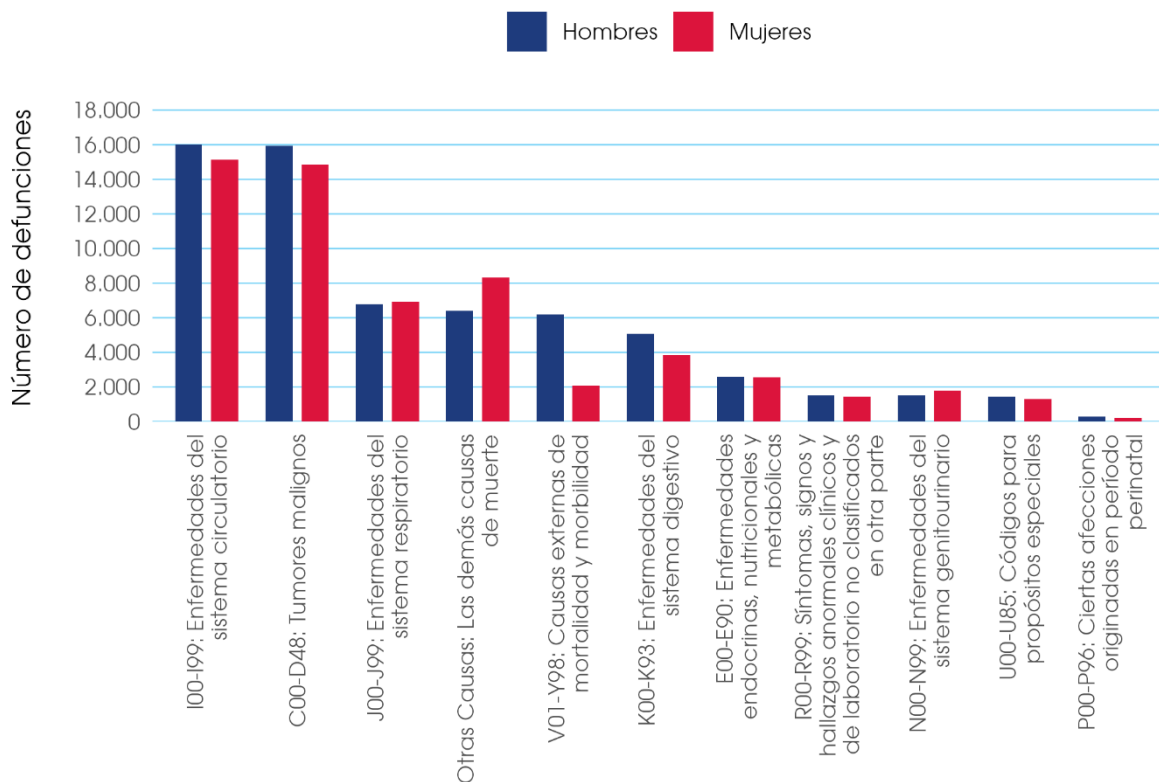
**Causas de muerte por sexo**

La mayor diferencia de los grupos de causas de muerte entre mujeres y hombres es la incidencia del grupo “causas externas de morbilidad y de mortalidad”. Mientras dicho grupo es el cuarto más importante en las muertes de hombres, ocupa el séptimo lugar en las defunciones de mujeres.

De este modo, se evidencia que los grupos de causa de muerte tienen un orden de prelación distinto según el sexo, pues, aunque las principales causas de muerte son las mismas para ambos sexos, las siguientes causas de muerte varían. Tanto para las mujeres como para los hombres, los primeros tres lugares en causas de muerte son ocupados por “enfermedades del sistema circulatorio”, “tumores (neoplasias)” y “enfermedades del sistema respiratorio”. Sin embargo, el cuarto lugar en los hombres lo tienen “las causas externas de la morbilidad y mortalidad”, grupo que se ubica en el sexto lugar en las mujeres. En el caso de los hombres el quinto lugar lo ocupan “las enfermedades del sistema

digestivo”, el cual tiene una preponderancia mayor entre las mujeres (cuarto lugar). Entre estas últimas el quinto lugar lo tienen las causas asignadas a las “enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y metabólicas” (sexto lugar en el caso de los hombres).

**Gráfico 28:** Principales grupos de causas de muerte según sexo de la persona fallecida, 2023

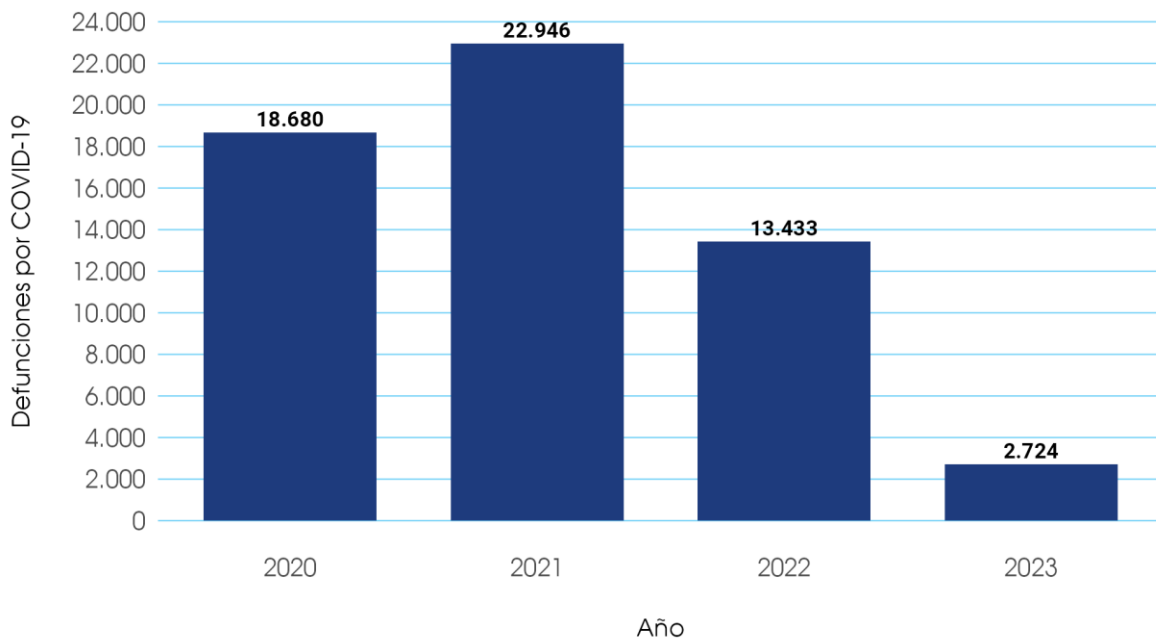


Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023.  
 Nota: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

Como se mencionó, es importante analizar el efecto del grupo “causas externas de morbilidad y de mortalidad” en los hombres, ya que incluyen accidentes y situaciones de violencia, que en muchas ocasiones conforman causas de muerte evitables. Dicho grupo ocupa el cuarto

lugar entre las causas de muerte con mayor efecto sobre los hombres, mientras que en las mujeres ocupa el sexto lugar, con una diferencia relevante entre ambos sexos. La importancia porcentual del grupo “causas externas de morbilidad y de mortalidad” en los hombres es de más del doble que el observado en las mujeres, con una diferencia de 6,2 puntos porcentuales entre las causas de muerte de ambos sexos.

**Gráfico 29:** Número de defunciones ocurridas por COVID-19, 2020-2023



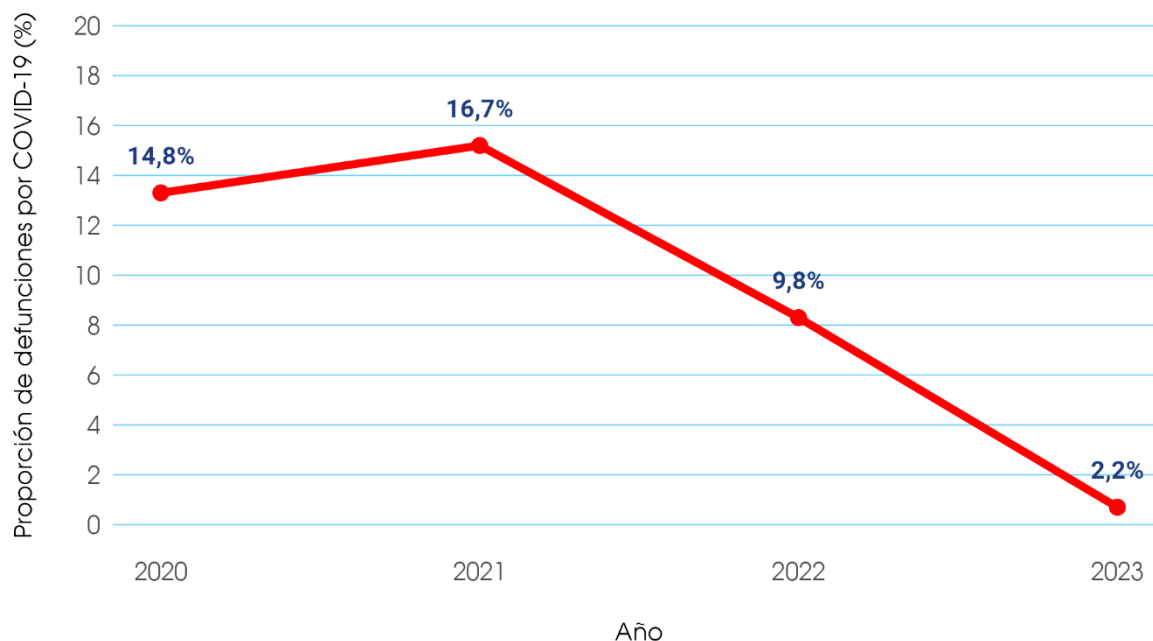
Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2020-2023.

En el caso particular de las muertes por COVID-19, en 2023, como se ha mencionado anteriormente, la preponderancia de esta enfermedad se ha reducido notablemente. Tal como se observa en el Gráfico 29, entre 2020 y 2022 hubo en suma más de 55.000 defunciones causadas por esta enfermedad, alcanzando su máximo en 2021, cuando llegó a 22.946 muertes. Entre 2020 y 2021 se produjo un ascenso de los casos y a partir de 2022 comienza la caída del número de defunciones acaecidas por COVID-19, disminuyendo casi a la mitad el número de casos en 2022 y llegando a 2023 con el número más bajo de muertes observadas en el periodo 2020-2023, equivalente a 2.724 casos, casi diez veces menos que los casos de 2021, evidenciando un claro retroceso del impacto de la enfermedad en cuanto a cifras absolutas.

Respecto de la proporción que las muertes por COVID-19 representan del total de las muertes ocurridas año a año, presenta una evolución similar a la presente en los valores absolutos, pero denotando más aún el cambio de la incidencia de la enfermedad en el país en el periodo 2020-2023. En el Gráfico 30, se aprecia un aumento entre 2020 y 2021 de la proporción de muertes por COVID-19, pasando de un 14,8% a un 16,7%, siendo el año 2021 el punto máximo de la incidencia proporcional del COVID-19 en Chile, así como también el punto de vista absoluto. En 2022 la proporción se redujo cerca del doble, bajando del 10% de incidencia

(9,8%) y en 2023 la disminución se hace mucho más evidente reduciéndose la proporción en 4,5 veces para alcanzar una incidencia de solo un 2,2% respecto de las muertes totales, el menor valor del periodo.

**Gráfico 30:** Proporción de las muertes por COVID-19 respecto del total de muertes, 2020-2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2020-2023.

Observando la evolución del COVID-19 en cuanto al aumento/disminución interanual de los casos de fallecidos, la Tabla 4 muestra la evolución interanual absoluta y relativa del número de casos. En el periodo interanual 2020-2021, si bien el aumento absoluto de poco más de 4 mil casos pareciese escueto con respecto al impacto observado del COVID-19 en el país, en términos relativos esto representó un aumento del 22,8% de los casos entre 2020 y 2021. Los siguientes periodos interanuales hablan del retroceso de la pandemia y la enfermedad en el país, y si bien, entre 2022 a 2023, la reducción interanual en números absolutos (-10.709) es medianamente similar a la observada entre 2021 a 2022 (-9.513), en términos relativos la reducción interanual 2022-2023 (-79,7%) es casi el doble de la ocurrida en 2021-2022 (-41,5%). La variación relativa muestra que la incidencia del COVID-19, ha mostrado cambios bruscos a través del periodo más que paulatinos.

**Tabla 4:** Variación interanual absoluta y relativa de las muertes por COVID-19, 2020-2023

Variación	Periodo interanual		
	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Absoluta	4.266	-9.513	-10.709
Relativa	22,8%	-41,5%	-79,7%

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2020-2023

Respecto a la distribución de fallecidos por COVID-19 a lo largo de las regiones del país (ver Tabla 5) se evidencia que la mayor cantidad de casos se presentaron, al igual que en los años anteriores, en las tres regiones más pobladas del territorio. En la Metropolitana el número de fallecidos por esta causa alcanzó a las 1.045 personas (38,4%), seguido por Valparaíso, con 348 casos (12,8%), y por Biobío, con 235 decesos (8,6%). En cuanto a la distribución por sexo, a diferencia de años precedentes, en la mayoría de las regiones las muertes masculinas predominan sobre las femeninas, siendo excepciones las regiones Arica y Parinacota, Metropolitana, Biobío y Aysén, donde se produjeron más muertes de mujeres, mientras en las regiones de Antofagasta y Magallanes, se produjeron muertes de hombres y mujeres en proporción idéntica. La mayor diferencia según dicha variable ocurrió en Tarapacá, donde los fallecimientos de hombres representaron el 70,3% del total de la región.

**Tabla 5:** Número de defunciones por COVID-19 a nivel regional por sexo, porcentaje y tasa de mortalidad por causa específica (TMC), 2023

Región	Total		Hombre		Mujer		Total Sexo	TMC
	n	%	n	%	n	%	%	
<b>País</b>	<b>2.724</b>	<b>100,0</b>	<b>1.423</b>	<b>52,2</b>	<b>1.301</b>	<b>47,8</b>	<b>100,0</b>	<b>1,4</b>
Arica y Parinacota	30	1,1	13	43,3	17	56,7	100,0	1,2
Tarapacá	37	1,4	26	70,3	11	29,7	100,0	0,9
Antofagasta	56	2,1	28	50,0	28	50,0	100,0	0,8
Atacama	55	2,0	32	58,2	23	41,8	100,0	1,7
Coquimbo	106	3,9	54	50,9	52	49,1	100,0	1,2
Valparaíso	348	12,8	199	57,2	149	42,8	100,0	1,7
Metropolitana	1.045	38,4	517	49,5	528	50,5	100,0	1,2
O'Higgins	114	4,2	59	51,8	55	48,2	100,0	1,1
Maule	180	6,6	101	56,1	79	43,9	100,0	1,5
Ñuble	92	3,4	48	52,2	44	47,8	100,0	1,8
Biobío	235	8,6	114	48,5	121	51,5	100,0	1,4
La Araucanía	181	6,6	91	50,3	90	49,7	100,0	1,8
Los Ríos	83	3,0	50	60,2	33	39,8	100,0	2,0
Los Lagos	123	4,5	72	58,5	51	41,5	100,0	1,4
Aysén	19	0,7	9	47,4	10	52,6	100,0	1,8
Magallanes	20	0,7	10	50,0	10	50,0	100,0	1,1

Nota 1: TMC = Tasa de mortalidad por causa específica por 10.000 habitantes.

Nota 2: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

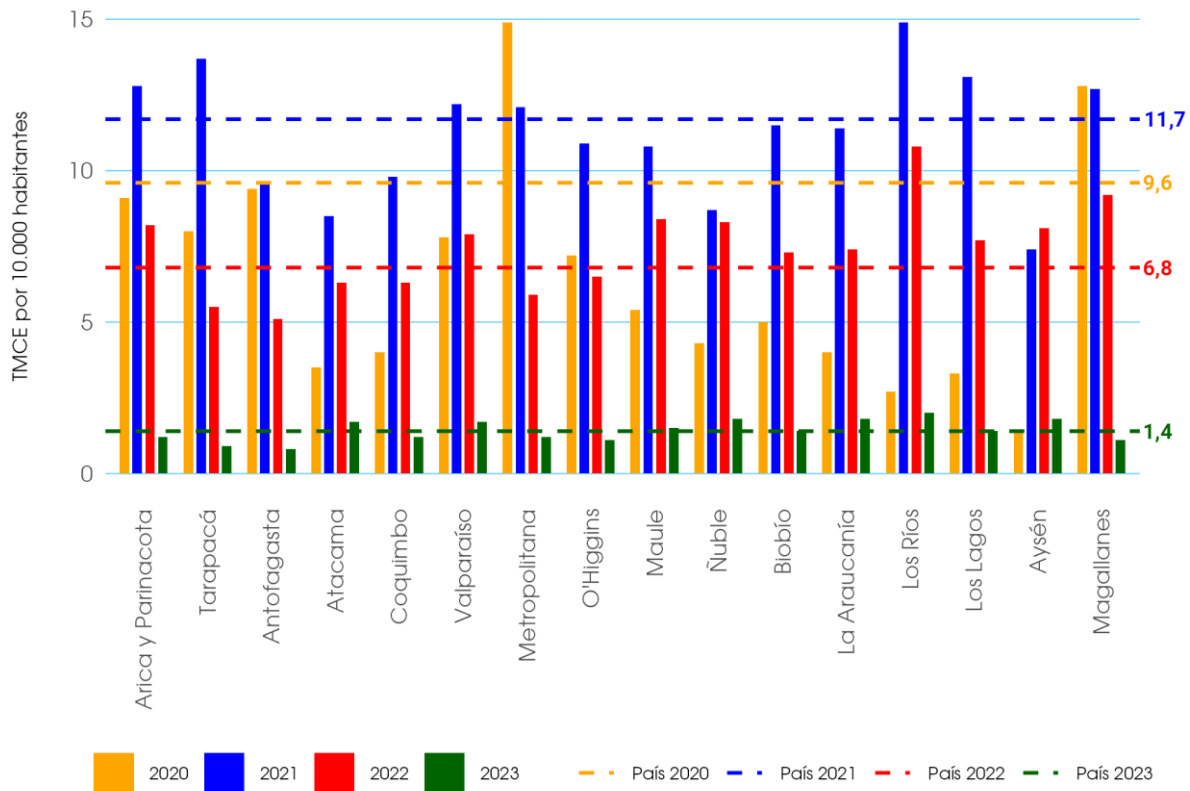
Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2017.

En términos más precisos, los impactos del COVID-19 en la mortalidad nacional y regional pueden ser medidos por varios indicadores; uno de ellos es la Tasa de Mortalidad por Causa Específica (TMCE), la que se calcula considerando el número de fallecidos dentro del universo de personas que habitan dentro del territorio que será medido<sup>21</sup>. En este sentido, los resultados para 2023 muestran que a nivel país fallecieron 1,4 personas por cada 10 mil habitantes producto del COVID-19, indicador que muestra un importante descenso respecto al valor observado en 2022, cuando se calculó en 6,8; es decir, en 2023 perecieron cerca de 6

<sup>21</sup> Para el cálculo de la TMCE, se utilizaron como numerador el número total de fallecidos por COVID-19 a nivel regional y como denominador el total de población estimado para el 30 de junio de 2023, a partir de las estimaciones y proyecciones de población en base al censo del año 2017.

personas menos por cada 10 mil habitantes producto de esta causa en todo el país (Gráfico 31). Las regiones que sufrieron un mayor impacto fueron Los Ríos y Ñuble, con 2,0 y 1,8 fallecidos por cada 10 mil habitantes, respectivamente. De acuerdo con las cifras, todas las regiones presentaron descensos en la TMCE respecto a 2022, siendo Los Ríos la de mayor caída con un -8,8%.

**Gráfico 31:** Tasa de Mortalidad por Causa Específica (TMCE) por COVID-19 a nivel regional y nacional años 2020-2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2020-2023 y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017.

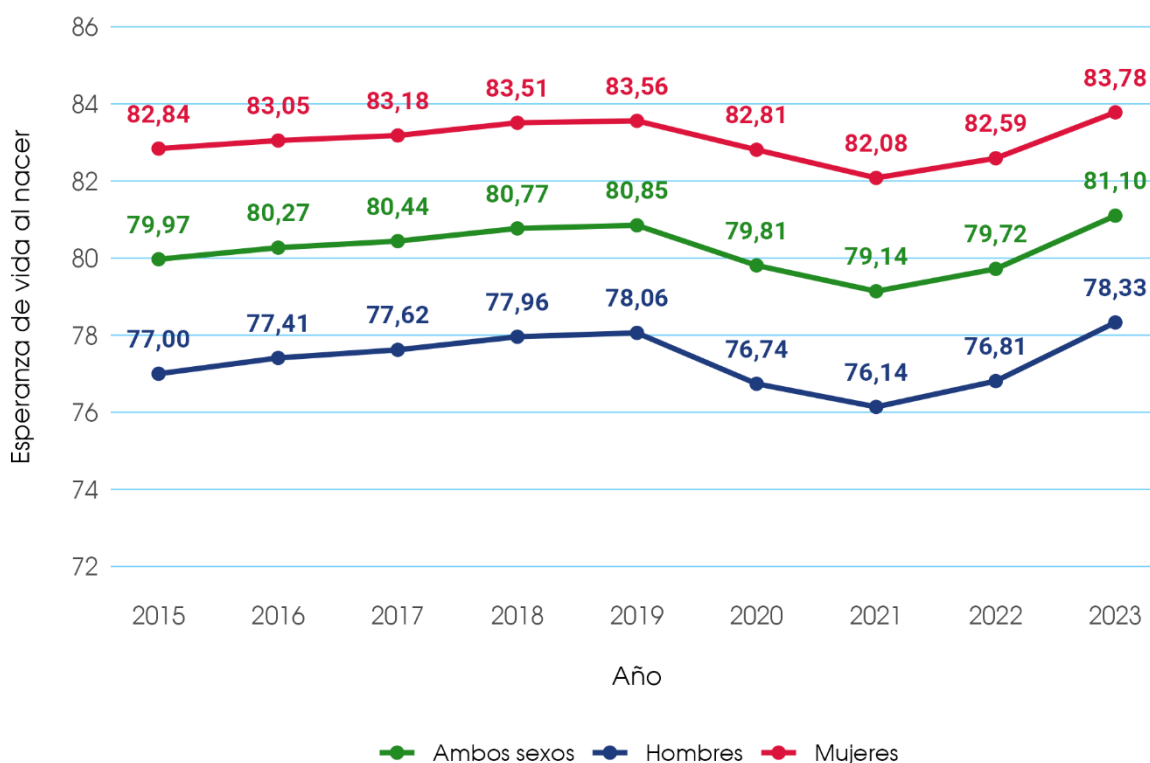
#### 4.4.5. Análisis de la Esperanza de vida al nacer $e(0)$

La esperanza de vida al nacer -en adelante,  $e(0)$ - es un indicador resumen del nivel de mortalidad de un territorio. Este corresponde al promedio de años de vida que eventualmente le quedan por delante a un individuo al momento de su nacimiento, si las tasas de mortalidad específicas por edades observadas se mantuviesen constantes en el tiempo (Prieto Rosas & Robello, 2023). De esta forma, la  $e(0)$  refleja de forma sintética el nivel de mortalidad que afecta a toda la población. Generalmente, la esperanza de vida al nacer mantiene un comportamiento estable a lo largo del tiempo, y tiende a mostrar incrementos continuos, pero pequeños en el tiempo, lo cual hace que un cambio muy brusco en la tendencia sea poco probable y solo se pueda producir a partir de fenómenos que afecten de forma significativa las

dinámicas de mortalidad de la población. Esto se pudo comprobar en 2020 (INE & Minsal, 2023), y en 2021 (INE, 2024) con el efecto que tuvo la pandemia de COVID-19 en las defunciones del país y la reducción de la esperanza de vida al nacer.

Como se muestra en el Gráfico 32, en 2020 se produjo un descenso de la  $e(0)$  respecto a 2019, de 1,04 años (1,32 años en hombres y 0,75 en mujeres), al pasar de 80,85 a 79,81 años. Para los hombres la esperanza de vida al nacer se redujo de 78,06 a 76,74 años, mientras que para las mujeres este indicador se redujo de 83,56 a 82,81 años. Esto rompió con la tendencia histórica de incrementos continuos en la  $e(0)$  que venía presentando el país. La continuidad de la pandemia durante 2021 implicó que se mantuviera el descenso en la  $e(0)$ , cayendo en 0,67 años, con una  $e(0)$  de 79,14 años para ambos sexos, siendo de 82,08 años en el caso de las mujeres y de 76,14 años en el de los hombres.

**Gráfico 32:** Esperanza de vida al nacer  $e(0)$  según sexo, total país. 2015-2023



Nota 1: Para los años 2015-2021 el valor de  $e(0)$  para ambos sexos se obtuvo a partir de ponderar el valor de cada sexo con la proporción de la población total de hombres y mujeres. Para 2022-2023 corresponde al valor observado en la tabla de mortalidad para ambos sexos.

Nota 2: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

Nota 3: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

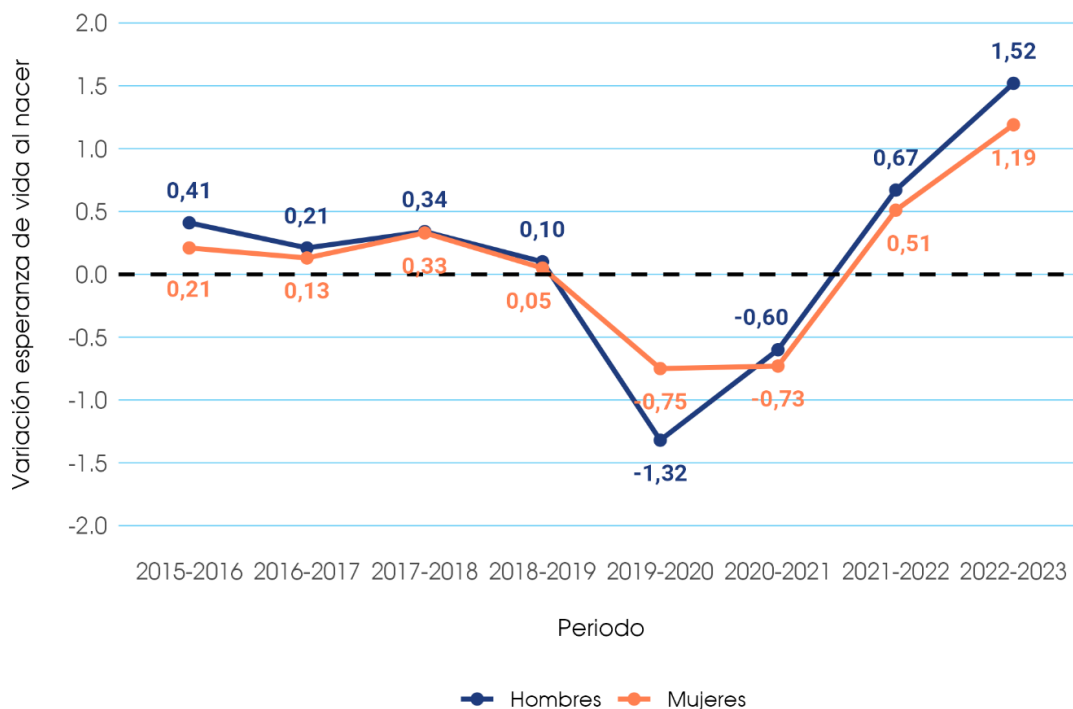
Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2015-2023 y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017

En 2022, sin embargo, se rompió la tendencia hacia la disminución de la esperanza de vida al nacer y se retomó la tendencia hacia el crecimiento observada en los años previos a la pandemia, alcanzando los 79,72 años para ambos sexos (82,59 para las mujeres y 76,81 para

los hombres). Para 2023, el comportamiento al alza y de recuperación de la esperanza de vida se mantiene, llegando a 81,10 años para ambos sexos, 78,33 años para los hombres y 83,78 años para las mujeres, con lo cual se recuperan e incluso se superan los niveles previos a la pandemia observados en 2019, sin embargo, estos se encuentran por debajo de los valores estimados para el 2023 en las Estimaciones y Proyecciones de Población del Censo 2017 (hombres: 78,7 años, mujeres: 84,1 años, ambos sexos: 81,4 años) .

La variación de la  $e(0)$  difiere según el sexo de la población (ver Gráfico 33). Dado que el COVID-19 tuvo un mayor impacto entre los hombres durante 2020, la caída en el período 2019-2022 fue mayor en ellos (menos 1,32 años de vida al nacer) que las mujeres (menos 0,75 años). En 2021, la reducción fue menor que el año anterior en ambos sexos, pero se evidenció una mayor caída entre las mujeres, quienes perdieron 0,73 años de vida al nacer, en comparación con los hombres, quienes disminuyen 0,60 años. En 2022, ambos retomaron la tendencia al crecimiento, siendo esta mayor entre los hombres, quienes recuperaron 0,67 años de vida al nacer, mientras que las mujeres recuperaron 0,51 años. Mientras tanto, en 2023 la esperanza de vida tuvo un aumento aun mayor llegando a 1,52 años para los hombres y 1,19 años para las mujeres, siendo la variación más importante observada en el periodo 2015-2023, lo cual como se mencionó, llevó la  $e(0)$  no solo a recuperar los niveles de la esperanza de vida al nacer observados antes de la pandemia, sino que también a superarlos.

**Gráfico 33:** Variación de la esperanza de vida al nacer  $e(0)$  respecto al año anterior según sexo, total país. 2015-2023



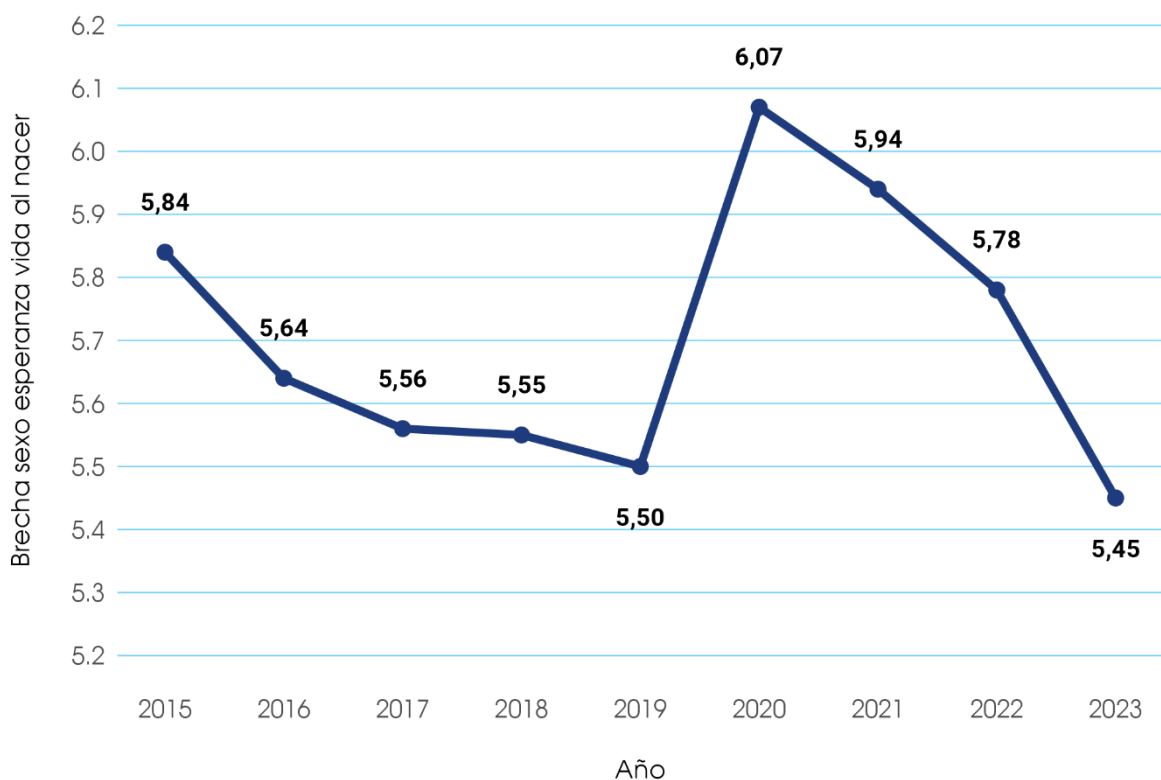
Nota 1: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

Nota 2: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2015-2023 y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017

Como se especificó en los apartados anteriores, las mujeres, por distintos motivos, tienden a vivir más años que los hombres. Esto se traduce en que la esperanza de vida al nacer en las mujeres sea más alta en comparación con los hombres. Sin embargo, durante las últimas décadas, la brecha entre la  $e(0)$  de hombres y mujeres ha tendido a reducirse lentamente. En el Gráfico 34, se evidencia que entre 2015 y 2019, la brecha de sexo de la  $e(0)$  pasó de 5,84 a 5,50 años, reduciéndose así en 0,34 años durante el período. Sin embargo, con la llegada del COVID-19 en 2020 y su mayor impacto entre los hombres, la brecha rompió bruscamente su tendencia a la baja, aumentando a 6,07 años. Posterior a dicho año, la brecha comenzó a reducirse nuevamente, alcanzando 5,94 años en 2021, 5,78 años en 2022 y cayendo bruscamente a 5,45 años en 2023, siendo el valor más bajo observado del periodo incluyendo los valores alcanzados previo a la pandemia del COVID-19.

**Gráfico 34:** Brecha de sexo en la esperanza de vida al nacer  $e(0)$  total país. 2015-2023



Nota 1: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

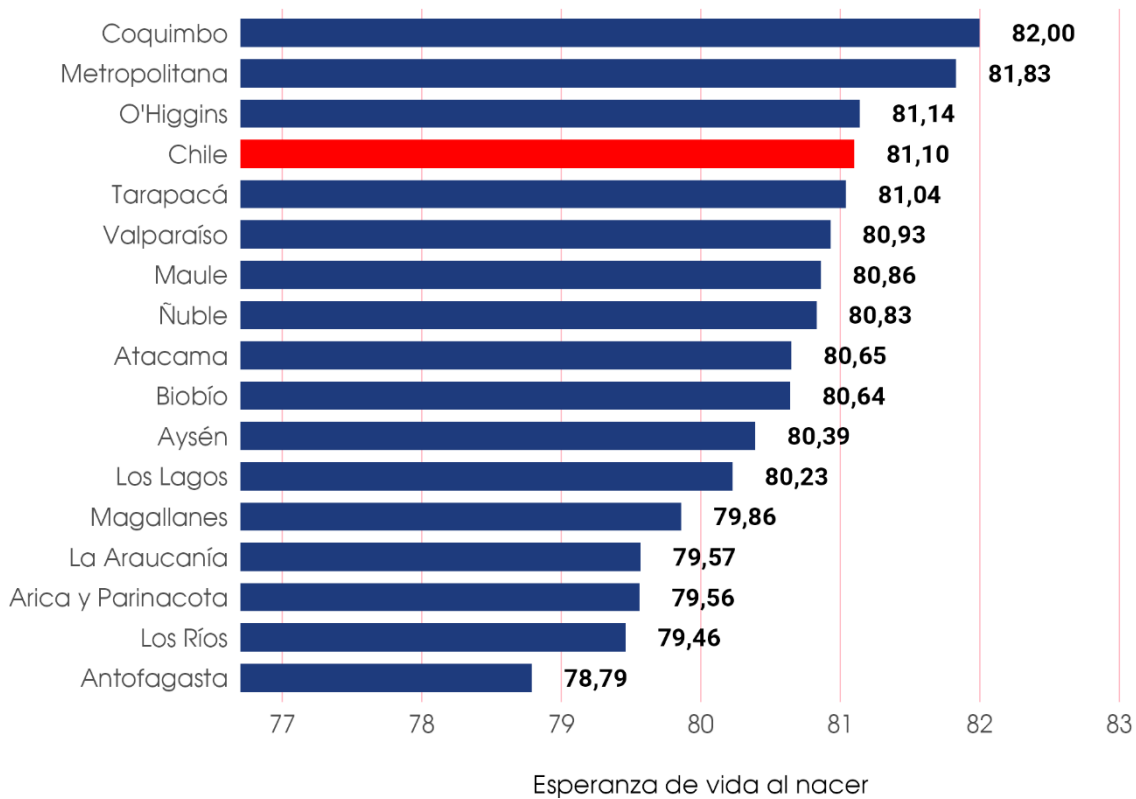
Nota 2: Se excluyen las personas cuyo sexo fue indeterminado.

Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2015-2023 y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017

Al analizar el comportamiento de la esperanza de vida al nacer a nivel regional, se observa en el Gráfico 35 que tres regiones del país están por sobre el nivel nacional, las cuales son las regiones de Coquimbo (82,00 años), Metropolitana (81,83 años) y O'Higgins (81,14 años), ubicadas en el norte chico y zona central del país. Como contraparte, de las trece regiones que se encuentran por debajo del nivel nacional destacan las de Magallanes, (79,86 años), La

Araucanía (79,57 años), Arica y Parinacota (79,56 años), Los Ríos (79,46 años) y Antofagasta (78,79 años), que corresponden a aquellas cuyo  $e(0)$  está por debajo de los 80 años, las cuales se concentran fundamentalmente en el extremo norte y el centro sur del país.

**Gráfico 35:** Esperanza de vida al nacer  $e(0)$  por región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales, 2023 y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017.  
Nota: Se excluyen las personas cuya edad no fue especificada.

## 4.5. Crecimiento natural

El volumen de la población de un país es dinámico y varían con el tiempo debido al comportamiento que presenten los componentes de cambio de la población: nacimientos, defunciones y migración, por lo que es importante conocer la cuantía de dicho crecimiento y de qué manera se comportan los componentes que afectan a ese crecimiento. Estos tres componentes se pueden agrupar en dos indicadores que denotan el crecimiento de la población: Crecimiento Natural (CN) y Saldo Migratorio (SM), donde el CN corresponde a “el componente del cambio poblacional atribuible a nacimientos y defunciones ocurridos en un territorio y un período determinados. Se calcula mediante una operación de sustracción de nacimientos y defunciones” (Prieto Rosas & Robello, 2023), y este crecimiento natural puede ser representado mediante el valor absoluto o mediante tasa por mil (TCN), que se obtiene restando las tasas de natalidad y mortalidad o dividiendo el valor absoluto del crecimiento natural del año por la población al 30 de junio del mismo año, multiplicando dicho cociente por mil.

En la Tabla 6 se puede observar que tanto el país como todas las regiones tuvieron un crecimiento natural positivo, vale decir, hubo más nacimientos que defunciones durante 2023, equivalente a un aumento de la población en 51.839 personas por crecimiento natural, que corresponde a una tasa de crecimiento natural de 2,6 por mil o que cada mil personas la población aumento en 3 personas por concepto de crecimiento natural.

**Tabla 6:** Nacimientos y defunciones observados, crecimiento natural y tasa de crecimiento natural (por mil) por región, 2023

Región	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento Natural		
			Número	Proporción	Tasa (por mil) <sup>1/</sup>
<b>Total País</b>	<b>174.057</b>	<b>122.218</b>	<b>51.839</b>	<b>100,0%</b>	<b>2,6</b>
Arica y Parinacota	2.752	1.679	1.073	2,1%	4,1
Tarapacá	4.673	1.759	2.914	5,6%	7,3
Antofagasta	6.993	3.518	3.475	6,7%	4,9
Atacama	3.123	1.803	1.320	2,5%	4,1
Coquimbo	7.486	5.181	2.305	4,4%	2,7
Valparaíso	16.885	14.696	2.189	4,2%	1,1
Metropolitana	68.866	44.634	24.232	46,7%	2,9
O'Higgins	9.088	6.686	2.402	4,6%	2,4
Maule	10.783	7.902	2.881	5,6%	2,5
Ñuble	4.732	4.052	680	1,3%	1,3
Biobío	14.789	11.255	3.534	6,8%	2,1
La Araucanía	9.629	7.801	1.828	3,5%	1,8
Los Ríos	3.623	3.173	450	0,9%	1,1
Los Lagos	8.209	6.258	1.951	3,8%	2,2
Aysén	986	607	379	0,7%	3,5
Magallanes	1.440	1.214	226	0,4%	1,2

1/ La tasa de crecimiento natural se obtuvo dividiendo el crecimiento natural y la población al 30 de junio del año, multiplicado por mil.

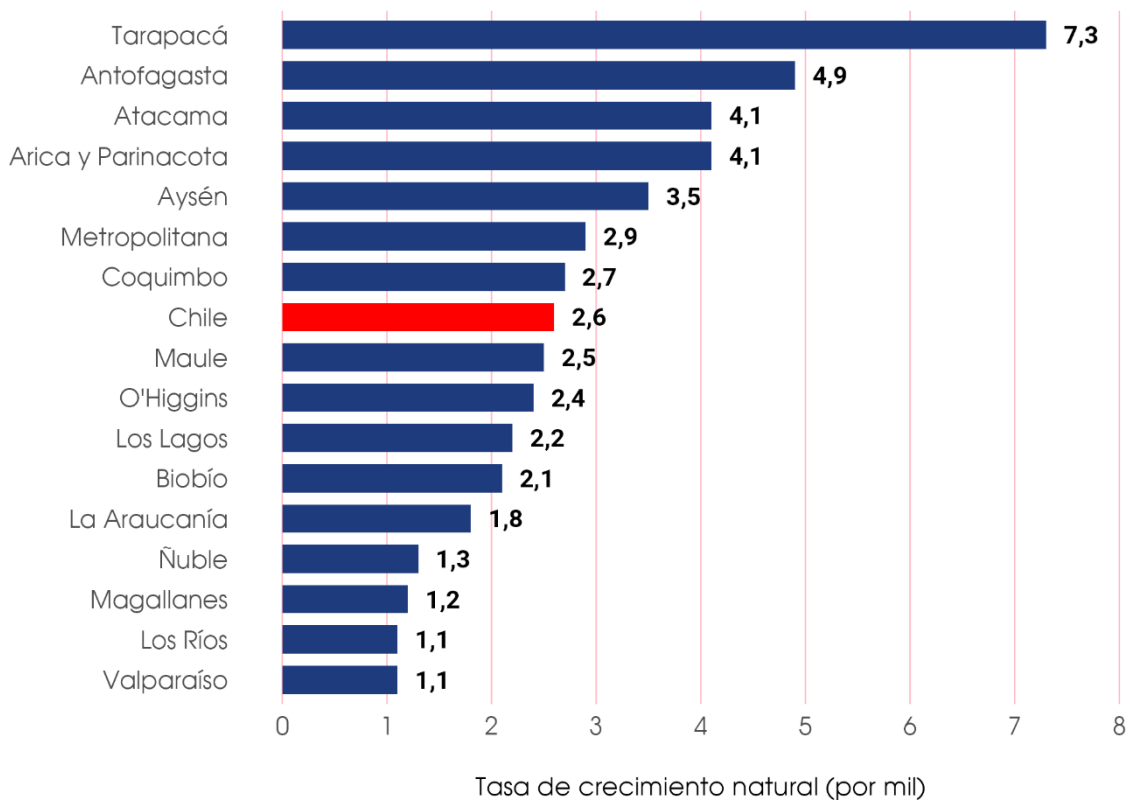
Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población, base 2017.

La Región Metropolitana fue la que con gran diferencia tuvo un mayor crecimiento natural (24.232 personas) representando el 46,7% del total del crecimiento natural del país, seguido

por las regiones de Biobío (3.534 personas), correspondiente al 6,8% y Antofagasta (3.475 personas), equivalente al 6,7%, concentrando entre estas tres regiones el 60,3% del crecimiento natural del país. Por el contrario, las regiones con menor crecimiento natural fueron las de Los Ríos (450 personas) igual al 0,9% del total, Aysén (379 personas), equivalente al 0,7% y Magallanes (226 personas), correspondiente al 0,4%, todas localizadas en la zona sur del país.

En cuanto al comportamiento regional de la tasa de crecimiento natural, el Gráfico 36 muestra que siete regiones se encuentran por sobre el nivel nacional, estando toda la zona norte del país incluida en estos casos, más la Región Metropolitana y Aysén, siendo las mayores tasas las de las regiones de Tarapacá (7,3 por mil), Antofagasta (4,9 por mil) y tanto Atacama como Arica y Parinacota (4,1 por mil). Mientras tanto, nueve regiones quedaron por debajo del nivel nacional, concentradas principalmente en las zonas central y sur del país, encontrándose las menores tasas en las regiones de Ñuble (1,3 por mil), Magallanes (1,2 por mil) y Los Ríos junto a Valparaíso (1,1 por mil).

**Gráfico 36:** Tasa de crecimiento natural por región, 2023



Fuente: INE, en base a estadísticas vitales 2023 y estimaciones y proyecciones de población regionales, base 2017.

## 5. Anexos

### 5.1. Aspectos metodológicos generales

#### 5.1.1. Presentación

Un hecho vital se define en función del tiempo y el espacio, que se sitúa cronológicamente en un período calendario y una referencia espacial o geográfica ubicada dentro de los límites de una unidad administrativa.

Dado que se refieren a un período, los hechos vitales se pueden registrar y tabular según la fecha en la que ocurrió el hecho o dentro del plazo establecido por la ley (ONU, 2014, pág. 85).

De acuerdo con el sistema y métodos de Estadísticas Vitales, a continuación, se presenta el procedimiento general de la producción y publicación del anuario de Estadísticas Vitales de Chile con foco en estadísticas de nacimientos y defunciones, período correspondiente a 2023.

#### 5.1.2. Objetivos

El objetivo principal del presente anuario es entregar información actualizada referente a los nacimientos y defunciones acaecidos e inscritos en nuestro país.

#### 5.1.3. Alcance

Las Estadísticas Vitales provienen de un sistema civil de registro administrativo, continuo y obligatorio de las inscripciones de los hechos vitales que ocurren en el país, los que se inscriben en el Servicio de Registro Civil e Identificación de Chile (SRCel). El procesamiento estadístico (ver Diagrama 3) es realizado paralelamente por el Ministerio de Salud (Minsal) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Las variables de cada hecho vital que son objeto de registro se establecen de común acuerdo por las tres instituciones, con base en:

- La normativa legal vigente (Código Civil, Ley de Registro Civil N° 4.808)
- Ley Orgánica del Instituto Nacional de Estadísticas (Ley N° 17.374)
- Código Sanitario
- Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley N° 19.937)

Esto, además de otros cuerpos legales, en virtud del convenio tripartito que rige a esta actividad conjunta, desde 1982 (versión actual 2018, en vigencia).

#### 5.1.4. Gestión y recepción bases de datos

Una vez al año el INE (para el producto anuario de EEVV) recibe las bases de datos con la información de cada uno de los hechos vitales registrados en el país durante el año anterior. El Minsal entrega a su vez una sección de las bases de nacimientos, defunciones generales y defunciones fetales (efectuando el trabajo previo en las variables de salud que son de su competencia). La unidad de procesamiento informático del INE (TI) es la encargada de recibir y preparar las bases de datos de los hechos vitales, para continuar con la siguiente etapa.

### 5.2. Metodología de procesamiento de los Registros Administrativos

El procedimiento general se presenta en cuatro grandes etapas:

#### 5.2.1. Precodificación y codificación de las variables estadísticas

En 2025, para la base de procesamiento 2023, el área geográfica (urbana o rural) se codificó en primera instancia por el equipo especializado de Sistema de Información Geográfico (SIG) de la Unidad de Geografía y Actualización Cartográfica (UGAC) del INE. Esta unidad define de forma automatizada si la dirección informada en las variables que componen la residencia habitual de la o las personas implicadas en un hecho vital se emplaza en el área urbana o rural dentro del territorio comunal. En el caso de los nacimientos, las muertes de menores de un año y muertes fetales, la dirección corresponde a la residencia habitual de la madre; en el caso de las defunciones generales es la dirección informada para la residencia habitual de la persona fallecida por terceros que inscriben la defunción.

El sistema utilizado por el Subdepartamento de Geografía, *Normaliza*, es un *software* y servicio encargado de procesar de manera automatizada un conjunto de registros que contienen direcciones geográficas del país, permitiendo comparar la sintaxis de estas versus un callejero (directorío) de direcciones construido de forma gradual y permanente por diferentes productos institucionales. Es a partir de esta comparación que se puede transformar una dirección escrita de manera no estandarizada a una correcta y válida, además de segmentar la información proporcionada para hacer más eficiente la posterior tarea de análisis de la información.

Los registros que no se logran normalizar (automáticamente) son codificados en segunda instancia de forma manual por la Unidad de Estadísticas Vitales, utilizando la herramienta de geodatos abiertos dispuesta en la página web del INE, la cual contiene información georreferenciada de la población efectivamente censada en el Censo del año 2017, de acuerdo con su pertenencia de área urbana o rural.

Para nacimientos se codifica la ocupación declarada de ambos padres y en defunciones, la ocupación del fallecido. Respecto al proceso, este se encuentra basado en los datos

codificados para años anteriores mediante el sistema informático SIFACEV<sup>22</sup> que, utilizando un diccionario de ocupaciones fundado en la CIUO-88<sup>23</sup>, entregó el código del grupo de ocupación en esta base de datos. En la actualidad, esta codificación se optimiza utilizando herramientas de inteligencia artificial, como la técnica de “Machine Learning”, para mejorar el rendimiento y los plazos aplicados en el proceso de codificación y revisión de resultados. En esta tarea participa un equipo especializado del INE en materia de innovación y uso de nuevas tecnologías, como es la unidad de Gobierno de Datos.

Para el caso de las defunciones fetales el tratamiento es diferente, donde el INE anualmente solicita al Minsal la base de datos con la información estadística de las inscripciones de las defunciones fetales, que se han registrado en las diferentes oficinas del SRCel, a lo largo del país y también solicita las captadas a través de los diferentes servicios de salud, conformando una base de datos única de defunciones fetales. El INE recibe esta base de datos con las variables de salud ya codificadas y validadas.

La codificación de las variables de área y ocupación de los padres del nonato (defunción fetal) se realizan de manera íntegra y manualmente en el Subdepartamento de Estadísticas Vitales, ya que estos datos no se encuentran incluidas en la base de datos, sino que se deben extraer desde las partidas físicas de defunción.

Para la codificación del área se utilizó como herramienta la web “División Político-Administrativa y Censal” disponible en Geodatos Abiertos INE<sup>24</sup>, la cual contiene información georreferenciada de la población efectivamente censada en el Censo del año 2017 de acuerdo con su pertenencia de área urbana o rural, siendo la dirección de residencia habitual de la madre declarada la utilizada para la asignación del área geográfica.

En el caso de la variable ocupación se codifica la ocupación declarada de ambos padres a partir de la glosa de ocupación, con apoyo del Clasificador Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-88, a nivel de grandes grupos.

### 5.2.2. Analizar, validar y corregir las variables estadísticas

Esta etapa permite analizar los registros en forma integral, detectando inconsistencias a través de la aplicación de validaciones y revisiones minuciosas de la información global de cada hecho vital en el sistema informático.

Una vez terminado el proceso de validación, se procede a obtener los tabulados preliminares de cada hecho vital. Aquí nuevamente se analiza la consistencia de la información, tratando de captar todas aquellas incoherencias que puedan afectar los resultados finales. Una vez detectadas y corregidas, se obtienen los tabulados finales que pasan a ser la parte principal del anuario de Estadísticas Vitales.

---

<sup>22</sup> Sistema Informático de Frecuencias, Análisis y Corrección de Estadísticas Vitales, aplicación de desarrollo propio de la institución.

<sup>23</sup> CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

<sup>24</sup> <https://www.ine.gob.cl/herramientas/portal-de-mapas/geodatos-abiertos>

### 5.2.3. Preparación del anuario, validación técnica y obtención de resultados

La preparación del anuario de estadísticas vitales considera etapas de validación y revisión de consistencias entre las variables de cada base de datos (para año 2023, nacimientos, defunciones generales y defunciones fetales), así como de los resultados obtenidos a través de los distintos cuadros estadísticos, tabulados y gráficos que se crean para la construcción de los análisis de cada hecho. Las validaciones se desarrollan tanto en las bases de datos como en los cuadros estadísticos de los resultados, en caso del surgimiento de algún error se procede a revisar y ajustar la base de datos junto al reprocesamiento de los cuadros, tablas u otros. En el proceso de desarrollo de las revisiones y análisis participan analistas demográficos tanto de la Unidad de Estadísticas Vitales como otros integrantes del Subdepartamento de Demografía. La revisión del producto Anuario y Síntesis, es revisado por las jefaturas del Subdepartamento de Demografía, Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales y Subdirección Técnica.

Finalmente, el producto anuario de Estadísticas Vitales y su Síntesis, son enviados a la unidad de comunicaciones institucional para finalizar la revisión en aspectos de presentación que son mejorados por la unidad de estadísticas vitales. Una vez finalizada las ediciones, el anuario es publicado por equipo de estadísticas vitales y difundido por el equipo de comunicaciones institucional.

**Diagrama 2:** Esquema general de obtención de las estadísticas vitales



Fuente: Elaboración propia.

#### 5.2.4. Referidas al ámbito de la salud en la variable causas de muerte

A continuación, se especifican algunas observaciones relativas a las generalidades del Anuario de Estadísticas Vitales a través del tiempo.

- El Clasificador Estadístico Internacional de Enfermedades y otros problemas relacionados con la Salud décima revisión CIE-10 (OPS-OMS, 1995), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en diversos períodos y sus cambios de revisión:

Revisión de la CIE	Efectuada por OMS en	Adoptada en Chile en:
7	1955	1958-1967
8	1965	1968-1979
9	1975	1980-1996
10	1994	1997-...

En las etapas de la producción estadística de causa de muertes han intervenido las tres instituciones del convenio, según el siguiente detalle:

Período	Institución productora	Institución registradora
1843-1951	Oficina de Estadísticas	Servicio de Registro Civil e Identificación
1952-1978	Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Estadísticas del Servicio Nacional de Salud	desde 1884
1979-1981	Instituto Nacional de Estadísticas y Ministerio de Salud (en convenio legal desde 1982)	
1982 a 2022	Ministerio de Salud (Departamento de Estadísticas e Información de Salud)	

- La tabla de conversión del grupo de causas de muerte de la CIE-9 a la CIE-10 es la siguiente:

Grupos de causas	Códigos de CIE-9	Códigos de CIE-10
Aparato circulatorio	390-459	I00-I99
Tumores malignos	140-208	C00-C97
Traumatismos y envenenamientos	800-999	S00-T98
Aparato respiratorio	460-519	J00-J99
Aparato digestivo	520-579	K00-K93
Síntomas y estados morbosos mal definidos	780-799	R00-R99
Infeciosas y parasitarias	001-139	A00-B99
Ciertas afecciones originadas en período perinatal	760-779	P00-P96
Aparato genitourinario	580-629	N00-N99
Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición del metabolismo y trastornos de la inmunidad	240-279	E00-E90
Resto de causas	280-389 630-759 210-239	D00-D89, F00-F99 G00-G98 H00-H95 O00-O99 Q00-Q99

- A contar del año 2000, las causas de muerte **Códigos S y T que corresponden a los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas que se refieren a la naturaleza de la lesión, no se incluyen en este anuario, debido a que no utilizan las causas básicas de muerte**, estando representados los casos en el capítulo 20 “Causas externas de morbilidad y de mortalidad” (V01-Y98).
- Las causas externas –con códigos de la V01 a Y98– que se refieren a las causas de muerte que provocan la lesión se encuentran en los tabulados de causa de muerte, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Las causas de muerte son registradas en el Certificado Médico de Defunción (CMD) siguiendo disposiciones establecidas por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)<sup>25</sup>, elaborándose las estadísticas de causas de defunción a partir de **la causa básica de muerte**, que se

<sup>25</sup> Actualmente está en uso la décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 El Art. 143 del Código Sanitario ampara legalmente su uso en la inscripción de las defunciones, mientras la vigencia de la CIE-10 emana del Decreto N°1 de Salud de 2008.

define como la enfermedad o evento que **inició** la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión o la intoxicación mortal, tarea que realizada bajo rigurosas reglas de selección y revisión por parte del Minsal, específicamente el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

### 5.2.5. Referidas al ámbito de ocupación y educación

- **Ocupación**

Para la codificación de la ocupación en los hechos vitales se utiliza el CIUO (Clasificador Internacional Uniforme de Ocupaciones) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en diversos períodos, tal como lo indica el siguiente cuadro:

Período	Clasificador de ocupación	Observación
1982-1993	COTA 70	La codificación se realiza a nivel de grandes grupos, es decir 1 dígito
1994-...	CIUO-88	

- **Educación**

Para la codificación de educación se han considerado los cambios de criterios en lo referido al nivel de instrucción, ya que este se ha ido modificando a través del tiempo.

A contar de **1967 se reemplaza la denominación de educación primaria y secundaria por educación básica y media**, respectivamente, por lo que en el análisis de la información se debe considerar, además de la glosa explicativa de la ocupación, la edad de la persona para hacer coherente el nivel de instrucción declarado. Ej.: en 2023 las personas de 74 años y más no pueden tener nivel medio de educación, solo secundario.

- Los cambios más relevantes del sistema de educación en Chile desde los comienzos de la Independencia son:

Período	Modificaciones del sistema educacional
1813	Se dictó el Reglamento para Maestros de Primeras Letras.
1821	Todos los maestros de primeras letras debían presentarse “en la escuela normal de enseñanza mutua (Lancasteriana) establecida en la universidad, para acordar con el preceptor de ella el turno de su respectiva asistencia para su instrucción en el nuevo sistema de enseñanza” ( <i>Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile</i> ). Chile es el primer país de América que inicia la enseñanza normal.
1842	Fundación de la primera Escuela Normal de Preceptores de Santiago, solo para hombres.
1854	Se creó la Escuela Normal de Preceptoras.
1920	Se aprueba la Ley N° 3.654, de Instrucción Primaria Obligatoria, que asegura a lo menos cuatro años de escolaridad para niños y niñas.
1929	El Decreto con Fuerza de Ley N° 5.291 reforma la Ley de Obligatoriedad Escolar, elevándola a seis años, y crea las escuelas experimentales de enseñanza primaria.
1965-1966	Se hace homologación de los cursos de humanidades y enseñanza media y parte de la básica y se eleva la enseñanza básica a ocho años obligatorios. En 1966 se crea la PAA (Prueba de Aptitud Académica) prueba fundamental del ingreso a la Universidad (1966-2012)
1973-1974	Cierran escuelas normales, para comenzar la formación pedagógica en las universidades.
2003	Una reforma constitucional extiende la obligatoriedad escolar a 12 años. Se implementa la PSU (Prueba de Selección Universitaria), que reemplaza a la PAA.
2006	Se modifica la actual estructura curricular de ocho años de educación básica y cuatro de educación media por uno de dos ciclos de seis años cada uno. A su vez, la educación media es desagregada en dos ciclos, uno de cuatro años de formación general y uno de dos años de formación diferenciada. Este cambio implica que 7° y 8° año básico pasan a ser enseñanza media inicial.

- **Equivalencias de curso y nivel de educación**

A continuación, se presenta el cuadro de equivalencias utilizadas en el análisis de la variable educación:

Sistema de educación antiguo			Sistema de educación nuevo		
Enseñanza primaria			Enseñanza básica		
Curso	Nivel	Descripción	Curso	Nivel	Descripción
1	4	Primero básico	1	4	Primero básico
2	4	Segundo básico	2	4	Segundo básico
3	4	Tercero básico	3	4	Tercero básico
4	4	Cuarto básico	4	4	Cuarto básico
5	4	Quinto básico	5	4	Quinto básico
6	4	Sexto básico	6	4	Sexto básico
Enseñanza secundaria					
1	3	Primero secundaria	7	4	Séptimo básico
2	3	Segundo secundaria	8	4	Octavo básico
Enseñanza secundaria equivalente a la enseñanza media			Enseñanza media		
3	3	Tercero secundaria	1	2	Primero medio
4	3	Cuarto secundaria	2	2	Segundo medio
5	3	Quinto secundaria	3	2	Tercero medio
6	3	Sexto secundaria	4	2	Cuarto medio
7	3	Séptimo secundaria	5	2	Quinto medio

Actualmente, el sistema educativo<sup>26</sup> se organiza en:

- **Nivel preescolar:** atiende niños(as) menores de seis años, mediante instituciones de redes públicas y privadas.
- **Nivel básico obligatorio:** de ocho grados, cumplido en escuelas municipales o privadas.
- **Nivel medio:** de cuatro grados, que se ofrecen en liceos con dos modalidades (la científico-humanista, de tipo general, y la técnico-profesional, que combina estudios generales y formación para el trabajo).
- **Nivel superior:** impartido en universidades e institutos profesionales o centros de formación técnica (postsecundarios de dos años y más de duración).

SISTEMA ANTIGUO DE EDUCACIÓN				
E. Prebásica <sup>27</sup>	E. Básica	E. Secundaria	E. Técnico Superior	E. Superior
Prekínder-kínder	1-6 básico	1-7 secundario	1-3 superior	1-7 profesional

SISTEMA ACTUAL DE EDUCACIÓN				
E. Prebásica	E. Básica	E. Media	E. Técnico Superior	E. Superior
Prekínder-kínder	1-8 básico	1-4 medio	1-3 superior	1-7 profesional

<sup>26</sup> Ver información en: <http://600.mineduc.cl/index.php>

<sup>27</sup> La edad de los(as) niños(as) para este nivel es de cuatro a seis años.

### 5.3.El sistema de estadísticas vitales y la calidad de sus productos

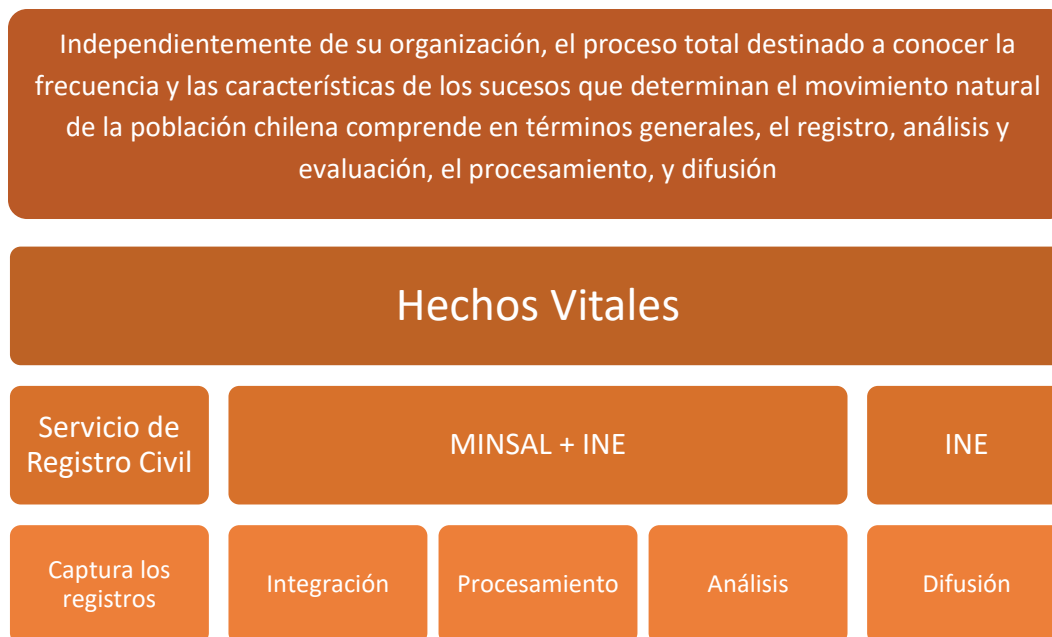
#### 5.3.1. El sistema de estadísticas vitales en Chile

El Sistema de Estadísticas Vitales es un proceso permanente destinado a reunir información referida a la frecuencia y a las características de determinados sucesos denominados hechos vitales, así como a ciertos datos sobre la o las personas que participan en aquellos.

Corresponde al sistema de Estadísticas Vitales la recolección, la elaboración y la difusión de datos sobre: nacimientos vivos, defunciones, defunciones fetales, matrimonios y acuerdos de unión civil, práctica que data desde la promulgación del Código Civil, el 14 de diciembre de 1855.

Desde un principio, estas tareas fueron asimiladas por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) y por la entonces denominada “Oficina de Estadísticas”. A partir del año 1982 forman parte del Sistema de Estadísticas Vitales de Chile -con las responsabilidades que se resumen en el Diagrama 3- el SRCel, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas.

**Diagrama 3:** Chile: Resumen de las tareas de los organismos del Estado en la producción de las Estadísticas Vitales



Fuente: Elaboración propia.

Una de las características que asegura la calidad de los datos de las Estadísticas Vitales en Chile radica en la obligación legal de inscribir estos hechos para poder optar a determinados beneficios y derechos sociales (por ejemplo, para asistencialidad de familiares dependientes “cargas familiares”, para el ingreso al sistema de educación formal, para la sepultación de las personas fallecidos y otros fines).

El trámite citado en el párrafo anterior se efectúa en las oficinas locales (circunscripciones o suboficinas) dependientes de las direcciones regionales del Servicio de Registro Civil e Identificación. Bajo este esquema de operatividad, el sistema de registro de hechos vitales de Chile se puede catalogar como un “sistema de tipo centralizado”.

La oportunidad para inscribir los hechos vitales está determinada principalmente por el cumplimiento de requisitos establecidos por el SRCel para tales efectos. Así, en términos generales, por ejemplo:

- a) Los nacimientos ocurridos en el territorio nacional deben inscribirse en la oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación que corresponda a la circunscripción (territorio) donde se produjo el parto.
- b) El plazo para solicitar la inscripción de un fallecido(a) es de tres días, contados desde la fecha de la defunción. Pasado este plazo, se requiere una autorización judicial para practicar la inscripción (Artículo 181, DFL 2128\_1930).
- c) Para el caso de las defunciones fetales, dado que se admite información para restos fetales de todas las edades gestacionales, los deudos pueden solicitar la inscripción del hecho (denominado estadística de defunción fetal) con fines de sepultación. En caso de que los deudos no requieran el documento con esos fines, desde 2005 los citados informes se integran a las estadísticas vitales por la vía de los organismos de la autoridad sanitaria, que recaban los formularios generados en todas las maternidades del país y los remiten al Ministerio de Salud (Res. Exenta 517\_06 del Ministerio de Salud, Norma General Técnica N° 86, Ministerio de Salud).

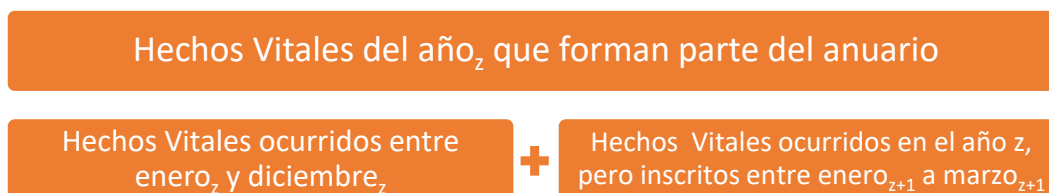
De lo anterior se deduce que la inscripción de los nacimientos no tiene plazo (Artículo 112 del DFL 2128\_1930<sup>28</sup>). Sobre las defunciones, si bien el mayor porcentaje se certifica y se inscribe apenas ocurre el hecho, hay un pequeño conjunto (principalmente las muertes que son objeto de trámites periciales y judiciales) cuya inscripción puede tardar un tiempo.

En virtud del comportamiento que históricamente ha presentado la oportunidad de inscripción de los hechos vitales en el país, y considerando el tiempo oportuno de “cierre” del movimiento anual de inscripciones por parte de las Oficinas del SRCel para efectuar el recuento de los hechos vitales ocurridos en el año calendario anterior, el Sistema de Estadísticas Vitales se rige por los plazos establecidos según el **calendario estadístico**, que se presenta a continuación en el Diagrama 4.

---

<sup>28</sup> Artículo 112. Dentro del término de 60 días, contado desde la fecha en que hubiere ocurrido el nacimiento, deberá hacerse la inscripción del recién nacido, a requerimiento verbal o escrito de alguna de las personas que indica el artículo siguiente.

**Diagrama 4:** Chile: Plazos aceptados para integrar las inscripciones de los hechos vitales, con fines de recuento estadístico de los hechos ocurridos en un año calendario



Fuente: Elaboración propia.

En síntesis, para la elaboración de las estadísticas vitales de cada año calendario se consideran las inscripciones de los hechos vitales de ese año, tanto si fueron practicadas durante el mismo como si lo fueron durante el primer trimestre del año siguiente. De esta manera se contribuye a incrementar la integridad del registro de los hechos vitales, ampliando el plazo del año estadístico.

### 5.3.2. Calidad de la información

Si se considera que las estadísticas vitales son un asunto de interés exclusivo de la salud pública, es desestimar el carácter legal de la inscripción de los hechos vitales, así como la amplia utilización que se hace de la información generada para la toma de decisiones de diversos sectores del Estado y de la economía en general. Además del uso que los propios organismos integrantes del sistema de estadísticas vitales hacen de estos datos, la información se utiliza tanto para determinar medidas administrativas en relación con planes y programas de otros organismos públicos como para la investigación científica social y de salud, y muchas actividades profesionales, particulares y comerciales. Por esta razón el año 2020 se generó el documento “Resultados de indicadores de calidad para el análisis de las estadísticas vitales en el instituto nacional de estadísticas” (INE, 2020) el cual tenía como objetivo elaborar una batería de análisis demográficos tendientes a evaluar demográficamente la calidad de las estadísticas vitales, poniendo como ejemplo de análisis el caso chileno.

La información que proporcionan las estadísticas vitales es indispensable para la preparación y ejecución de programas como: construcción de viviendas y escuelas públicas y particulares, seguridad social, compañías de seguros, producción de bienes de consumo (medicamentos, productos alimenticios, vestidos, muebles y artículos para niños(as) y madres, así como de utensilios domésticos en general), organización de servicios médicos de obstetricia y para la hospitalización en el parto, servicios funerarios, entre otros.

Las estadísticas vitales y los censos de población constituyen las principales fuentes de datos demográficos y el insumo básico para la elaboración de las estimaciones y proyecciones de población a nivel de división político-administrativa.

Para atender convenientemente todos estos requerimientos es necesario que el sistema asegure que los datos anuales que produce se refieran básicamente a:

- a) En términos de **cobertura**, a la totalidad de los(as) habitantes que han experimentado un hecho vital, en todos los espacios geográficos contemplados en la división político-administrativa del país.
- b) En términos de **contenido**, a todas las variables de caracterización de cada hecho vital, considerando las necesidades de información de los(as) distintos(as) usuarios(s) de estos productos informativos.
- c) Asimismo, el sistema debe asegurar que los datos sean permanentemente objeto de evaluación crítica, que permita evitar la fragmentación y mejorar la exactitud, la calidad de los datos y la comparabilidad, tanto en lo que respecta al registro de la información como a los métodos para su elaboración.

### 5.3.3. El registro de nacimientos

En Chile no hay plazo determinado para practicar la inscripción de los nacimientos. Sin embargo, se ha observado que el país presenta, a lo largo de su geografía, diferentes niveles de retraso de la captación del hecho, dando lugar a lo que se conoce como “**Inscripciones tardías**”.

Por tratarse de un nacido vivo, necesidades personales y exigencias legales parecen ser las principales causas, por las que -en momentos no muy lejanos de acontecido el hecho-, se practica la inscripción. Así ocurre, por ejemplo, con el acceso a beneficios de los programas de salud materno-infantil y con el ingreso de los(as) niños(as) a la educación formal, entre otros.

Del examen bibliográfico sobre la medición de la cabalidad del registro de nacimientos en Chile, se puede concluir que para determinar el “verdadero” número de nacimientos ocurridos en un año, las investigaciones comprenden procedimientos que consisten básicamente en:

- a) “Rejuvenecer” hasta el momento de su nacimiento la población del grupo de edades mejor declarado de un censo (generalmente la población de 5 a 9 años), mediante la suma a dicha población de las defunciones de la cohorte (Diagrama de Lexis) (CELADE, 1976). Los nacimientos “estimados” que se obtienen así para un quinquenio se relacionan luego con los “registrados” para el mismo período, determinándose el subregistro.
- b) Sumar a los nacimientos ocurridos e inscritos en un año calendario aquellas inscripciones practicadas anualmente hasta con siete años de retraso, suma que comparada con los nacimientos ocurridos e inscritos en un año proporciona una magnitud de las inscripciones “oportunas” respecto de las tardías (INE-CELADE, 1990). Esto último, tomando en cuenta la edad de ingreso de los(as) niños(as) a la educación y las eventuales duplicaciones en la inscripción de hechos con ocho y más años de tardanza.

### 5.3.4. El registro de defunciones

Se estima en la actualidad que la omisión del registro de defunciones en Chile es muy baja debido, principalmente, a que la ley prohíbe la sepultación de cadáveres si el fallecimiento de la persona no está inscrito en el Servicio de Registro Civil e Identificación.

#### 5.3.4.1 Mejoras en el registro de defunciones

Al efectuar la revisión bibliográfica sobre la calidad de los datos del registro de defunciones en el país, se encuentran tres corrientes de investigación, que dan cuenta del mejoramiento experimentado en el tiempo:

- a) En una investigación que tiene una data de más de cuatro décadas, acerca del seguimiento y observación en terreno de defunciones certificadas de los menores de un año (Puffer & Serrano, 1973; Legarreta, Aldea, & López, 1973), se encontró una alta omisión del registro de defunciones de recién nacidos que habían fallecido en maternidades a los pocos minutos de nacer, especialmente cuando eran de bajo peso.
- b) La segunda contempla la evaluación de datos observados a partir de estimaciones indirectas que se derivan de métodos demográficos. El de mayor uso en Chile corresponde a aquel que, al momento de un censo, examina la “distribución por edad de las muertes” (Growth Balance Equation) (Brass, 1975) a partir de la relación entre las defunciones por edad de las personas de cinco años o más y la población censal de las mismas edades. Esta técnica, que se ha utilizado para la elaboración de las tablas de mortalidad de Chile desde la década de los 80 hasta la fecha, muestra que se obtienen factores de corrección muy cercanos a uno, lo que permite concluir que, si hubiera subregistro de defunciones, este sería tan bajo que en ningún caso invalidaría la descripción del “verdadero” nivel y de la “verdadera” estructura de la mortalidad, al menos para el país en su conjunto y para cada una de las regiones.
- c) La tercera, más que evaluar problemas de “cobertura”, consiste básicamente en derivar conclusiones sobre probables errores de “contenido” a partir de los datos recopilados sobre la certificación médica al momento del deceso y las causas de muerte mal definidas (Taucher, 1978).

Rigurosamente, la certificación médica debería corresponder a aquella que efectúa el médico tratante o legista. Sin embargo, aprovechando la información que se tabula anualmente sobre la calidad de quien certifica la defunción, se han incluido los certificados emitidos por patólogos o por otro médico, profesional que en muchos casos no dispone de más información que la que pueda proporcionarle un(a) testigo sobre la causa de muerte.

Si bien el porcentaje de certificación médica de las muertes en Chile puede parecer bastante alto, estudios más exhaustivos sobre el tema debieran considerar aspectos diferenciales,

tales como: la mortalidad por edades (se ha observado que generalmente la certificación de muertes de menores de un año es inferior a la del total de defunciones), la clasificación de las muertes entre las declaradas por testigos y las certificadas por médicos (es probable que las poblaciones en las que se origina la certificación por testigos difieran en accesibilidad a servicios médicos, grado de urbanización y nivel socioeconómico) y ciertos grupos de causas (por ejemplo, las personas que mueren por tumores, debido a que generalmente son enfermedades de larga duración que han tenido mayor probabilidad de haber consultado un médico que aquellas que fallecen por enfermedades agudas o por accidentes y violencias, casos estos últimos en los que por ley debe certificarlas un médico legista).

Otro indicador de la calidad de los datos sobre defunciones, particularmente sobre causas de muerte, es el porcentaje de causas mal definidas. El análisis se facilita, en gran medida, si se grafica la información del porcentaje de defunciones por causas mal definidas y el porcentaje de muertes certificadas por médico.

Aunque las observaciones hasta aquí señaladas aún pueden no proporcionar elementos de juicio que permitan verificar el verdadero grado de cabalidad del registro de defunciones, los datos entregan valiosos antecedentes sobre las diferencias que se presentan entre las regiones del país, tanto de cobertura como de contenido.

Por otra parte, hay dos aspectos que aseguran que la información disponible sobre las defunciones permita describir en términos bastante acertados la mortalidad en el país. Uno de ellos se refiere a la poca complejidad que imponen los datos cada vez que se ha estimado pertinente describir la mortalidad, a través de la elaboración de tablas de mortalidad; el otro aspecto se relaciona con la estabilidad de los criterios de codificación de las causas en el sentido de que:

- a) Históricamente las defunciones se han codificado según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuya última revisión corresponde a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)
- b) Para el trabajo de codificación es posible consultar copias del certificado médico de defunción o del informe estadístico, lo que es muy favorable para el análisis de discrepancia de los criterios de codificación, si los hubiere.

#### 5.3.4.2 Alcances sobre la mortalidad por causas

Mientras la edad y el sexo constituyen los aspectos más importantes en los que se manifiestan las influencias biológicas de los riesgos de muerte, la influencia de los factores ambientales habitualmente suele investigarse a través de las causas de muerte. Así, los antecedentes que se tienen de la historia natural de las enfermedades y de su etiología ambiental y social permiten realizar provechosos estudios basados en la información sobre causas de muerte.

Si bien el estudio de la mortalidad se habría iniciado un siglo antes —con los esfuerzos de John Graunt para elaborar las tablas de mortalidad de Londres— el primer ensayo de clasificación

sistemática de enfermedades se atribuye a François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1777), publicado con el título de *Nosologia Methodica*.

Sin embargo, fue el estadístico-médico de la oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, *William Farr (1807-1883)* quién, basándose en las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles, luego de mejorarlas y de imponerles uniformidad de modo que fueran utilizadas internacionalmente por solicitud del Congreso Internacional de Estadística, presenta en las reuniones de París (1885) una clasificación de las enfermedades según su localización anatómica, criterio que ha perdurado hasta hoy como base de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

Así, las conferencias convocadas hasta la IV Revisión por el Instituto Internacional de Estadística y la V, en conjunto con la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones para preparar las listas internacionales de enfermedades —desde la VI Revisión de 1948 y hasta la actual X Revisión— son competencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La última clasificación internacional de enfermedades denominada “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud” corresponde a la Décima Revisión, conocida habitualmente como CIE-10 (OPS-OMS, 1995). Esta revisión, que entró en rigor en países económicamente más desarrollados el 1 de enero de 1993, fue adoptada para clasificar estadísticamente la mortalidad en Chile en 1997.

## 5.4. Formularios utilizados

### 5.4.1. Formulario de nacimiento

- Registro de nacimiento: es la partida o registro público, en el cual se registran los antecedentes legales del recién nacido y los padres, trámite que se debe realizar en la oficina del Registro Civil e Identificación (SRCel) donde ocurrió el parto.

**SERVICIO DE REGISTRO CIVIL  
E IDENTIFICACIÓN  
CHILE**

**REGISTRO DE NACIMIENTO** **N-1**

(B) ORIGINAL

RUN

AÑO	REGION	CIRCUNSCRIPCIÓN	INSCRIPCIÓN N°	REGISTRO	FECHA

**DATOS DEL INSCRITO**

NOMBRES		FECHA DE NACTO.	
APELLIDOS		HORA DE NACTO.	
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
LUGAR DE NACIMIENTO			SEXO

**IDENTIDAD DE LOS PADRES/ PROGENITORES**

NOMBRES DEL PADRE / PROGENITOR(A)		RUN	
APELLIDOS DEL PADRE / PROGENITOR(A)		NACIONALIDAD	
PROFESIÓN U OFICIO		COMUNA	
DOMICILIO			

NOMBRES DE LA MADRE / PROGENITOR(A)		RUN	
APELLIDOS DE LA MADRE / PROGENITOR(A)		NACIONALIDAD	
PROFESIÓN U OFICIO		COMUNA	
DOMICILIO			

**DATOS DEL (LOS) REQUERENTES (S)**

	RUN	
	RUN	

**DECLARACIONES JURADAS (Solo inscripciones por Testigos)**

FIRMA PRIMER TESTIGO	FIRMA SEGUNDO TESTIGO

**OBSERVACIONES**

Firma y RUN Requerente N° 1	Firma y RUN Requerente N° 2	Firma y sello Oficial Civil
Firma y RUN de Padre / Madre / Progenitor(a) conforme lo establecido en el Art. N° 188 del C.C.		

- Comprobante de atención del parto: es el documento que da cuenta del hecho del parto y está ubicado en el reverso del registro. Debe venir firmado por el médico o

matrona que atendió el parto. En rubros destinados al efecto se recaba además la información de salud y los datos estadísticos se obtienen en un recuadro específico en la oficina del SRCel cuando se realiza la inscripción.

**COMPROBANTE DE ATENCIÓN DE PARTO N°**

**CERTIFICADO que se ha atendido el parto de** (Nombres y apellidos completos) \_\_\_\_\_ **CEDULA DE IDENTIDAD** \_\_\_\_\_

<b>FECHA DEL PARTO</b> Día: _____ Mes: _____ Año: _____	<b>HORA DEL PARTO</b> Hora: _____ Min: _____	<b>SEXO DEL HIJO(A)</b> M : Masculino F : Femenino I : Indeterminado	Semanas gestación: _____	Peso al nacer (gramos): _____	Talla (cm): _____	<b>TIPO DE PARTO</b> 1: Simple 2: Doble 3: Triple 4: Otro	<b>LUGAR DE OCURRENCIA</b> 1: Hospital 2: Casa habitación 3: Otro
<b>ATENCIÓN POR</b> 1 : Médico 2 : Matrona 3 : Sin atención Profesional 4 : Otro Personal de salud		<b>MEDICO O MATRONA QUE ATENDE EL PARTO</b>			<b>CEDULA DE IDENTIDAD</b>		
<b>ESTABLECIMIENTO O LUGAR DEL PARTO</b>			<b>COMUNA</b>		<b>FECHA CERTIFICACION</b> Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
Impresión digital		La madre / progenitora deberá identificarse con su cédula de identidad. Si no dispone de ella, se le tomará una impresión dígito, judging derecha, y deberá identificarse al requerir la inscripción del nacimiento.			Firma del Médico o Matron/a y sello del establecimiento		

**DECLARACIONES JURADAS (Sólo inscripciones por Testigos)**

Yo, _____ de _____ años de edad, chileno, domiciliado en _____ (ciudad, calle y N°) _____ declaro bajo juramento que concoco desde hace años a _____ y me consta que con fecha _____ a las _____ horas (aprox) dio a luz un hijo/a de sexo _____ en el lugar (calle N°) _____ Comuna _____ cuya inscripción de nacimiento está siendo requerida con esta fecha. Estoy consciente de que las falsas declaraciones son castigadas con penas de prisión y multa. En _____ de _____ de _____ Firma del primer testigo _____	Yo, _____ de _____ años de edad, chileno, domiciliado en _____ (ciudad, calle y N°) _____ declaro bajo juramento que concoco desde hace años a _____ y me consta que con fecha _____ a las _____ horas (aprox) dio a luz un hijo/a de sexo _____ en el lugar (calle N°) _____ Comuna _____ cuya inscripción de nacimiento está siendo requerida con esta fecha. Estoy consciente de que las falsas declaraciones son castigadas con penas de prisión y multa. En _____ de _____ de _____ Firma del segundo testigo _____
Artículo 219 CÓDIGO PENAL. El que ante la autoridad o sus agentes perjurar o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá las penas de prisión menor en sus grados mínimo a medio y multa. Formaron ante mí los testigos arriba identificados Firma y sello del Oficial Civil _____	

**DATOS DE LA MADRE / PADRE / PROGENITOR(A)** (Datos a la fecha del nacimiento)

<b>DATOS DE LA MADRE / PADRE / PROGENITOR(A)</b>		<b>USO INE</b>		<b>Hijos/as incluyendo presente inscripción</b>			
Residencia habitual de la madre / progenitor(a) (calle N°, localidad y comuna)				Vivos	Fallecidos	Matrimonios	Total
EDAD	INSTRUCCION (Último curso Nivel)	OCUPACION		USO INE	NIVEL OCUPACIONAL		
	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno				1: Patron/a 2: Empleado/a 3: Trabajador/a asalariado/a 4: Trabajador/a por cuenta propia		
EDAD	INSTRUCCION (Último curso Nivel)	OCUPACION		USO INE	NIVEL OCUPACIONAL		
	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno				1: Patron/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia		

**CÓDIGOS ESTADÍSTICOS (USO Interno del SRCel)**

<b>CODIGO NACIONALIDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL DE LA MADRE / PROGENITOR(A)</b>	<b>CODIGO REC</b>
C ET EG	C S V X	C A P M N X

**PARA SER LLENADO EN EL REGISTRO CIVIL POR EL REQUIRENTE**

**NOMBRE COMPLETO DEL INSCRITO(A)** \_\_\_\_\_

**PRIMER Y SEGUNDO APELLIDO DEL INSCRITO(A)** \_\_\_\_\_

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 22 inciso final de la ley 4.808, sobre Registro Civil, se informó por escrito al requirente sobre los derechos de los hijos/as de filiación no determinada, entregándole una Cartilla Informativa Z-14.

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

### 5.4.2. Formulario de defunción

- Registro de defunción: es aquel en el cual se registran los antecedentes legales del fallecido.

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN CHILE		REGISTRO DE DEFUNCIÓN				D-1												
<b>(B) ORIGINAL</b>																		
RUN																		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>AÑO</th> <th>REGIÓN</th> <th>CIRCUNSCRIPCIÓN</th> <th>INSCRIPCIÓN N°</th> <th>REGISTRO</th> <th>FECHA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							AÑO	REGIÓN	CIRCUNSCRIPCIÓN	INSCRIPCIÓN N°	REGISTRO	FECHA						
AÑO	REGIÓN	CIRCUNSCRIPCIÓN	INSCRIPCIÓN N°	REGISTRO	FECHA													
DATOS DEL FALLECIDO/A																		
NOMBRES				FECHA NACTO														
APELLIDOS		(PRIMER APELLIDO)		(SEGUNDO APELLIDO)		SEXO												
DATOS DE LA DEFUNCIÓN																		
FECHA		ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN			HORA													
LUGAR DE LA DEFUNCIÓN																		
LUGAR DE LA SEPULTACIÓN																		
CAUSAS DE LA MUERTE																		
DATOS DEL REQUIRENTE																		
RUN		NOMBRES Y APELLIDOS																
DECLARACIONES DE TESTIGOS																		
RUN TESTIGO 1		NOMBRES Y APELLIDOS TESTIGO 1																
RUN TESTIGO 2		NOMBRES Y APELLIDOS TESTIGO 2																
OBSERVACIONES																		
Firma Testigo N°1		Firma Testigo N°2		Firma y Sello Oficial Civil														
Firma Requirente																		

- Certificado médico de defunción y estadísticas de mortalidad fetal: es el documento que da cuenta del hecho de la muerte y está ubicado en el anverso del registro. En rubros destinados al efecto se recaba además la información de salud y los datos estadísticos se obtienen en un recuadro específico en la oficina del SRCel, al momento de la inscripción.

Como su nombre lo indica, permite registrar e informar defunciones fetales, solo con fines de sepultación.

**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL**  
(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

**A. USO EXCLUSIVO MÉDICO (O MATRÓNIA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)**

1.-NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A		CÉDULA DE IDENTIDAD	
SEXO <input type="checkbox"/> M: MASCULINO <input type="checkbox"/> F: FEMENINO <input type="checkbox"/> I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD Años Cumplidos	Sólo si es menor de un año
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO/A: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)			
1. Nombre: _____ C-I: _____		Firma: _____	
2. Nombre: _____ C-I: _____		Firma: _____	
2.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN		SOLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL	
FECHA	HORA	Peso al nacer (grs)	Semanas gestación
Día Mes Año	Hora Minutos		
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN	
1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro		COMUNA	
3.-CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.		DURACIÓN ENFERMEDAD	USO M. SALUD
CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)			
a) Debida a + o + Como consecuencia de +			
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)			
b) Debida a + o + Como consecuencia de +			
c) ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)			
4.-FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE		EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE	
1: Autopsia 2: Biopsia 3: Operación 4: Exa. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos		LUGAR DE OCURRENCIA	CIRCUNSTANCIAS
		1: Casa 2: Via Pública 3: Trabajo 4: Otro	1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Otra
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS	
1: SI 2: No 3: Ignorado		1: Tratamiento 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro 4: Información de Matrónia 5: Testigos 6: Ignorado	
Nombre Médico: _____		FECHA CERTIFICADO	
Rut: _____ Teléfono: _____		Día Mes Año	
Domicilio: _____		Firma Médico y Sello Establecimiento	
<b>B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)</b>			
RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)		USO INE	
INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel	OCUPACIÓN	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			1: Patriónia 2: Empleadora 3: Obrera 4: Trabajadora por cuenta propia
5.-SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL			
Nombre de la persona gestante / madre / progenitoria			
ESTADO CIVIL		HJOS/A/S: Inoluzendo presente Inscritión	
1: Soltero 2: Casado 3: Viuda 4: Divorciada 5: Conviviente civil 6: Separada judicialmente		Vivos/as Fallecidos/as Mortinatos Total	
EDAD Años cump. Último Curso Nivel		FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO	
1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno		1.-Parto 2.-Aborto	
INSTRUCCIÓN		USO INE	
1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			
OCUPACIÓN		NIVEL OCUPACIONAL	
		1: Patriónia 2: Empleadora 3: Obrera 4: Trabajadora por cuenta propia	
Nombre del Padre / Progenitor (a)			
EDAD Años cump. Último Curso Nivel		USO INE	
1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			
OCUPACIÓN		NIVEL OCUPACIONAL	
		1: Patriónia 2: Empleadora 3: Obrera 4: Trabajadora por cuenta propia	

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

**Observación:** una vez que se practica la inscripción en el SRCel, estos formularios pasan a ser un instrumento público, denominados inscripciones o partidas de nacimiento, matrimonio o defunción, según sea el caso.

## 5.5. Definiciones y conceptos

### 5.5.1. Generales

**Área geográfica:** es una extensión del territorio definido por ciertas características particulares, que pueden ser políticas, administrativas, físicas, ambientales, poblacionales, culturales, entre otras<sup>29</sup>.

**Área geográfica urbana:** se entiende como entidad urbana un asentamiento humano con continuidad y concentración de construcciones en un amanzamiento regular con población mayor a 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, donde menos del 50% de la población que declara haber trabajado se dedica a actividades primarias (INE, 2025).

**Área geográfica rural:** se entiende como entidad rural un asentamiento humano con población menor o igual a 1.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes donde más del 50% de la población que declara haber trabajado se dedica a actividades primarias. Además, se define como rural a un conjunto menor de entidades que reúnen los criterios de población para ser definidas como urbanas, pero no los requisitos de amanzamiento, continuidad o concentración de construcciones (INE, 2025).

**Condición o tipo de actividad:** esta variable está dada por la participación de las personas de 12 y más años en las actividades económicas del país. Clasifica a la población en económicamente activa (trabaja) y económicamente inactiva (no trabaja).

La primera incluye a todas las personas que proporcionan la oferta de mano de obra para la producción de bienes y servicios, en un período determinado; la segunda está comprendida por: dueñas/os de casa, estudiantes, rentistas, jubilado/as, pensionado/as o incapacitado/as para trabajar.

**Categoría de ocupación:** destaca la relación entre una persona económicamente activa y su empleo; vale decir, indica si la persona es (o ha sido, en el caso del(a) cesante) patrona o empleadora, trabajadora por cuenta propia o trabajadora asalariada (empleada, obrera o jornalera).

**División político-administrativa (DPA):** la legislación divide al país en regiones, provincias y comunas. La DPA del año 1985 fue reemplazada en 2000 por el Decreto N° 1.439 del Ministerio del Interior, publicado en el Diario Oficial N° 36.657 del 8 de mayo de 2000. Esta última DPA también fue posteriormente reemplazada en 2018 por el Decreto N° 1.115 del mismo ministerio, publicado en el Diario Oficial N° 42.161 del 21 de septiembre de 2018, siendo esta la DPA que contiene este anuario.

**Región:** es el territorio jurídicamente determinado para fines de gobierno y administración interior y descentralizada del Estado, que constituye el primer nivel de estructuración del país para dicho efecto. Se divide en provincias y debe contar con una ciudad capital, que conforma

---

<sup>29</sup> Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Subdepartamento de Censos, 2010.

la sede de su autoridad (intendente y gobierno regional) y de la demás institucionalidad propia de esta unidad territorial.

**Provincia:** es el territorio legalmente definido para fines de gobierno y administración interior en el que se divide la región, constituyendo el segundo nivel de estructuración del país para este efecto. Se conforma por comunas y debe contar con una capital que constituye la sede de su autoridad, el gobernador, y de la demás institucionalidad propia de esta unidad territorial.

**Comuna:** último nivel de la división político-administrativa (DPA), es la unidad básica de administración del territorio.

**Edad:** es el espacio de tiempo transcurrido entre el día, mes y año del nacimiento y el día, mes y año en que ocurrió y/o registró el hecho.

**Edad tipo:** corresponde a la variable “tipo de edad” en las bases de datos de defunciones. Los valores que toma la variable son: 1=años cumplidos, 2=meses, 3=días y 4=horas y minutos.

**Estadísticas vitales:** información numérica sistematizada a través de métodos estadísticos. Proporcionan datos referentes a la dinámica de la población y son ampliamente utilizadas para el cálculo de indicadores de gran importancia, especialmente en el sector salud.

**Fecha de registro:** es el día, mes y año en que se llevó a cabo la inscripción del hecho vital en la oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) y que no necesariamente coincide con la fecha de ocurrencia, ya que puede tratarse de un registro tardío.

**Fecha de ocurrencia:** es el día, mes y año en que ocurrió el hecho.

**Grupo de ocupación:** se refiere al tipo de trabajo, tarea, oficio, labor, servicio u otro quehacer declarado por la(as) persona(s) informante(s), previo al acaecimiento de un hecho vital, clasificado a nivel de grandes grupos de ocupación, según la CIUO-88 (Clasificador Internacional de Ocupaciones rev.3, de 1988).

**Hechos vitales:** son los hechos relacionados con el principio y fin de la vida de cada persona, así como también con los cambios de estado civil que ocurren a lo largo de su existencia. Los hechos vitales han sido definidos por convención internacional para los países signatarios del pacto de las Naciones Unidas, de manera que, al ser utilizada una misma definición de cada hecho vital en todos los países, las estadísticas vitales resultan comparables entre ellos.

En términos genéricos, son hechos vitales:

- Nacimientos
- Matrimonios
- Acuerdo de Unión Civil
- Defunciones
- Defunciones fetales
- Divorcios
- Anulaciones
- Adopciones

- Separaciones legales, entre otros

**Lugar de ocurrencia:** es la localidad u otro lugar geográfico donde ha ocurrido el nacimiento, el matrimonio, la defunción, la defunción fetal.

**Lugar de residencia habitual:** es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. No necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho o su residencia legal. Para los efectos de la tabulación, el lugar de residencia debe determinarse así: para el caso de nacidos vivos, defunciones fetales y menores de un año, lugar de residencia de la madre. En el caso de las defunciones generales, es el lugar de residencia de la persona fallecida.

**Nivel de educación o instrucción:** el sistema educativo chileno se organiza en cuatro niveles:

- **Preescolar**, que atiende niños(as) menores de 6 años, mediante una diversidad de instituciones y redes públicas y privadas.
- **Básico obligatorio**, de ocho grados, cumplido en escuelas municipales o privadas.
- **Medio**, de cuatro grados, que se ofrece en liceos con dos modalidades (científico-humanista, de tipo general, y la técnico-profesional, que combina estudios generales y formación para el trabajo).
- **Superior**, impartido en universidades e institutos profesionales o centros de formación técnica (postsecundarios de dos años de duración).

**Población:** conjunto de habitantes de un área determinada.

**Sexo:** caracterización biológica de los seres humanos. En las bases de datos de nacimientos las categorías de la variable corresponden a: hombre, mujer e indeterminado.

**Sexo indeterminado:** es una anomalía o malformación congénita, llamada también "genitales ambiguos", que se presenta infrecuentemente en recién nacidos, en general acompañada de otras malformaciones congénitas. Estos casos puede que fallezcan a temprana edad, antes de que se haya logrado definir el sexo genético, de modo que quedan como casos de sexo indeterminado, variedad anatómica que debe poder quedar registrada en el Certificado Médico de Defunción.

**Sexo ignorado:** corresponde a una clase reservada para casos en que el Certificado de Defunción corresponde a restos humanos incompletos o a piezas anatómicas humanas, de las que, por razones obvias, no se pudo saber el sexo y no se hizo determinación del sexo genético.

**SIFACEV:** Sistema Informático de Frecuencias, Análisis y Corrección de Estadísticas Vitales.

### 5.5.2. Defunciones

**Causa básica de muerte de la defunción:** enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

**Causa externa de defunción:** la mortalidad por causas externas abarca las lesiones no intencionales, que comprenden los accidentes, y las lesiones intencionales (violencia), que pueden ser autoinfligidas (lesiones autoinfligidas intencionalmente) o causadas por terceros (agresiones) (OPS-OMS, 1998).

**Certificado médico de defunción:** las defunciones son registradas a partir de un certificado médico de defunción, cuya emisión se rige por Decreto Supremo 460 de 1970. Todo médico que asiste a una persona que fallece está obligado(a) a extender el certificado de defunción y señalar la causa de la muerte, teniendo como antecedente la información clínica de atención y siempre que no se presumiere fundadamente que ha fallecido por otra causa.

**Defunción:** es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación posnatal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Esta definición excluye las defunciones fetales.

**Defunción fetal:** es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del feto desde la madre, cualquiera haya sido la duración del embarazo. La definición está indicada por el hecho de que, después de esta separación, el feto no respira ni manifiesta ningún otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

**Defunciones de menores de 7 días o mortalidad neonatal precoz:** son las muertes acaecidas a la población menor de siete días.

**Defunciones de menores de 28 días o mortalidad neonatal:** se refiere a las defunciones ocurridas a los(as) menores de 28 días.

**Defunciones de 28 días a 11 meses o mortalidad posneonatal:** corresponden a las defunciones de la población mayor de 28 días y menor de 11 meses de edad.

**Defunciones de menores de un año:** corresponden a las defunciones de niños(as) nacidos(as) vivos(as) que fallecen antes de cumplir un año de vida.

**Médico legista:** es el(la) médico cirujano que realiza peritajes médicos legales en materia tanatológica, clínica y sexológica.

**Médico patólogo:** es el(la) médico que examina los cuerpos y sus tejidos, y que tiene la responsabilidad de realizar exámenes de laboratorio. Ayuda a otros médicos a hacer diagnósticos y es miembro importante del equipo de tratamiento.

**Médico tratante:** es el(la) médico a cargo de atender y ver evolucionar diariamente al paciente durante su hospitalización.

**Mortalidad fetal:** ver defunción fetal.

**Otro(a) médico:** profesional médico que, si bien pudo o no conocer en vida al paciente fallecido y aunque no tiene conocimiento de sus antecedentes clínicos, prestó asistencia médica momentos antes de la defunción.

**Tipo de aborto:** indica si el aborto fue espontáneo, terapéutico o provocado. Se define como aborto la expulsión o extracción completa desde el cuerpo de la madre de un feto de menos de 20 semanas de gestación.

### 5.5.3. Nacimientos

**Apátridas:** es una persona que no es reconocida como ciudadana en ningún país y carece de nacionalidad.

**Atención del parto:** persona que asistió a la madre en el parto de un nacido vivo o de un nacido muerto (feto). Los datos se captan, según haya sido asistida por: médico, enfermera(o), matrón(a) u otra persona.

**Comprobante de atención del parto:** lo extienden tanto médicos como matronas(es) que atienden partos o abortos en cualquier establecimiento de salud del país, de los cuales emane un producto de la concepción que presente signos vitales, independientemente de su edad gestacional y de su peso al nacer. Este comprobante permite la inscripción del nacimiento en la oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación.

**Edad de los padres:** es la edad, en años cumplidos, que tienen los padres en la fecha en que ocurre el nacimiento, la defunción de menores de un año o la defunción fetal.

**Lugar de atención del parto:** se refiere al lugar físico donde tuvo lugar el hecho, ya sea una unidad hospitalaria de cualquier tipo u otro lugar.

**Nacido vivo:** es la expulsión o la extracción completa desde el cuerpo de la madre de un producto de la concepción que, después de esta separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de algún músculo voluntario, haya o no sido cortado el cordón umbilical, y esté o no unida la placenta, independientemente de la duración del embarazo. Todo producto de tal nacimiento es considerado como nacido “vivo” (UNSTATS, 2004).

**Nacidos vivos corregidos:** son los nacidos vivos observados que se someten a diferentes metodologías técnicas (como de Gutiérrez, de Brass, de las Inscripciones tardías, etc.) que permiten suavizar su comportamiento y ajustarlos a patrones lógicos.

En la práctica, la cifra de nacidos vivos inscritos es corregida por un porcentaje de integridad (o de subregistro), valor que ha sido obtenido mediante la aplicación de las metodologías mencionadas. Este porcentaje de corrección varía cada año y es diferente para cada región, ya que se basa en los datos observados durante cada ciclo anual.

Desde el anuario de 2007 al actual se ha utilizado el método de las inscripciones tardías aplicado al país y regiones (explicado en el anexo B de este informe anual). Hasta 2006 se utilizó como factor general de corrección de la integridad de registro de nacidos vivos el 5%.

**Nacidos vivos observados:** se refiere al registro oficial de nacidos vivos que comprende a los nacimientos que ocurren en un año calendario y que se inscriben en un período del “calendario estadístico”, información que es publicada por el INE.

**Número de hijos(as) nacidos vivos:** se refiere al número total de hijos(as) nacidos vivos que haya tenido la madre hasta el momento en que está registrando su último hijo(a).

**Número de hijos(as) fallecidos:** es el número de hijos(as) nacidos vivos tenidos por la madre en sus embarazos y que fallecieron en el transcurso de su vida.

**Número de hijos(as) nacidos muertos:** es el número de hijos(as) nacidos muertos tenidos por la madre en sus embarazos, y que no registraron ningún signo de vida al nacer.

**Número de orden del parto:** es el número de orden de sucesión del nacimiento que está siendo registrado, con relación a todos los partos anteriores de la madre.

**Período de gestación o edad gestacional:** la duración gestacional se mide a partir del primer día de la última menstruación normal de la mujer. Se expresa en días o semanas.

**Peso al nacer:** primera medición de peso, hecha después de la extracción o expulsión del producto. Se expresa en gramos.

**Semanas de gestación:** tiempo transcurrido entre el primer día del último período menstrual de la madre y la fecha de ocurrencia de la extracción o expulsión del feto o producto. Se expresa en días o semanas cumplidas.

- Pretérmino : menos de 37 semanas completas (menos de 259 días)
- A término : de 37 a menos de 41 semanas completas (259 a 293 días)
- Postérmino : 42 semanas completas o más (294 días a más)

**Talla al nacer:** primera medición del tamaño del recién nacido, después de hecha la extracción o expulsión del producto. Se expresa en centímetros.

**Tipo de parto:** indica un alumbramiento simple (un(a) hijo(a)) o múltiple (más de un(a) hijo(a)).

#### 5.5.4. Otros términos de uso frecuente

**Anuario o Informe Anual de Estadísticas Vitales:** es el recopilatorio de información de Hechos Vitales acaecido a la población humana de Chile, referida a nacimientos, matrimonios, Acuerdo de Unión Civil, defunciones y defunciones fetales, con una periodicidad anual.

**Años de esperanza de vida perdidos (AEVP):** es un indicador que mide el nivel y el cambio de la mortalidad por edades, sexo y causas de muerte de la población (o entre ciertas edades de

una población), del cual se obtiene el tiempo (años) que se deja de vivir por cierta causa a una edad determinada, para un sexo en particular.

**Calendario estadístico:** para efecto de las estadísticas vitales, este corresponde al período transcurrido entre el 1 de enero de un año calendario y el 31 de marzo del año calendario siguiente.

**CIE-10:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión de la OMS.

**CIUO-88:** Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, tercera versión de la OIT.

**Circunscripción:** es una oficina del SRCel que se ubica en diferentes lugares dentro del país, donde se inscriben, entre otros, los cuatro hechos vitales que ocurren en ese lugar.

**Cohorte:** grupo de personas que comparten simultáneamente una experiencia demográfica, al que se observa durante cierto tiempo.

**Crecimiento natural:** es el balance entre la cantidad de personas que nacen y las que mueren, cifras que se expresan en tasas.

**Esperanza de vida:** indica el número de años que probablemente le corresponde vivir a cada componente de una generación de recién nacidos.

**Existencia legal de las personas:** comienza al nacer y termina con la muerte. Los requisitos para la existencia legal son:

- Que haya nacimiento
- Que el(la) niño(a) sea separado(a) completamente de su madre
- Que el(la) recién nacido(a) haya sobrevivido a la separación, siquiera un momento
- Que sea inscrito(a) en el Servicio de Registro Civil e Identificación

**Fecundidad:** en sentido estricto, se utiliza este término para designar una procreación real. En términos más amplios, se emplea para señalar, en sus aspectos cuantitativos, los fenómenos directamente relacionados con la procreación humana, considerada en el seno de una población.

**Fertilidad:** la capacidad fisiológica de una mujer, hombre o pareja para procrear un hijo vivo.

**Fuera de plazo estadístico:** corresponde a cualquiera de los cuatro hechos vitales acaecidos que, habiendo ocurrido en un año x determinado, se inscribe después de finalizado el año estadístico, es decir, después del período transcurrido entre el 1 de enero de un año calendario y el 31 de marzo del año calendario siguiente (período de 15 meses), luego del cual comienza el proceso de elaboración estadística de cada uno de los hechos vitales.

**Índice de envejecimiento:** es la relación entre el número de personas mayores (60 o más años) por cada cien menores de 15 años (niños/as de 0 a 14 años).

**Índice de dependencia demográfica:** personas menores de 15 y de 60 o más años (potencialmente inactivas) por cada cien personas de 15 a 59 años (potencialmente activas).

**Índice de Feminidad:** es la relación entre el número de mujeres y el número de hombres que conforman una población, es decir, el número de mujeres de todas las edades en un determinado año con relación a cada 100 hombres de todas las edades en ese año.

**Índice de Masculinidad:** es la relación entre el número de hombres y el número de mujeres que conforman una población, es decir, el número de hombres de todas las edades en un determinado año con relación a cada 100 mujeres de todas las edades en ese año.

**Índice de vejez:** es la relación entre el número de personas mayores de 60 años por cada 100 personas.

**Integridad de registro:** es la proporción, grado o porcentaje con que se inscriben en el Servicio de Registro Civil e Identificación de determinado territorio los hechos vitales que ocurren en ese mismo ámbito geográfico.

**Inscripción tardía:** se refiere aquellas inscripciones de hechos vitales que se efectúan por el procedimiento ordinario de inscripción, después de expirado el plazo reglamentario.

**Paridad:** el número de hijos(as) nacidos(as) de una mujer, por ejemplo: las “mujeres de paridad doble” son aquellas que ya han tenido dos hijos(as) y “las mujeres de paridad cero” son aquellas que todavía no han tenido hijos(as).

**Período de reproducción:** edad en que la mujer es capaz de procrear y que, según se ha supuesto arbitrariamente para fines estadísticos, está comprendida entre los 15 y los 49 años en la mayoría de los países (edad fértil).

**Plazo para la inscripción de un hecho vital:** es el plazo máximo admitido, entre el momento en que acaece un hecho y su inscripción obligatoria. Debe fijarse teniendo en cuenta todos los factores que intervienen en un país. Su duración ha de ser tal que facilite la inscripción pronta y exacta de los datos necesarios. En Chile, los hechos acaecidos en el año “n” se pueden inscribir hasta el último día hábil de marzo del año “n+1”, para que sean considerados en los resultados de las estadísticas del año de proceso.

Legalmente, la inscripción de los nacimientos no tiene plazo (artículo 112 del DFL 2128\_1930<sup>30</sup>). En el caso de los matrimonios, la inscripción se practica en el mismo momento en que ocurre el acontecimiento.

El plazo para solicitar la inscripción de un(a) fallecido(a) es de tres días, contados desde la fecha de la defunción. Pasado este plazo se requiere una autorización judicial para practicar la inscripción (artículo 181<sup>31</sup>, DTL 2128\_1930).

---

<sup>30</sup> Artículo 112 del DFL 2128\_1930. Dentro del término de 60 días, contado desde la fecha en que hubiere ocurrido el nacimiento, deberá hacerse la inscripción del recién nacido, a requerimiento verbal o escrito de alguna de las personas que indica el artículo siguiente.

<sup>31</sup> Artículo 181 del DTL 2128\_1930. Pasados tres días desde la fecha de una defunción, no se podrá inscribir sin decreto de la justicia ordinaria. El(la) juez(a) calificará los motivos y aplicará las sanciones, conforme a lo dispuesto en el artículo 115.

**Probabilidad de supervivencia:** es la proporción de personas en un grupo específico (por edad, sexo, estado de salud, etc.) que vivían al principio de un intervalo (por ejemplo, un período de 5 años) y que sobreviven al final de este.

**Razón de niños(as)-mujeres:** es el número de niños(as) menores de 5 años, por mil mujeres de 15 a 49 años, en una población. Esta medida bruta de la fecundidad, que se fundamenta en los datos censales básicos, se utiliza a veces cuando se dispone de información más específica sobre la fecundidad.

**Tabla de mortalidad:** representación tabular de la esperanza de vida y la probabilidad de morir en cada edad de una población dada, de acuerdo con las tasas de mortalidad por edad predominantes. El cuadro “esperanza de vida” da una idea completa y organizada de la mortalidad de una población.

**Variables:** es una característica observable que puede ser diferente, según individuos de una población.

## 5.6. Indicadores de hechos vitales

**Tasa bruta:** la tasa de cualquier evento demográfico calculada para toda una población.

**Tasa bruta de natalidad (b):** expresa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población determinada. Se calcula haciendo el cociente entre el número de nacimientos ocurridos durante un período dado y la población media de ese período, por mil.

$$b = \frac{\text{Número de nacidos vivos corregidos en una población en un lugar y período dado}}{\text{Población total del lugar dado a mitad del período}} \times 1.000$$

**Tasa bruta de reproducción (TBR):** se interpreta como el número de hijas promedio que tendría cada miembro de una cohorte hipotética, que cumpliera condiciones similares a las expresadas en la tasa global de fecundidad. Dicha tasa se calcula derivando la tasa global de fecundidad, para lo cual es suficiente multiplicar esa tasa por la proporción que representan los nacimientos femeninos respecto al total de nacimientos.

$$TBR = k \times TGF$$

k = es la proporción de nacimientos femeninos del total de nacimientos (su cálculo se realiza con cuatro decimales redondeados)

**Tasa específica de fecundidad por edad:** representa la frecuencia con que ocurren los nacimientos provenientes de mujeres de una edad X con respecto a la población media femenina de esa misma edad. Se calcula dividiendo el número de nacimientos de madres con edad X entre el total de población media femenina correspondiente.

$${}_5f_x = \frac{\text{Nacidos vivos corregidos de mujeres en edades } (x, x + 4)}{\text{Población a mitad de período de mujeres en edades } (x, x + 4)}$$

**Tasa global de fecundidad (TGF):** se interpreta como el número de hijos(as) promedio que tendría cada miembro de una cohorte hipotética de mujeres, que cumplieran las dos condiciones siguientes:

- Durante el período fértil tuvieran sus hijos(as), de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio.
- No estuvieran expuestas al riesgo de la mortalidad antes del término del período fértil.

$$\text{TGF} = 5 \times \sum_{x=15/5}^{45} {}_5f_x$$

**Tasa bruta de mortalidad (d):** mide la frecuencia relativa de las muertes de una población dada en un intervalo de tiempo específico (generalmente un año civil). Se calcula dividiendo el número de muertes ocurridas en dicho período por la población media.

$$d = \frac{\text{Defunciones ocurridas en una población en un lugar y período dado}}{\text{Población total del lugar dado a mitad del período}} \times 1.000$$

**Tasa de mortalidad por causas:** es una tasa de mortalidad que indica el número de muertes atribuibles a una causa específica, por 100.000 habitantes en un determinado año.

**Tasa de mortalidad infantil (TMI):** representa la frecuencia con que ocurren las defunciones de niños(as) menores de un año, en relación con el número de nacimientos corregidos. Se calcula dividiendo estas defunciones ocurridas en un intervalo de tiempo, generalmente un año, por el número de nacimientos vivos del período.

$$\text{TMI} = \frac{\text{Defunciones de menores de un año en un lugar y período dado}}{\text{Nacidos vivos corregidos en un lugar y período dado}} \times 1.000$$

**Tasa de mortalidad neonatal (TMN):** es el número de defunciones de niños(as) menores de 28 días, en relación con el número de nacimientos vivos corregidos en un tiempo determinado, por mil.

$$\text{TMN} = \frac{\text{Defunciones de menores de 28 días en un lugar y período dado}}{\text{Nacidos vivos corregidos en un lugar y período dado}} \times 1.000$$

**Tasa de mortalidad perinatal (TMP):** es el número de muertes fetales con 22 y más semanas de gestación, más el número de muertes de niños(as) menores de 7 días, en relación con el número de nacidos vivos corregidos en el mismo año, por mil.

$$\text{TMP} = \frac{\text{Defunciones fetales de 22 y más semanas de gestación} + \text{defunciones de menores de 7 días en un lugar y período dado}}{\text{Nacidos vivos corregidos en un lugar y período dado}} \times 1.000$$

**Tasa de mortalidad posneonatal:** es el número anual de defunciones de niños(as) de 28 días a un año, entre nacidos vivos corregidos en un determinado año, por mil.

**Tasa de mortinatalidad:** es el cociente entre el número de defunciones fetales y nacidos vivos corregidos por mil, en un determinado año.

**Tasa de mortalidad en la niñez:** es el cociente entre el número de defunciones de niños y niñas menos de 5 años y el total de nacidos vivos del período en estudio, por mil.

$$q(5) = \frac{\text{Defunciones de menores de 5 años en un lugar y periodo dado}}{\text{Nacidos vivos corregidos en un lugar y periodo dado}} \times 1.000$$

**Tasa de mortalidad materna:** es la razón entre el número de defunciones de mujeres (debido a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio) y los nacidos vivos en un determinado año, por mil.

$$\text{TMM} = \frac{\text{Defunciones de mujeres por causas maternas ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio en ul lugar y período dado}}{\text{Nacidos vivos corregidos en un lugar y período dado}} \times 1.000$$

**Tasa neta de reproducción (TNR) o tasa de reemplazo generacional:** representa el número de hijas que una mujer pueda tener, considerando su probabilidad de fallecer antes de llegar al final de sus años reproductivos. Una TNR de 1,00 significa que cada generación de madres tiene exactamente la cantidad suficiente de hijas para reemplazarlas en la población.

## 6. Referencias

- Brass, W. (1975). *Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data*. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center, Laboratories for Population Studies.
- Brenes-Camacho, G. (2014). *Describiendo procesos históricos de “baby boom” durante mediados del siglo XX en tres naciones latinoamericanas usando estudios de envejecimiento*. La Habana, Cuba: ALAP.
- CELADE. (1976). *Tablas Abreviadas de Mortalidad a Nivel Nacional y Regional, 1969-1970*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE.
- CELADE-CEPAL. (2019). *Tendencias recientes de la población de América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Obtenido de [https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/dia\\_mundial\\_de\\_la\\_poblacion\\_2019.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/dia_mundial_de_la_poblacion_2019.pdf)
- CEPAL & UNICEF. (2011). *La mortalidad en la niñez: Una base de datos de América Latina desde 1960*. Santiago de Chile.
- Gómez A., R. D. (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquía*, 19(2), 57-74.
- INE & Minsal. (marzo de 2023). *“Impactos del Covid-19 en la mortalidad de Chile durante 2020. Una mirada demográfica y de salud”*. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud. Obtenido de [https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/mortalidad/impactos-del-covid-19-en-la-mortalidad-de-chile-durante-2020.pdf?sfvrsn=c664eb78\\_4](https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/mortalidad/impactos-del-covid-19-en-la-mortalidad-de-chile-durante-2020.pdf?sfvrsn=c664eb78_4)
- INE & Sermig. (Diciembre de 2024). *Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2023*. Obtenido de [ine.gob.cl: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migración-internacional/estimación-población-extranjera-en-chile-2018/informe-resultados-epe2023.pdf?sfvrsn=91b95f6f\\_10](https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migración-internacional/estimación-población-extranjera-en-chile-2018/informe-resultados-epe2023.pdf?sfvrsn=91b95f6f_10)
- INE. (diciembre de 2018). *Chile: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1992-2050, Total país. Estimaciones y Proyecciones a nivel regional de la población de Chile, 2002-2035*. Obtenido de <http://www.ine.cl: https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>
- INE. (2020). *Masculinidad hegemónica en Chile: un acercamiento en cifras*. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- INE. (2020). *Resultados de indicadores de calidad para el análisis de las estadísticas vitales en el Instituto Nacional de Estadísticas*. Santiago: INE.

- INE. (2022). *Envejecimiento en Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población*. Santiago: INE. Obtenido de [https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/documentos-de-trabajo/documentos/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf?sfvrsn=b76bd496\\_4](https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/documentos-de-trabajo/documentos/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf?sfvrsn=b76bd496_4)
- INE. (2024). *Anuario de Estadísticas Vitales 2021*. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- INE. (diciembre de 2025). *Manual de Uso de Microdatos Censales*. Obtenido de Resultados Censo 2024: [https://censo2024.ine.gob.cl/wp-content/uploads/2025/12/manual\\_uso\\_microdatos\\_censo2024.pdf](https://censo2024.ine.gob.cl/wp-content/uploads/2025/12/manual_uso_microdatos_censo2024.pdf)
- INE-CELADE. (1990). *Estimación de la Oportunidad de Inscripción de los Nacimientos. Total País y Regiones: 1955-1988*. Santiago, Chile: Serie INE: OI N° 50, Fascículo E/CHI.3 y Serie CELADE: LC/DEM/R.102.
- Legarreta, A., Aldea, A., & López, L. (1973). *Omisión del Registro de Defunciones de Niños Ocurridas en Maternidades, Santiago, Chile*. OPS. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Marco-Gracia, F. (2022). El baby boom en el Aragón rural (España) a partir de microdatos. Dimensión, protagonistas y transmisión intergeneracional. *Novedades en Población*, 231-261.
- ONU. (2014). *Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales. Revisión 3*. Obtenido de Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística: [https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles\\_and\\_Recommendations/CRVS/M19Rev3-S.pdf](https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/CRVS/M19Rev3-S.pdf)
- ONU. (2025). *SDG indicator metadata*. Nueva York. Recuperado el 05 de marzo de 2026, de <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-01.pdf>
- OPS. (2020). *Masculinidades y Salud: en la Región de Las Américas*. . Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS-OMS. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (Vol. 1)*. Washington D.C, EUA. Obtenido de <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- OPS-OMS. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (Vol. 1)*. Washington D.C, EUA. Obtenido de <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- OPS-OMS. (1998). *La Salud en las Américas*. Washington D.C. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/35236/SaludVol1.pdf?sequence=1&sAllowed=y>

- Pantelides, E. (1989). *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX*. Buenos Aires, Argentina: Cenep.
- Prieto Rosas, V., & Robello, M. (2023). *Manual de Demografía*. Montevideo: Universidad de la República, Programa de Población. Obtenido de <https://manualdemografia.cienciassociales.edu.uy/Manual-de-demografia-web.pdf>
- Puffer, R., & Serrano, C. V. (1973). *Características de la mortalidad en la niñez; Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez*. OPS. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ribotta, B., Pelaez, E., Acosta, L., Andreozzi, L., González, L., Vanoli, L., & Piancatelli, M. (2024). ¿"Ni muy muy ni tan tan"? Situación y evolución de la natalidad de la provincia de Córdoba (Argentina) en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Notas de Población N°118*, 73-90.
- Rodriguez de Paiva, E., Juliano, Y., Ferreira Novo, N., & Leser, W. (1987). Swaroop and Uemura's proportional mortality ratio: The need for periodic revision of the definition. *Revista saúde pública. Sao Paulo*, 21(2), 90-107.
- Rodríguez, J., & Roberts, A. . (2020). *El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades*. Obtenido de <https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/estudioembarazo.pdf>
- Rodriguez, J., & San Juan, V. (2020). *Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud: continuidad y cambio en América Latina. Serie Población y Desarrollo N°131*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sobotka, T., Zeman, K., Winkler-Dworak, M., & Brzozwska, Z. (2024). Pandemic roller-coaster? Birth trends in higher-income countries during the COVID-19 pandemic. *Population and development review* 50, 23-58.
- Swaroop, S., & Uemura, K. (1957). "Proportional mortality of 50 years and above as a health indicator". *Bulletin of the World Health Organization*, 17(3), 439-481.
- Taucher, E. (1978). *La Mortalidad en Chile desde 1955 a 1975: Tendencias y Causas*. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE.
- UNSTATS. (2004). *Manual sobre la recolección de datos de fecundidad y mortalidad*. Obtenido de Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Estadística: [https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF\\_92s.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_92s.pdf)
- Winking, J. (2016). *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Springer.

**Ficha Técnica**

Nombre publicación	Informe Anual de Estadísticas Vitales 2023
Objetivo general	Producción y elaboración de las estadísticas de los tres hechos vitales de la población correspondientes al año 2023.
Descripción general	Las estadísticas vitales consisten en información numérica sistematizada a través de métodos estadísticos de hechos ocurridos en el territorio de la República de Chile. Es la información agregada acerca de: los nacidos vivos, de los(as) fallecidos(as)-y de las defunciones fetales; de acuerdo con un programa de estadísticas continuas. Entre otros, los hechos mencionados reciben la denominación de “Hechos Vitales”. Se ejecutan a través de un Convenio Tripartito que lo integran el Servicio de Registro Civil e Identificación – Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Estadísticas (Decreto Supremo 1.068 de Salud de 1982).
Año de inicio del producto estadístico	1909  (Asimismo, se cuenta con información en Centro de Documentación INE -CEDOC-, de los años 1862, 1863, 1870, 1871, 1873,1892 y 1907)
Publicación de la metodología	Sí
Tipo de levantamiento	De registro continuo
Periodicidad del levantamiento de la información	Anual
Cobertura geográfica	Nacional, regional, provincial y tabulados con resumen comunal, de acuerdo con la DPA vigente a enero de 2023, considerando las 16 regiones.
Población objetivo	Nacidos vivos, defunciones generales y defunciones fetales.
Fuentes de información	Registros administrativos y legales de los cuatro hechos vitales, inscritos en el Servicio de Registro Civil e Identificación de Chile y un quinto hecho vital elaborado en conjunto entre Servicio de Registro Civil e Identificación y Minsal (defunciones fetales).
Unidades de información	Inscripciones de los cinco hechos vitales
Tamaño de la fuente de información (Nº)	No aplica
Fecha de la publicación	Mayo 2026

Medios utilizados para la difusión de las publicaciones	Medio digital: PDF descargable y Archivos Excel en web INE.
Datos de contactos	INE      ine@ine.gob.cl Minsal    deis@minsal.cl
Unidad encargada	SRCel    Subdepartamento del Registro Civil Minsal    Departamento Estadísticas e Información de Salud (DEIS) INE        Subdepartamento de Demografía