

Santiago, Chile, 1991.

C E L A D E

CELADE - SISTEMA DOCPAD
DIRECCION DE INVESTIGACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

ANALISIS DE LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL EN
COSTA RICA, CUBA Y CHILE
1950 - 1990



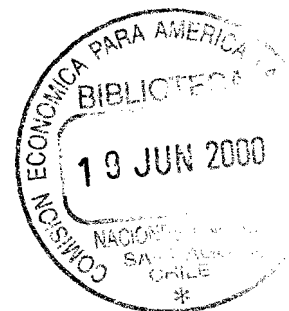
PROGRAMA DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO

PROGRAMA GLOBAL DE POBLACION Y DESARROLLO

D-17/H3.21

17143.21
(43227)

**ANALISIS DE LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL
EN COSTA RICA, CUBA Y CHILE
1950-1990**



Elaborado por:

X
Miriam Borrero (Cuba)
Mauricio Jara (Chile)
Patricia Palacios (Perú)
Jimmy Rosales (Nicaragua)
Alina Torres (Rep. Dominicana)

Profesores guías:

Susana Schkolnik
Nelson Aguirre
Juan Chackiel



Santiago, Chile, 1991

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
Capítulo I	2
LA MORTALIDAD INFANTIL COMO INDICADOR DE DESARROLLO Y DIMENSIONES QUE EXPLICAN SUS CAMBIOS EN EL TIEMPO.	2
La mortalidad infantil como indicador de desarrollo	4
Mortalidad y políticas de población	6
Capítulo II	8
MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL	8
Mortalidad general	8
Mortalidad infantil	10
Capítulo III	12
TRANSICION DEMOGRAFICA Y EPIDEMIOLOGICA	12
Capítulo IV	14
TRANSICION DEMOGRAFICA, DESARROLLO SOCIAL Y POLITICAS DE SALUD, EN COSTA RICA ENTRE 1950 - 1990.	14
Dinámica demográfica y estructura de la población	14
La fecundidad	15
La mortalidad	15
Mortalidad infantil en Cuba entre 1950 y 1990	17
Capítulo V	21
TRANSICION DEMOGRAFICA, DESARROLLO SOCIAL Y POLITICAS DE SALUD, EN CUBA ENTRE 1950 - 1990.	21
Dinámica demográfica y estructura de la población	21
La fecundidad.	22
La mortalidad.	23
Mortalidad infantil en Cuba entre 1950 y 1990	24
Capítulo VI	29
TRANSICION DEMOGRAFICA, DESARROLLO SOCIAL Y POLITICAS DE SALUD, EN CHILE ENTRE 1950 - 1990.	29
Dinámica demográfica y estructura de la población	29
La fecundidad	30
La mortalidad	32
La mortalidad infantil en Chile, 1960 - 1985	34
Capítulo VII	39

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LA EVOLUCION HISTÓRICA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA, CUBA Y CHILE.	39
Costa Rica	39
Cuba	42
Chile	46
Capítulo VIII	54
APROXIMACION A UN ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES SIMILARES PRESENTES EN LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, COSTA RICA Y CHILE EN EL PERIODO 1960 - 1984	54
A.- ANALISIS DE LAS TASAS EN EL PERIODO	54
B.- FACTORES COMUNES ASOCIADOS A LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA, CUBA Y CHILE	56
1) FACTORES ASOCIADOS A LA ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD NACIONAL	56
2) FACTORES COMUNES ASOCIADOS A LAS ACCIONES DE SALUD Y LA BAJA EN LA MORTALIDAD INFANTIL.	58
3) FACTORES DEMOGRAFICOS COMUNES ASOCIADOS A LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LOS TRES PAISES.	59
4) OTROS FACTORES COMUNES ASOCIADOS A LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LOS TRES PAISES.	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUCCION

Frente a la concepción, tradicionalmente aceptada, de que el descenso de la mortalidad puede darse sólo como consecuencia de un mayor desarrollo económico y social y de una mejor distribución de la riqueza dentro de los países, se ha observado también recientemente que, en algunas circunstancias y aún en períodos de crisis económica, la mortalidad no ha detenido su descenso y, más aún, lo ha acentuado. Por ejemplo, éste ha sido el caso de la mortalidad infantil, poniéndose en evidencia que se trata de una variable cuyo comportamiento puede ser modificado no sólo mediante grandes cambios económicos y sociales, sino también por la aplicación de políticas focalizadas y de bajo costo relativo. No obstante, la persistencia de diferenciales dentro de los países parece sugerir que estas políticas focalizadas no tienen el grado de universalidad necesario o bien que aún persisten las diferencias sociales y económicas, que se traducen en desigualdades en las condiciones de vida de las familias y en el acceso de ellas a una salud más equitativa.

En consecuencia, en este documento tiene por objetivo investigar la relación existente entre el descenso de la mortalidad infantil y los diferentes factores asociados a él, en países que han experimentado bajas importantes en este indicador de salud, en distintos contextos sociales, económicos y políticos, como son el caso de Costa Rica, Cuba, y Chile.

Estos países adquieren particular interés por el logro alcanzado en los bajos niveles de la mortalidad infantil, ya que sus indicadores se sitúan muy próximos a los de países con mayor grado de desarrollo. *¿Qué hay de común en las políticas y programas de salud implementados?, ¿Cuáles son los factores que han estado asociados al proceso de reducción de este indicador, en cada uno de los países?* Estas preguntas serán la guía en el desarrollo del presente documento.

El estudio que se realiza, no pretende ser exhaustivo en el análisis del contexto político, económico y social de estos países, sino que solamente se consideran, aquellos aspectos de forma más específica con la mortalidad infantil. Tampoco intenta convertirse en un documento evaluativo de la política global de salud implementado por estos Estados.

En el primer capítulo, se presenta una relación entre salud, mortalidad y desarrollo, y las dimensiones que explican los cambios de la mortalidad en el tiempo. En el segundo capítulo se explica los factores incidentes en la mortalidad general y en particular, en la mortalidad infantil. En el tercer capítulo se hace una aproximación al concepto de transición epidemiológica y su relación con la transición demográfica. En el cuarto, quinto y sexto capítulo se realiza una síntesis de la dinámica demográfica, en el contexto del desarrollo social y las políticas de salud de Costa Rica, Cuba y Chile, respectivamente, con especial énfasis en el análisis de la mortalidad infantil y los factores determinantes en

los niveles alcanzados en cada uno de ellos. El capítulo siete, abordan las principales características del sector salud de los países en estudio, como el factor fundamental que condiciona las tendencias históricas de la mortalidad infantil. Por último, en el capítulo octavo, se realiza una aproximación al análisis comparativo de los factores comunes, presente en la baja de la mortalidad infantil en estos países, a manera de conclusión de los aspectos más sobresalientes que se consideraron a lo largo del presente documento.

Finalmente se realizan algunas recomendaciones que surgen del estudio y que pudieran servir de referente para el desarrollo de políticas y programas de acción que, habiendo sido exitosas en estos casos, puedan aplicarse en otros países de la región que están realizando esfuerzos por reducir sus niveles de mortalidad infantil.

Capítulo I

LA MORTALIDAD INFANTIL COMO INDICADOR DE DESARROLLO Y DIMENSIONES QUE EXPLICAN SUS CAMBIOS EN EL TIEMPO.

Históricamente se ha relacionado la variable población con la capacidad económica o los niveles de desarrollo de los países depende de diferentes enfoques teóricos.

En 1960, período de gran crecimiento demográfico debido al descenso de la mortalidad que precedió a la baja de la fecundidad, y con el amplio y drástico control natal liderado por los Estados Unidos hacia la región, se pone de manifiesto "la ideología que asegura que los problemas de desarrollo se resolvían mediante el simple expediente de disminuir el crecimiento demográfico" (Fucaraccio;1991:1). Pero en el transcurso de las décadas siguientes, dadas las características que han presentado estas variables en la región, han tomado fuerza otros enfoques en los cuales se considera que la dinámica demográfica es un factor más entre otros, en el contexto de desarrollo, dado que algunos países, a pesar de tener bajas tasas de crecimiento poblacional para 1960, como Argentina con 1.7 y Uruguay con 1.3 por ciento anual (Boletín Demográfico No.45, CELADE), han atravesado por profundas crisis económicas al igual que otros países con mayores índices de crecimiento poblacional.

Los cambios considerables que se han observado, tanto en las variables demográficas (en las que han interactuado múltiples factores) como en las variables económicas, muestran que las primeras han tenido cierta independencia de los niveles de crecimiento económico, lo que Arguello llama "autonomía relativa" de los indicadores sociales en relación a los indicadores económicos (Arguello;1991:12).

Al respecto Carmen Miró, en 1983 en el Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo plantea que la relación población-desarrollo no debe considerarse como la simple asociación de indicadores sociales con niveles de desarrollo económico: "Hoy nos enfrentamos a una América Latina que, en medio de una relativamente acelerada transición demográfica, se encuentra sumida en la más grave crisis económica en los últimos 50 años" (Miró;1983:1).

Por otra parte, las Naciones Unidas en su Informe de Desarrollo Humano 1990, con suficientes datos empíricos hacen énfasis en que "no existe un vínculo automático entre el crecimiento del ingreso y el desarrollo humano". Señala que lo importante en este aspecto

¹.- Donde Desarrollo Humano es la oportunidad que tiene el hombre de: el disfrute de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimiento y tener acceso a los recursos

es la forma como se maneja y distribuye el crecimiento económico para el beneficio de la sociedad y analiza cómo nuestros países no son tan pobres como para no poder pagar por el "desarrollo humano" y atender su crecimiento económico. Pone como ejemplo los casos de Costa Rica y Cuba que han demostrado que puede lograrse un progreso en corto tiempo y con lento crecimiento de PNB. El bienestar de una sociedad depende del uso que se da al ingreso, no sólo del nivel de ingreso mismo. A pesar de que se ha observado cierta relación entre el nivel de ingreso y la baja de la mortalidad, en este caso de la mortalidad infantil, no puede plantearse como una relación simplista o automática ya que en la década de 1980 pese a la grave crisis económica, ésta continuó disminuyendo (PNUD;1990:23). El siguiente cuadro, ilustra cómo países con altos niveles de ingresos per cápita tienen bajos niveles de desarrollo humano de acuerdo a varios indicadores sociales utilizados.

Cuadro A
PNB PER CAPITA E INDICADORES SOCIALES ESCOGIDOS

PAIS	PNB P/cápita (US\$)	Esperanza de vida (años)	Alfabetismo Adulto (%)	Mortalidad Infantil Por mil nac. vivos
a) PNB per cápita modesto con desarrollo humano alto				
Sri Lanka	400	71	87	32
Jamaica	940	74	82	18
Costa Rica	1.610	75	93	18
b) PNB per cápita alto con modesto nivel de desarrollo humano				
Brasil	2.020	65	78	62
Omán	5.810	57	30	40
Arabia Saud.	6.200	64	55	70

Fuente: PNUD, Desarrollo Humano 1990, pag. 32.

Se puede ver entonces que no es tanto el crecimiento de la población el factor crucial que obstaculiza un desarrollo económico social equitativo, sino, que parece más bien que éste debe atribuirse a un modelo de desarrollo adoptado con diferentes variantes en los países, que tiende a concentrar el capital y los recursos naturales (en algunos casos muy abundantes) en grupos muy reducidos, a priorizar la maximización del lucro, a reducirle al Estado su poder fiscalizador y redistributivo o posponer

necesarios para lograr un nivel de vida decente, en un proceso dinámico de participación (PNUD;1990:34).

indefinidamente la redistribución de la riqueza que permita lograr un verdadero desarrollo y una elevación del nivel de vida de la población en su conjunto. Esta situación se advierte en los diferentes sectores de la sociedad y se hace evidente por consiguiente en el sector salud.

A pesar del crecimiento económico registrado en la década de 1970 en los países de la región, no se presentó igual crecimiento en los sectores de servicios básicos a la población como son: educación, salud, vivienda, etc. y, más aún, con la fuerte crisis de la década siguiente -1980- "se verificó un semidesmantelamiento del sector público en muchos países con una reducción significativa de su función redistribuidora del ingreso. Se ejecutaron políticas de ajuste que condujeron a la reducción del empleo, al aumento del precio de los productos básicos, a la disminución del gasto en salud, educación, saneamiento ambiental y a una disminución del ingreso familiar de algunos grupos de la población" (Fucaraccio;1991:17). Esto, según supuestos de Organización Mundial de la Salud, "puede responder a que los gobiernos, por considerar estos sectores improductivos no le otorgan una posición de privilegio" (OPS;1990:5). Debe tenerse en cuenta, sin embargo, tal como lo señala Raczynski, que los recursos que se destinan al cuidado, protección y prevención de la salud y otros servicios básicos no pueden considerarse solamente como gastos, sino, que fundamentalmente representan una inversión en capital humano (1976:13).

La mortalidad infantil como indicador de desarrollo

Durante décadas se ha considerado a la mortalidad, y específicamente a la mortalidad infantil, no sólo como un indicador de salud, sino también como un indicador de desarrollo económico, sin embargo, estudios de diversos autores sobre la realidad latinoamericana ponen en tela de juicio estos criterios. Costa Rica, Cuba y Chile están considerados como los países que llevan la vanguardia en Latinoamérica en el descenso de la mortalidad infantil, con tasas similares a la de los países industrializados, como ilustra el cuadro B, no obstante su condición de países subdesarrollados y de las diferencias de sistemas socioeconómicos y políticos entre ellos.

Cuadro B
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN 1950-1990, PROYECCIONES PARA EL AÑO 2000, Y NACIMIENTOS EN 1985-1990,
POR SUBREGIONES Y PAISES ORDENADOS SEGUN EL NIVEL DE MORTALIDAD.

Subregiones Grupos y países	TASAS DE MORTALIDAD POR MIL			BAJA QUINQUENAL		TASA AÑO 2000	NACIMIENTOS 1985-1990 (MILES)
	1950-55	1970-75	1985-90	1950-1970	1970-1985		
América Latina	127	82	55	11.2	8.9	41	12077
Bolivia	176	151	110	6.1	13.8	69	293
Haití	220	135	97	21.2	12.8	72	213
Perú	159	110	88	12.1	7.4	63	721
Total							1227
Honduras	196	101	68	23.8	10.7	49	189
Nicaragua	167	100	67	16.8	11.0	42	149
República Dom.	149	94	65	14.0	9.5	46	213
Total							551
Brasil	135	91	63	11.1	9.1	48	4086
Ecuador	140	95	63	11.1	10.5	49	328
Guatemala	140	95	59	11.4	12.1	37	350
El Salvador	151	99	60	13.0	13.0	36	182
Total							4946
Paraguay	73	55	49	4.7	2.0	44	139
México	114	71	43	10.7	9.4	28	2438
Colombia	123	73	40	12.5	11.1	33	861
Venezuela	106	49	36	14.4	4.2	30	569
Total							4007
Uruguay	57	46	24	2.8	7.3	16	54
Panamá	93	43	23	12.6	6.7	19	61
Argentina	66	49	22	4.2	9.0	17	669
Chile	126	70	18	14.1	17.3	15	301
Costa Rica	94	52	17	10.3	12.5	11	80
Cuba	81	38	13	10.5	7.7	10	181
Total							1346
Caribe no Latino	83	40	21	10.8	7.0	15	146
Guyana	93	56	30	9.2	8.7	20	25
Suriname	89	49	31	10.0	6.3	21	10
Total							35
Trinidad y Tobago	79	30	20	12.2	3.3	14	30
Jamaica	85	36	18	12.2	6.0	14	63
Martinica	65	35	13	7.5	7.3	10	6
Guadalupe	68	42	12	6.5	10.0	8	7
Barbados	61a	27	11	-	-7.3	8	5
Total							111
América del Norte	29	18	10	2.8	2.7	7	4052
U.S.A.	28	18	10	2.5	2.7	7	3687
Canadá	36	16	7	5.7	2.3	7	365

Nota(a): 1955-1960

Fuente : CELADE 1990 y Naciones Unidas 1989.

OPS, Condiciones de la Salud en las Américas. 1990

De acuerdo a diversos estudios, el descenso de la mortalidad infantil en estos países ha estado más asociado a los avances en la implementación en los servicios de salud (básicamente en el desarrollo y cobertura de la atención primaria), en los avances en materia de educación y en los descensos de la natalidad entre otros. Aparece como importante la asignación de recursos y las decisiones o voluntad política de los gobernantes sobre el sector salud. Por ejemplo, Guzmán señala que tres cuartas partes del descenso en la mortalidad infantil en Costa Rica se explican por intervenciones de salud y especialmente por la atención primaria que llega a los sectores menos privilegiados mientras que en Chile han contribuido al descenso de la mortalidad el mejoramiento del nivel de vida, el desarrollo de programas materno infantil (control de embarazo, atención del parto, educación sanitaria, alimentación complementaria) y el descenso de la natalidad, entre otros, como se ampliará más adelante, (Guzmán;1989:349).

González, por su parte, enfatiza que los niveles de salud y mortalidad de la población tienen relación con la estrategia de desarrollo adoptada por los gobiernos y por su forma de intervención en el proceso de desarrollo económico y social, así como en la forma en que se asignen los recursos y el papel redistributivo del Estado (1978:I-7). Para la OPS, las condiciones de salud de la población son el resultado de la interacción de determinante biológicos y ambientales, así como también determinantes económicos, culturales y políticos que en muchas ocasiones están más allá del conocimiento y de las tecnologías propias del sector salud (1990:1).

Mortalidad y políticas de población

La mortalidad es la variable demográfica que ha estado en primer lugar en la definición de una política de población explícita ya que la "búsqueda de medios para prolongar la vida humana y evitar muertes, particularmente en edades tempranas, ha estado presente en los objetivos de todos los gobiernos, sin controversia ideológica, a diferencia de las controversias que se han presentado en lo relativo al crecimiento" (Arguello;1990:12). Estas políticas de población son efectivas, sin embargo cuando se insertan en políticas de carácter universal en el ámbito del sector salud, a la vez que son focalizadas en los grupos de mayor riesgo. Raczynski plantea ésto como una paradoja necesaria, debido a que "un sistema de salud equitativo ha de ser altamente discriminatorio, en el sentido de que preste atención preferencial a quienes, por su edad, condición fisiológica, nivel socioeconómico, etc., están más expuestos a la enfermedad y a la muerte" (1976:14). Se plantea por lo tanto que los problemas de salud requieren de políticas sociales globales, que toda la población debe tener acceso a los servicios básicos, pero que éste debe ser discriminatorio según la mayor o menor exposición al riesgo a enfermar.

Las políticas sociales globales incluyen factores que, en muchas ocasiones escapan del dominio específico del sector salud, como es el caso de la instalación de alcantarillado, agua potable, disponibilidad de empleos, salarios adecuados, etc., por lo cual los gobiernos deben actuar a partir de una política integrada de los diferentes sectores.

Las políticas de salud conciben la salud como un derecho humano y por lo tanto el Estado debe asegurar el acceso a la atención médica a toda la población, para lo cual se necesita el conjunto de varias acciones. Por ejemplo, en Costa Rica se aplicaron políticas orientadas a extender la red de agua potable, educación sanitaria, y programas de salud rurales. En Chile se enfatizó la necesidad de favorecer a los grupos más postergados de la población, a fin de llegar a una distribución más equitativa de la salud y de los riesgos de enfermedades, focalizado en la mortalidad infantil. En ambos casos ha jugado un papel importante el largo proceso educativo que ha tenido esta población.

Capítulo II

MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL

Mortalidad general

El cuadro C muestra como han mejorado las condiciones generales de la salud en las Américas en los últimos 40 años, proceso que está íntimamente relacionado con los cambios en el perfil epidemiológico en la medida que se controla la excesiva mortalidad temprana, asociada principalmente a la infección y enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, aún persisten niveles muy diferentes en las diferentes subregiones a pesar de la ganancia de 15 años en la esperanza de vida al nacer desde un valor de 51,8 años en 1950-55 a 66,6 años en la actualidad para el conjunto de los países. Estos avances no deben hacer perder de vista la necesidad de intensificar los esfuerzos para lograr la reducción de la mortalidad en América Latina, donde los problemas de salud se reflejan en una mortalidad indudablemente excesiva y en considerables diferencias en la esperanza de vida entre países, que va desde 53 años en Bolivia a 75 años en Cuba (OPS;1990:27).

En el estudio de la mortalidad se puede observar una gran diversidad de diferenciales; por edad, sexo, grupos sociales, nivel educativo, ingreso, ocupación, regiones, etc,. El conocimiento cabal de éstos diferenciales es muy importante al elaborar programas y políticas de salud, pues permitiría una adecuada intervención pública y la asignación efectiva de los recursos a grupos de riesgos específicos, tanto a nivel de tratamiento como de prevención de enfermedades y muerte entre la población expuesta.

La variable edad es una variable importante porque a ella se asocian distintos riesgos de muerte, así como diferencias en las incidencias en algunas enfermedades. Las diferencias de mortalidad por edad desaparecen gradualmente a medida que avanza la edad en ambos sexos (Nicholls;1991:23). En los diferenciales por sexo la mortalidad masculina es mayor que la femenina tanto en los primeros años de vida como en los últimos (se supone que por factores biológicos dado que es un hecho que se verifica para todas las poblaciones).

Cuadro C
ESPERANZA DE VIDA AL NACER, SEGUN SUBREGIONES Y PAISES, 1950-2000.

Subregiones Grupos y países	Esperanza de vida al nacer			Aumento Quinquenal		Esperanza de vida al nacer año 2000	Población en 1990	
	1950-55	1970-75	1985-90	1950-55 a 1970-75	1970-75 a 1985-90		Millones	%
América Latina	51.8	61.2	66.6	2.4	1.8	69.7	438.0	100.0
Bolivia	40.4	46.7	53.1	1.6	2.1	60.5	7.3	
Haití	37.6	48.5	54.7	2.7	2.1	59.4	6.5	
Total							13.8	3.2
Perú	43.9	55.5	61.4	2.9	2.2	67.9	22.3	
Guatemala	42.1	54.0	62.0	3.0	2.7	68.1	9.2	
El Salvador	45.3	58.8	62.2	3.4	1.1	68.8	5.3	
Nicaragua	42.3	54.7	63.3	3.1	2.9	69.3	3.9	
Honduras	42.3	54.0	64.0	2.9	3.3	68.2	5.1	
Total							45.8	10.5
Brasil	51.1	59.8	64.9	2.2	1.7	68.0	150.4	
Ecuador	48.4	58.9	65.4	2.6	2.2	68.2	10.6	
Rep. Dominicana	46.0	59.9	65.9	3.5	2.0	69.7	7.2	
Paraguay	62.6	65.6	66.9	0.7	0.4	67.9	4.3	
Colombia	50.6	61.6	68.2	2.8	2.2	70.7	33.0	
México	50.8	62.6	68.9	3.0	2.1	72.1	88.6	
Venezuela	55.2	66.2	69.7	2.8	1.1	71.3	19.7	
Total							313.8	71.6
Argentina	62.7	67.3	70.6	1.1	1.1	72.3	32.3	
Chile	53.8	63.6	71.5	2.5	2.6	72.7	13.2	
Uruguay	66.3	68.8	72.0	0.6	1.1	73.0	3.1	
Panamá	53.3	66.3	72.1	2.8	1.9	73.5	2.4	
Total							51.0	11.6
Costa Rica	57.3	68.1	74.7	2.7	2.2	75.8	3.0	
Cuba	59.5	71.0	57.2	2.9	1.4	56.3	10.6	
Total							13.6	3.1
Caribe no Latino	56.4	67.1	72.4	2.7	1.8	74.7	6.2	100.0
Surinam	56.0	64.9	69.5	2.2	1.5	72.6	0.4	
Guyana	55.2	64.1	69.7	2.2	1.9	72.8	1.0	
Trinidad y Tobago	57.9	66.5	70.2	2.2	1.2	73.1	1.3	
Total							2.7	44.1
Guadalupe	56.5	67.8	73.3	2.8	1.8	75.7	0.3	
Barbados	57.2	69.4	73.9	3.1	1.5	76.2	0.3	
Jamaica	57.2	67.8	74.0	2.6	2.1	76.2	2.5	
Martinica	56.5	68.8	74.2	3.1	1.8	76.4	0.3	
Total							3.5	55.9
América del Norte	69.1	72.2	76.1	0.8	1.3	78.1	275.7	100.0
U.S.A.	69.0	71.3	75.4	0.6	1.4	77.6	249.2	
Canadá	69.1	73.1	76.7	1.0	1.2	78.5	26.5	

Fuente: CELADE 1990 y Naciones Unidas 1989.
OPS, Condiciones de la Salud en las Américas. 1990

Mortalidad infantil

No obstante los adelantos señalados en la mortalidad general, la salud del niño ha sido y sigue siendo un problema importante para la región, tanto por la magnitud como por las causas de muerte prevaletentes en las primeras edades de la vida que son en su mayor parte tratables y/o evitables tales como; diarreas, enfermedades parasitarias, infecciones de las vías respiratorias, malnutrición entre otras.

Un elemento que ha sido fundamental en la disminución de la mortalidad infantil ha sido la atención primaria de salud como ya hemos señalado. De acuerdo a los criterios discutidos en la Conferencia de Alma-Ata, un programa de atención primaria debe tener una participación activa de la comunidad, una educación social inserta en los valores culturales y en los sistemas de salud existentes y en el desarrollo de la educación entre otros.

En la determinación de la mortalidad infantil intervienen una gran cantidad de variables. Henry Mosley, elaboró un modelo conceptual que intenta relacionar las variables que intervienen en el comportamiento de la mortalidad infantil, a partir de un estudio realizado en Kenya. Encontró que las diferencias sociales de la mortalidad infantil en este país ha estado asociada a la instrucción de la madre y a la pobreza, de donde concluye que la sobrevivencia del niño es esencialmente determinada por los recursos sociales y económicos de la familia (Mosley;1990:27).

A partir de esta experiencia elabora un esquema donde participan diversas variables, unas con calidad de variables principales y otras como intermedias donde incluye incluso las técnicas médicas. Dentro de las variables principales están, la instrucción de la madre, la situación económica del hogar, las políticas de desarrollo y la atención primaria de salud. Según Mosley, la clave de éste modelo conceptual es la identificación de un juego de variables biológicas intermedias que actúan directamente sobre el riesgo de morbilidad y mortalidad y a través del cual actúan todos los factores sociales y económicos.

El primer grupo se relaciona con la fecundidad en lo que tiene que ver con la edad de la madre, la paridez y los intervalos intergenésicos, los cuales tienen cada uno su efecto independiente en la mortalidad infantil. Esta aumenta cuando la edad de la madre es baja o muy elevada, asimismo cuando los embarazos son muy frecuentes y seguidos.

Otros factores importantes son las condiciones del ambiente, es decir, la contaminación por agentes infecciosos, que persisten a pesar de que algunas enfermedades infecciosas o inmunoprevenibles están controladas.

La alimentación también juega un papel muy importante, ya que el estado alimenticio de las madres tiene efectos directos en la sobrevivencia de los niños, en lo que tiene que ver con la nutrición del feto, así como en la alimentación del niño en sus primeros años.

También es importante tomar en cuenta las posibles lesiones en el parto que pueden evitarse con una adecuada intervención de los programas de atención primaria en la salud y finalmente anota la importancia de la actitud hacia la enfermedad, que tiene relación con el contexto cultural, la enfermedad en sí y las técnicas médicas.

En resumen podemos decir que en el comportamiento de la mortalidad influyen múltiples factores; biológicos, ambientales, culturales, económicos, educativos, atención de salud, entre otros. No existen evidencias concluyentes del rol causal que pueda tener cada uno de estos factores por separado, dicha variación se debe al efecto combinado de más de uno de ellos y principalmente a las estrategias de salud implementadas.

Capítulo III

TRANSICION DEMOGRAFICA Y EPIDEMIOLOGICA

En relación al descenso de la mortalidad en Latinoamérica y para comprender los cambios experimentados y anticipar condiciones futuras en Chile, Cuba y Costa Rica, utilizamos el concepto de transición epidemiológica, el cual hace referencia a los cambios en los niveles y patrones de salud de la población particularmente en lo que es el descenso de la mortalidad.

Para comprender la transición epidemiológica se habla en principio de lo que se denomina **transición de la salud**, concepto más amplio que permite hacer una subdivisión en dos tipos de transiciones más específicas y que corresponden a dos fenómenos de salud, básicos en la población humana:

- 1) Las **condiciones** de salud, es decir el proceso de salud y enfermedad que define el perfil epidemiológico de la población.
- 2) La organización social que **responde** a esas condiciones y que es implementada a través del sistema de cuidado de la salud.

En forma correspondiente a esta subdivisión tenemos dos transiciones que son elementos componentes de la transición de la salud:

- i) la transición epidemiológica
- ii) la transición del cuidado de la salud

El concepto **transición epidemiologica** "se refiere a cambios en un período de largo plazo, sobre los patrones de muerte, enfermedad e incapacidad que caracterizan específicamente una población y que generalmente acompañan amplias transformaciones en sus estructuras demográficas, sociales y económicas. Es un concepto dinámico, cuyo centro de análisis es la evolución del perfil de mortalidad y morbilidad que predomina en una sociedad. Más específicamente se afirma que la transición sigue una dirección dominante: desde enfermedades infecciosas que generalmente se presentan en áreas cuyos niveles de vida son precarios (bajos niveles de nutrición, saneamiento y vivienda), hacia enfermedades crónicas y degenerativas, accidentes y enfermedades mentales, las cuales se presentan en áreas cuyos niveles de vida son menos precarios (donde existe un mayor bienestar de la persona pero también hay mayores riesgos ambientales, stress, así como más oportunidades para la realización de potencialidades) ("The epidemiologic transition in Latin America. Frenk, Frejka, Bobadilla, Stern, Sepúlveda, José; 1991).

En el gráfico A se muestra el proceso de cambio en el perfil de mortalidad de los países en estudio, pudiendo apreciarse que al final del período de estudio, las causas de muerte son similares a las que se dan en países industrializados. Lo que se trata de mostrar es que estos tres países presentan en un primer momento un porcentaje de 15% a 30% de muertes debidas a enfermedades contagiosas lo cual es compatible con precarios niveles de vida. Al final del período, la contribución de éstas enfermedades fue de alrededor de un 5% de todas las muertes. Puede notarse al final del período un incremento de enfermedades no contagiosas como causas de muerte.

A partir de este perfil, pueden definirse dos grupos:

- Cuba, país que al comienzo del período tiene por lo menos un 50% de muertes debido a enfermedades no contagiosas aumentando esta proporción al año 85, en alrededor de 70%.
- Costa Rica y Chile, donde el incremento del porcentaje de enfermedades no contagiosas va desde un 30% a un 60% en el mismo período.

A partir de éste concepto, se encuentra una conexión con la transición demográfica. El elemento más importante de este proceso, es decir el descenso de la fecundidad, afecta la estructura de edad dando lugar a un envejecimiento de la población. Desde el punto de vista epidemiológico, el impacto se aprecia sobre el perfil de la morbilidad, se presenta una predominancia de enfermedades degenerativas (cardiovasculares y tumores) y accidentes. Los gráficos 2 al 7 muestran los cambios en la estructura de edad de la población de cada uno de los países analizados y que apoya lo dicho anteriormente en cuanto a la transición epidemiológica en estos países.

La evolución de la transición que se aprecia gráficamente, puede ser comprendida si se analiza el rol del Estado en cuanto a la organización y funcionamiento de sus sistemas de salud y a su vez al efecto de éstos sobre la morbi-mortalidad. En algunos países subdesarrollados el Estado ha pasado a ser el principal propietario y/o regulador de los servicios de salud, debido principalmente a la idea de que la atención médica debía pasar a constituir una preocupación fundamental del Estado y un derecho para todos los habitantes del país.

En algunos de éstos países donde se ha logrado un descenso de mortalidad y mejores condiciones de salud, parece que el Estado tomó en cuenta para definir estrategias de asignación de recursos, que la clave para explicar el avance de salud está en el proceso de desarrollo que ha generado mejores condiciones de trabajo, alimentación, educación y vivienda, que la medicina puede acelerar el descenso pero los factores que lo desencadenan se encuentran en el mejoramiento de condiciones de vida de la población.

Capítulo IV

TRANSICION DEMOGRAFICA, DESARROLLO SOCIAL Y POLITICAS DE SALUD, EN COSTA RICA ENTRE 1950 - 1990.

Dinámica demográfica y estructura de la población

A comienzos de la década del 50, Costa Rica presentaba tasas brutas de natalidad y de mortalidad de 47.33 y 12.64 por mil respectivamente, con tasas de crecimiento poblacional para el quinquenio 50-55 de 34.69 por mil. En la actualidad el país tiene una de las tasas brutas de mortalidad más bajas del mundo, de 4.02 por mil y una tasa bruta de natalidad de 25.52 por mil, proporcionando una tasa de crecimiento de la población de 22.5 por mil.

Se estima que la mortalidad empezó a disminuir a mediados del siglo pasado. Por su parte la natalidad se mantuvo alta hasta alrededor de 1960. A partir de 1960, comienza una declinación de la tasa bruta de natalidad, que se mantiene hasta el quinquenio 1990-95.

La baja de la mortalidad y el mantenimiento del nivel de la natalidad, hizo que la población aumentase a tasas muy altas hasta 1960, con un crecimiento promedio de 3,8 por ciento anual, uno de los más altos del mundo.

En 1980, el crecimiento de la población (2,7 por ciento anual) y la tasa de natalidad (31,0 por mil) siguen siendo moderadamente altas, pese a las drásticas disminuciones que sufrieron entre 1960-75. La mortalidad, en cambio, es casi tan baja como la de los países más avanzados, con una esperanza de vida al nacer cercana a los 73 años en la actualidad y una tasa de mortalidad infantil de tan sólo 19 por mil nacidos vivos (ver cuadro 1, del anexo).

Esta peculiar dinámica poblacional de Costa Rica, desde 1950 hasta la actualidad, resulta en una población con estructuras por edades altamente concentrada en los grupos intermedios, en los cuáles el riesgo a morir es mínimo. Esta estructura por edad de la población se ha visto afectada, sin embargo, a través del tiempo, producto de la dinámica experimentada por las tasas de mortalidad y natalidad, así por ejemplo en el año 1950, la población menor de 14 años representaba un 43,3 por ciento del total (cuadro 2 del anexo), en cambio ese mismo grupo etáreo representa en el año 1990 un 36,2 por ciento de la población total, según proyecciones del CELADE. Por otra parte la población de 15 a 64 años tenía un peso relativo en el año 1950 sobre la población total de 52,9 por ciento, en el año 1990 dicho peso relativo representa 59,6 por ciento. La población con más de 65 años ha aumentado de 3,7 por ciento en 1950 al 4,2 por ciento en el año 1990, lo que representa un relativo pero no muy significativo envejecimiento de la población costarricense,

debido a que el descenso de la fecundidad ha sido relativamente reciente.

La fecundidad

Diversos autores señalan que Costa Rica en la actualidad ha comenzado su última etapa en el proceso de transición demográfica, esto es, tasas de fecundidad y de mortalidad bajas y estables.

En el quinquenio 50-55 la tasa global de fecundidad de Costa Rica era de 6,72 hijos por mujer, dicha tasa en el quinquenio 90-95 alcanza a 3,02 hijos por mujer.

Al analizar la trayectoria de la tasa global de fecundidad, se puede constatar que en el período 1950-1965, el país experimentó una verdadera explosión de su natalidad, llegando la tasa global de fecundidad, incluso, en el quinquenio 60-65 a 6,95 hijos por mujer. A partir de 1970 comienza un franco descenso de esta tasa, hasta llegar a 3,02 hijos por mujer para el actual quinquenio, como producto de un desplazamiento hacia edades más tempranas de la fecundidad y luego extendiéndose al resto de las edades conforme el envejecimiento de las cohortes, otra causas son: una mayor cobertura de los programas de planificación familiar, mayor educación de las madres, como las más relevantes (ver cuadro 6).

Es importante destacar el papel preponderante que juega en la reducción de natalidad, las actividades del Programa de Planificación Familiar. Estas actividades comienzan a principios de la década de los 60 por iniciativa de ciertos profesionales, que sientan las bases para la creación de la Asociación Demográfica Costarricense (ADC). Posteriormente se inicia en forma oficial el Programa Nacional de Planificación Familiar y de Educación Sexual, mediante Decreto N°3 del 7 de abril de 1967. Se establece una Oficina de Población en el Ministerio de Salud Pública y en 1968 se crea la Comisión Nacional de Población. En 1976 la Oficina de Población se integra al Departament Materno-Infantil a fin de que se incluyera la consulta de Planificación como una actividad de rutina.

La mortalidad

Aunque el país cuenta con estadísticas que datan desde finales del siglo pasado, las cifras presentadas a partir de 1950 son consideradas de mayor confiabilidad. Estas cifras dan cuenta, por ejemplo, que la esperanza de vida de la población del país en esa época que era de 56 años aproximadamente (Rosero, 1984.,pág.40) ya para 1980 esta cifra era de 72,6 años. Las proyecciones de población de Naciones Unidas, presentan una esperanza de vida al nacer de 75,19 años para el actual quinquenio, vemos como en 45 años el país ha logrado una ganancia de aproximadamente 20 años.

La década de los 70 ha sido la más fructífera en este sentido, ya que en este período se logra dar alcance en esta materia a varios países desarrollados .

Hay que hacer notar que tanto la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer son los indicadores más confiables de los niveles de mortalidad de determinada población, y que los mayores logros de éstos se han dado en períodos que coinciden con un notable auge económico o por implementación de políticas relacionadas principalmente con la salud, educación, vivienda y acciones de saneamiento ambiental, así como otras destinados a la reducción de la mortalidad infantil.

Por eso resulta importante y conveniente revisar, cuáles han sido éstas y, que impacto han tenido en la baja de la mortalidad y por consiguiente en un aumento de la esperanza de vida al nacer, para ser tomadas en consideración por los demás países del área, en la lucha por la reducción de los niveles de mortalidad.

Si se toma, por ejemplo, los períodos en donde los avances en la esperanza de vida, han sido más significativos, tenemos que; en la década de los años 20 y 30, el nivel pasó de 35 a 46 años, que es cuando se produce el primer avance importante en esta materia en el país (Rosero, 1984). Esto es coincidente con la época en que se inician los primeros programas sanitarios, lo que lleva a pensar que surtieron un efecto positivo sobre el descenso de la mortalidad en esa época. Ya para 1940-50 Costa Rica alcanza 17 años de ganancia en la esperanza de vida, siendo sin duda el período mas fructífero. Lo más sobresaliente de este período es la coincidencia de este aumento con los avances tecnológicos y médicos-sanitarios que el país experimenta.

En la década de los 70, el descenso de la mortalidad se ve acelerado nuevamente, acercando al país a niveles como el de los países desarrollados, es la época en que Costa Rica se aparta de los patrones Latinoamericanos, con pronunciados descensos en la tasas de mortalidad y ganancias significativas en la esperanza de vida al nacer (ver cuadro 1 del anexo).

A partir de los años 80, el país experimenta un desaceleración en el descenso de las tasas de mortalidad, principalmente en la mortalidad infantil.

Costa Rica, al igual que otros países con grados avanzados de desarrollo en sus niveles de mortalidad, presenta una estructura por causas de muertes parecidas a los de los países más desarrollados, cobrando mayor importancia las enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepáticas, tumores, accidentes y violencias y disminuyendo la importancia relativa de las muertes por infecciones agudas, respiratorias y de la primera infancia (ver cuadro 9 del anexo).

Una de las principales causas de la disminución de la mortalidad general en Costa Rica, está dado por la disminución importantísima experimentada por la mortalidad infantil (ver cuadro 1), que a continuación se analiza en forma separada.

La mortalidad infantil en Costa Rica 1950 - 1990

El cuadro 12 del anexo, muestra el extraordinario descenso que la mortalidad infantil ha experimentado en Costa Rica, desde 1960 a 1984, con una tasa de 82.4 por mil a comienzo de la década de los 60 a una tasa de 20.2 por mil hacia mediados de la década de los 80 (ver gráfico 5).

Al analizar la mortalidad infantil en sus diferentes componentes, se comprueba que este descenso estuvo dado principalmente por la baja de la mortalidad postneonatal (gráfico 7), que de un 66% del total de las muertes infantiles de los años 60, pasa a representar solo un 37.6% en el año 1984, con una baja de la tasa de 54.4 por mil nacidos vivos en 1960, a una tasa de 7.6 por mil nacidos vivos en 1984.

Asimismo, la mortalidad neonatal también disminuye (gráfico 6) en el período en análisis, desde una tasa de 28 por mil nacidos vivos en 1960 a 12.6 por mil nacidos vivos en 1984, subiendo su peso relativo en las muertes infantiles totales de 34% en 1960 a 62.4% en 1984.

La disminución sostenida de la mortalidad infantil, según varios autores que han analizado el tema para el país, han sido los avances históricos en el área económica, educacional, de saneamiento y servicios de salud.

En 1965 el 70% de las muertes infantiles son consecuencias de un bajo peso presentado por los niños al nacer. El proceso de aceleración en la baja de la mortalidad se da a partir de 1965 hasta 1981, aparejado por una fuerte baja de los niveles de fecundidad, hechos además relacionados con la implementación de las políticas de salud dirigidas al área rural. Cumplidos 7 años de estas implementaciones, la mortalidad ha descendido a niveles tan bajos como 20 por mil, nivel que ha continuado descendiendo pero a un ritmo más lento a partir de 1985, alcanzando valores de 15,6 por mil para 1988 (Mata, 1990).

Diversos autores identifican la situación de Costa Rica como paradójica. Por un lado, en la sociedad costarricense coexisten situaciones de pobreza y desigualdades generalizadas y por otro lado altos niveles de satisfacción de las necesidades básicas (Harrison, 1980), ¿cómo ha sido posible entonces, que un país con estas controversias sociales tan pronunciadas, haya podido lograr avances tan significativos en salud, específicamente en materia de

mortalidad infantil ?. La explicación que merece esta aparente disociación es la actitud asumida por los sucesivos gobiernos, en especial los de las últimas dos décadas, que se han dado a la tarea de dar el máximo de respuesta a las crecientes demandas de la población por satisfacer sus necesidades básicas, entre éstas y con especial preocupación, la salud de las personas.

Una de estas tareas ha sido, la más importante quizás, la implementación de políticas relacionadas en el sector salud en forma específica. **En la primera mitad de la década de los 70 se da con fuerza el Programa de Salud Rural en el país, bajo los lineamientos generales de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, resaltando la descentralización territorial y administrativa así como la participación comunitaria, como soportes del éxito alcanzado (Tomic, 1983).**

También se ha atribuido la baja progresiva de la mortalidad infantil no sólo a intervenciones específicas, considerando lo complejo del establecimiento de relaciones causales de este fenómeno. El logro en esta notable reducción es el resultado de la combinación de acciones llevadas a cabo de manera simultánea o de manera secuencial con permanencia en el tiempo. El ejercicio de la democracia, estabilidad política, priorización de los sectores más sensibles como educación, salud y agricultura, la ausencia de un ejército que indudablemente no absorbe una buena parte del presupuesto como en otros países, han hecho posible mantener programas destinados a la reducción de la mortalidad en la población infantil, especialmente aquellos relacionados con las enfermedades de tipo infecciosas, la diarrea, respiratorias agudas y otras causas de mortalidad evitables, que se dan más bien en la etapa postneonatal, lo que explica el gran descenso obtenido en la mortalidad de este componente (Mata, 1983)

Volviendo a las políticas de salud llevadas a cabo en la década de los 70, se centra la atención en ellas y en la integración de las acciones del Seguro Social y del Ministerio de Salud que han permitido una cobertura casi universal a nivel nacional, el uso de tecnologías sencillas y de acorde a la realidad nacional, dan cuenta de los logros en este campo (Jaramillo, 1987).

En el campo de la nutrición, en 1974 se creó por Ley el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que condujo al desarrollo de una serie de programas dirigidos a resolver las necesidades de importantes sectores de la población, prestando atención a los grupos vulnerables, en un esfuerzo complementario a la orientación de aumentar al máximo la extensión de la cobertura de los programas de Atención Primaria. Así la desnutrición proteínico-calórico que entre 1966 y 1975 sólo había descendido de 57 por ciento a 53 por ciento de los niños encuestados, registró una reducción del 45 por ciento en 1982. Para el período 1974-76 contaba con 2563 calorías diarias y 60 proteínas diarias por cada habitante, llegando a disponer de 2772 calorías diarias y de 64

proteínas diaria por habitantes para el período 1983-85 (cuadro 30).

El país cuenta además con Programas de Alimentación Complementaria (niños y madres), reforzando la alimentación con dación de leche y comidas calientes a la población lactante, embarazadas, pre-escolares y a escolares (cuadro 30d).

Con respecto a la prestación de servicios médicos, la C.C.S.S. alcanza una cobertura del 87 por ciento de la población total amparada al régimen de Enfermedad y Maternidad, disponiendo en 1970 un médico para un total de 1623 habitantes y pasando en 1984 a 1011 habitantes por cada médico (cuadro 27). Así mismo el número total de camas hospitalarias por cada mil habitantes era de 4.0 en 1960 y 3.3 para el año 1980. Para el año 1970 el país sólo dedicaba para el gasto público en salud el 0.4 por ciento como porcentaje del P.I.B, aumentando para la década siguiente a 1,6 por ciento, bajándolo al mismo 0,4 por ciento de los años 70 en 1986.

Para dar a conocer lo que ha sido la evolución de los avances en el desarrollo social de este país, Pascua y Valverde (1987), hacen referencia a tres períodos bien específicos en donde distintos gobiernos han llevado a cabo decisiones encaminadas a conseguir el bienestar social en Costa Rica. Estas etapas son las que se reproducen textualmente, a continuación:

a) etapa de predominio de la acción privada, en el contexto de una economía débil, basada en el autoconsumo y en donde priman las organizaciones de socorros mutuos, religiosas y filantrópicas.

b) etapa de incipiente participación del Estado: se inserta en la crisis mundial del 30 la que da origen a movimientos obreros y campesinos reivindicativos, ante los cuales se crea el Patronato Nacional de la Infancia, como primer organismo atenuador de conflictos sociales. Desarrollos posteriores dan origen a la Caja Costarricense de Seguro Social y otros organismos, ampliando el campo de acción del bienestar social.

c) etapa tecnicista: iniciada en los años 50, presenta algunas subetapas. Durante la década del 50, la doctrina social-demócrata da énfasis al mejoramiento del campo de la salud y se consolida la aplicación de programas de bienestar social mediante la creación de nuevas instituciones (Ministerio del Trabajo, Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo, etc.). En la década del 60, con la asistencia de la OEA y UNICEF se promueven nuevas acciones técnicas en lo social: desarrollo comunal, centros comunales y ayuda a la formación de asistentes sociales. A partir de los 70, la intervención estatal en la vida económica asigna recursos a áreas prioritarias, creándose numerosas instituciones, entre las que destacan por su relevancia, el Instituto de Ayuda Social y la Oficina de Asignaciones Familiares (Pascua y Valverde, 1987).

Todos estos avances tanto económicos como sociales se han visto estancados en la última década, puesto que la llamada "década perdida" también ha tenido su impacto en este país que presenta una trayectoria económico-social que por sus avances se diferencia del resto de América Latina, sólo comparado con Cuba y Chile, en los logros obtenidos en el campo de la salud, especialmente en lo que dice relación a la mortalidad infantil.

Capítulo V

TRANSICION DEMOGRAFICA, DESARROLLO SOCIAL Y POLITICAS DE SALUD, EN CUBA ENTRE 1950 - 1990.

Dinámica demográfica y estructura de la población

Un estudio realizado por Raúl Hernández sobre la evolución demográfica en Cuba en dos etapas, muestra que en la primera etapa, es decir, entre los primeros años del presente siglo y su quinta década, el crecimiento natural de población se mantuvo relativamente moderado y estable con valores que fluctúan entre 13 y 19 por mil. La mortalidad alcanzó su valor más alto en 1907, pero ésta había comenzado su descenso ya desde 1900, primero a un ritmo lento y acelerándolo posteriormente, registrándose, alrededor de 1930, valores cercanos a 20 por mil. La fecundidad mantuvo niveles elevados y constantes hasta alrededor de 1920 y en 1930 ya la natalidad experimentaba una moderada reducción con valores de alrededor de 35 por mil (Hernández, 1988: 90).

La segunda etapa, que tiene sus inicios antes de 1950, está caracterizada por una aceleración de la disminución de la mortalidad a la par que una relativa aceleración del descenso de la fecundidad. Este proceso, aunque manifestó un cambio temporal en las tendencias de la fecundidad en la década de 1960, asociado a las profundas transformaciones económicas, políticas y sociales, introducidas al triunfo de La Revolución Cubana , ha continuado su tendencia al decrecimiento. Según Hernández, ya desde antes de 1930, la esperanza de vida al nacer inicia un pronunciado ascenso que se mantiene hasta los momentos actuales.

El comportamiento de la natalidad y la fecundidad, en particular de esta última en Cuba ha incidido en que la tasa de crecimiento de la población también presente una aceleración en su disminución, la que según la proyección de CELADE(cuadro 1 anexo), reduce su nivel de 18.48 por mil a 8.89 entre 1950-1955 y el presente quinquenio respectivamente.

Desde principio de la actual década, la población cubana ha experimentado un crecimiento moderado, a un ritmo promedio anual del 0.9 % y con una tasa media en el período de 8.1 por mil habitantes. El período intercensal 1970-81, es testigo de la más abrupta contracción del crecimiento de la población desacelerándose en más de un 50 % la tasa de crecimiento promedio anual; iniciándose de esta forma una etapa de evolución caracterizada por un comportamiento atípico para países sudesarrollados. A partir de 1982 comienza a producirse un aumento transitorio del volumen y tasa de crecimiento de la población, lo que al parecer es solamente muestra de los llamados períodos de "ecos demográficos".

Según las proyecciones de CELADE para 1990, de la población en el país, 5333.6 son varones y 5274,7 hembras, lo que representa el 50.3% y 49.7% respectivamente. Esta mayor cantidad de hombres que de mujeres en la población total se ha observado históricamente en otros censos.

En la población cubana en 1990, se aprecia una distribución por sexos bastante equilibrada. El índice de masculinidad en 1990 para Cuba es de 101.1 hombres por cada 100 mujeres. Analizando comparativamente la relación hombres/mujeres se aprecia un descenso paulatino (cuadro 4 anexo).

Estas tendencias, permiten plantear que ya desde mediados de la década de 1970, Cuba se encontraba concluyendo su transición demográfica lo que ha implicado que actualmente la estructura de edad de la población muestra una evidente tendencia al envejecimiento.

En el cuadro 4 anexo, se puede observar como de una estructura en 1950, donde la población de 0-14 años representaba el 35.8 %, ésta reduce su proporción a un 22.7% en 1990, mientras que la población de más de 65 años casi que se duplica en este período.

La fecundidad.

En el crecimiento de la población cubana, el elemento más dinámico e influyente ha sido el comportamiento de la natalidad que reduce sus niveles de 50 nacimientos por mil habitantes en el segundo quinquenio de este siglo hasta 17.4 por mil en 1990-95. A los inicios de la década de 1960, la natalidad presenta un ascenso alcanzando niveles superiores a los de 25 años atrás, este cambio fue principalmente temporal, pues a partir de 1964 se inicia un descenso sostenido hasta la actualidad, presentándose sólo algunas recuperaciones intermedias. (Cuadro 1 anexo).

Las primeras de estas recuperaciones se produce en el año 1971 (29.5 por mil) asociado a las movilizaciones efectuadas por la "Zafra de los Diez Millones", que a su término produjo un explosión de la nupcialidad, registrándose las más altas tasas de nupcialidad de la historia demográfica, a la vez que las más altas tasas de divorcios. Con posterioridad a éste se acelera la disminución de la mortalidad tomando los valores más bajos en 1981, con una tasa de 14 nacimientos por mil habitantes (Hernández, 1988). A partir de esta fecha se experimenta una nueva recuperación en la tasa bruta como resultado del arribo a la edad reproductiva de la cohorte de nacidos vivos en la década de 1960, en que se produce la explosión demográfica.

No obstante, potencialmente puede estarse gestando un proceso de decrecimiento absoluto de la población cubana, justificado en la permanencia, en los últimos años de una tasa de reproducción por debajo de un, efecto que sólo podrá observarse en el largo plazo.

al analizar su comportamiento se constata que ésta se reduce en más de un 50 % entre 1970 y 1981 (CEE, 1989). Un comportamiento similar refleja la tasa de global de fecundidad que reduce su valores desde 4 hijos por mujer, en 1950-55, hasta 2, en el actual quinquenio (ver cuadro 8 anexo).

Los resultados del censo de 1970 muestran que este año la TGF era de 4 hijos por mujer (3.6 en la zona urbana y 5.5 en la rural) con un diferencial de 1.9 mientras que, el censo de 1981, año en que ésta alcanza su más bajo nivel (1.6 hijos), la zona urbana presentaba 1.5 hijos por mujer y la rural 2, lo que significa un diferencial de sólo 0.5 entre ambas zonas dado que los factores influyentes en el comportamiento de la misma son generalizables a toda la población.

La fecundidad por grupo de edades de las mujeres en edad fértil refleja un rejuvenecimiento en su estructura por edades al ser los grupos de 15-19 y 20-24 los que de forma más significativa aumentan su peso relativo, pasando del 10.5 y del 28.5 % en el quinquenio 1955-60 al 17.2 y 36.2 % en el quinquenio 1985-90, respectivamente (ver cuadro 8 anexo).

Asímismo las tasas específicas de fecundidad por edad manifestaban una fecundidad de cúspide dilatada en 1955-60, asumiendo ya en el quinquenio 1960-65 una cúspide temprana que mantiene hasta la actualidad de forma más pronunciada, ya que se alejan entre sí los valores de los grupos de 20-24 y 25-29 años. En los cambios operados en la fecundidad, se aprecia que el aumento de la misma durante el período 1960-65 estuvo determinado, principalmente por el grupo de 15-19 años que eleva su peso relativo de 8.2 % en 1950-55 a 12.8 % en 1960-65, en su posterior reducción la mayor incidencia puede ubicarse en las mujeres mayores de 30 años que reducen su participación en un 13.5% (de 35.2% a 21.7%).

Puede señalarse que el rápido descenso que experimenta la fecundidad cubana la acerca a los niveles de los países que han alcanzado las más bajas tasas en el mundo y ubica a Cuba en el nivel más bajo de América Latina.

La mortalidad.

La mortalidad en Cuba ha continuado su tendencia al descenso, con valores también bajos, que sitúan a Cuba muy cerca de países más desarrollados, con una esperanza de vida al nacer, indicador más refinado para medir la mortalidad que manifiesta una tendencia creciente en el período, al alcanzar un nivel de 75.7 años en el presente quinquenio. Se observa que durante el período aumenta el promedio de vida de los cubanos en más de 16 años, entre el quinquenio 1950-55 y el actual. Ya desde los inicios de la década de 1970, la esperanza de vida al nacer superaba los 70 años y hacia finales de la década su nivel era similar al de los países más desarrollados (cuadro 1 anexo).

La tasa bruta de mortalidad ha mantenido un crecimiento moderado durante este período, alcanzando su valor mínimo en el quinquenio 1975-1980, con 6 defunciones por mil habitantes, siendo precisamente en la década 1970-1980 cuando más se acelera el descenso de la mortalidad. A partir de esta fecha empieza a producirse un ligero incremento en la tasa bruta dado por la tendencia al envejecimiento de la población, con una estructura de muertes donde los ancianos van ganando en importancia y prevalecen las enfermedades del corazón, tumores malignos, cerebrovasculares y otras más propias de países de mayor desarrollo económico (cuadro 11 anexo).

El descenso de la mortalidad es un proceso que también tiende homogenizarse en todas las provincias del país, lo que es un reflejo de la integralidad y cobertura del sistema de salud establecido en Cuba. Ello se manifiesta en que, por ejemplo, en el trienio 1982-83, la esperanza de vida al nacer, superaba los 73 años en todas las provincias, con un diferencial entre los valores extremos de sólo 2.14 años (CEE, 1989).

El diferencial de la mortalidad por sexo presenta un comportamiento atípico (3-4 años), dado que se asemeja al de países de alta mortalidad (3-5 años), pues el sexo masculino ha logrado una esperanza de vida similar a la que hoy muestran los países más desarrollados de la región (Estados Unidos y Canadá), mientras que el femenino presenta de 2 a 3 años por debajo de estos países, lo que pudiera estar asociado a que prevalecen en el diferencial principalmente las causas de índole biológico debido a que en Cuba la exposición al riesgo de muerte por otras causas debe ser similar en ambos sexos dado el sistema de igualdad por sexo implementado ya a un elevado nivel en el plano económico, político y social (CELADE, 1990).

Mortalidad infantil en Cuba entre 1950 y 1990

Dentro de la mortalidad general hay que destacar la progresiva y sostenida reducción de su mortalidad infantil. Según las estadísticas vitales entre 1950-1990 la mortalidad infantil ha reducido sus niveles en un 89%, al descender su tasa de 97² defunciones por mil nacidos vivos en 1950 a 10.7 por mil en 1990² (cuadro 14 anexo).

El descenso de la mortalidad infantil se produce de forma más lenta antes de 1960 y de forma más acelerada a partir de 1970. Aunque el posible incremento que se aprecia en su tasa en los primeros años de la revolución debido a un mejoramiento de los registros de defunciones, dada los altos subregistros existentes a finales de la

² La información de 1990 fue obtenida, en el Instituto de Investigaciones del Sistema Nacional de Estadísticas de Cuba (INSIE).

década del 1950 (50% o más), lo que ha sido fundamentado en diversos estudios. En la década 1970-1980 es donde se produce el mayor descenso de la mortalidad infantil con una reducción del 51%. Entre 1960 y 1990 la reducción alcanza el 73%.

A fin de analizar el descenso de la mortalidad en los primeros años de vida es necesario observar el comportamiento por tramos de edades, atendiendo a que la mortalidad no está igualmente distribuida según la edad principalmente en éste grupo y a la diferenciación existente de las causas de muerte por tramos de edad.

En el cuadro 14 anexo, se puede observar que la mortalidad muestra descensos significativos en todos sus componentes a partir de 1970. La evolución del peso de cada componente en la mortalidad presenta un cambio más marcado en la mortalidad neonatal tardía y en la postneonatal, que se reducen en un 76 % y en un 75 %, respectivamente, lo cual es lógico dado que en la mortalidad neonatal precoz predominan las enfermedades por causas endógenas que resultan más difíciles de disminuir.

El descenso de la mortalidad infantil se explica principalmente por la disminución de la mortalidad por enteritis y otras enfermedades diarreicas y por la influenza y la neumonía así como otras causas perinatales, lo cual es muestra del nivel alcanzado en el país en cuanto a la atención y control a la salud del niño, observándose que se mantienen más estables las enfermedades por anomalías congénitas que empiezan a manifestar un tendencia a su reducción a partir de 1980 (cuadro 17 anexo).

Lo más significativo en el descenso de la mortalidad infantil en los últimos años es su alta tendencia a la homogenización en el nivel de la mortalidad entre los diferentes territorios del país. Si en 1970 el diferencial de la mortalidad infantil entre la provincia del nivel más bajo y la del más alto era de 33.9 por mil, en 1989 este se redujo a 5 por mil, encontrándose todas las provincias con niveles muy cercanos a la media nacional. (ver cuadro 25 anexo).

Factores Determinantes

Diversos estudios realizados sobre el descenso de la mortalidad infantil en Cuba, lo asocian al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, en particular a la extensión de la atención médica y al mejoramiento general de la salud de la población.

La estructura económica deformada y sus efectos sociales heredados del capitalismo llevaron a que desde los inicios el Gobierno Revolucionario, instaurado en 1959, se realizaran un conjunto de transformaciones en el país que han modificado sustancialmente la estructura económica y social.

Se prestó atención a los agudos problemas sociales prevaletentes por lo que una parte de los recursos se destinaron a la erradicación de la pobreza y al desarrollo social, en particular a la educación y la salud, lo que resulta a su vez una premisa para el desarrollo económico. Hoy el desarrollo social muestra logros significativos en todas las esferas destacándose los niveles alcanzados en la salud y en la educación.

Se cuenta con un sistema educacional cohesionado y en el que se trabaja por elevar su eficiencia y calidad. Puede destacarse entre los principales logros en esta esfera que se ha alcanzado la escolaridad plena en la primaria y que más del 36 por ciento de éstos alumnos disfruta de seminternados. Asimismo se ha elevado el número de instituciones infantiles elevándose cada año el número de niños en éstas, por cada mil niños de 0-4 años, entre otros. Ambos logros brindan a la mujer trabajadora la posibilidad de incorporarse al trabajo fuera del hogar y se garantiza una adecuada atención y alimentación a los niños. También se redujo al mínimo el analfabetismo y se ha elevado la escolaridad media de la población, entre otros logros (cuadro 37 anexo).

Los esfuerzos realizados en la esfera de la salud, expuestos con anterioridad, permitieron alcanzar en 1989 una tasa de mortalidad infantil de 11.1 por mil nacidos vivos, 303 habitantes por médico y una cobertura del médico de la familia de 47% de la población.

Los logros señalados en el desarrollo social que se extienden a otras esferas sociales donde se ha elevado el nivel de satisfacción de necesidades básicas tales como: vivienda, saneamiento ambiental, agua potable, alcantarillados, etc. (ver cuadro 37 anexo); se han acompañado de un crecimiento positivo de la economía en estos años, que solo se ha moderado en los últimos tres años, debido principalmente a la situación internacional que ha tenido su impacto en nuestra economía. Así, el producto per cápita creció al 3.1 % de 1960 a 1985 y la tasa de crecimiento anual de la economía fue del 4.8 %, así como, el PSG creció al 1 % entre 1988 y 1989. Todos estos factores han incidido de forma directa o indirecta en la tendencia que presenta hoy la mortalidad infantil (CEE, 1991).

Un reciente estudio conjunto del Comité Estatal de Estadística y CELADE, sobre diferenciales de la mortalidad infantil, pequeños y en algunos casos poco significativos existía relación con algunos indicadores socioeconómicos. Se observó que las provincias que mantienen la mortalidad infantil más baja son las que presentan:

- El más elevado grado de urbanización (promedio de 90.3%), y contrariamente la mas baja densidad rural (15.4 habt/Km²), con el más bajo porcentaje de población dispersa o residiendo en caseríos, bateyes, y otros.

- El nivel educacional más alto, representando un promedio de la población de 6 años y más, de 7.2 años de estudio.

- La más elevada tasa por cada mil habitantes del personal de salud integrado por médicos estomatólogos, farmacéuticos enfermeras, técnicos y auxiliares.

-Mejores condiciones en la vivienda.

-La mayor tasa de teléfono por cada mil habitantes (96.4).

-Los más altos indicadores económicos provinciales: salario medio anual per cápita, gastos per cápitas de la seguridad social, valor per cápita de la circulación mercantil en el comercio al por mayor a la red minorista. Además alcanza la más elevada tasa de actividad femenina (40.7% en promedio).

-Las más bajas tasas de fecundidad (CEE-CELADE, 1988: 24).

Tanto en el estudio antes mencionado, como en otros consultados sobre el análisis de los diferenciales de la mortalidad infantil según el nivel educacional de la madre, señalan la evidencia de diferencias en Cuba, aunque significativamente inferiores a la de otros países de América Latina, pero a la vez se señala que en los últimos años hay una tendencia a la disminución de los diferenciales de la mortalidad infantil según el nivel educacional de la madre.

Los elementos que se han podido obtener de diferentes estudios consultados que de alguna manera abordan la incidencia de diferentes factores en la mortalidad infantil en Cuba y sus diferenciales por zonas de residencia urbano-rural, por división político-administrativa, educación de la madre y otros, nos llevan a la conclusión de que el mejoramiento de las condiciones de vida en Cuba ha tenido una alta incidencia en la disminución de la mortalidad infantil.

Sin embargo, el hecho de que en Cuba se presente una tendencia a la disminución de los diferenciales atendiendo a diferentes factores, es decir que el proceso de reducción de los diferenciales de la mortalidad se está produciendo de forma más rápida que el que puede generar el efecto de los cambios en un determinado factor; unido a que la institución del médico de las familias significó inmediatamente un mejoramiento de este indicador en las áreas atendidas en relación con las que aún no lo están, permite plantear la hipótesis:

Si bien el mejoramiento de las condiciones sociales de toda la población cubana (elevación del nivel educacional, de la satisfacción de la vivienda, agua potable, empleo, mejor redistribución del ingreso, entre otros), ha sido un factor importante en la disminución de la mortalidad infantil. En los últimos años el papel fundamental lo ha jugado el mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población y las posibilidades de acceso a ella con una atención médica de alta calidad, en particular el desarrollo pleno y controlado de un Programa Materno-

Infantil, que ha garantizado la adecuada atención a la embarazada, al parto y al niño, así como la introducción de altas tecnologías y en general el nivel desarrollo científico alcanzado en este campo.

Capítulo VI

TRANSICION DEMOGRAFICA, DESARROLLO SOCIAL Y POLITICAS DE SALUD, EN CHILE ENTRE 1950 - 1990.

Dinámica demográfica y estructura de la población

La dinámica demográfica chilena, muestra que en los últimos 40 años el número de habitantes se duplicó, aumentando de 6.1 millones de personas en 1950 a 13.1 millones en 1990. Se puede afirmar entonces que en este período tuvo lugar un vigoroso proceso de expansión demográfica. Esta expansión ha modificado también la composición por edades de la población (ver cuadro 3 del Anexo).

La aceleración del crecimiento de la población chilena y su evolución demográfica permite clasificar a Chile junto a otros países latinoamericanos en el grupo 3 de la transición demográfica y que se caracteriza por una tasa de natalidad y un crecimiento moderado y una tasa de mortalidad muy baja.

Una manera de observar la evolución demográfica en Chile sobre la composición por edades de la población, puede verse analizando la edad mediana de la población a través del tiempo. Entre 1950 y 1965 la edad mediana descendió de 22.2 a 20.2 años. Este descenso se debió principalmente a la ampliación de la base de la pirámide de edades (ver gráficos en anexo), que se derivó de una fecundidad relativamente alta y a un descenso de la mortalidad. A partir del período 1965-1970 esta tendencia se revierte alcanzando la edad mediana en el período 1985-1990 a alrededor de los 24 años, el resultado es entonces una población algo más envejecida que en 1950.

Como puede observarse en el cuadro 3 del anexo, el peso relativo según la edad, en Chile muestra, a comienzos de la década de los cincuenta, una población relativamente joven, con una proporción mayor de personas en los grupos de menor edad (46% entre los 0-19 años) y menor en los de edad avanzada (47% entre los 20-59 y 7% entre los de 60 años y más). A partir de 1970 comienza un descenso ininterrumpido de la proporción de menores de 20 años y el aumento primero del grupo de 20-59 y en las proyecciones hacia 1990, vemos que el grupo 60 y más años toma una mayor proporción (8.9%) que en 1950 y el grupo de 0 a 19 años una menor proporción (40%) que para el mismo año.

Si bien es cierto que las estructuras por edades de la población femenina no difieren mayormente de las correspondientes a los hombres, éstas muestran una proporción más alta en las edades superiores de las pirámides; por lo cual los índices de masculinidad en las edades superiores a los 40 años, tienden a

Reducirse como expresión de las des. exp. vida de las ♀s

reducirse como expresión de las mayores expectativas de vida de las mujeres.

La fecundidad

Entre los años 1950 y 1960 se vive en Chile, en términos demográficos, lo que se ha dado en llamar la etapa 2 en su proceso de transición demográfica, esto es, alta tasa de natalidad con tasa de mortalidad descendente, con alta tasa, en consecuencia, de crecimiento natural de la población (ver Cuadro 7 del Anexo).

Chile, como otros países Latinoamericanos, no ha estado al margen de la influencia que los Estados Unidos ejerce en los años de la década de 1960, a través de programas de control de la natalidad. Sin embargo, en el campo de la regulación de los nacimientos, éste se inició en Chile en forma aislada y en pequeña escala ya en 1938.

Es durante 1965, que se define por primera vez una política en el ámbito de la regulación de los nacimientos. Esta política, se formula en el seno del Servicio Nacional de Salud y compromete básicamente a ese organismo y no al Gobierno en su conjunto.

En 1968, siempre a través del Servicio Nacional de Salud, se precisa la cobertura máxima que pueden alcanzar los programas de regulación de la fecundidad, restringiendo la cobertura señalada hasta entonces, producto de las discusiones que tuvieron lugar en el Congreso Nacional sobre las acciones emprendidas por el Ministerio de Salud en la materia.

No obstante, las actividades de planificación familiar, a partir de 1965, contribuyeron a facilitar y a acelerar el cambio en el comportamiento reproductivo, no lo explican por sí solo.

Las diferencias de fecundidad, tanto en el tiempo como dentro de un mismo país, o entre países o grupos, se relacionan directamente con las diferencias entre un conjunto de variables llamadas "intermedias" o "determinantes próximos", a través de los cuales operan los demás factores sociales, económicos y culturales en la fecundidad, tales como aumentos en la educación, integración espacial (infraestructura vial y electrificación, fundamentalmente), ambiente, religión, etc. Cuatro de estas variables han sido consideradas como las más importantes: la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, el aborto y la lactancia, en la medida en que ésta se relaciona con la infertilidad postparto.

Muchos de estos factores han incidido sobre el comportamiento reproductivo de la mujer en Chile, que se manifiesta, concretamente, en una reducción de más de 2 hijos por mujer en 25 años aproximadamente. En el período 1950-55, las mujeres tenían en Chile, en promedio, alrededor de 5 hijos. Actualmente tienen, en promedio, 2.6 hijos por mujer. El cambio ha sido bastante

significativo en el tiempo y en la magnitud de la caída (ver cuadro 7 del Anexo).

El comportamiento de la fecundidad en Chile se puede interpretar en tres etapas: en la primera, comprendida entre el inicio de los años 50 hasta los primeros años de 1960 se observa una ligera alza de la fecundidad que llega a su máximo alrededor de 1962. A partir de esta fecha, especialmente desde 1965 en adelante, se registra el descenso continuo y acelerado de la fecundidad, cae en más de 40%, quedando la tasa global en 1976 en 3 hijos por mujer. Por último, se observa una tercera etapa, a partir de 1977, con un descenso más moderado de la fecundidad y una cierta tendencia a la estabilización de la tasa global.

Durante 1981 y 1982, sin embargo, la tasa global de fecundidad experimenta un leve aumento, como resultado del aumento de la fecundidad en las mujeres menores de 30 años. Este período coincide con lo que se ha dado en llamar el "boom económico", período en el cual se registró un aumento en la nupcialidad. Por lo mismo, se experimenta una baja de la fecundidad a partir del segundo quinquenio de la década de los 80, conjuntamente con la recesión económica.

El nivel del inicio al descenso y la magnitud de la caída de la fecundidad son diferentes según las categorías de educación de la mujer, los estratos socio-ocupacionales del jefe de hogar y los diferentes contextos geográficos definidos. El inicio del descenso de la fecundidad se aprecia en las mujeres pertenecientes a las categorías de educación más altas, a los estratos alto y medio, tanto asalariados como no asalariados, así como también de las residentes en los centros más urbanizados. Después de 1965 todos los sectores se incorporan a un descenso mantenido y acelerado.

Las diferencias de fecundidad urbana y rural fueron al inicio de los años 50, de 3 hijos más por parte de las mujeres de áreas rurales. Al final del período 1975-80 estas diferencias varían en valores cercanos a 2 hijos, con una tasa global de fecundidad de 2.5-3 para las zonas urbanas y de 4.5-5 en las áreas rurales.

Los sectores socio-ocupacionales claves en el descenso de la fecundidad son los estratos bajos, agrícolas y no agrícolas. El volumen de mujeres en estos estratos alcanza un 45% en 1982, y es casi el doble de la proporción correspondiente al estrato alto y medio, (33.4% bajo no agrícola). En el estrato bajo no agrícola, la fecundidad cae de 5.9 en 1960-65, el período de más alta fecundidad, a 3.2 en 1975-80; mientras en el estrato agrícola la tasa global de fecundidad se reduce de 8 a 4.5 hijos por mujer, en estos mismos períodos. Las diferencias entre estratos alto y medio y los bajos se redujeron de valores superiores a 4 hijos a alrededor de 2.5 hijos más de parte de las mujeres de los sectores agrícolas.

El ligero aumento de la fecundidad, con diferencias en la magnitud según sea la variable, (sectores agrícolas y aquellos con menor nivel educativo) es posible que haya sido parte de un efecto de una política social traducida en beneficios sociales como, asignación familiar (1955), subsidio post natal (1959) y una asignación escolar. Estos estaban dirigidos a los obreros y trabajadores cuenta propia, que percibieran menos de dos sueldos vitales.

En general, el descenso de la fecundidad se podría relacionar con todo el proceso de desarrollo económico y social del país y un cambio en el comportamiento reproductivo de la mujer. Desarrollo en la extensión de la cobertura y calidad del sistema educativo, que ha provocado un aumento sustancial de la educación de las mujeres. Por otra parte, la extensión de la atención por parte del sistema estatal de salud, especialmente materno infantil.

La mortalidad

El cuadro 1 muestra la tendencia de la tasa bruta de mortalidad desde 1950 a 1990, proyecciones del CELADE. Allí podemos distinguir tres períodos: Hasta 1965 las tasa oscilan entre los 14 a 12 por mil. A partir de 1965 se inicia un descenso regular que termina en el período 1980 - 1985 con una tasa del 6.32 por mil, comenzando un ascenso a partir del quinquenio 1985 - 1990, con una tasa de 6.40 por mil, llegando al quinquenio 1990 - 1995 al 6.41 por mil habitantes.

Sin embargo, el mejor indicador para analizar la mortalidad es la esperanza de vida al nacer. Este indicador sintetiza la mortalidad general y permite hacer comparaciones entre países, por regiones y por sexo. De acuerdo a los datos del cuadro mencionado, podemos ver un aumento de la sobrevivencia en el tiempo; habiéndose incrementado la esperanza de vida al nacer de los chilenos en más de 18 años desde el período 1950-55 hasta el período 1990 - 95; en este período la esperanza de vida al nacer alcanza los 72 años.

En Chile, como en todos los países latinoamericanos, existe una diferencia por sexo en la mortalidad general. Las mujeres tienen una mortalidad menor que la de los hombres. La diferencia en la esperanza de vida al nacer es actualmente de 7 años; de tal modo que las mujeres se acercan a los 75 años mientras que los hombres lo hacen a una vida media de 68 años. Entre 1970-1975 y 1985-1990 las ganancias en este indicador han sido también levemente mayores para las mujeres.

La esperanza de vida al nacer, sin embargo, no pone en evidencia importantes contrastes en la mortalidad dentro de Chile. Es por ello que debemos considerar las tasas de mortalidad por edades para asociar los distintos riesgos de muerte con determinadas edades así como las diferencias en la incidencia de algunas enfermedades. En Chile los cambios que experimentaron estas tasas -para los períodos

1970-1975 y 1985-1990- disminuyeron en todos los grupos de edades. De especial importancia es la disminución que se observa para el grupo de 0-4 años, en estas edades el riesgo de morir disminuye considerablemente convirtiéndose así en un significativo factor de cambio en la estructura de la población.

El resultado del cambio en la estructura de la población en Chile y en la mortalidad por edades, ha sido un relativo envejecimiento de su población. En la medida en que se controla la excesiva mortalidad temprana, asociada principalmente a la infección, junto con la desnutrición y las causas perinatales; cobran una progresiva importancia relativa las enfermedades del adulto, en especial las cardiovasculares, los tumores y las muertes violentas. (Ver Cuadro 10 del Anexo).

El nivel de la mortalidad se modifica con cierta lentitud, por lo que su análisis se complementa con el de la mortalidad infantil. Una mortalidad general alta refleja las agresiones biológicas a la salud de la población que se producen en un medio físico y social adverso; condiciones a las cuales los menores son particularmente vulnerables. En Chile se puede observar una baja notable de la mortalidad infantil (ver cuadro No.1). El descenso experimentado en los últimos treinta años se refleja en las tasas presentadas. En el período 1960-1965 morían en Chile 109.39 niños por cada mil que nacían. En el quinquenio 1990-1995 el nivel se redujo a los 17 por mil. La baja ha sido continua a lo largo de las últimas tres décadas.

El descenso de la tasa bruta de mortalidad de 14.3 por mil en el período 1950-1955 a 6.4 por mil en 1990-1995, según las proyecciones del INE-CELADE, se debió en gran medida a la gran reducción que experimentó la tasa de mortalidad infantil. La mortalidad del adulto, sin embargo, estaría más relacionada con la calidad de atención secundaria y terciaria. Estos niveles han sufrido un gran deterioro en la última década lo que haría suponer una desaceleración del descenso de la mortalidad del adulto como consecuencia de esta situación.

A continuación, se analiza en forma detallada las tasas de mortalidad infantil y sus componentes en Chile, a partir de la década del 60 (ver Cuadro 13 del Anexo).

La mortalidad infantil en Chile, 1960 - 1985

Hacia 1960 Chile tenía una de las tasas de mortalidad infantil más altas de América Latina (119.5 por mil nacidos vivos) (ver cuadro 1 del Anexo), la cual ha disminuido notablemente, hasta llegar en la actualidad alrededor de los 16 por mil nacidos vivos en 1990, siendo una de las más bajas del continente Latinoamericano a la fecha.

Si se considera el nivel de desarrollo alcanzado por el país hacia el año 1960, en cobertura de agua potable, en instrucción de la población, etc., el desarrollo alcanzado a esa fecha por Chile se encontraba entre los más altos de la Región y si además de esto se contaba con un sistema de salud de mayor desarrollo y cobertura que el de otros países con mortalidad infantil mas baja, las tasas de mortalidad infantil mostradas por Chile a comienzos de los años 60 eran realmente inexplicables (Taucher 1984).

De allí que es indispensable analizar la mortalidad infantil en sus diferentes componentes y según los grupos de causas que la componen.

Al analizar separadamente la mortalidad neonatal (Cuadro 13 del Anexo) de la mortalidad postneonatal en Chile, entre 1960 y 1985, se ve que la mortalidad infantil en este período bajó principalmente por el componente postneonatal, pasando de un peso relativo del 74.1% de total de muertes infantiles en 1960 al 49.4% en 1985, en cambio la neonatal aumentó su peso relativo del 28.9% a 50.6% en el mismo período, dado fundamentalmente por la neonatal precoz (de 0 a 6 días) que aumentó su peso relativo de 17.3% en 1960 al 40 % en 1985. Esto indica que si bien es cierto ha disminuido significativamente la mortalidad neonatal entre 1960 y 1985, desde 34.52 por mil nacidos vivos a 9.86 por mil nacidos vivos, la reducción más importante está dada en la mortalidad postneonatal, de 85.02 por mil nacidos vivos en 1960 a 9.63 por mil nacidos vivos en 1985.

Lo anterior señala que la baja de la mortalidad infantil en Chile, desde 1960 a 1985, ha estado asociada más a factores externos que a factores que dependen de la atención del parto y del cuidado específico del recién nacido, factores externos que se encuentran asociados a enfermedades respiratorias, diarreas, infecciones y por enfermedades evitables por vacunación (ver Cuadros Ns. 16, 19, 22 del Anexo).

Pero, ¿ qué factores han estado asociados a la baja de la mortalidad infantil en Chile en este período?. Para contestar esta pregunta, era básico aproximarse a las causas bio-estadísticas de la mortalidad infantil y a las principales muertes en sus componentes, y que determinó que, como ya se señaló, principalmente el descenso de la mortalidad infantil en Chile, a partir de 1960,

tienen su fundamento en la muertes evitables, causas exógenas, en este grupo de edad.

Período 1960 - 1976

Erica Taucher (1979) en un estudio de los cambios ocurridos entre 1960 y 1976³, señala que el descenso notable de la mortalidad infantil, experimentado en Chile en ese período, se debe:

- a) al mejoramiento del nivel de vida de la familia.
- b) al desarrollo de programas materno-infantiles (control del embarazo, atención del parto, alimentación complementaria, educación sanitaria, entre otros).
- c) al descenso de la natalidad, el que se hace particularmente notable a partir de 1964.

En el estudio indicado en el párrafo anterior, se señala que la **relación entre el nivel de vida de la familia y la mortalidad infantil** queda en evidencia a través de las diferencias de mortalidad observadas por categoría ocupacional del padre y por el nivel de instrucción de la madre. (Ver Cuadros 31 al 40 del Anexo).

Respecto del descenso de la mortalidad infantil y su relación con el grado de desarrollo mostrado por los programas materno-infantiles, señala el mejoramiento del control pre-natal de la embarazada y del control del niño sano, la mejora en la atención intrahospitalaria del parto, el mejoramiento experimentado en el tratamiento de las patologías de la madre y del niño, la mejor y mayor cobertura de la educación sanitaria de las madres, y la puesta en marcha de programas masivos de alimentación complementaria de la madre, la nodriza y el niño. (Ver Cuadros 26 al 30c y 37 del Anexo).

Otros factores que Taucher determina como muy importantes en su estudio, revela que la baja de la mortalidad infantil se debe en gran medida a la baja de mortalidad en enfermedades respiratorias y a las diarreas, las cuales están ligadas a las mejoras en las condiciones sanitarias de la vivienda, la educación de la madre, las condiciones de nutrición del niño, que han jugado un importante papel. (Ver Cuadros Ns. 36 y 37 del Anexo).

La autora del estudio en análisis, **revela que la baja en la fecundidad de las mujeres puede actuar también como causal de descenso de la mortalidad infantil**, a través de concentración de recursos en un menor número de niños, y por aumentos en la edad

³E. Taucher, "La mortalidad infantil en Chile". En Notas de Población No. 20; CELADE, Santiago, Chile, 1979.

media de las madres.

Así Erica Taucher, concluye en su estudio realizado entre 1961 y 1976 que, la baja de mortalidad de debió en ese período al desarrollo de la vivienda y la educación, junto con los programas de salud y de alimentación complementaria dirigidos a grupos de mayor riesgo, que en conjunto son capaces de paliar la consecuencias de cambios económicos negativos sobre el nivel de mortalidad infantil.

Interesa explicar si este extraordinario descenso experimentado por la mortalidad infantil, desde 120 por mil en 1960 hasta 40 por mil en 1978, pudiera implicar que parte de las muertes evitadas en el primer año de vida se haya trasladado al grupo de edad siguiente, esto es al grupo de 1 a 4 años, para lo cual también nos basaremos en un estudio realizado por Erica Taucher⁴, que muestra que la tasa de mortalidad de los niños de este grupo descendió de 7.01 por mil en 1961 a 1,68 por mil en 1978, descartándose así que en este período la baja de la mortalidad en Chile haya afectado a una postergación de las muertes en edades mayores.

Hacia la década de los 80

Con la profundas modificaciones efectuadas al Sector Salud en Chile (ver punto aparte sobre el tema), la estrategia del sector se profundiza y basa fundamentalmente en la priorización de los programas y acciones de fomento y protección de la salud, reforzando la ejecución y extendiendo la cobertura de la atención primaria a todo el territorio nacional, especialmente hacia las zonas de más bajas coberturas como lo eran las zonas rurales básicamente. Especial relevancia le otorga el sector salud, y con primera prioridad, a la atención materno-infantil.

Los resultados de esta política focalizada de salud hacia uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, fué la continuación del mejoramiento de los indicadores biodemográficos, tales como: la desnutrición infantil, los programas de atención y control infantil, los programas de atención pre y post natales, atención profesional del parto, la educación sanitaria, los programas de lactancia materna y otros; todos los cuales redundaron en mejoras sustanciales en las tasas de mortalidad infantil y la mortalidad materna. Hacia 1982, la tasa de mortalidad infantil en Chile continúa su descenso sostenido que venía experimentando desde décadas pasadas. (Ver Cuadros 1 y 13 del Anexo).

⁴ EN NOTAS DE POBLACION NRO. 26 DE AGOSTO 1981, CELADE, PAGES. DE LA 29 A LA 54.

Erica Taucher⁵, en una versión actualizada de su estudio efectuado para el período 1960 - 1976, concluye que las causales de la baja de este indicador de salud, hacia 1982, no han variado respecto de sus conclusiones anteriores. Estos son: la tradición de seguridad social en Chile, la organización de los servicios materno-infantiles, las actitudes del personal de salud y de la población y el nivel de instrucción, que forman una sólida infraestructura que favorece el efecto de las acciones de los programas materno-infantil y de la regulación de la fecundidad, regulación (descenso) que explica hacia ese período alrededor del 20% del descenso de la mortalidad infantil, y que no se modifican por las contingencias económicas adversas que en ese momento sufre el país. Además los programas de alimentación complementaria y de recuperación del desnutrido, que continúan su tendencia histórica, pueden paliar los efectos más directos de esta situación económica adversa, que hace comprender la aparente contradictoria tendencia descendente de la mortalidad infantil. (Ver Cuadros 30a al 30c del Anexo).

Hacia este mismo período, el Dr. Fernando Mönckeberg⁶ en su estudio realizado en 1985, llega a conclusiones similares, en el sentido de que la causal principal de la baja de la mortalidad en ese período vine dado, principalmente, por la baja de la mortalidad postneonatal, básicamente por la reducción de las muertes por enfermedades respiratorias y diarreas. A nivel de la desnutrición, se aprecia un significativo; descenso de la desnutrición mediana y grave. La información disponible, permite concluir a este autor que la baja de la mortalidad infantil hacia mediados de la década de los 80 en Chile, se debe fundamentalmente a una infraestructura histórica y tradicional de seguridad social y a la organización de los servicios de salud como determinante del proceso. La reducción de la mortalidad infantil, según Mönckeberg, se debe a programas específicos de alimentación complementaria, de educación nutricional, de planificación familiar, de atención rural, de lactancia materna, de tratamiento eficaz de la desnutrición media y grave, a los programas de atención integral de los preescolares en áreas de extrema pobreza y a los programas de niños en situación irregular.

Según Mönckeberg, lo ocurrido en Chile demuestra que es posible diseñar intervenciones eficientes en las áreas de la salud, nutrición y educación, con cobertura eficaz hacia los grupos de mayor riesgo y que ello ha sido posible por la continuidad de estos programas, más allá de los cambios de gobierno. Los resultados no se obtienen con políticas de corto plazo, el análisis del caso

⁵.- MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE REVISION ACTUALIZADA, ERICA TAUCHER. ABRIL 1984.

⁶.- EVOLUCION DE LA DESNUTRICION Y MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE DURANTE LOS ULTIMOS 20 AÑOS, EN CUADERNOS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE NRO.4 DE 1985, PGAS. NROS.165 A LA 204.

chileno es el resultado de por lo menos 4 décadas de esfuerzos continuados, los que en definitiva aminoraron los efectos negativos que las crisis económicas provocaron en el sector salud en Chile.

En un estudio efectuado en Octubre de 1989, Budinich-Gutiérrez-Lafut⁷, midieron el impacto redistributivo del gasto social directo en salud en Chile, entre 1985 y 1987, con el objeto de medir el impacto que tiene sobre el ingreso de los hogares las transferencias que realiza el Fisco al Sector Salud, procediéndose a identificar quienes son los receptores de los subsidios fiscales.

El resultado del estudio anterior arrojó que:

a.- del total del gasto social directo en salud en Chile en ese período, el 67% llegaba al 40% de más bajos ingresos del país, mientras que sólo un 6% beneficiaba al 20% de mayores ingresos.

b.- el 67% del gasto fiscal destinado a dar atenciones de salud a la población, benefició al 40% de menores recursos.

c.- el 69% del gasto total destinado al Programa Nacional de Alimentación Complementaria, llegaba al 40% de menores ingresos.

El estudio concluye que el gasto social directo destinado a la salud en Chile, logra una buena efectividad y que, al compararla año a año, se aprecia un mejoramiento sustancial de esta efectividad, producto de una más eficiente administración de los recursos públicos y de la administración de los servicios de salud del país.

⁷LOS SISTEMAS PREVISIONALES Y ASISTENCIALES DE SALUD. EN GASTO SOCIAL EFECTIVO. EMA BUDINICH, HECTOR GUTIERREZ, ROSANA LAFUT. 1989.PAGNS.115 A LA 152.-

Capítulo VII

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LA EVOLUCION HISTÓRICA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA, CUBA Y CHILE.

Según estudios realizados por diferentes autores, la mortalidad infantil está asociada en forma directa a las políticas de salud y sus efectos sobre la población, más que a cualquier otro factor que condiciona sus niveles a lo largo del tiempo.

La mayoría de los países realizan su gestión de salud pública a través de instituciones de carácter técnico-asistencial, y que generalmente son reguladas mediante una organización que el propio Estado se fija, de acuerdo a los intereses que éste tenga en algún momento de su historia, y cuya acción es el resultado de los objetivos que el país se propone. Por esto resulta de primordial importancia conocer el comportamiento del Estado a lo largo de un período significativo de su historia respecto de su gestión en la salud de la población, realizada mediante lo que se ha dado en llamar el Sector Salud.

A continuación, se realiza una resumida evolución histórica, de lo que ha sido el Sector Salud en cada uno de los países que conforman el presente estudio.

Costa Rica

Basado en documentos oficiales del Ministerio de Salud, Luis Rosero (1984) elaboró una síntesis de la evolución histórica del sector en el presente siglo, que permite distinguir tres grandes etapas por las que ha atravesado Costa Rica en este campo:

a) La primera etapa va hasta la década de los 20, dónde la salud pública en el país es prácticamente inexistente. Las acciones de salud son ejecutadas en este período por la asistencia médica que brindan algunas instituciones de caridad.

b) La segunda etapa comienza a partir de la década de los años 30 hasta los años 60, dónde el Sector se desarrolla notablemente, al ritmo que permiten las condiciones económicas del país y en lo político por las reformas sociales que Costa Rica impulsa a partir de los años 40. En este período ya se benefician programas sanitarios, con nuevas técnicas, de gran eficacia y bajo costo. Al término de los años 50, el sector salud había logrado acumular entonces una considerable cantidad de experiencia y de recursos, cuya acción descansaba sobre tres instituciones básicas creadas por el Estado, aunque aún sin mucha coordinación entre ellas:

i) La Dirección de Salubridad del Ministerio de Salud, encargada de la medicina preventiva y que ejecutaba acciones específicas, como por ejemplo el notable éxito que tuvo en la campaña antimalárica.

ii) La Dirección de Asistencia del Ministerio de Salud, que a través de las Juntas de Protección Social, ofrecía asistencia médica y hospitalaria a personas de escasos recursos económicos.

iii) El Seguro Social, que ofrecía servicios médicos y hospitalarios (algunos de ellos altamente especializados) pero a un sector muy restringido de la población.

c) La tercera etapa se inicia con los años 70' y se caracteriza por lo que podría calificarse como las acciones emprendidas para el uso racional de los recursos de salud. En estos años se alcanzan notables éxitos en las condiciones sanitarias del país, que lo asemejan a las de una nación desarrollada, por ejemplo la esperanza de vida aumentó de 65.3 años a 72.5 entre 1970 y 1980. Se masifica la prestación de servicios de salud a la población, tanto a la rural dispersa como a la urbana marginada, por medio de los Programas de Salud Rural y Salud Comunitaria que el Estado impulsa, adoptando la llamada estrategia de atención primaria, estrategia que se universaliza a partir de de 1978, con la declaración que al respecto suscriben 116 países en Alma-Ata, en la URSS.

Por otra parte en este período se impulsan programas universales de Seguridad Social y el traspaso a ésta institución de todos los Hospitales, es decir, se unifican en esta institución las políticas de salud pública y los servicios hospitalarios y de consulta externa hacia la población, en condiciones de igualdad para prácticamente todo el país. Hay una virtual **socialización de la medicina**. Se promueve la participación comunitaria organizada, se desarrollan vigorosas campañas de letrización y construcción de acueductos rurales, y de educación para la salud. Asimismo, el Estado asigna considerables recursos al sector salud, de manera que hacia 1980 sus gastos alcanzaban al 8 por ciento del PNB.

Es necesario enfatizar, que el desarrollo de la salud pública en Costa Rica, no debe ser considerado un hecho aislado o ajeno a las condiciones políticas, económicas y sociales del país. En primer lugar, fue políticamente posible el desarrollo de la salud pública debido a la sensibilidad social de los gobernantes, enmarcándose dentro de una serie de acciones sistemáticas y continuas, a través de los distintos gobiernos, destinadas a redistribuir por medio de los servicios sociales y de los beneficios que el progreso económico entregaba, ejecutadas por un Estado que ha merecido el calificativo de "benefactor".

En segundo lugar, tal desarrollo ha sido económicamente viable por la relativa bonanza de la economía costarricense durante un período

prolongado de tiempo. Y, en tercer lugar, porque ha sido la culminación de una serie de acciones ejecutadas históricamente, durante por lo menos 50 años, en los cuáles se acumuló un volumen importante de experiencia, conocimiento, organización institucional, recursos e infraestructura.

En 1970 se elabora el primer Plan Nacional de Salud como instrumento importante a ejecutar y como medida que une esfuerzos. En éste se definen tres objetivos:

- 1) Creación de un sistema único e integrado de salud y de Caja Costarricense de Seguridad Social (C.C.S.S.).
- 2) La cobertura nacional por el Ministerio de Salud de un programa de Atención Primaria, concentrado en el control de enfermedades infecciosas, en el cuidado de la desnutrición y en el saneamiento ambiental.
- 3) La universalización de la atención médica para toda la población a cargo de la C.C.S.S., así como la extensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

La C.C.S.S. se haría cargo de los aspectos curativos y hospitalarios y el Ministerio de Salud sería responsable de la prevención, del saneamiento ambiental y la atención primaria a regiones con atención mínima.

El Plan Nacional de Salud fue el preámbulo de una serie de medidas que las autoridades de salud comenzaron a negociar en forma de proposiciones, de estrategias alternativas, cuyo arreglo fue instrumentado progresivamente con la promulgación de cuatro importantes leyes (tomado de MIDEPLAN, y otros, 1989).

- 1) Ley N°4750, del 26 de Abril de 1971, reformando el artículo e de la Ley Constitutiva de la C.C.S.S., en la cual se impulsaba un ordenamiento que cubriera la extensión del régimen de Enfermedad y Maternidad en dos sentidos: el vertical o incorporación progresiva de todos los trabajadores manuales, intelectuales, asalariados, calculando proporcionalmente el salario, el monto de las cuotas, y el horizontal que es la expansión territorial de los servicios.
- 2) Ley N°5349, del 24 de setiembre de 1973, traspasando a la C.C.S.S. todos los establecimientos (capacidad instalada y financiamiento) médico-asistenciales, dependientes del Ministerio de Salud, Juntas de Protección Social y Patronatos. El traspaso constituyó un insumo necesario para la instrumentación de la ley de universalización anterior y en contraparte la Caja quedaba obligada a prestar atención médica para toda la población.
- 3) Ley N°5395 y 5412, del 30 de octubre y 8 de noviembre respectivamente. La primera regulando las actividades de las empresas e individuos que participan en el campo de la salud, (Ley

General de Salud) y cuyo contenido es de orden normativo-obligatorio para los prestatarios de los servicios. Dicha ley explica que el Ministerio de Salud es la Institución que define la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud.

La Ley Orgánica del Ministerio de Salud, reorganiza todas las funciones de esta Institución. También dentro de lo que se podría llamar como una estrategia general de reestructuración, tendiente a regular la creciente autonomía institucional, se propone la creación del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, ambas creaciones de la política social realizada por las Administraciones Ferrer y Oduber Quirós, respectivamente. A este accionar se suma la Ley N°5525 de Planificación Nacional donde se definen las metas, planes y programas a seguir durante la década comprendida entre 1974 y 1984 y que contaba para su operacionalización con los Decretos de Sectorialización.

Al comprobar el Sector Salud de las disparidades tan notables existentes en los diferentes cantones, en los logros alcanzados en la reducción de ciertos indicadores, como la mortalidad infantil, ha desarrollado programas tendientes a reducir estas desigualdades, llamados Sistemas Locales de Salud (SILOS), labor que llevan conjuntamente la Caja y el Ministerio de Salud, que apunta a la necesidad de enfoques distintos e intervenciones multisectoriales e interinstitucionales, con el fin de disminuir tales diferencias de los cantones más prioritarios. Programa definido como el conjunto de recursos institucionales y de la comunidad organizada, ubicadas en el área geográfica poblacional claramente definida, que utilizan los recursos en forma racional y coordinan o articulan sus actividades mediante el trabajo de equipos humanos que actúan como grupos colegiados y adoptan sus decisiones con base en información actualizada de los problemas que afectan el estado de la salud de la población.

Cuba

El desarrollo del sector salud en Cuba se enmarca dentro de un contexto histórico-estructural en que prevalecieron dos sistemas socio-económicos diametralmente opuestos: capitalismo y socialismo.

El período de capitalismo en Cuba abarcó más de la mitad de este siglo y estuvo caracterizado por la implementación de un sistema neocolonial que acentuó los rasgos del subdesarrollo de la etapa colonial.

" La economía neocolonial cubana atravesaría por dos etapas en el período comprendido entre 1902 y 1958: una primera que puede definirse como de crecimiento deformado, sin desarrollo económico y que abarca desde 1902 hasta 1933. La segunda etapa de 1934 a 1958, puede conceptuarse como de crisis con una clara tendencia al estancamiento económico principalmente en el sector azucarero" (Rodríguez, J. L, 1990).

Durante la etapa capitalista los servicios de salud no estaban organizados como un sistema y la intervención del Estado se limitaba a ciertos aspectos de la atención médica, por lo que la satisfacción de las necesidades de salud a la población quedaban libremente a su propia capacidad. La situación en esta etapa puede resumirse en lo siguiente:

a) Inexistencia de un sistema nacional de salud, de los elementos de coordinación de los servicios existentes y de programas verticales que solucionaran problemas prioritarios.

b) Insuficiencia cuantitativa de los servicios con una pobre cobertura a la población.

c) Concentración de los recursos en la medicina privada con una relativa mejor calidad de los servicios y pobre desarrollo en los servicios estatales y con una baja calidad.

d) Todos los servicios eran de tipo curativos no desarrollándose la medicina preventiva.

e) La enseñanza de la medicina estaba alejada de las necesidades sociales y la formación del médico se orientaba a la práctica privada asistencial curativa.

Aún en estas condiciones los niveles medios de salud superaban a los de la mayoría de países de América Latina, aunque se encontraban acentuadas las diferencias entre las zonas urbanas y rurales y entre sectores sociales.

Al triunfo de La Revolución en 1959, se realizaron una serie de transformaciones que modificaron la estructura económica política y social del país, instaurándose con posterioridad (1961) y hasta la actualidad el sistema socialista. Se dictaron leyes con profundo contenido popular entre la que se encuentran: ley de reforma agraria y urbana, reducción del precio de la medicina, la eliminación del desempleo, construcción de instalaciones para garantizar los servicios de salud, educación y vivienda. Se realizó la campaña de alfabetización en todo el territorio.

La atención a la salud constituyó un aspecto prioritario desde el triunfo de la revolución, organizándose el Sistema Nacional de Salud, que tiene como base los siguientes principios básicos:

- a) La salud de la población es responsabilidad del Estado.
- b) Los servicios de salud están al alcance de toda la población de forma gratuita.
- c) La participación activa de la comunidad en los programas de salud.
- d) Los servicios de salud tienen carácter preventivo y curativo.

A estos principios se debe añadir para una mejor comprensión de la organización de los servicios, las características principales de los mismos, entre las que se destacan en primer lugar la integralidad del sistema y la planificación de sus actividades.

La ley en que se definen las funciones del organismo rector de la salud del país (el Ministerio de Salud Pública) se dictó el 1º de agosto de 1961, al que se le fueron incorporando, las organizaciones de o empresas que en forma privada o de beneficencia realizaban actividades de salud incluyendo los balnearios mineros-medicinales, laboratorios farmacéuticos, comercio de medicamentos y en general todos los componentes del sector que existían en el país.

Desde esa fecha y hasta la actualidad, se inicia un proceso de planificación de salud que ha permitido el establecimiento de planes a partir de la política y estrategia trazada que se hacen explícitas a través de sus programas básicos: atención integral a la mujer y al niño, atención integral al adulto, control de enfermedades transmisibles, higiene urbana y rural, higiene de los alimentos y medicina del trabajo.

"Con el fin de facilitar la administración de este sistema y de poner al alcance de la comunidad los servicios de salud, éstos se ha estructurado de forma escalonada siguiendo los principios de la regionalización, donde una extensa red de servicios preventivo-curativos que dan cobertura al país, permiten que los niveles de atención estén perfectamente delimitados, relacionados entre sí y claramente jerarquizados". (MINSAP, 1974:15).

Hasta 1976, se estructuró una organización por provincias, con un total de 7 Direcciones provinciales, Regionales de Salud subordinados a éstas, los que a su vez se subdividían en zonas.

A partir de esta fecha en el marco de los cambios estructurales y organizativos de toda la actividad estatal con la nueva División Politico-administrativa y la creación del Poder Popular, el país queda dividido en 14 provincias y 169 municipios (incluido el Municipio Especial Isla de la Juventud), se restructuró la organización de los servicios de salud, creándose las Direcciones Sectoriales de Salud a nivel de municipio. Surge una doble

subordinación de los centros de salud: Al Ministerio de Salud Pública en lo normativo y metodológico y al Poder Popular en lo administrativo, que permite la conciliación de los intereses ramales y territoriales.

En resumen, actualmente, las tareas fundamentales de las políticas de salud se llevan a cabo por el Ministerio de Salud Pública con una función rectora y a través de las Direcciones Provinciales y Direcciones Municipales del Poder Popular y sus dependencias.

Lo más representativo en la organización de los servicios de salud en los últimos años, especialmente desde 1986, lo constituye la institución de los consultorios del médico de la familia, una de las medidas más revolucionarias que se han implementado en la historia de la medicina cubana en cuanto a la atención primaria de la población. Este médico, con una enfermera atiende 120 familias (unos 600 habitantes) y se ubica dentro de la comunidad y en general en lugares donde exista alta concentración de población (fábricas, escuelas y otros), constituyendo una nueva forma de atención ambulatoria, tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

El médico de la familia se forma como especialista en medicina general integral, sus funciones no son sólo médicas sino también en el trabajo social con la comunidad. Se posibilita de esta forma el desarrollo de la medicina preventiva a gran escala, por lo cual contribuye considerablemente a la reducción de la mortalidad, particularmente de las personas de edad más avanzadas y de los niños. A partir de la implementación de este tipo de atención, se ha perfeccionado la organización de la red asistencial.

La existencia de una política para el sector y el desarrollo de un proceso de planificación en el mismo han hecho posible que **El Sistema Nacional de Salud** se haya consolidado, desarrollándose grandes programas que han aportado una amplia cobertura a la población en la atención ambulatoria y hospitalaria con un servicio médico de alta calidad, logrando una elevación importante en la salud de la población.

Los recursos que se han invertido por el Estado en la organización de este sistema, que van desde el 0.8 % del PSG en 1960, hasta el 3.4 % en 1988 (cuadro 26 anexo), se han revertido en resultados ostensibles tales como:

a.- El desarrollo de un programa materno-infantil que ha tenido incidencia en una gran reducción de la mortalidad infantil y materna, esta última ha disminuido de una tasa de 120.1 por cien mil nacidos vivos en 1960, hasta 29.2 por cien mil en 1989. (CEE, 1991).

b.- Una cobertura privilegiada de la población atendida asistencialmente, lo que se observa en un sustancial mejoramiento

del índice de habitantes por médico 6286 en 1958 hasta 303 en 1989. Asimismo, en el incremento de la población cubierta por la atención del médico de la familia, así como en el número de camas por mil habitante, que creció de 4.4 en 1960 hasta 7 en 1988 (cuadro 29 anexo).

c.- Un alto crecimiento de los servicios de atención al anciano sumado a la extensión de instituciones para impedidos físicos y mentales.

d.- Desarrollo de programas de vacunación que han garantizado las mas bajas tasas de morbilidad prevenibles y el decrecimiento de un buen número de enfermedades transmisibles sujetas a programas de control.

Puede plantearse que en relación con la salud de la población, todos los logros de la ciencia al que el país ha tenido alcance, se han puesto al servicio de la población en forma gratuita y sin ningún tipo de discriminación.

Chile

La infraestructura del Sector Salud en Chile, hasta por lo menos las dos primeras décadas del presente siglo, estuvo ligado a la Iglesia Católica casi exclusivamente, a través de lo que se denominaba la Junta Nacional de Beneficiencia⁸, que con aportes de la Hacienda Pública y donaciones de la comunidad, daba las prestaciones de salud que la población necesitaba.

Ya en 1890, se realiza en Chile la primera gestión seria por parte del Estado para la protección de la salud en la población, creando el Consejo Superior de Higiene, organismo antecesor de la Dirección General de Sanidad que se crea 30 años más tarde con el objeto de supervigilar el cumplimiento del Código Sanitario, promulgado por primera vez en 1918.

En 1924 se dictan las primeras leyes sociales, quedando el Sector Salud estrechamente ligado al desarrollo del Sistema de Seguridad Social que en aquella época impulsa el Estado. Ya en la Constitución Política del Estado de 1925, se estipula que la salud: "es un derecho para todos los habitantes del país y una obligación del Estado en otorgarla". Se unifica, en 1923, en la Junta General de Beneficiencia la administración de la totalidad de los establecimientos hospitalarios del país. Asimismo en aquella época se crea la Caja del Seguro Obligatorio, después denominado Servicio de Seguro Social, con su departamento Médico encargado de la salud

⁸ *Estructura y características del Sector Salud en Chile, Fernando Rodríguez, inserto en Salud Pública y Bienestar Social, Edición preparada por Livingtone y Raczynski. CEPLAN, 1976.*

de todos los obreros del país y de sus familiares.

A partir de los años 30, se inicia una nueva fase conceptual en el desarrollo de la medicina chilena, se imponen los conceptos de un Sector Salud integral (unitario), planeado periódicamente, concentrando los esfuerzos en los grupos más vulnerables de la población, subordinando la actividad privada de la medicina (no suprimiéndola) a la autoridad pública respaldada a los reglamentos de las leyes del sector, estatizado en el sentido en que es el Estado el que debe cumplir la función de defender la vida de las personas proveyendo el máximo de los recursos que permiten una medicina con sentido de justicia social.

Es así como hacia el final de los años 30 comienza una larga tradición de protección legal a la salud de las personas, como por ejemplo los derechos de reposo maternal, de auxilio económico de lactancia, de la asignación familiar, licencias médicas para los trabajadores y madres trabajadoras, etc.

En el año 1952, ocurre el hito más importante en la organización del sistema de salud en Chile, como fue la creación del Servicio Nacional de Salud, que fusiona en forma definitiva todos los organismos públicos que daban prestaciones de salud en el país. Comienza así acciones concertadas del Estado en términos de la prevención y fomento de la salud, que se imparten en forma gratuita a toda la población. Además, los obreros y sus familiares, los indigentes, tienen derecho a la atención curativa gratuita en todos los consultorios y hospitales, Especial relevancia tienen en este período los programas materno infantil y los de alimentación complementaria. La atención se extiende paulatinamente al sector rural. Este esquema de atención no sufre modificaciones sustanciales hasta 1980, cuando el Servicio Nacional de Salud es reemplazado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El Estado en Chileno hasta 1973, tuvo la característica, como la mayoría de los Estados de la Región, de ser un Estado que jugaba un rol conocido como de Benefactor, en el marco de un sistema de economía mixta, y bajo el modelo económico que en ese tiempo impulsó la CEPAL para los países Latinoamericanos, el Modelo de Sustitución de Importaciones, con crecimiento hacia adentro. En este contexto, Chile impulsó una gran cantidad de programas sociales tales como, el Sistema de Seguridad Social, el Sistema de Educación Pública, la Reforma Agraria en pleno proceso de desarrollo, con políticas de viviendas de gran cobertura, con grandes avances en materias de servicios de saneamiento básico (alcantarillado, agua potable, electrificación, red vial y ferroviaria, etc.), con un régimen de convivencia democrática por más de 150 años de vida independiente, aunque, y apesar de todo, las desigualdades y controversias propias de un sistema de corte capitalista se hacían presente en la sociedad chilena de aquella época. Fue el Gobierno del Dr. Allende, el que impulsa reformas estructurales profundas al sistema descrito, con la nacionalización

de las riquezas nacionales (cobre y otros), con el impulso prioritario a los programas sociales que favorecían a la población más pobre, con la gran participación de los trabajadores y la clase popular en la toma de decisiones públicas, etc. Sin embargo, a pesar de los cambios introducidos, el Estado continúa su llamado rol benefactor, dentro de la líneas características que ya traía.

Durante los 30 años que permaneció el Servicio Nacional de Salud, la población y el propio sector desarrollaron una actitud de servicios y compromisos consciente de sus derechos y obligaciones, adoptando comportamientos responsables con respecto a este tan importante tema, así por ejemplo algunos indicadores nos muestran que hacia 1980 más del 90 por ciento de los niños estaban adscritos a los programas de vacunación y más del 90 por ciento de los nacimientos ocurrían en establecimientos hospitalarios.

En este contexto, y tal como se explicara anteriormente, el Sector Salud logra un significativo avance, se extienden los Programas de Planificación Familiar, como respuesta al problema de los abortos clandestinos, los Programas de Educación Sanitaria, Programas para combatir la Desnutrición, Programas de Enfermedades Crónicas y otros.

El Servicio Nacional de Salud, se caracterizaba por ser solidario y universal. Solidario en el sentido que tanto los trabajadores, como los empleadores y el Estado, aportaban para la salud de toda la población, en un solo sistema, los de mayores ingresos más debían aportar, favoreciéndose así a los grupos más pobres, que podían aportar menos o algunos que no podían aportar nada (indigentes, cesantes, y otros). Universal, porque el Estado proporcionaba la atención totalmente gratuita, a toda la población y con una calidad similar, sin grandes distinciones puesto que el sistema era uno solo, a pesar que los trabajadores catalogados como Empleados, podían optar por la atención particular en las consultas privadas y/o clínicas y hospitales privados que existían en el país, a través del Servicio Nacional de Empleados (SERMENA).

El gobierno de la dictadura, presente en Chile a partir del golpe de Estado de 1973, impulsa casi desde sus albores, un sistema social y económico absolutamente distinto al sistema de desarrollo adoptado por Chile en forma tradicional, se impone el sistema neoliberal, con una economía de mercado, donde es el sector privado el principal agente y motor del desarrollo, con impulso a las privatizaciones de las empresas y servicios del Estado, y éste convertido en un agente que regula pero que no interviene, donde es el mercado quien juega el rol de asignador de recursos, a través de libre juego de la oferta y la demanda. El Estado Benefactor tradicional e histórico en Chile, pasa a convertirse en un Estado Subsidiario, pequeño, cuyo principio de subsidiariedad es el rector de las políticas sociales que el gobierno impulsa. Este principio se basa fundamentalmente en que el Estado asume las funciones,

tareas, servicios y actividades que el Sector Privado no asume por ser "pocos atractivas para su sector", desde un punto de vista de las ganancias que pudieren conseguirse.

En el campo social, el principio de subsidiariedad actúa sobre la base que el Estado sólo es responsable de la otorgación de los servicios sociales que la población más pobre no pudiera adquirir por cuenta propia. La focalización de las políticas sociales pasan a convertirse en el principal instrumento de asignación de recursos que el Estado distribuye.

En este esquema, el Sector Salud sufre cambios profundos en su concepción y actuación, junto a los demás sectores de la administración pública y muy vinculados a los cambios introducidos al Sistema de Previsión, todos enmarcados en el sistema neo-liberal libre-mercantilista imperante. El sistema de salud existente en el país hasta aquella época, se transforma en tres sistemas de salud con características bien marcadas que los diferencian en forma sustancial :

a.- un sistema estatal, representado por El Sistema Nacional de Servicios de Salud, continuador legal del Ex-Servicio Nacional de Salud.

b.- un sistema privado de salud, representado por la Instituciones de Salud Previsional, y la infraestructura de clínicas y hospitales privados de salud.

c.- el sistema de salud de las FF.AA. y Carabineros, con sus propios establecimientos de atención castrense.

La regulación de todos estos sistema, sin embargo, se radica bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, quien ejerce una labor normadora y contralora.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Desde 1980 : se termina con el Sistema Nacional de Salud y se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud, con 27 Direcciones de Servicios de Salud de carácter regional a lo largo del país, continuadores de los servicios prestados por el ex-Servicio Nacional de Salud en el territorio jurisdiccional asignado. Estas Direcciones de Servicios de Salud (27) son servicios públicos desconcentrados del nivel central.

La atención de Salud Pública se tipifica en tres niveles:

i.- Nivel Primario : preocupado fundamentalmente de la atención primaria de salud a la población. Se reliza en Consultorios Generales Urbanos (con equipo de salud consistente en: médico general, enfermera, matrona, nutricionista, odontólogo,

tecnólogo médico, asistente social, auxiliares de enfermería y personal administrativo), en Consultorios Generales Rurales (con equipo básico de salud consistente en: médico, matrona, enfermera, auxiliares de enfermería y personal administrativo) y dependiendo de estos Consultorios Generales, en el último nivel de la atención primaria de encuentran las Postas Rurales, que son establecimientos esenciales de atención (con un equipo de salud consistente en una auxiliar de enfermería residente y las Rondas Médicas, que son visitas periódicas y programadas que el equipo de salud del Consultorio realiza a la Posta).

ii.- Nivel Secundario : Consultorios de Especialidades.

iii.- Nivel Terciario : Hospitales.

En 1981 se traspasa desde las Direcciones de los Servicios de Salud del País a las Municipalidades respectivas, el Nivel Primario de Atención, para su administración, quedando la función normativa y de control de los programas de salud bajo responsabilidad de las Direcciones de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud).

Esta desconcentración, se equilibra con el fortalecimiento de la responsabilidad única nacional, normativa y de control de todo el sector en poder del Ministerio de Salud, como se señaló anteriormente.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), compuesto por los tres niveles de atención antes señalado, sufre grandes carencias de recursos desde el mismo momento de su creación, que coincide con la crisis económica de comienzos de los 80, por lo que la calidad de la atención que el sistema ofrece a sus usuarios, cotizante y beneficiarios, se reciente de sobre manera, en especial en los niveles secundarios y terciarios. La inversión en salud cae significativamente en la década de los 80, la poca inversión que se realiza tiene como destino el nivel primario de atención. Así entonces, los hospitales y consultorios de especialidades del sistema ven caer sus niveles de resolución en forma muy marcada, en comparación a épocas pasadas, esto es su capacidad de respuesta frente a la demanda de salud de la población es sustancialmente menor a lo que tradicionalmente se tenía en Chile. Fue la capacidad del personal de salud y de una eficiente administración de los pocos recursos con que el sistema contaba, más la actitud histórica de la población frente a sus problemas de salud (lo que se analiza en forma detallada más adelante), lo que palió en parte un mayor deterioro de la atención ofrecida en los niveles secundarios y terciarios, consultorios de especialidades y hospitales, que fueron los sectores de la salud más postergados en el gobierno de la dictadura.

En cuanto al nivel primario, que en 1981 se había traspasado a la administración municipal, a pesar que también sufrió carencias significativas, falta de fármacos, de contratación de

profesionales, insumos para los medios de diagnósticos y otras, éstas no fueron tan significativas como las que del nivel secundario y terciario. Por lo demás, la cantidad de recursos que se necesitan en el nivel primario de atención son de una cuantía bastante menor que la de los otros dos niveles de mayor complejidad.

Sin embargo, al comparar el nivel traspasado a los municipios con los niveles que permanecieron en las Direcciones de Servicios de Salud, se puede encontrar una diferencia sustancial en la actitud del personal. El personal traspasado a las municipalidades, perdió en gran parte la mística que el Servicio de Salud, heredero de Servicio Nacional de Salud, les había imprimido por tanto años, esa entrega con espíritu de servicio público en la resolución de los problemas de la comunidad, más allá incluso de las labores propias de salud. Esa pérdida de lo que denominamos mística, seguramente se debió a que pasaron a depender de una institución absolutamente ajena, hasta entonces, del quehacer de salud, con autoridades poco motivadas en la resolución de los problemas de salud de la población (los Alcaldes designados), y con un régimen de contratación que cometió grandes injusticias, puesto que los funcionarios del nivel primario fueron contratados a través del sistema privado, lo que facultaba a los Alcaldes a despedir, en el momento que estimaren a los funcionarios, lo que se hizo muy habitualmente, sobre todo por motivaciones políticas.

La escasez de recursos con que el Sistema Nacional contaba y cuenta en la actualidad, se debe, nuestro juicio, a cuatro factores :

a.- A las crisis económicas por las que atravesó el país, lo que unido a la pérdida de la característica del rol tradicional que jugó el Estado en Chile, las autoridades no tuvieron la predisposición de proteger al sector salud, y considerarlo como uno de los pilares básicos del desarrollo humano.

b.- A la división que se realiza con la reforma del sector salud. El sistema privado, representado por las ISAPRES, se lleva a las personas que más aportaban al sector salud, a través de la cotización obligatoria, dado que concentra a los sectores de mayores ingresos, quedando en el sistema público los cotizantes de menores ingresos, los que menos aportan, y los que generalmente más gastan, dado que son precisamente los sectores más expuestos a los riesgos de enfermar.

c.- A la eliminación del aporte patronal obligatorio, que los empleadores realizaban, como una de las fuentes importantes de financiamiento del sector.

d.- A la sustancial rebaja del presupuesto público para salud, lo que se traduce en menores aportes fiscales hacia el sector.

Esta falta de respuesta del sistema estatal de salud, frente a una demanda de la población cada vez mayor, producto del crecimiento de la población a atender (dado por el crecimiento demográfico propiamente tal y por la mayor cantidad de personas que no alcanzan los niveles de ingreso que las ISAPRES fijan para la afiliación, producto de una pobreza que no detiene sus niveles, heredados desde la dictadura), redundó en que en Chile se institucionalizara dos sistemas de salud, uno para los que menos pueden y otro para los que más pueden, estos últimos son los que absorben las ISAPRES.

Sistema Privado de Salud en Chile (ISAPRES)

Adicionalmente, al Sistema Nacional de Servicios de Salud, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), organismos privados de afiliación alternativos al sistema público de previsión de salud, Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se rigen por una normativa común y cuyo comportamiento, fijado por ley, es supervisado por un organismo estatal denominado, Superintendencia de ISAPRES.

Breve explicación del Sistema Previsional de Salud en Chile

Todo trabajador independiente, tiene la obligación legal de cotizar en algún sistema previsional de salud para que él y su grupo familiar estén cubiertos ante eventuales necesidades de atenciones de salud. Los trabajadores independientes, si bien no tienen la obligación legal de hacerlo, tiene la opción de ser cotizantes voluntarios con el fin de estar cubiertos. Esta cotización legal obligatoria, por libre disposición del trabajador, puede enterarla en el Sistema Público, a través del FONASA, o en el Sistema Privado, a través de alguna de las ISAPRES.

Las personas que cuentan con previsión del sistema público de salud son:

- a.- los cotizantes del sistema.
- b.- los beneficiarios del sistema: indigentes, embarazadas, niños menores de 6 años, funcionarios del Sector Salud y otros.

Los beneficiarios del Sistema Público tienen atención gratuita para cualquier establecimiento del sistema.

Los cotizantes del Sistema Público, además de su cotización mensual obligatoria, deben cancelar, de acuerdo a su nivel de ingreso, la atención de salud en los establecimientos del sistema, excepto en lo que dice relación con el nivel primario de atención (ambulatoria, en postas y consultorios) la cuál es gratuita, en la

actualidad, tanto para los cotizantes del Sistema Público, como para los beneficiarios del Sistema.

Asimismo el grupo de cotizantes del Sistema Público, tienen la opción de la Atención Institucional, de acuerdo a las reglas explicadas en el párrafo anterior, u optar por la atención denominada de Libre Elección, dónde él mismo elige al profesional (y/o la clínica) con quien se atenderá, aportándole en este caso el Estado, a través del FONASA, un cierto porcentaje del valor de la prestación que el paciente halla tratado con el profesional y/o con la clínica que haya elegido.

Respecto de los cotizantes de salud en el Sector Privado, sus prestaciones de salud estarán reguladas por el convenio que él libremente halla pactado con la ISAPRE. En este caso el Estado, no tiene injerencia en las necesidades de salud de estas personas, salvo en lo que se refiere a los programas de vacunación, de alimentación complementaria y al control materno-infantil, éste último siempre y cuando la mujer sea atendida en algún establecimiento estatal o municipal, bajo la modalidad institucional.

La excepción a los sistemas explicados anteriormente, la constituyen los cotizantes de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, quienes reciben atención institucional en sus propios servicios de salud castrenses.

Capítulo VIII

**APROXIMACION A UN ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES SIMILARES
PRESENTES EN LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, COSTA RICA
Y CHILE (*) EN EL PERIODO 1960 - 1984**

Con el objeto de aproximarse a la identificación de algunos factores similares presentes en el descenso de la mortalidad infantil ocurrido en estos países con características de organización social y política disímiles en períodos de su historia, se analizan a manera de conclusión los aspectos más sobresalientes considerados a lo largo de este documento.

A.- ANALISIS DE LAS TASAS EN EL PERIODO

1) En 1960 y 1984, los siguientes eran los niveles de la mortalidad infantil (tasas por mil nacidos vivos) en Costa Rica, Cuba y Chile(*), diferenciados por sus componentes neonatal y post-neonatal:

	1960					
	NEONATAL		POSTNEONATAL		INFANTIL	
	TASA	%	TASA	%	TASA	%
COSTA RICA	28	34%	54.4	66%	82.4	100%
CUBA	17.5	47%	19.8	53%	37.3	100%
CHILE	34.52	28.9%	85.02	71.1%	119.54	100%
1984						
COSTA RICA	12.6	62.4%	7.6	37.6%	20.2	100%
CUBA	10.0	66.7%	5.0	33.3%	15.0	100%
CHILE	9.86	50.6%	9.63	49.4%	19.49	100%

FUENTE: CUADROS 12 AL 14 DEL ANEXO DEL PRESENTE ESTUDIO.

NOTA(*): PERIODO 1960 - 1985.

2) La mortalidad infantil, entre 1960 y 1984, muestra un descenso del 75 por ciento en Costa Rica; del 60 por ciento en Cuba y de un 84 por ciento en Chile(*).

En el mismo período(*), América Latina mostró un descenso a nivel de toda la región de un 39 por ciento.

3) El análisis de la componentes de la mortalidad infantil, en este mismo período, muestra que:

a.- la mortalidad postneonatal bajó en un 86% en Costa Rica; en un 75% en Cuba y en un 89% en Chile.

b.- la mortalidad neonatal bajó en un 55% en Costa Rica; en un 43% en Cuba y en un 71% en Chile.

4) En el período de análisis, para el caso de Costa Rica un 75% de la baja de la mortalidad infantil estuvo dado por la baja de la mortalidad postneonatal y el 25% restante se debió a la baja de la mortalidad neonatal. En Cuba, un 66% de la baja de mortalidad infantil, en el período de estudio, se debió a la baja de la mortalidad postneonatal y el 34% restante a la mortalidad neonatal. En Chile(*), para el período considerado, un 75% del descenso de la mortalidad infantil se debió a la baja de la mortalidad postneonatal y el 25% restante al descenso experimentado por la mortalidad neonatal.

5) De lo señalado en los puntos anteriores, se colige que en este período el descenso de la mortalidad infantil experimentado por estos tres países, se explica fundamentalmente por la baja que la mortalidad postneonatal presentó entre el año 1960 y 1984, mortalidad que se relaciona principalmente con causas exógenas, asociadas a las muertes por patologías consideradas como prevenibles y evitables, tales como: enfermedades infecciosas y parasitarias (diarreas), enfermedades del aparato respiratorio (neumonías), enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, difteria, tétanos, tos ferina, etc.), por enfermedades derivadas de la mala nutrición, inmaduridad. (ver cuadros 15 al 17 del anexo).

B.- FACTORES COMUNES ASOCIADOS A LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA, CUBA Y CHILE, EN EL PERIODO CONSIDERADO EN EL ESTUDIO

1) FACTORES ASOCIADOS A LA ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD NACIONAL.-

Breve resumen del Sector Salud Nacional:

Costa Rica

a).- Desde 1930 - 1970 : El Estado tiene un activo rol en la salud pública del país, impulsando programas de sanidad a través de tres servicios estatales centralizados en el Ministerio de Salud, como son la Dirección de Salubridad, la Dirección Asistencial y el Seguro Social.

b).- Desde 1970, se unifica el sistema estatal de salud en el Seguro Social y en el Ministerio de Salud, siendo este último el organismo normador y regulador de la salud pública, con Programas de Salud Rural bajo la Estrategia de Atención Primaria de Salud, y Programas de Sistemas Locales de Salud (SILOS) descentralizados territorial y administrativamente, dirigidos a cantones priorizados por las desigualdades presentadas en sus niveles de salud y definidos como un conjunto de recursos institucionales y de la comunidad organizada, ubicada en áreas geográficas poblacionales claramente definidas.

Cuba

a).- 1902 a 1958 : se caracteriza por la inexistencia de un sector salud realmente estructurado, con un Estado que juega un rol más bien pasivo y contemplativo, en la salud pública del país, aunque con un nivel de atención que superaba a otros países de la región.

b).- Desde 1959 : El Estado pasa a jugar un rol fundamental y único en la salud pública, creando el Sistema Nacional de Salud, con un Ministerio de Salud Pública que ejerce una política rectora con funciones normativas y de control, y las Direcciones Provinciales y Direcciones Municipales del Poder Popular, con funciones administrativas y servicios desconcentrados del nivel central. A mediados de la década del 80, se institucionaliza el llamado sistema del Médico de la Familia, que junto a una profesional de enfermería, forman el pilar básico de la atención primaria de la población.

c).- El nivel de atención secundario está constituido por la red de policlínicos asociados al médico de la familia y que brinda servicios de especialidades. El nivel terciario lo constituyen los hospitales.

Chile

a).- Hasta 1952, existe un sector salud disperso en distintas instituciones estatales e instituciones de beneficencia pública.

b).- 1952 a 1980 : período de vigencia del Servicio Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Salud, en el cual radica en forma unificada la acción de salud pública del país.

c).- Desde 1980 : se termina con el Sistema Nacional de Salud y se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud, con 27 Direcciones de Servicios de Salud de carácter regional a lo largo del país, continuadores de los servicios prestados por el ex-Servicio Nacional de Salud en el territorio jurisdiccional asignado. Estas Direcciones de Servicios de Salud (27) son servicios públicos desconcentrados del nivel central.

La atención de Salud Pública se tipifica en tres niveles:

i.- Nivel Primario : preocupado fundamentalmente de la atención primaria de salud a la población. Se realiza en Consultorios Generales Urbanos (con equipo de salud consistente en: médico general, enfermera, matrona, nutricionista, odontólogo, tecnólogo médico, asistente social, auxiliares de enfermería y personal administrativo), en Consultorios Generales Rurales (con equipo básico de salud consistente en: médico, matrona, enfermera, auxiliares de enfermería y personal administrativo) y dependiendo de estos Consultorios Generales, en el último nivel de la atención primaria de encuentran las Postas Rurales, que son establecimientos esenciales de atención (con un equipo de salud consistente en una auxiliar de enfermería residente y las Rondas Médicas, que son visitas periódicas y programadas que el equipo de salud del Consultorio realiza a la Posta).

ii.- Nivel Secundario : Consultorios de Especialidades.

iii.- Nivel Terciario : Hospitales.

d).- 1981 se traspasa desde las Direcciones de los Servicios de Salud del País a las Municipalidades respectivas, el Nivel Primario de Atención, para su administración, quedando la función normativa y de control de los programas de salud bajo responsabilidad de las Direcciones de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud).

e).- En 1980 se crean las Instituciones de Salud Previsional, que son los servicios de salud privados, para quienes deseen adscribirse a este sistema en alternativa del sistema estatal de salud.

De lo señalado anteriormente, en forma muy resumida, respecto de la organización que el sector público de salud ha tenido en estos tres países (véase capítulo aparte más detallado por país sobre este tema), en una buena parte de este siglo, se pueden aproximar los siguientes factores comunes:

i.- El Estado como principal agente en la salud pública, con políticas encaminadas al desarrollo de los programas que han favorecido un descenso más pronunciado de la mortalidad infantil.

ii.- En algún momento de la historia del sector, se unifica en un solo organismo con características de cobertura nacional.

iii.- Después de un tiempo, y de consolidación del sistema nacional unificado, se da un proceso de desconcentración de la administración de los servicios, principalmente a nivel de la atención primaria (los SILOS en Costa Rica, las Direcciones Provinciales y Municipales del Poder Popular en Cuba y las Direcciones de Servicios de Salud y el traspaso del nivel primario a lo Municipios en Chile).

2) FACTORES COMUNES ASOCIADOS A LAS ACCIONES DE SALUD Y LA BAJA EN LA MORTALIDAD INFANTIL.

a.- Existencia de políticas universales y focalizadas de salud, en los sectores más vulnerables de la población, con la característica de ser continuas en el tiempo, a pesar de los cambios de gobierno (esto último para Chile y Costa Rica).

b.- Énfasis en la atención primaria de salud, con una vasta cobertura nacional, incluidos los sectores rurales y más apartados, con el fin de aminorar las dificultades de acceso que esta población tiene.

c.- Énfasis en el fomento, promoción y prevención de las enfermedades, además de la práctica de la medicina curativa.

d.- Énfasis en los programas de salud materno-infantil; atención pre-natal, atención profesional del parto, control del recién nacido y del niño, programas de alimentación complementaria para la embarazada -la nodriza- el niño, programas masivos de inmunización, programas masivos en educación para la salud y el auto-cuidado.

c.- Gratuidad en las prestaciones de salud de la atención primaria, por parte de los servicio que el Estado otorga.

3) FACTORES DEMOGRAFICOS COMUNES ASOCIADOS A LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LOS TRES PAISES.

La baja en la fecundidad experimentada en los tres países, se menciona por todos los autores consultados para este trabajo, como uno de los factores que ha incidido en la baja de la mortalidad infantil, baja que podría estar operando a través de la concentración de los recursos de salud con que cuenta el país en una menor población infantil y en el caso de Costa Rica y Chile, por el aumento en la edad media de las madres, lo que conllevaría a menores riesgos asociados al embarazo y al parto.

4) OTROS FACTORES COMUNES ASOCIADOS A LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LOS TRES PAISES.

a.- Avances significativos en la cobertura del saneamiento ambiental, tales como: agua potable, alcantarillado, electrificación, etc., por sobre el promedio de Latinoamérica.

b.- Avances significativos en la cobertura de los niveles de educación de la población, especialmente de las mujeres, en cuanto a los niveles de alfabetismo, años promedio de escolaridad de la población, que hacen que estos tres países hayan logrado niveles muy avanzados al respecto, por sobre el promedio de América Latina.

c.- Tendencia histórica, a crear una infraestructura de salud, en recursos físicos, en recursos humanos, en establecimientos y equipos, que hacen que estos países, a pesar de sus carencias por las que en algunos períodos han atravesado, hayan podido hacer frente a las crisis económicas sin sufrir grandes problemas en los niveles de salud de la población. En especial el recurso humano de salud de estos países, se caracteriza por tener un alto grado de profesionalismo y excelencia técnica, dado una tradición histórica de formación académica en los centros de educación superior que estos países poseen, lo cual ha redundado en la entrega de un servicio, generalmente, eficaz y eficiente, con una buena administración de los recursos disponibles para la salud de la población.

Por otra parte, la población de estos países, debido talvez a los niveles de educación que han alcanzado y a los programas de educación en salud implementados por el sector, presentan una predisposición que favorece la acción del personal de salud, en cuanto a asumir actitudes que complementan la consecución de los objetivos propuestos por el sistema. Existe una identificación de la población con el personal de salud, sobre todo a nivel de la atención primaria, en los barrios y en las zonas rurales, que facilitan la labor del personal y en general del sector salud, así lo demuestran encuestas relacionadas con este tema.

d.- Por último, a pesar de algunas épocas de crisis económicas por la que estos países han atravesado, dentro del concierto Latinoamericano éstos presentan índices económicos, a nivel macro, por sobre el promedio de la Región, tales como el Ingreso Interno Bruto Total y Per-cápita y sus niveles de crecimiento.

RECOMENDACIONES

1.- El conocimiento de los niveles de mortalidad Neonatal y Posneonatal, señala las políticas, programas y acciones que los Estados debieran emprender para un efectivo impacto en la reducción de la mortalidad infantil. Dado que el comportamiento de estos dos componentes tienen factores asociados que los diferencian, debieran ser considerados como elementos fundamentales en la dirección de la consecución de las metas en esta materia.

2.- Es así, como en una primera etapa un mayor impacto en la reducción de la mortalidad infantil, debiera lograrse a través de la mortalidad postneonatal, puesto que es éste el componente que proporcionalmente incide en mayor medida en los altos niveles que la mortalidad infantil aún presenta en vastos sectores de la región.

3.- La creación, por parte del Estado, de un Sistema Nacional de Servicio Público de Salud, unificado en una primera etapa, y una vez consolidado, desconcentrado en una segunda etapa, pareciera ser una estrategia que en el sector salud de los países analizados, rindió los frutos esperados, en cuanto a lograr los buenos niveles de salud que en general exhiben estos países.

4.- La adopción de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, como política universal del Estado, pareciera ser la acción que en forma prioritaria debieran implementarse en países que presentan altas tasas de mortalidad infantil, puesto que dicha estrategia que pone énfasis en la promoción, fomento y prevención de la salud, más una práctica de la medicina curativa, aparece como un rasgo común y exitoso en los países que han logrado reducir la mortalidad infantil.

5.- El estudio realizado, mostró que acciones encaminadas a la implementación de una estrategia concertada hacia el programa materno-infantil, de manera prioritaria y principal, arrojan los mejores resultados, siempre y cuando estas acciones tengan por objetivo proteger a los sectores más vulnerables de este grupo de población, con programas tales como: de inmunización masivos, de nutrición y alimentación complementaria, control de niño sano, atención prenatal, ampliación de la cobertura del parto institucional, programas masivos de educación para la salud y el auto-cuidado.

6.- Una vasta cobertura nacional de los programas de atención primaria de salud, incluido los sectores rurales y más apartados, sectores urbanos marginales, sectores étnicos y otros y con el fin de aminorar las dificultades de acceso a los servicios de salud que tradicionalmente estos sectores presentan en la realidad regional, debiera ser una de las acciones ejecutadas por los Estados, a través de la implementación de una extensa red asistencial del nivel primario, dotada con una adecuada infraestructura, en especial en lo que se refiere a un personal de salud altamente calificado y con sentido de servicio público (médicos, enfermeras, matronas, auxiliares, etc,) que permitan un servicio eficaz y eficiente a la comunidad. Una medida fundamental de los gobiernos

en este sentido sería, entregar los servicios en forma totalmente gratuita, discriminando sólo, como ya señaló anteriormente, en base al grado de exposición al riesgo de enfermar que determinados sectores de la población presenten.

7.- Políticas tendientes a aumentar la cobertura de los servicios de saneamiento ambiental, inciden en gran medida a la disminución de las muertes por enfermedades que se dan, en forma principal, en la componente postneonatal de la mortalidad infantil, tales como las muertes por diarreas-enfermedades agudas del aparato respiratorio-enfermedades derivadas de la mala nutrición-. Esta mayor cobertura, incluidos los sectores rurales y urbanos marginados, debiera darse en servicios básicos, tales como: alcantarillado, agua potable, electrificación, disposición de las excretas y aguas servidas, disposición y servicios de recolección de la basura, y otros.

8.- Un factor que aparece como fundamental en la reducción de la mortalidad infantil que los países del estudio mostraron, fue los niveles de educación de la población, especialmente en relación a los niveles de instrucción de las madres. Políticas orientadas a alfabetizar de manera masiva a la población, políticas de educación básica obligatoria, y en forma especial políticas y programas de educación para la salud, son acciones que el Estado debiera emprender como forma de lograr, incluso, mejores y más equitativos niveles de vida de la sociedad, además de los logros propios del sector salud.

9.- El concepto de la salud reconocido en Alma-Ata en el año 1978, en cuanto a que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, sino que el completo estado de bienestar físico, psíquico y social del individuo, es el principio rector que todos los Estados Nacionales debieran hacer suyo como un elemento fundamental del desarrollo de los países. Al adoptar una actitud de este tipo por parte del Estado, al convertir la salud en una prioridad nacional, conllevaría a la importancia que el sector tendría en la acción de éste, a la asignación presupuestaria que el sector salud necesita y que habitualmente es deficitaria en la mayoría de los países de la región, recursos que debieran ser administrados en forma eficaz, eficiente y efectiva, por parte de los servicios que el Estado ofrece a la población, de manera que éstos rindan los máximos beneficios sociales esperados.

10.- Por último, y basados en el concepto de salud señalado anteriormente, debe crearse la conciencia nacional que si bien es cierto la salud, es en primer lugar una responsabilidad del Estado en otorgarla y un derecho de las personas en recibirla, difícilmente será posible conseguir logros significativos en este campo, si es que los individuos y la sociedad en su conjunto, no toman conciencia de sus responsabilidades en la tarea que a todos y cada uno les compete en la reducción de la mortalidad infantil y en el estado de salud y bienestar en general, asumiendo actitudes individuales y colectivos que propicien y complementen las acciones que el Sector Salud emprenda en estas materias, especialmente en lo que dice relación al auto-cuidado de las enfermedades prevenibles y al estado del medio ambiente.

BIBLIOGRAFIA

- Arellano, J.P., 1975, Gasto Público Social en América Latina, Colección estudios CEPLAN No. 6. Santiago, Chile.
- Arguello, Omar, 1991. Desarrollo económico, Políticas sociales y Población. Santiago, Chile. CELADE. Mimeo.
- Bravo, J. y Nelson Vargas, 1991, Tendencias y fluctuaciones de la morbilidad y la mortalidad por ciertas causas, y la actividad económica: Costa Rica, Chile y Guatemala, 1960-1989. *Seminario: Causes and prevention of adult mortality in developing countries*, Santiago, Chile.
- Bronfman, Mario, comp.; Gomez de León, José, comp. 1988. La mortalidad en México; niveles, tendencias y determinantes. México, DF: Colegio de México.
- Castañeda, Tarsicio, 1984, Contexto Socioeconómico y causas del Descenso de la Mortalidad infantil en Chile. Centro de Estudios Públicos, Doc. No. 28, Santiago, Chile.
- CELADE, 1988, Boletín No. 41. Santiago, Chile.
- 1988, La Mortalidad en la Niñez en Centro América Panamá y Belice. Costa Rica 1970-1986. San José, Costa Rica.
- 1990, Boletín No. 45. Santiago, Chile.
- CEPAL, 1989, Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe.
- 1978, Tendencias y proyecciones a largo Plazo del desarrollo económico de América Latina. Cuaderno No.20. Santiago, Chile.
- Comité Estatal de Estadística de Cuba-CELADE. 1988. Cuba: La mortalidad infantil y sus diferencias sociales y económicas. Sin publicar. Mimeo
- Comité Estatal de Estadísticas, Instituto de Demografía y Censos. 1984. Anuario demográfico 1982.
- 1989. Anuario demográfico de Cuba 1987.
- 1991. Anuario estadístico de Cuba 1989.
- Frenk, Julio et al, 1991. The epidemiologic transition: the Latin American experience. Seminario sobre causas y prevención de mortalidad adulta en países en desarrollo. International union for the scientific study of population. Santiago, Chile.
- Frenk, Julio et al, 1989. The epidemiologic Transition in Latin America. (en:) International Union for the scientific study of population. International Population Conference. New Delhi.

- Fucaraccio, Angel, 1991. Temas de Población y Desarrollo. Santiago, Chile. CELADE. Mimeo.
- González, Gerardo et al 1980. Estrategia de Desarrollo y Transición Demográfica: Los casos de Brasil, Costa Rica, Cuba y Chile. Vol.I CELADE, Santiago, CHILE.
- 1978, Estrategia de desarrollo y Transición Demográfica; el caso de Costa Rica. CELADE, Santiago, Chile.
- 1978, Estrategia de Desarrollo y Transición Deográfica el caso de Cuba. Vol. I y II. CELADE, Santiago, Chile.
- Guzmán, José M. y Miguel Orellana, 1989. ¿Nuevas Tendencias de Mortalidad infantil en Cuba, Chile y Costa Rica? en Salud Enfermedad y Muerte en América Latina, CLACSO, Ottawa, Canadá.
- Harrison, Paul, 1980. Lessons for the Third Worlds: Costa Rica. People, No. 2.
- Hernández Castellón, Raúl, 1988, La Revolución Demográfica en Cuba. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- INE-CELADE, 1991, Chile: Proyecciones y estimaciones de población por sexo y edad, 1980-2000. Fasciculo E/CHI4, Santiago, Chile.
- 1990, Chile: Estimación de la oportunidad de inscripción de los nacimientos. Total de país y Regiones: 1955-1988. Santiago, Chile.
- Jaramillo, Juan, 1987. Cambio en la estrategia para la atención de la salud en Costa Rica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana año 66, Vol. 102, No.3.
- Medina, Ernesto y Ana M. Kaempffer, 1982. La Salud en Chile durante la Década del Setenta. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud Pública, 1974, Cuba: Organización de los Servicios y Nivel de Salud. Rep. de Cuba.
- Monckeberg, Fernando, 1985, Evolución de la desnutrición y Mortalidad infantil en Chile Durante los últimos 20 años. Cuaderno de la Universidad de Chile No. 4. Santiago, Chile.
- Nicholls, Eric S, 1991. Diferenciales de mortalidad en las enfermedades según nivel socio-económico. IUSSP-CELADE-PHAO Santiago, CHILE.
- Mata, Leonardo, 1990, Reduction of infant mortality in Costa Rica and Possibility for further improvement. Universidad de Costa Rica.
- MIDEPLAN, et al, 1989, Acciones en Sectores prioritarios para políticas depoblación; La salud en Costa Rica; Antecedentes, Situación Actual y Perspectiva. Seminario Sobre Población y Desarrollo del Istmo Centroamericano, Managua, Nicaragua.

- Mosley, Henry, 1990. Los cuidados de atención primaria pueden reducir la mortalidad infantil; resultados críticos de algunos programas africanos y asiáticos. CELADE. Mimeo.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS-, 1990, Las condiciones de Salud en las Américas. Vol. 1 Washington, D.C.
- Boletín Epidemiológico, 1991. Vol. 12, No. 3. Washington, D.C.
- Palloni, Alberto, 1989. El Estudio de la Mortalidad de la Ninez en Países subdesarrollados: Teorías, Marcos analíticos e inferencia causal, en Salud, Enfermedad y muerte de los niños en América Latina, CLACSO, Ottawa, Canadá.
- Pascua, M. del Boccio y Luis A. Valverde, 1987. Bienestar Social en Costa Rica: Una reseña de su desarrollo. Universidad de C. Rica.
- Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- Desarrollo Humano, Informe 1990. Colombia.
- Desarrollo Humano, Informe 1991. Colombia.
- Raczynski, Dagmar y Mario Livingstone, 1976. Salud Pública y Bienestar Social. CEPLAN, Santiago, Chile.
- y C. Oyarzo, 1975, Mortalidad Infantil en Chile. Colección Estudios CEPLAN No. 6, Santiago, Chile.
- Rodríguez, José L., 1990. Estrategia del Desarrollo Económico en Cuba. Editorial de Ciencias Sociales La Habana.
- Rondenelli, Erik H. et al, 1989, Gasto Social Efectivo; un instrumento para la superación de la pobreza crítica. ODEPLAN, Santiago, Chile.
- Rosero, Luis, 1984, Factores asociados con la Mortalidad Infantil en Costa Rica, 1961-75. (en:) Asociación Demográfica Costarricense; Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica.
- Schkolnik, Susana, 1991, Análisis de los cambios en la mortalidad en países con socioculturales diferentes: Costa Rica, Cuba y Chile. CELADE, Santiago, Chile. Mimeo.
- Taucher, Erica, 1984, Mortalidad Infantil en Chile, Revisión Actualizada, INTA. Taller sobre Estrategias de Atención Primaria de Salud y Mortalidad del Niño, OPS/OMS, México. Mimeo.
- Tomic, Blas, 1983. Descentralización y Participación Popular: La salud rural en Costa Rica. OIT-PREALC, Santiago, Chile.

A N E X O
I
CUADROS

Cuadro 1
INDICADORES DEMOGRAFICOS
1950-1990

INDICADOR	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95
Costa Rica									
T.B.N.	47.33	48.23	45.31	38.32	31.50	31.69	30.19	28.31	25.52
T.B.M	12.64	10.98	9.18	7.28	5.83	4.96	4.16	3.97	4.02
Eo	57.26	60.15	63.02	65.64	68.08	70.80	73.53	74.67	75.19
T.M.I	93.78	87.68	81.29	67.67	52.55	36.56	23.28	19.40	16.65
r	34.69	37.25	36.13	31.04	25.68	29.75	29.03	26.34	22.50
Cuba									
T.B.N.	29.70	27.14	35.06	32.22	26.69	16.57	16.03	17.54	17.44
T.B.M	11.05	9.50	8.80	7.49	6.54	6.02	6.32	6.47	6.70
Eo	59.48	62.41	65.41	68.56	71.03	73.10	74.19	75.20	75.68
T.M.I	80.62	69.86	59.40	49.65	38.47	22.45	17.14	15.24	14.18
r	18.48	16.95	20.86	18.83	17.64	7.87	8.08	10.26	8.89
Chile									
T.B.N.	37.20	37.56	36.77	31.59	27.56	23.73	24.16	23.83	22.53
T.B.M	14.33	13.11	12.11	10.38	8.89	7.45	6.32	6.40	6.41
Eo	53.75	56.20	58.05	60.64	63.57	67.19	70.98	71.48	72.00
T.M.I	126.16	118.29	109.39	90.13	69.89	46.61	23.72	17.14	16.86
r	21.59	23.31	23.83	20.47	17.04	14.78	16.80	16.63	15.53

FUENTE: BOLETIN DEMOGRAFICO No.45, CELADE. 1990.

Cuadro 2
COSTA RICA: PROYECCION DE POBLACION Y ESTRUCTURA SEGUN SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD
1950-1990

	1950						1990					
	A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	861780	100.0	432538	50.2	429242	49.8	3014596	100.0	1523819	50.5	1490777	49.5
0-4	156341	18.1	79516	9.2	76825	8.9	393579	13.1	201059	6.7	192520	6.4
5-9	117894	13.7	59882	6.9	58012	6.7	366056	12.1	186965	6.2	179091	5.9
10-14	99172	11.5	50055	5.8	49117	5.7	330806	11.0	168860	5.6	161946	5.4
15-19	88141	10.2	44378	5.1	43763	5.1	283974	9.4	144934	4.8	139041	4.6
20-24	75769	8.8	38122	4.4	37647	4.4	292560	9.7	149083	4.9	143477	4.8
25-29	63354	7.4	31845	3.7	31509	3.7	282716	9.4	143856	4.8	139130	4.6
30-34	53281	6.2	26723	3.1	26558	3.1	242634	8.0	122827	4.1	119807	4.0
35-39	44543	5.2	22314	2.6	22229	2.6	192313	6.4	97002	3.2	95311	3.2
40-44	36998	4.3	18509	2.1	18489	2.1	148564	4.9	74736	2.5	73829	2.4
45-49	31846	3.7	15914	1.8	15932	1.8	114147	3.8	57278	1.9	56870	1.9
50-54	24438	2.8	12060	1.4	12378	1.4	94018	3.1	46853	1.6	47164	1.6
55-59	20725	2.4	10108	1.2	10617	1.2	80310	2.7	39800	1.3	40511	1.3
60-64	17005	2.0	8176	0.9	8829	1.0	65122	2.2	31971	1.1	33152	1.1
65-69	12046	1.4	5737	0.7	6309	0.7	49830	1.7	24002	0.8	25828	0.9
70-74	9565	1.1	4491	0.5	5074	0.6	36052	1.2	16794	0.6	19258	0.6
75-79	5915	0.7	2720	0.3	3195	0.4	23438	0.8	10348	0.3	13090	0.4
80 y +	4747	0.6	1983	0.2	2759	0.3	18475	0.6	7721	0.3	10753	0.4

FUENTE: BOLETIN DEMOGRAFICO No. 45, CELADE, 1990.

ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD

	1950						1990					
	A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
TOTAL	861780	100.0	432533	50.2	429242	50.2	3014594	100.0	1524089	50.6	1490778	49.5
0-14	373407	43.3	189453	22.0	183954	22.0	1090441	36.2	556884	18.5	533557	17.7
15-64	456100	52.9	228149	26.5	227951	26.5	1796358	59.6	908340	30.1	888292	29.5
65 y +	32273	3.7	14931	1.7	17337	1.7	127795	4.2	58865	2.0	68929	2.3

Cuadro 3

CHILE: PROYECCION DE POBLACION TOTAL Y ESTRUCTURA SEGUN SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD.

1950						1990						
A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	
TOTAL	6081931	100.0	3012460	49.5	3069471	50.5	13173347	100.0	6505617	49.4	6667730	50.6
0-4	866777	14.3	438106	7.2	428671	7.0	1475777	11.2	751005	5.7	724722	5.5
5-9	747600	12.3	377391	6.2	370209	6.1	1360821	10.3	692138	5.3	668683	5.1
10-14	618585	10.2	311673	5.1	306912	5.0	1196699	9.1	607519	4.6	589180	4.5
15-19	575951	9.5	287063	4.7	288888	4.7	1234466	9.4	625076	4.7	609389	4.6
20-24	528330	8.7	262904	4.3	265426	4.4	1235321	9.4	623733	4.7	611588	4.6
25-29	452703	7.4	224192	3.7	228511	3.8	1224931	9.3	615510	4.7	609421	4.6
30-34	409563	6.7	201663	3.3	207900	3.4	1065236	8.1	532810	4.0	532427	4.0
35-39	366885	6.0	180458	3.0	186427	3.1	903144	6.9	448862	3.4	454283	3.4
40-44	344347	5.7	169196	2.8	175151	2.9	736278	5.6	362426	2.8	373852	2.8
45-49	289813	4.8	142100	2.3	147713	2.4	630148	4.8	306167	2.3	323981	2.5
50-54	253047	4.2	123611	2.0	129436	2.1	500770	3.8	239811	1.8	260959	2.0
55-59	211589	3.5	102548	1.7	109041	1.8	441236	3.3	205676	1.6	235560	1.8
60-64	157840	2.6	75800	1.2	82040	1.3	375608	2.9	170445	1.3	205163	1.6
65-69	108765	1.8	50813	0.8	57952	1.0	286677	2.2	125110	0.9	161567	1.2
70-74	78305	1.3	35138	0.6	43167	0.7	217116	1.6	90345	0.7	126771	1.0
75-79	43517	0.7	18650	0.3	24867	0.4	146999	1.1	57481	0.4	89517	0.7
80 Y M	28314	0.5	11154	0.2	17160	0.3	142121	1.1	51503	0.4	90618	0.7

FUENTE: BOLETIN DEMOGRAFICO No. 45, CELADE, 1990.

ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD

1950						1990						
A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	A. SEXOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	
6081931	100.0	3012460	49.53	3069471	50.47	13173348	100.0	6505617	49.38	6667681	50.61	
0-14	2232962	36.71	1127170	18.53	1105792	18.18	4033297	30.62	2050662	15.57	1982585	15.05
15-64	3590068	59.03	1769535	29.09	1820533	29.93	8347138	63.36	4130516	31.36	4216623	32.01
65 y +	258901	4.257	115755	1.903	143146	2.354	792913	6.019	324439	2.463	468473	3.556

Cuadro 4
CUBA: PROYECCION DE POBLACION TOTAL Y ESTRUCTURA SEGUN SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD
(1950-1990)

1950						1990							
-----						-----							
A. SEXOS		%	HOMBRES	%	MUJERES	%	A. SEXOS		%	HOMBRES	%	MUJERES	%
-----						-----							
TOTAL	5850365	100.0	3053395	52.2	2796970	47.8	10608373	100.0	5333675	50.3	5274698	49.7	
0-4	783685	13.4	389934	6.7	393751	6.7	891653	8.4	457051	4.3	434602	4.1	
5-9	694531	11.9	346938	5.9	347593	5.9	770603	7.3	394239	3.7	376364	3.5	
10-14	616629	10.5	309640	5.3	306989	5.2	749370	7.1	383262	3.6	366109	3.5	
15-19	508466	8.7	254944	4.4	253522	4.3	1106632	10.4	564638	5.3	541993	5.1	
20-24	483118	8.3	243365	4.2	239753	4.1	1159271	10.9	592430	5.6	566841	5.3	
25-29	415263	7.1	215816	3.7	199447	3.4	1091078	10.3	548233	5.2	542845	5.1	
30-34	424261	7.3	218661	3.7	205600	3.5	710845	6.7	351722	3.3	359072	3.4	
35-39	393806	6.7	204279	3.5	189527	3.2	715015	6.7	354284	3.3	360731	3.4	
40-44	356400	6.1	191072	3.3	165328	2.8	667652	6.3	328213	3.1	339440	3.2	
45-49	326086	5.6	187318	3.2	138768	2.4	587425	5.5	290782	2.7	296643	2.8	
50-54	235923	4.0	138373	2.4	97550	1.7	507170	4.8	253060	2.4	254110	2.4	
55-59	185266	3.2	108521	1.9	76745	1.3	395478	3.7	196159	1.8	199320	1.9	
60-64	142878	2.4	83051	1.4	59827	1.0	358207	3.4	177028	1.7	181179	1.7	
65-69	113873	1.9	66868	1.1	47005	0.8	277144	2.6	139252	1.3	137892	1.3	
70-74	83501	1.4	48414	0.8	35087	0.6	253985	2.4	124683	1.2	129301	1.2	
75-79	53241	0.9	30259	0.5	22982	0.4	189146	1.8	91345	0.9	97802	0.9	
80 Y M	33438	0.6	15942	0.3	17496	0.3	177698	1.7	87246	0.8	90452	0.9	

FUENTE: BOLETIN DEMOGRAFICO No. 45, CELADE, 1990.

ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD

1950						1990									
-----						-----									
A. SEXOS		%	HOMBRES	%	MUJERES	%	A. SEXOS		%	HOMBRES	%	MUJERES	%		
-----						-----									
		5850365	100.0	3053395	52.2	2796970	47.8			10608372	100.0	5333627	50.3	5274696	49.7
0-14	2094845	35.8	1046512	17.9	1048333	17.9	2411626	22.7	1234552	11.6	1177075	11.1			
15-64	3471467	59.3	1845400	31.5	1626067	27.8	7298773	68.8	3656549	34.5	3642174	34.3			
65 y +	284053	4.9	161483	2.8	122570	2.1	897973	8.5	442526	4.2	455447	4.3			

Cuadro 5
PORCENTAJE DE POBLACION URBANA, SOBRE LA POBLACION TOTAL
CHILE - CUBA - COSTA RICA. 1960 - 1990

	1960	1970	1980	1990
COSTA RICA	36.6	39.7	46.0	53.6
CUBA	54.9	60.2	68.1	74.9
CHILE	69.6	75.2	81.1	85.6

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE A.LATINA Y EL CARIBE.CEPAL.1989.

CUADRO 6
 COSTA RICA: TASAS Y ESTRUCTURAS DE FECUNDIDAD
 POR EDAD DE LAS MUJERES PERIODO 1950 A 1995

EDAD	P E R I O D O S				
	1950	1960	1970	1985	1990
	1955	1965	1975	1990	1995
TASAS					
15/19	0.1192	0.1148	0.1058	0.0924	0.0868
20/24	0.3339	0.3326	0.2226	0.1839	0.1735
25/29	0.3306	0.3425	0.1995	0.1637	0.1523
30/34	0.2605	0.2758	0.1561	0.1161	0.1061
35/39	0.2029	0.2190	0.1177	0.0686	0.0614
40/44	0.0828	0.0893	0.0555	0.0242	0.0211
45/49	0.0145	0.0559	0.0098	0.0032	0.0027
TGF	6.72	6.95	4.34	3.26	3.02
ESTRUCTURA					
15/19	0.0886	0.0826	0.1220	0.1417	0.1437
20/24	0.2483	0.2393	0.2567	0.2820	0.2873
25/29	0.2459	0.2464	0.2301	0.2510	0.2522
30/34	0.1937	0.1984	0.1800	0.1780	0.1757
35/39	0.1509	0.1576	0.1358	0.1052	0.1017
40/44	0.0616	0.0642	0.0640	0.0371	0.0349
45/49	0.0110	0.0114	0.0113	0.0049	0.0045
TOTAL	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

FUENTE: BOLETIN N° 41, CELADE, 1989.

Cuadro 7
 CUBA: TASAS Y ESTRUCTURAS DE FECUNDIDAD
 POR EDAD DE LAS MUJERES PERIODO 1950 AL 1995

EDAD	P E R I O D O S				
	1950 1955	1960 1965	1970 1975	1985 1990	1990 1995
TASAS					
15/19	0.0654	0.1197	0.1375	0.0679	0.0693
20/24	0.2286	0.2664	0.1902	0.1430	0.1460
25/29	0.2264	0.2379	0.1613	0.0979	0.1000
30/34	0.1545	0.1648	0.1082	0.0510	0.0520
35/39	0.0879	0.1009	0.0651	0.0257	0.0262
40/44	0.0320	0.0363	0.0260	0.0087	0.0089
45/49	0.0076	0.0081	0.0058	0.0008	0.0008
TGF	4.01	4.67	3.47	1.98	2.02
ESTRUCTURA					
15/19	0.0815	0.1281	0.1981	0.1719	0.1719
20/24	0.2850	0.2852	0.2740	0.3620	0.3621
25/29	0.2823	0.2547	0.2324	0.2478	0.2480
30/34	0.1926	0.1764	0.1559	0.1291	0.1290
35/39	0.1096	0.1080	0.0938	0.0651	0.0650
40/44	0.0399	0.0389	0.0375	0.0220	0.0221
45/49	0.0091	0.0087	0.0084	0.0020	0.0020
TOTAL	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

FUENTE: BOLETIN N° 41, CELADE, 1989.

Cuadro 8
 CHILE: TASAS Y ESTRUCTURAS DE FECUNDIDAD
 POR EDAD DE LAS MUJERES PERIODO 1950 AL 1995

EDAD	P E R I O D O S					
	1950 1955	1970 1975	1975 1980	1980 1985	1985 1990	1990 1995
TASAS						
15/19	0.0837	0.0841	0.0730	0.0688	0.0674	0.0660
20/24	0.2235	0.1961	1.1633	0.1596	0.1515	0.1550
25/29	0.2554	0.1818	0.1491	0.1505	0.1473	0.1440
30/34	0.2124	0.1370	0.1054	0.1027	0.0994	0.0962
35/39	0.1481	0.0811	0.0609	0.0564	0.0538	0.0515
40/44	0.0768	0.0388	0.0238	0.0192	0.0180	0.0170
45/49	0.0202	0.0071	0.0046	0.0024	0.0022	0.0020
TGF	5.10	3.63	2.90	2.80	2.73	2.60
ESTRUCTURA						
15/19	0.0821	0.1158	0.1258	0.1229	0.1235	0.1241
20/24	0.2191	0.2701	0.2815	0.2852	0.2887	0.2915
25/29	0.2504	0.2504	0.2570	0.2689	0.2700	0.2708
30/34	0.2082	0.1887	0.1817	0.1835	0.1822	0.1809
35/39	0.1452	0.1117	0.1050	0.1008	0.0986	0.0969
40/44	0.0753	0.0534	0.0410	0.0343	0.0330	0.0320
45/49	0.0198	0.0098	0.0079	0.0043	0.0040	0.0038
TOTAL	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

FUENTE: BOLETIN N° 41, CELADE, 1989.

Cuadro 9
TASAS DE MORTALIDAD POR 100 MIL HBTES.
POR CIERTAS CAUSAS. COSTA RICA 1960-1986

AÑO	FIEBRE TIFOIDEA	TOS FERIANA	SARAMPION	HEPATITIS	AVITAMINOSIS	CEREBRO VASCULAR
1960	2.53	4.75	26.95	0.80	193.53	58.90
1970	1.03	1.20	6.67	0.52	60.37	60.37
1980	0.92	0.24	0.09	0.19	26.22	66.95
1986	0.33	0.02	0.19	0.42	16.18	54.41

AÑO	ISQUEMICAS Y OTRAS	GRIPE	ULCERA PEPTICA	ENTERITIS	CIRROSIS HEPATICA	PRIMERA INFANCIA
1960	71.34	19.86	3.78	63.92	26.06	186.86
1970	100.06	14.44	3.07	43.14	31.35	44.00
1980	93.08	3.23	2.75	7.89	29.38	22.34
1986	82.15	1.12	1.82	4.09	26.24	14.55

AÑO	TBC RESPIRAT.	INFECCION RESP. AGUDA	NEUMONIA	SUICIDIO
1960	48.95	6.61	220.90	7.50
1970	22.13	5.37	117.05	5.07
1980	10.24	2.75	38.81	4.61
1986	3.70	1.25	42.07	5.31

FUENTE: ANUARIOS DEMOGRAFIA, INE. LAS CIFRAS DE POBLACION DE INE-CELADE(1987) CHILE: PROYECCIONES DE POBLACION POR SEXO Y EDAD FASCICULO F/CHI.1.

Cuadro 10
TASAS DE MORTALIDAD POR 100 MIL HBTES.
POR CIERTAS CAUSAS. CHILE 1960-1986

AÑO	FIEBRE TIFOIDEA	TOS FERI- NA	SARAMPION	HEPATITIS	AVITAMINOSIS	CEREBRO VASCULAR
1960	2.53	4.75	26.95	0.80	193.53	58.90
1970	1.03	1.20	6.67	0.52	60.37	60.37
1980	0.92	0.24	0.09	0.19	26.22	66.95
1986	0.33	0.02	0.19	0.42	16.18	54.41

AÑO	ISQUEMICAS Y OTRAS	GRIPE	ULCERA PEPTICA	ENTERITIS	CIRROSIS HEPATICA	PRIMERA INFANCIA
1960	71.34	19.86	3.78	63.92	26.06	186.86
1970	100.06	14.44	3.07	43.14	31.35	44.00
1980	93.08	3.23	2.75	7.89	29.38	22.34
1986	82.15	1.12	1.82	4.09	26.24	14.55

AÑO	TBC RESPIRAT.	INFECCION RESP.AGUDA	NEUMONIA	SUICIDIO
1960	48.95	6.61	220.90	7.50
1970	22.13	5.37	117.05	5.07
1980	10.24	2.75	38.81	4.61
1986	3.70	1.25	42.07	5.31

FUENTE: ANUARIOS DEMOGRAFIA, INE. LAS CIFRAS DE POBLACION DE INE-
CELADE(1987) CHILE: PROYECCIONES DE POBLACION POR SEXO Y EDAD
FASCICULO F/CHI.1.

Cuadro 11
TASAS DE MORTALIDAD POR 100 MIL HBTES.
POR CIERTAS CAUSAS. CUBA 1960-1986

AÑO	FIEBRE TIFOIDEA	TOS FERI- NA	SARAMPION	HEPATITIS	AVITAMINOSIS	CEREBRO VASCULAR
1960	2.53	4.75	26.95	0.80	193.53	58.90
1970	1.03	1.20	6.67	0.52	60.37	60.37
1980	0.92	0.24	0.09	0.19	26.22	66.95
1986	0.33	0.02	0.19	0.42	16.18	54.41

AÑO	ISQUEMICAS Y OTRAS	GRIPE	ULCERA PEPTICA	ENTERITIS	CIRROSIS HEPATICA	PRIMERA INFANCIA
1960	71.34	19.86	3.78	63.92	26.06	186.86
1970	100.06	14.44	3.07	43.14	31.35	44.00
1980	93.08	3.23	2.75	7.89	29.38	22.34
1986	82.15	1.12	1.82	4.09	26.24	14.55

AÑO	TBC RESPIRAT.	INFECCION RESP.AGUDA	NEUMONIA	SUICIDIO
1960	48.95	6.61	220.90	7.50
1970	22.13	5.37	117.05	5.07
1980	10.24	2.75	38.81	4.61
1986	3.70	1.25	42.07	5.31

FUENTE: ANUARIOS DEMOGRAFIA, INE. LAS CIFRAS DE POBLACION DE INE-
 CELADE(1987) CHILE: PROYECCIONES DE POBLACION POR SEXO Y EDAD
 FASCICULO F/CHI.1.

Cuadro 12
 COSTA RICA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y SUS DIFERENTES COMPONENTES
 1960 - 1984

TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS

AÑO	NEONATAL	POSTNEONATAL	INFANTIL
1960	28.0	54.4	82.4
1965	28.5	51.4	79.9
1970	27.9	40.3	68.2
1975	19.8	21.7	41.5
1980	11.9	8.5	20.4
1984	12.6	7.6	20.2

‡ DESCENSO ANUAL

1960-1970	0.0	2.6	1.7
1970-1980	5.7	7.9	7.0
1980-1984	+1.4	2.6	0.2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUERTES INFANTILES

AÑO	NEONATAL	POSTNEONATAL	INFANTIL
1960	34.0	66.0	100.0
1965	35.7	64.3	100.0
1970	40.9	59.1	100.0
1975	47.7	52.3	100.0
1980	58.3	41.7	100.0
1984	62.4	37.6	100.0

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA.CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA.1989.

Cuadro 13
CHILE: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y SUS DIFERENTES COMPONENTES
1960 - 1985

TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS						
AÑO	NEONATAL				POSTNEONATAL	INFANTIL
	-1 DIA	1-6 DIAS	7-27 DIAS	TOTAL		
1960	8.82	11.82	13.88	34.52	85.02	119.54
1965	10.19	11.66	12.40	34.25	62.99	97.24
1970	9.13	11.42	11.19	31.74	50.46	82.20
1975	8.29	9.32	7.82	25.43	32.17	57.60
1980	6.97	5.89	3.82	16.68	16.34	33.02
1985	4.44	3.36	2.06	9.86	9.63	19.49
% DESCENSO ANUAL						
1960-1970	+0.35	0.38	1.94	0.81	4.06	3.12
1970-1980	2.37	4.84	6.59	4.74	6.76	5.98
1980-1985	7.26	8.59	9.21	8.18	8.21	8.20

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUERTES INFANTILES

AÑO	NEONATAL			POSTNEONATAL	INFANTIL
	0-6 D.	7-27 D.	TOTAL		
1960	17.3	11.6	28.9	71.1	100.0
1965	22.5	12.8	35.3	64.7	100.0
1970	25.0	13.6	38.6	61.4	100.0
1975	30.6	13.6	44.2	55.8	100.0
1980	38.9	11.6	50.5	49.5	100.0
1985	40.0	10.6	50.6	49.4	100.0

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA.CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA.1989.

Cuadro 14
CUBA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y SUS DIFERENTES COMPONENTES
1960 - 1985

TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS					
AÑO	NEONATAL			POSTNEONATAL	INFANTIL
	0-6 DIAS	7-27 DIAS	TOTAL		
1960	11.2	6.3	17.5	19.8	37.3
1965	15.3	6.4	21.7	16.2	37.8
1970	17.7	6.0	23.7	15.0	38.7
1975	14.8	2.6	17.4	10.1	27.5
1980	11.1	2.0	13.1	6.5	19.6
1981	10.6	1.9	12.5	6.0	18.5
1982	9.7	1.8	11.5	5.8	17.3
1983	8.9	1.7	10.6	6.2	16.8
1984	8.5	1.5	10.0	5.0	15.0
% DESCENSO ANUAL					
1960-1970	+5.80	4.76	+3.50	2.42	+0.38
1970-1980	3.73	6.67	4.47	5.67	4.93
1980-1985	5.86	6.25	5.92	5.77	5.87

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUERTES INFANTILES

AÑO	NEONATAL			POSTNEONATAL	INFANTIL
	0-6 D.	7-27 D.	TOTAL		
1960	30.0	17.0	47.0	53.0	100.0
1965	40.4	16.8	57.2	42.8	100.0
1970	45.7	15.5	61.2	38.8	100.0
1975	53.8	9.5	63.3	36.7	100.0
1980	56.6	10.2	66.8	33.0	100.0
1981	57.3	10.3	67.6	32.4	100.0
1982	56.1	10.4	66.5	33.5	100.0
1983	53.0	10.1	63.1	36.9	100.0
1984	56.7	10.0	66.7	33.3	100.0

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA.CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA.1989.

Cuadro 15
COSTA RICA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
DE MUERTE. 1970 - 1984. POR 100,000 NACIDOS VIVOS

CAUSAS	1970	1980	1984
ENFERMEDAD DIARREICAS (INFECC. INTEST.)	1620	150	110
ENF. APARATO RESPIRATORIO	1260	270	240
ENF PREVENIBLES POR VACUNACION (SARAMPION, DIFTE- RIA, TETANOS, TOS FERINA)	460	10	10
DESNUTRICION	140	20	30
INMATURIDAD	750	130	130
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	470	700	0
OTRAS CAUSAS REDU- CIBLES (PRINCIPAL- MENTE SEPTICEMIA Y MENIGITIS)	480	90	60
CAUSAS NO REDUCIBLES (PRINCIPALMENTE ANO- MALIAS CONGENITAS)	340	380	440
OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS	1300	460	170

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA. CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA. 1989.

Cuadro 16
 CHILE: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
 DE MUERTE. 1970 - 1985. POR 100,000 NACIDOS VIVOS

CAUSAS	1970	1980	1985
ENFERMEDAD DIARREICAS (INFECC. INTEST.)	1529.5	218.5	69.1
ENF. APARATO RESPIRATORIO	2894.7	521.3	336.3
ENF PREVENIBLES POR VACUNACION (SARAMPION, DIFTE- RIA, TETANOS, TOS FERINA)	134.5	13.1	10.7
DESNUTRICION	233.3	40.1	18.3
INMATURIDAD	319.6	59.3	148.9
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	1133.6	1137.0	506.5
OTRAS CAUSAS REDU- CIBLES (PRINCIPAL- MENTE SEPTICEMIA Y MENIGITIS)	549.3	162.4	98.9
CAUSAS NO REDUCIBLES (PRINCIPALMENTE ANO- MALIAS CONGENITAS)	362.0	420.6	385.5
OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS	1062.3	730.3	374.5
TOTAL	8218.8	3302.6	1948.7

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M. GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA. CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA. 1989.

Cuadro 17
CUBA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN PRINCIPALES
CAUSAS DE MUERTE. AÑOS 1970 - 1984.
TASAS POR 100,000 MIL NACIDOS VIVOS.

CAUSAS	1970	1975	1980	1984	% DEL DESCEN. 1970 - 1984
PRINCIPALES AFECC. PERINATALES	940	740	770	540	4.3
ANOMALIAS CONGENITAS	380	430	390	340	10.5
OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERINAT.	560	480	170	150	73.2
INFLUENZA Y NEUMO- NIA	510	320	160	110	78.4
ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIA- RREICAS	550	250	110	70	87.3

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA.CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA.1989.

Cuadro 18
COSTA RICA: TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
DE MUERTE. 1970 - 1983. POR 100,000 NACIDOS VIVOS

CAUSAS	1970	1980-81	1985
ENFERMEDAD INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	495.0	29.0	7.0
INFECCIONES INTESTITALES	213.0	15.0	4.0
ENF PREVENIBLES POR VACUNACION	139.0	3.0	-
RESTANTES	143.0	11.0	3.0
DESNUTRICION	21.0	-	1.0
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	293.0	42.0	25.0
PERINATALES	1335.0	765.0	815.0
COMPLICACION OBST. Y TRAUMATISMO DE PARTO	129.0	99.0	53.0
BAJO PESO AL NACER	666.0	101.0	117.0
HIPOXIA ASFIXIA, OTRAS RESPIRATORIAS. RN	347.0	444.0	504.0
RESTANTES PERINATALES	193.0	121.0	141.0
ANOMALIAS CONGENITAS	209.0	225.0	243.0
MUERTES VIOLENTAS	12.0	9.0	4.0
CAUSAS RESTANTES	159.0	25.0	17.0
TOTAL	2524.0	1095.0	1112.0

FUENTE: BEHM ROSAS, HUGO Y OTROS. NU. CEPAL. CELADE (COSTA RICA). LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE. COSTA RICA 1970-1986. CELADE, SAN JOSE COSTA RICA, JULIO DE 1988.

Cuadro 19
CHILE: TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
DE MUERTE. 1970 - 1983. POR 100,000 NACIDOS VIVOS

CAUSAS	1970	1980	EB
ENFERMEDAD DIARREICAS (INFECC. INTEST.)	189.0	15.7	69
ENF. APARATO RESPIRATORIO	698.7	27.8	15.2
ENF. PREVENIBLES POR VACUNACION (SARAMPION, DIFTE- RIA, TETANOS, TOS FERINA)	16.6	0.4	00
DESNUTRICION	24.8	0.4	00
INMATURIDAD	293.2	58.3	32.1
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	1078.5	1128.9	661.7
OTRAS CAUSAS REDU- CIBLES (PRINCIPAL- MENTE SEPTICEMIA Y MENIGITIS)	245.9	26.6	17.0
CAUSAS NO REDUCIBLES (PRINCIPALMENTE ANO- MALIAS CONGENITAS)	188.2	239.4	212.4
OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS	438.8	184.7	128.7
TOTAL	3173.7	1682.2	1074.0

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA.CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA.1989.

Cuadro 20
**CUBA: TASAS DE MORTALIDAD SEGUN CAUSAS DE MUERTE, EN
 MENORES DE UN AÑO. 1970 - 1978**
 (TASAS POR 100,000 NACIDOS VIVOS)

GRUPOS DE CAUSAS	1970			1978		
	NEONAT.	POSTNEO.	INFANTIL	NEONAT.	POSTNEO.	INFANTIL
AFECCIONES HIPOXICAS Y	270	50	7320	4160	30	4190
OTRAS CAUSAS PERINATALES	4500	110	4610	2560	20	2580
LESIONES AL NACIMIENTO	2110	10	2120	1790	0	1790
AFECCIONES PLACENTA Y CORDON	580	0	580	850	0	850
ENFERMEDADES HEMOLITICAS	400	0	400	210	0	210
ANOMALIAS CONGENITAS	2170	1660	3830	2270	1600	3870
NEUMONIA E INFLUENZA	2050	3290	5340	1060	1980	3040
ENFERMEDAD DIARREICA	520	5000	5520	240	1320	1560
OTRAS ENFER. INFECCIOSAS	3210	2080	5290	700	820	1520
ACCIDENTES	240	490	730	230	620	850
AVITAMINOSIS Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	40	330	370	0	330	360
OTRAS CAUSAS	610	1930	2540	420	1100	1520
TOTAL	23700	14950	38650	14490	7850	23440

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA.CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA.1989.

Cuadro 21
COSTA RICA: TASAS DE MORTALIDAD POSTNEONATAL SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
DE MUERTE. 1970 - 1983. POR 100,000 NACIDOS VIVOS

CAUSAS	1970	1980	1983
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2010.0	173.0	139.0
INFECCIONES INTESTINALES	1489.0	123.0	103.0
ENF PREVENIBLES POR VACUNACION	277.0	16.0	9.0
DESNUTRICION	185.0	-	22.0
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	936.0	214.0	174.0
PERINATALES	82.0	34.0	63.0
ANOMALIAS CONGENITAS	92.0	182.0	182.0
MUERTES VIOLENTAS	28.0	25.0	18.0
CAUSAS RESTANTES	317.0	128.0	92.0
TOTAL	3650.0	756.0	690.0

FUENTE: BEHM ROSAS, HUGO Y OTROS. NU. CEPAL. CELADE (COSTA RICA). LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE. COSTA RICA 1970-1986. CELADE, SAN JOSE COSTA RICA, JULIO DE 1988.

Cuadro 22
**CHILE: TASAS DE MORTALIDAD POSTNEONATAL SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
 DE MUERTE. 1970 - 1983. POR 100,000 NACIDOS VIVOS**

CAUSAS	1970	1980	1983
ENFERMEDAD DIARREICAS (INFECC. INTEST.)	1356.1	206.1	108.5
ENF. APARATO RESPIRATORIO	2212.5	501.7	327.4
ENF PREVENIBLES POR VACUNACION (SARAMPION, DIFTE- RIA, TETANOS, TOS FERINA)	118.6	12.9	7.1
DESNUTRICION	211.0	40.4	19.4
INMATURIDAD	20.1	0.0	0.0
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	30.9	3.3	4.8
OTRAS CAUSAS REDU- CIBLES (PRINCIPAL- MENTE SEPTICEMIA Y MENIGITIS)	302.3	137.8	144.2
CAUSAS NO REDUCIBLES (PRINCIPALMENTE ANO- MALIAS CONGENITAS)	172.0	180.3	150.5
OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS	622.5	552.1	353.1
TOTAL	5046.0	1634.6	1115.0

FUENTE: NUEVAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, CHILE Y COSTA RICA. J.M.GUZMAN Y MIGUEL ORELLANA.CELADE, EN SALUD-ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS EN AMERICA LATINA.1989.

Cuadro 23
MORTALIDAD MATERNA COSTA RICA CHILE Y CUBA 1977 - 1989
TASA POR MIL NACIDOS VIVOS

<u>COSTA RICA</u>		<u>CHILE</u>		<u>CUBA</u>	
AÑOS DISPONIBLES	TASAS	AÑOS DISPONIBLES	TASAS	AÑOS DISPONIBLES	TASAS
1977	0.50	1983	0.41	1955	1.45
1980	0.20	1985	0.50	1960	1.20
1982	0.30	1987	0.48	1970	0.70
				1980	0.53
				1989	0.29

FUENTES: ANUARIO 1982 INFORMACIONES ESTADISTICAS S.J.C.R. 1984.
COMPENDIO ESTADISTICO 1989 INE, CHILE.
ANUARIO ESTADISTICO DE CUBA 1989; CEE, 1991.

Cuadro 24
MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD INFANTIL
REGIONES CHILENAS 1970 Y 1980
(TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS (*))
(TASAS POR MIL HABITANTES (**))

REGIONES	(**)			(*)		
	MORTALIDAD GENERAL			MORTALIDAD INFANTIL		
	1970	1980	1989	1970	1980	1989
I TARAPACA	7.4	6.2	4.3	54	27	16.7
II ANTOFAGASTA	9.1	6.6	5.4	69	34	20.4
III ATACAMA	8.9	4.9	4.9	90	31	17.4
IV COQUIMBO	9.0	7.0	5.6	87	50	21.2
V VALPARAISO	8.6	6.9	6.1	56	30	17.4
VI O'HIGGINS	9.4	6.8	6.2	81	34	17.6
VII MAULE	10.4	7.8	6.6	93	37	20.0
VIII BIO-BIO	10.2	7.3	6.8	96	43	20.5
IX ARAUCANIA	10.4	8.6	6.9	95	51	26.2
X LOS LAGOS	10.3	7.3	6.6	113	39	20.2
XI AYSEN	7.5	5.9	4.9	70	37	25.9
XII MAGALLANES	6.9	6.9	4.8	35	21	12.3
METROPOLITANA	7.8	5.8	5.2	51	22	15.0
CHILE	8.9	6.6	5.8	79	32	17.1

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DEL INE, 1989.

Cuadro 25

CUBA: TASA MORTALIDAD INFANTIL SEGUN PROVINCIA DE RESIDENCIA. 1970-1989
(POR MIL NACIDOS VIVOS)

PROVINCIAS	1970	1975	1980	1985	1989
CUBA	38.7	27.5	19.6	16.5	11.1
Pinar del Rio	33.8	31.5	20.7	14.9	11.2
La Habana	39.3	25.1	16.0	15.2	9.7
C. de la Habana	38.7	24.1	17.2	14.0	10.4
Matanzas	39.0	23.0	14.4	14.5	10.7
Villa Clara	30.9	18.8	18.0	15.3	9.2
Cienfuegos	44.2	25.2	18.3	17.0	8.2
Sancti Spiritus	38.3	20.3	19.0	18.6	12.6
Ciego de Avila	28.4	35.1	20.8	15.4	12.6
Camaguey	41.8	31.2	21.9	15.7	10.6
Las Tunas	40.9	34.5	22.5	21.9	13.2
Holguín	38.4	31.2	19.9	16.9	11.6
Granma	45.1	26.9	22.4	19.0	11.9
Santiago de Cuba	35.8	28.9	19.9	16.4	11.8
Guantánamo	42.0	29.8	24.2	18.9	12.0
I. de la Juventud	62.3	31.5	18.9	23.7	10.9

FUENTE: ANUARIOS DEMOGRAFICOS DE CUBA 1982 Y 1987.INSIE-CEE.
ANUARIO ESTADISTICO DE CUBA 1989(INFORMACION SIN PUBLICAR).

Cuadro 26
GASTO PUBLICO EN SALUD
EN PORCENTAJE DEL P.I.B.
CHILE - CUBA - COSTA RICA. 1970 - 1986

	1970	1980	1986
COSTA RICA	0.4	1.6	0.4
CHILE	1.7	2.4	2.0
CUBA (*)	2.6	2.5	3.4 (1988)
A.LATINA (1)	1.5 (17 PAISES)	1.9 (24 PAISES)	2.2 (19 PAISES)

NOTA(1) : EXCLUYE CUBA, SE TRATA DE UN PROMEDIO SIMPLE.

NOTA(*) : SE REFIERE AL PORCENTAJE DE PARTICIPACION DE PSG.

FUENTE : CEPAL, SOBRE DATOS OFICIALES. 1990.

Cuadro 27
NUMERO DE HABITANTES POR MEDICO.
CHILE - CUBA - COSTA RICA. 1960 - 1988

	1960	1970	1980	INFORMACION DEL ULTIMO AÑO DISPONIBLE.	
COSTA RICA	2699	1623	1516	1011	(1984)
CUBA	1064	1393	635	333	(1988)
CHILE	1648(*)	2160(*)	1143(*)	2182(*)	(1987)
A.LATINA	3391			1940	(1984) (27 paises)
	(21 PAISES)			1076	(1987) (9 paises)
				843	(1988) (4 paises)

NOTA(*) CALCULADO SOBRE LA BASE DE LOS MEDICOS QUE TRABAJAN EN EL MINISTERIO DE SALUD, NO CONTEMPLA MEDICOS MUNICIPALIZADOS NI MEDICOS DEL SECTOR PRIVADO.

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE A.LATINA Y EL CARIBE.CEPAL.1989.

Cuadro 28
 NUMERO DE PARAMEDICOS (*) POR MIL HABITANTES
 CHILE - CUBA - COSTA RICA. 1960 - 1987

	1960	1970	1980	1987	
COSTA RICA		785 (a)	504	315 (1982)	S/I
CUBA	S/I	722	356	192	
CHILE		741	491 (a)	482 (b)	514
A.LATINA		2421 (15 PAISES)	1281 (18 PAISES)	855 (26 PAISES)	603 (8 PAISES)

NOTA (*): INCLUYE ENFERMERAS GRADUADAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA.

NOTA (a): INCLUYE MATRONAS Y SOLO PERSONAL CONTRATADA POR EL MINISTERIO DE SALUD, EXCLUYE PERSONAL DEL SECTOR PRIVADO.

NOTA (b): INCLUYE SOLO AUXILIARES DE ENFERMERIA Y CONTRATADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD, EXCLUYE PERSONAL DEL SECTOR PRIVADO.

FUENTE : ANUARIO ESTADISTICO DE A.LATINA Y EL CARIBE.CEPAL.1989.

Cuadro 29
 CAMAS DE HOSPITAL POR MIL HABITANTES
 CHILE - CUBA - COSTA RICA. 1960 - 1988

	1960	1970	1980	1988
COSTA RICA	4.5	4.0	3.3	-.-
CUBA (a)	4.4	6.8	5.5	7.0
CHILE	3.7	3.8	3.4	3.4

NOTA (a): INCLUYE CAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

FUENTE : ANUARIO ESTADISTICO DE A.LATINA Y EL CARIBE. CEPAL 1990.

Cuadro 30
 DISPONIBILIDAD DIARIA DE CALORIAS Y PROTEINAS
 POR HABITANTE, PROMEDIO TRIENALES.
 CHILE - CUBA - COSTA RICA. 1969 A 1985.

	CALORIAS DIARIAS POR HABITANTE				PROTEINAS DIARIAS POR HABITANTE			
	1969 1971	1974 1976	1979 1981	1983 1985	1969 1971	1974 1976	1979 1981	1983 1985
COSTA RICA	2405	2563	2621	2772	57.0	59.9	64.0	64.4
CUBA	2573	2652	2834	3094	68.3	68.8	73.8	76.2
CHILE	2674	2601	2642	2589	70.3	70.3	72.5	69.4
A.LATINA (29 Países)	2412	-. -	-. -	2559	62.9	-. -	-. -	65.5

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE A.LATINA Y EL CARIBE.CEPAL.1989.

Cuadro 30a
PROGRAMAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (*)
CHILE 1981

GRUPO DE BENEFICIARIOS (**)	TIPO Y CANTIDAD DE PRODUCTO ENTREGADO	
0 - 5 MESES	LECHE AL 26%	3 KGRS. MENSUALES
6 - 23 MESES	LECHE AL 26%	2 KGRS. MENSUALES
2 - 5 AÑOS	SUSTITUTOS LACTEOS	1.5 KGRS. MENS.
EMBARAZADAS	LECHE AL 26%	3 KGRS. MENSUALES
NODRIZAS	LECHE AL 26%	3 KGRS. MENSUALES
EMBARAZADAS Y NODRIZAS CON PROBL. DE NUTRIC.	TRATAMIENTO ESPECIAL (ARROZ, SOPA PURE Y OTROS)	

FUENTE: COMPENDIO ESTADISTICO 1989 INE. CHILE.

=====

NOTA (*): EXISTEN A LA FECHA OTROS PROGRAMAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, TALES COMO:

A.- OFASA/SAWS : Obra Filantrópica de Asistencia Social Adventista, con convenio con el Ministerio de Salud desde 1976, alimenta a niños desnutridos menores de 6 años. En 1977 había atendido a 150.000 beneficiarios.

B.- CARITAS/CHILE : Donaciones de la Comunidad Económica Europea, U.S.A., reparto a través de las 24 diócesis de la Iglesia Católica.

C.- CARE

D.- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas : creada en 1964, distribuye desayunos y almuerzos a escolares de escasos recursos. También cuenta con hogares de menores.

E.- Junta Nacional de Jardines Infantiles : atiende a niños desnutridos de extrema pobreza.

NOTA(**): ATIENDE 79% URBANOS, 86% RURALES.

PROGRAMAS PARA DESNUTRIDOS EN CHILE:

i.- PROGRAMA DE ATENCION AMBULATORIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

ii.- CENTROS ABIERTOS (SALAS CUNAS Y JARDINES INFANTILES)

iii.- CORPORACION DE NUTRICION INFANTIL (CONIN). PARA LA DESNUTRICION MEDIA Y AVANZADA.

=====

FUENTE: EL PROBLEMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN CHILE, DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE POLITICAS. PREALC.1980.

Cuadro 30b
 CONIN - CHILE PORCENTAJE DE EGRESOS RECUPERADOS
 1977 - 1981

AÑO	EGRESOS RECUPERADOS	
1977	79	%
1979	82.3	%
1981	84	%

FUENTE: EL PROBLEMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN CHILE, DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE POLITICAS. PREALC.1980.

Cuadro 30c
 COBERTURA DEL PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
 CHILE. 1901 - 1979.

AÑO	% DEL TOTAL DE BENEFICIARIO POTENCIALES
1901 - 1920	1.0
1937	5.0
1943	6.9
1951	10.0
1964	25.5
1967	50.0
1970 - 1973	70.0 (*)
1977	81.9
1979	83.0

NOTA (*): SE AMPLIO LA COBERTURA A MENORES DE 6 A 15 AÑOS
 FUENTE: EL PROBLEMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN CHILE, DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE POLITICAS. PREALC.1980.

Cuadro 30d
 COSTA RICA: COBERTURA PROGRAMAS DE ALIMENTACION
 COMPLEMENTARIA, LECHE Y COMIDAS CALIENTES, DE ACUERDO
 A LA POBLACION TOTAL DEL GRUPO ETAREO.
 1976 - 1978

TIPO DE BENEFICIARIO	1976		1978	
	LECHE	COMIDAS CALIENTES	LECHES	COMIDAS CALIENTES
PRE - ESCOLARES	15.7 %	8.4 %	36.8 %	10.0 %
EMBARAZADAS	(*) 7.1 %	1.3 % (*)	10.4 %	1.2%
LACTANTES	(*) 9.9 %	2.2 % (*)	10.9 %	2.1 %
ESCOLARES	-. -	-. -	1.4 % (*)	1.3 %

NOTA (*): CORRESPONDE AL AÑO 1977

FUENTE : LA SITUACION ALIMENTARIA EN COSTA RICA. PREALC. 1983.

Cuadro 31
GASTO PUBLICO EN EDUCACION
EN PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO
CHILE - CUBA Y COSTA RICA. 1970 - 1986

	1970	1980	1986
COSTA RICA	3.4	6.2	4.3
CHILE	3.9	4.1	3.7
CUBA (*)	4.2	7.6	7.8 (1988)
A. LATINA (1)	3.0 (18 PAISES)	3.2 (25 PAISES)	3.5 (22 PAISES)

NOTA(1): EXCLUYE CUBA, SE TRATA DE UN PROMEDIO SIMPLE.
 NOTA(*): SE REFIERE AL PORCENTAJE DE PARTICIPACION EN EL PFG.
 FUENTE : CEPAL, SOBRE FUENTES OFICIALES. 1990.

Cuadro 32
ANALFABETISMO EN PORCENTAJE DE
POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS DE EDAD
CHILE - CUBA Y COSTA RICA. 1960 - 1990

	1960	1970	1980	1990 (a)
COSTA RICA	15.6	11.6	7.4	7.2
CHILE	16.4	11.0	8.9	6.6
CUBA	S/I	S/I	2.2 (b)	6.0
A. LATINA	32.5 (26 PAISES)	22.4 (28 PAISES)	18.5 (21 PAISES)	15.1 (22 PAISES)

NOTA : SE TRATA DE UN PROMEDIO SIMPLE.
 NOTA(a): ESTIMACION DE LA UNESCO
 NOTA(b): LAS PERSONAS SIN ESCOLARIDAD HAN SIDO CONSIDERADAS COMO ANALFABETAS
 FUENTE : CEPAL, SOBRE FUENTES OFICIALES. 1990.

Cuadro 33
MATRICULA DEL NIVEL PRIMARIO DE ENSEÑANZA
TASAS BRUTAS DE MATRICULA (a)
CHILE - CUBA Y COSTA RICA. 1960 - 1986

	1960	1970	1980	1986
COSTA RICA (b)	92.6	109.6	106.9	100.7
CHILE (c)	88.6	104.8	112.2	102.0
CUBA (d)	109.6	123.1	124.2	98.3
A. LATINA (1)	83.3 (24 PAISES)	97.3 (25 PAISES)	97.8 (25 PAISES)	102.0 (12 PAISES)

NOTA(1) : PROMEDIO SIMPLE.
 NOTA(a) : TOTAL DE MATRICULADOS SOBRE LA POBL. DEL GRUPO DE DADES CORRESPONDIENTE, MULTIPLICADO POR CIEN.
 NOTA(b) : GRUPO DE 6 A 11 AÑOS
 NOTA(c) : GRUPO DE 6 A 13 AÑOS
 NOTA(d) : GRUPO DE 6 A 11 AÑOS
 FUENTE : CEPAL, SOBRE FUENTES OFICIALES. 1990.

Cuadro 34
MATRICULA DEL NIVEL SECUNDARIO DE ENSEÑANZA
TASAS BRUTAS DE MATRICULA (a)
CHILE - CUBA Y COSTA RICA. 1960 - 1987

	1960	1970	1980	1987
COSTA RICA (b)	20.3	34.8	47.5 (2)	40.5 (2)
CHILE (c)	22.9	37.9	53.0	70.0
CUBA (d)	14.2	29.8	80.7	87.6
A. LATINA (1)	18.4 (24 PAISES)	31.6 (25 PAISES)	47.4 (25 PAISES)	54.9 (15 PAISES)

NOTA(1) : PROMEDIO SIMPLE.
 NOTA(2) : LIMITE DE EDAD 11 A 17 AÑOS
 NOTA(a) : TOTAL DE MATRICULADOS SOBRE LA POBL. DEL GRUPO DE DADES CORRESPONDIENTE, MULTIPLICADO POR CIEN.
 NOTA(b) : GRUPO DE 12 A 16 AÑOS
 NOTA(c) : GRUPO DE 14 A 17 AÑOS
 NOTA(d) : GRUPO DE 12 A 17 AÑOS
 FUENTE : CEPAL, SOBRE FUENTES OFICIALES. 1990.

Cuadro 35
 MATRICULA DEL NIVEL SUPERIOR DE ENSEÑANZA
 TASAS BRUTAS DE MATRICULA (a)
 CHILE - CUBA Y COSTA RICA. 1960 - 1987

	1960	1970	1980	1987
COSTA RICA	4.8	8.8	23.2	24.8
CHILE	4.2	9.7	10.8 (b)	17.9
CUBA	3.1	4.9	20.5	22.8
A. LATINA (1)	3.0 (23 PAISES)	6.0 (25 PAISES)	13.5 (24 PAISES)	16.7 (16 PAISES)

NOTA(1) : PROMEDIO SIMPLE.

NOTA(a) : TOTAL DE MATRICULADOS DE 20 A 24 AÑOS, SOBRE LA POBLACION DE ESA MISMA EDAD MULTIPLICADO POR CIEN

NOTA(b) : UNIVERSITARIOS SOLAMENTE

FUENTE : CEPAL, SOBRE FUENTES OFICIALES. 1990.

Cuadro 36

PORCENTAJES DE VIVIENDAS OCUPADAS, SEGUN TIPO Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BASICOS, EN ZONAS URBANAS Y RURALES, SEGUN LOS ULTIMOS DATOS DISPONIBLES. CHILE, CUBA Y COSTA RICA.

PAIS	AÑOS	VIV. TOTALES	AGUA POTABLE			INODOROS			ALCANTARILLADOS			INSTALACION DE BAÑOS			ELECTRICIDAD		
			URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL
COSTA RICA	1984	100.00	S/I	S/I	86.86	S/I	S/I	96.10	S/I	S/I	65.55	S/I	S/I	117.69	S/I	0.00	83.09
CUBA	1981	100.00	63.45	10.69	74.14	67.35	23.69	91.04	S/I	S/I	S/I	47.84	S/I	47.84	69.30	13.57	82.87
CHILE ³⁾	1982	100.00	78.14	3.21	81.36	88.98	15.94	104.93 ¹⁾	S/I	S/I	S/I	64.11 ²⁾	1.55 ²⁾	65.66 ²⁾	78.95	5.69	84.64
A. LATINA		100.00	33.79	2.61	59.32	15.66	3.07	27.25	12.41	0.21	26.76	11.34	0.47	15.19	31.57	3.62	57.50

NOTA (1): SE REFIERE A HOGARES QUE EN TOTAL ASCIENDEN A 2 466 653

NOTA (2): SE REFIERE A HOGARES CUYOS INTEGRANTES ESTABAN PRESENTES EN EL MOMENTO DEL CENSO EN UN TOTAL DE 2 454 142 VIVIENDAS

NOTA (3): VIVIENDAS PARTICULARES CUYOS OCUPANTES ESTABAN PRESENTES EN EL MOMENTO DEL CENSO.

Cuadro 37
 VARIOS INDICADORES DE SIGNIFICACION SOCIAL Y ECONOMICA
 CHILE - CUBA - COSTA RICA.

	ESCOLARIDAD PROMEDIO 1980	POBL. CON ACCESO A SERVICIOS SALUD AGUA P. SALUBRIDAD			% ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO 1983-1988	BEBES C/BAJO PESO AL NACER % 1982 - 88	NIÑOS DE UN AÑO INMUNIZADOS %		LACTANCIA MATERNA AL AÑO % 1980-88	DESNUT. INF. % MENORES DE 5 AÑOS DE BAJO PESO 1980-88
		85/87	85/88	85/88			1981	1988-89		
COSTA RICA	5.6 AÑOS	80 %	91 %	94 %	93	10	80	89	22	6
CUBA	5.7 AÑOS	S/I	S/I	S/I	S/I	8	74	95	S/I	S/I
CHILE	6.2 AÑOS	97 %	89 %	S/I	98	7	84	87	17	3
AMERICA LATINA	4.4 AÑOS	70 %	79 %	69 %	77	11	52	69	38	10
PAISES INDUSTRIALES	9.1 AÑOS	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
EN DESARROLLO	3.5 AÑOS	63 %	62 %	46 %	42	17	24	70	69	33
MENOS DESARROLLADOS	1.4 AÑOS	46 %	34 %	23 %	24	21	17	52	76	49
EL MUNDO	5.4 AÑOS	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I

	DESNUTRICION INFANTIL % NIÑOS ENTRE 12 Y 23 MESES CON DESARROLLO MENGUADO 1980-87	DESNUTRICION INFANTIL % NIÑOS ENTRE 2 Y 3 AÑOS FALTOS DE DESARROLLO 1980-88	TASA DE UTILIZACION DE ANTICONCEPTIVOS % 1985-87	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (POR MIL NACIMIENTOS) 1980-88	TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR MIL 1989	GASTOS EN PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL COMO % DEL PIB 1980
COSTA RICA	3	8	69	3.6	18.0	6.3
CUBA	1	S/I		3.4	11.0	7.1
CHILE	1	10		4.7	20.0	5.4
AMERICA LATINA	3	31	57	11.0	52.0	3.1
PAISES INDUSTRIALES	S/I	S/I	70	2.4	15.0	10.6
EN DESARROLLO	14	43	52	29.0	76.0	2.2
MENOS DESARROLLADOS	19	56	19	53.0	120.0	S/I
EL MUNDO	S/I	S/I	56	25.0	69.0	10.0

	RAZON GASTOS MILITARES/ GASTOS EDUCACION Y SALUD 1986	NUMERO DE PERSONAS POR RECINTO HABITABLE 1979-82	COEFICIENTE DE GINI RIQUEZA, POBREZA E INVERSION SOCIAL 1970-85	INDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) 1991	POSICION SEGUN CLASIFICACION DEL INDICE DE DESARROLLO HUMANO 1991
COSTA RICA	0	1.5	0.42	0.876	40 (ALTO)
CUBA	79	1.0	S/I	0.754	62 (MEDIO)
CHILE	59	1.4	0.46	0.878	38 (ALTO)
AMERICA LATINA	29	1.6	S/I	---	---
PAISES INDUSTRIALES	38	0.8	S/I	---	---
EN DESARROLLO	109	2.4	S/I	---	---
MENOS DESARROLLADOS	96	S/I	S/I	---	---
EL MUNDO	S/I	1.9	S/I	---	---

FUENTE: DESARROLLO HUMANO: INFORME 1991. PNUD

Cuadro 38
 CRECIMIENTO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO TOTAL
 CHILE, CUBA Y COSTA RICA
 1983 A 1990.

	TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO								VARIACION ACUMULADA
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1981-1990
CHILE	-2.4	5.7	2.1	5.5	4.9	7.6	9.3	2.0	29.0
CUBA(1)	4.9	7.2	4.6	1.2	-3.9	2.5	1.0	1.0	44.2
COSTA RICA	2.7	7.8	0.7	5.3	4.5	3.3	5.5	3.5	25.4
A.LATINA Y CARIBE(2)	-2.7	3.5	3.5	3.7	3.1	0.9	1.5	-0.5	12.4

NOTA(1): SE REFIERE AL CONCEPTO DE PRODUCTO SOCIAL GLOBAL

NOTA(2): EXCLUYE CUBA

FUENTE: CEPAL, SOBRE LA BASE DE CIFRAS OFICIALES.1990.

Cuadro 39
 CRECIMIENTO DEL PIB POR HABITANTE, VARIACION ACUMULADA
 CHILE-CUBA Y COSTA RICA.1950 A 1990

	VARIACION ACUMULADA		
	1950 1966	1970 1980	1981 1990
CHILE	2.0	2.5	9.2
CUBA(1)		S/I	31.6
C. RICA	3.0	5.5	-5.0
A.LATINA Y CARIBE(2)	S/I	5.5	-9.6

NOTA(1): SE REFIERE AL CONCEPTO DE PRODUCTO GLOBAL SOCIAL

NOTA(2): EXCLUYE CUBA

FUENTE : CEPAL, SOBRE FUENTES OFICIALES.1990.

Cuadro 40
PRODUCTO INTERNO BRUTO POR HABITANTE.
CHILE - COSTA RICA. 1970 - 1989
(DOLARES A PRECIOS DE 1980)

PAISES	1970	1980	1989
CHILE	2121.2	2314.8	2526.1
COSTA RICA	1200.8	1552.1	1459.6
CUBA (a)	971.3	1816.2	2515.5(b)
A. LATINA(1)	1507.7	2016.9	1875.4

NOTA(1): PROMEDIO SIMPLE

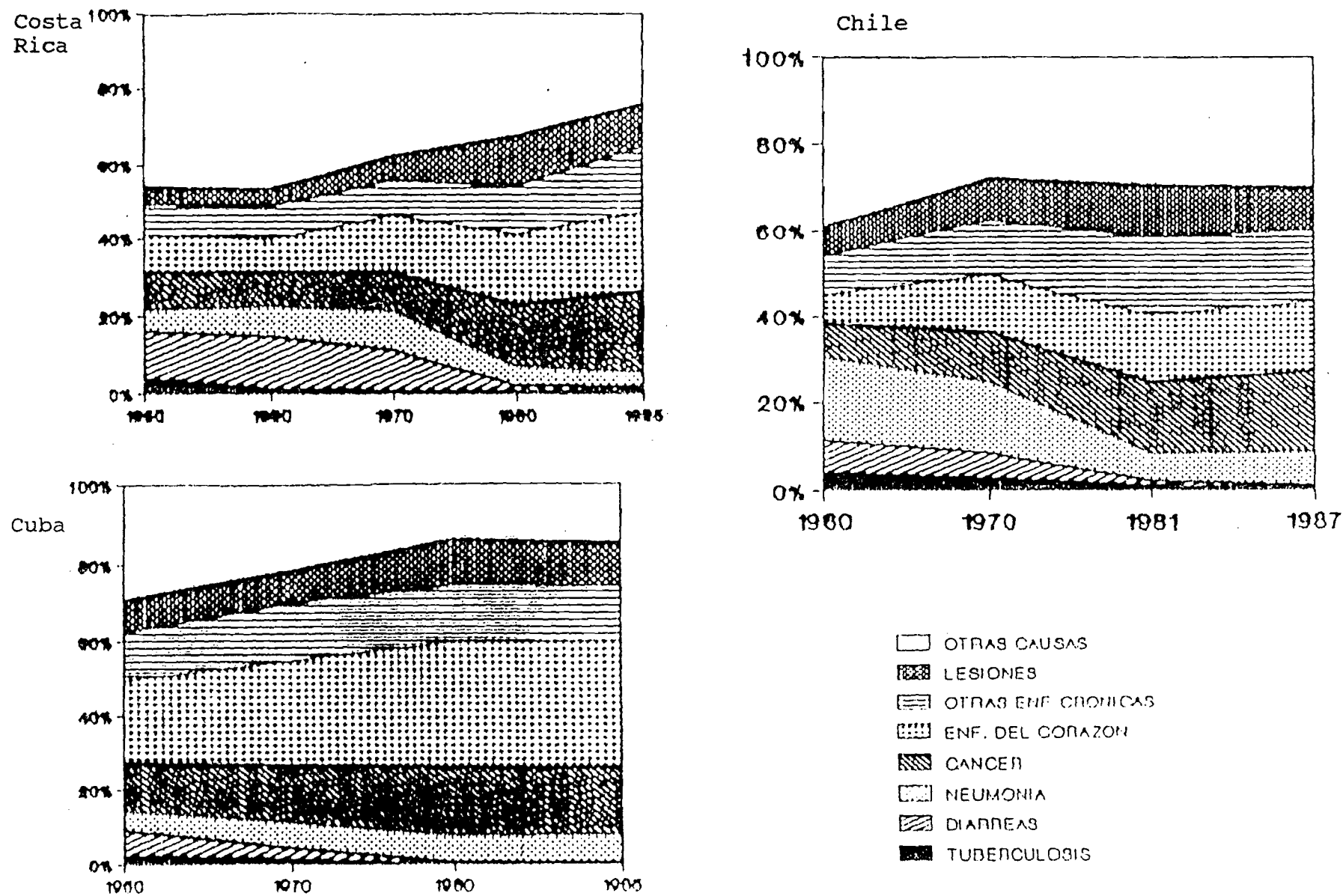
NOTA(a): SE REFIERE AL CONCEPTO DE PRODUCTO SOCIAL GLOBAL.

NOTA(b): DATO CORRESPONDE A 1988.

FUENTE : CEPAL, SOBRE LA BASE DE CIFRAS OFICIALES.1990.

A N E X O
II
GRAFICOS

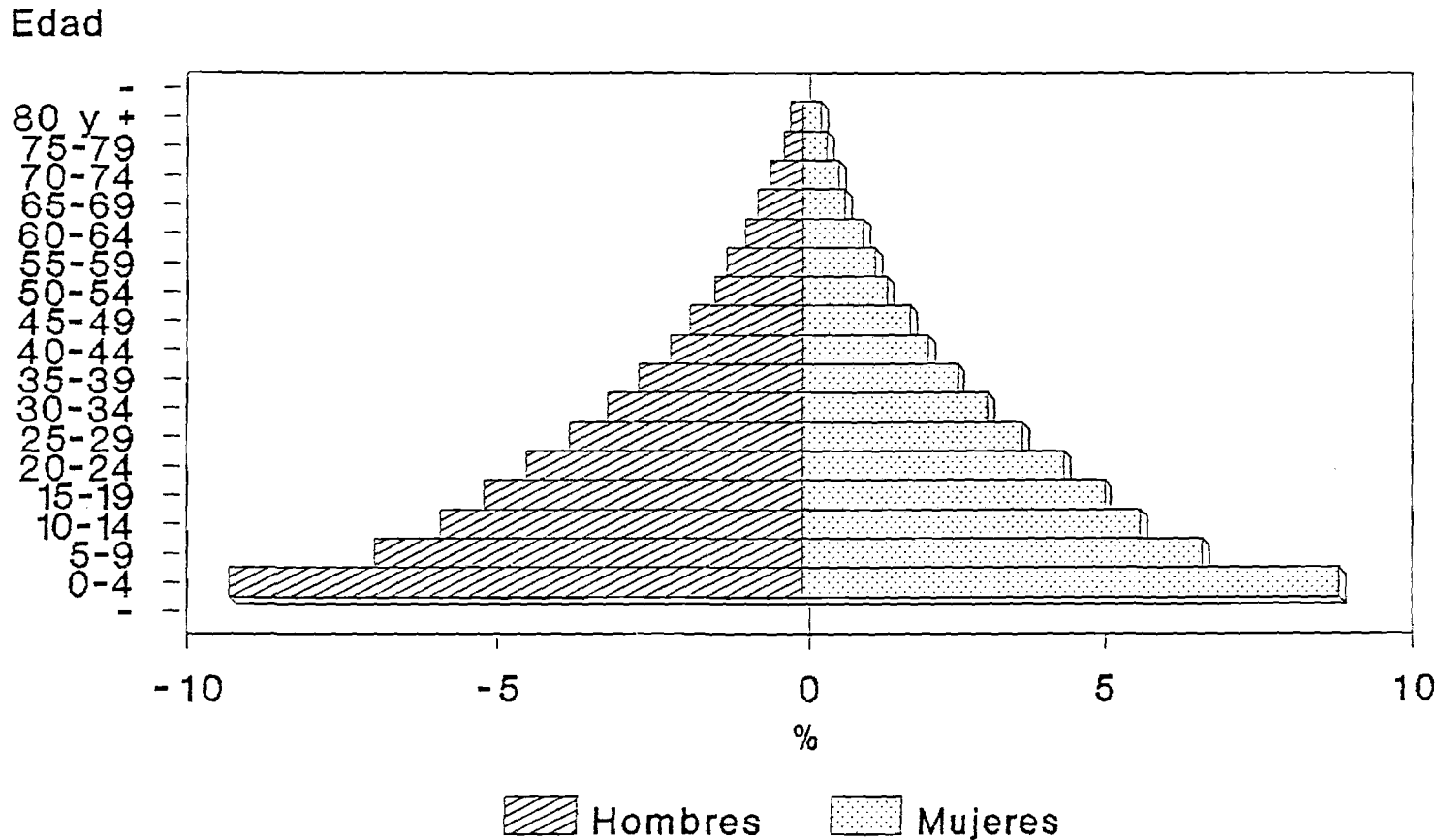
FIGURA 1 : Distribución de la mortalidad por causas. Costa Rica, Cuba, Chile. 1955-1986.¹



¹ Tomado de Frenk, J; Bobadilla, J; Lozano, R. "The epidemiologic transition: the Latin American experience. Seminario sobre causas y prevención de la mortalidad adulta en países en desarrollo. Santiago, Chile, 7-11 Octubre 1991.

Gráfico 2

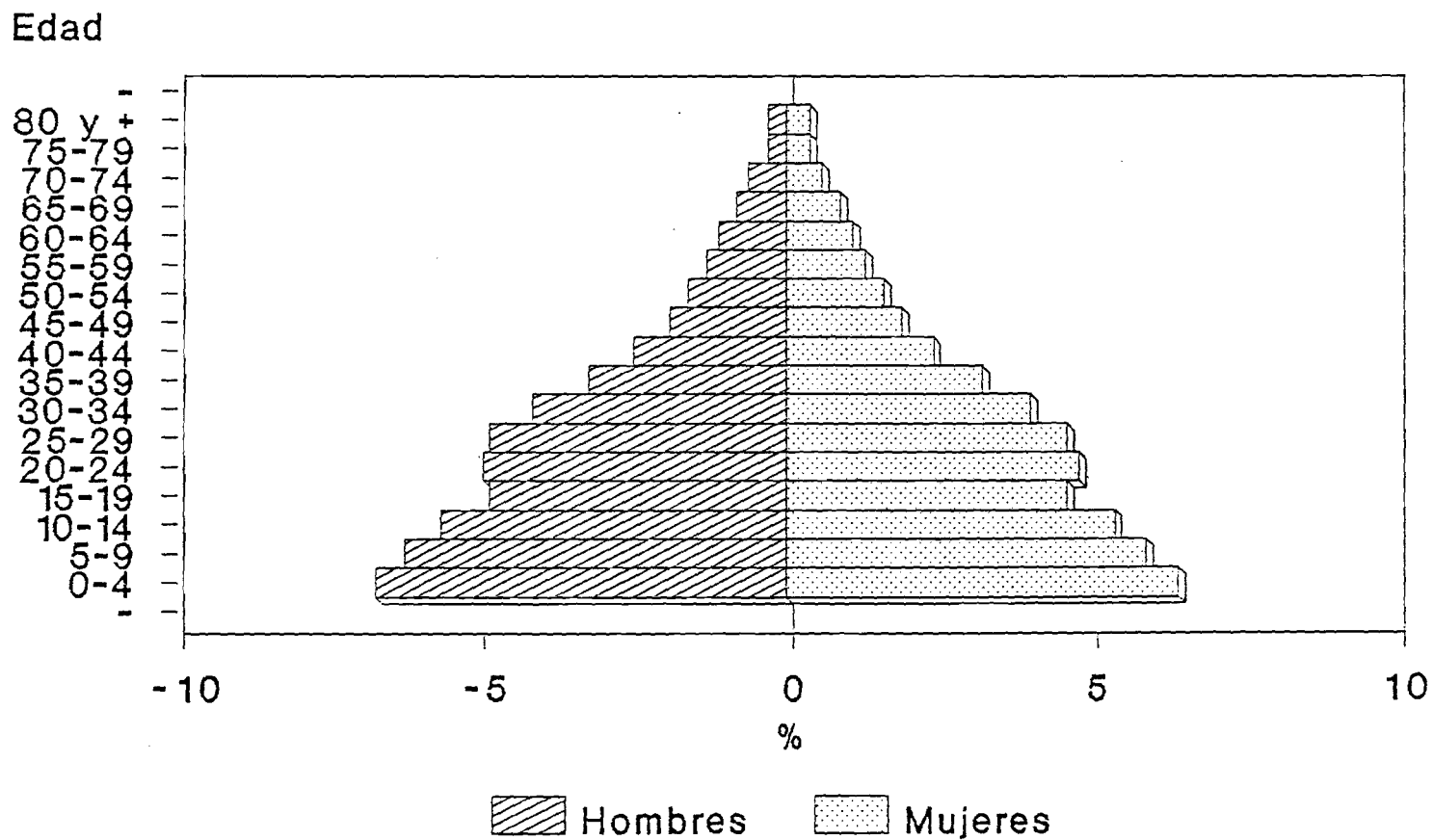
Estructura de la Población Por Sexo y Edades Quinquenales. Costa Rica, 1950



Fuente: Cuadro 1a

Gráfico 3

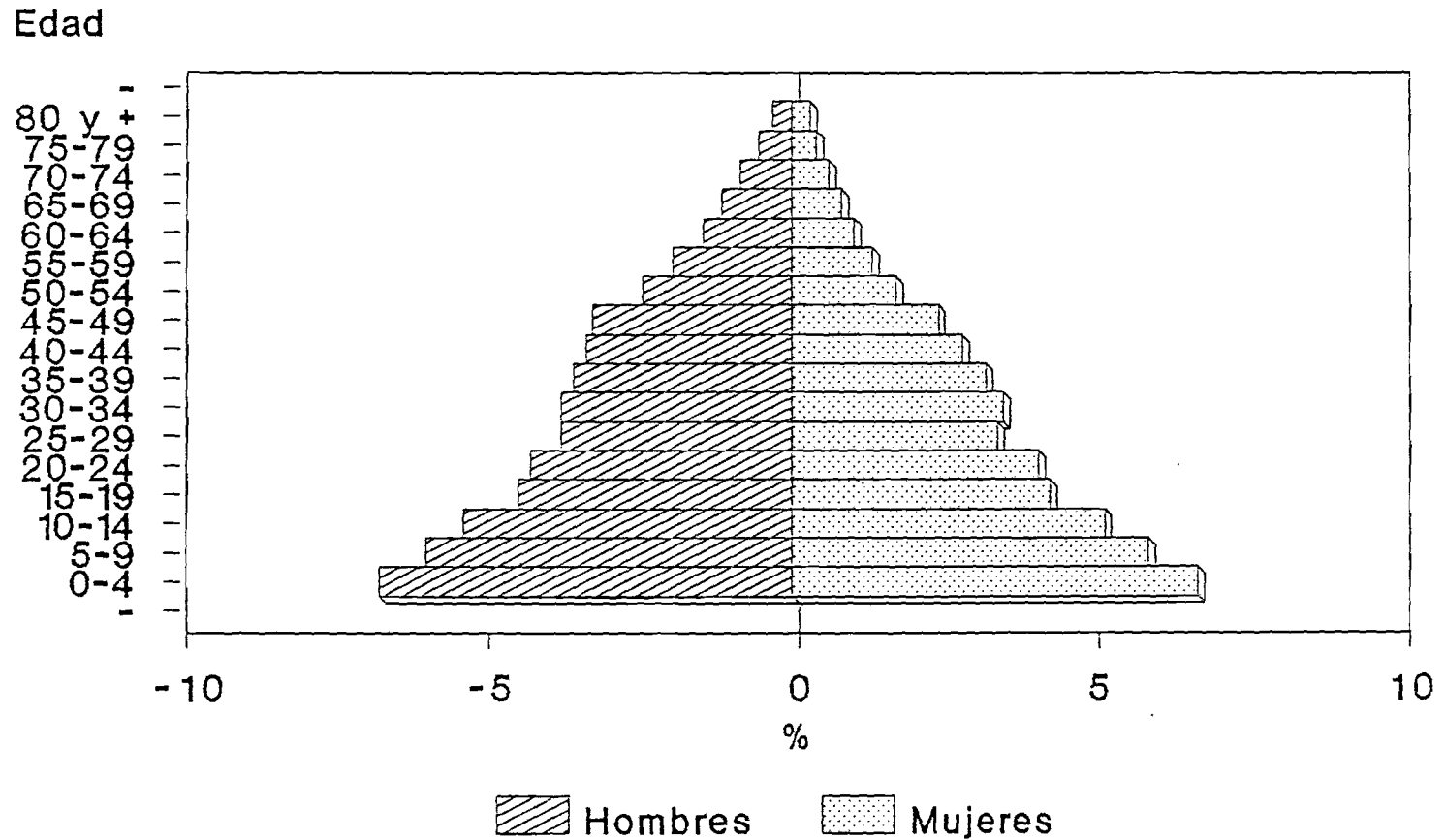
Estructura de la Población Por Sexo y Edades Quinquenales. Costa Rica, 1990



Fuente: Cuadro 1a

Gráfico 4

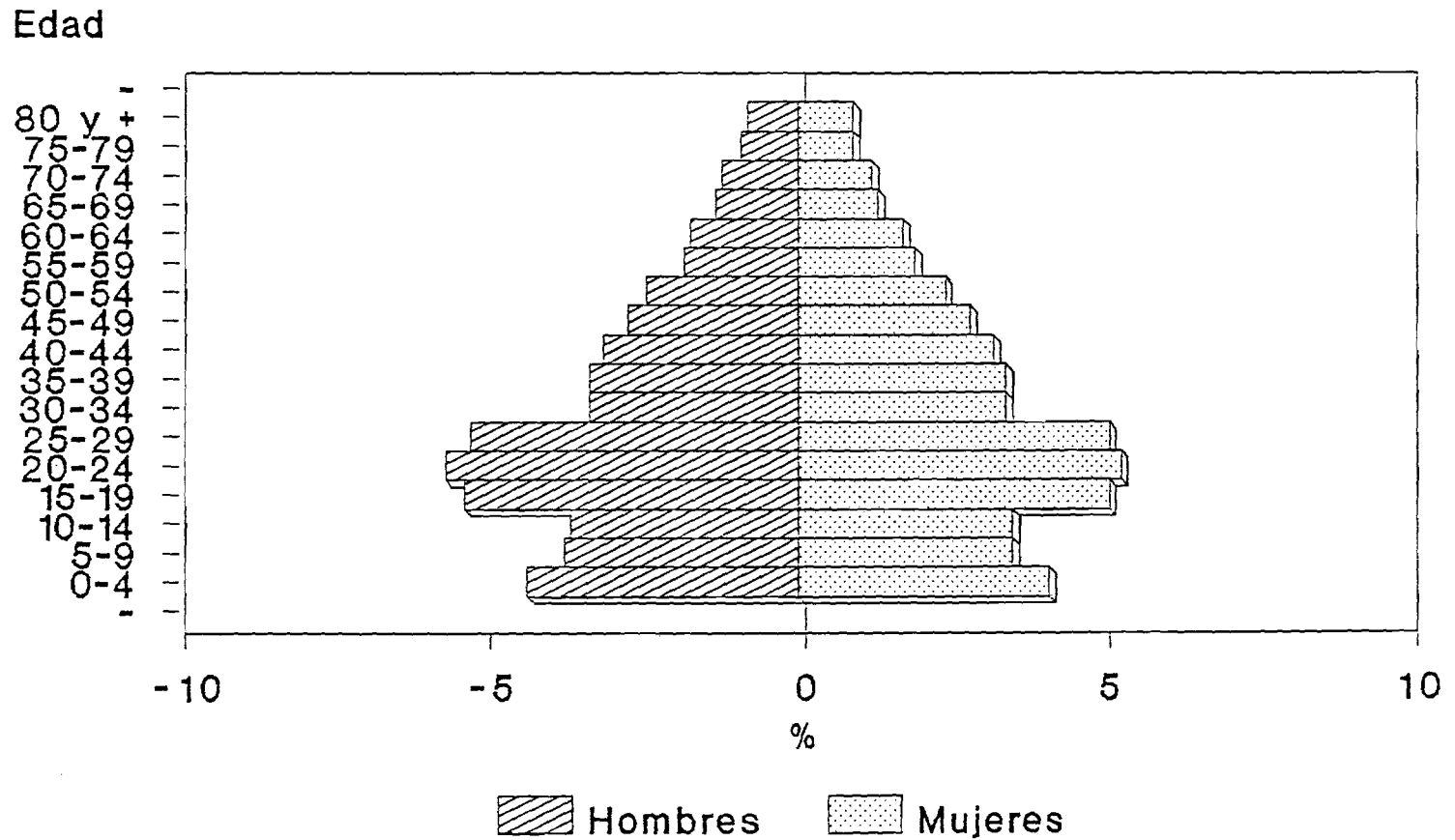
Estructura de la Población Por Sexo y Edades Quinquenales. Cuba, 1950



Fuente: Cuadro 2a

Gráfico 5

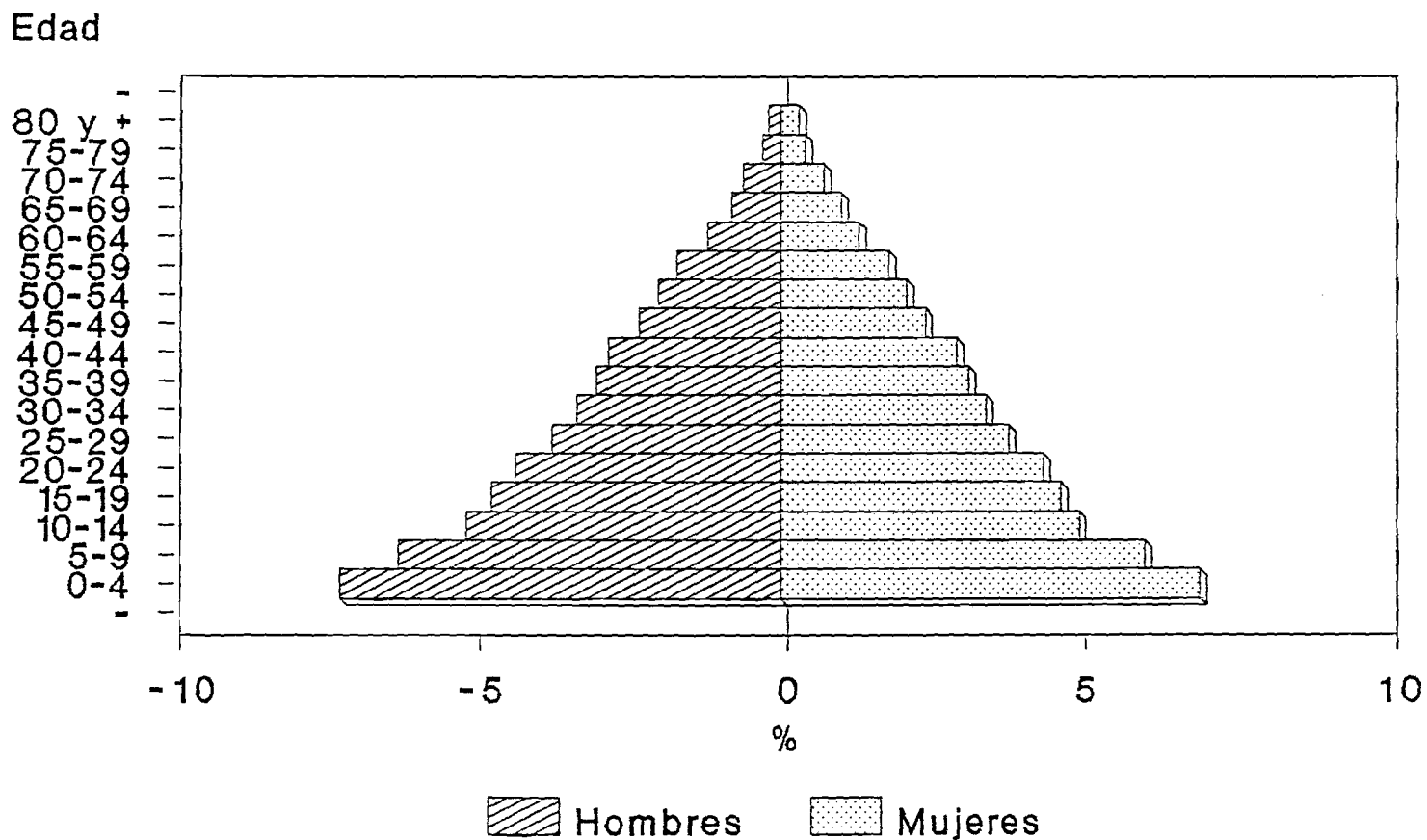
Estructura de la Población Por Sexo y Edades Quinquenales. Cuba, 1990



Fuente: Cuadro 2a

Gráfico 6

Estructura de la Población Por Sexo y Edades Quinquenales. Chile, 1950

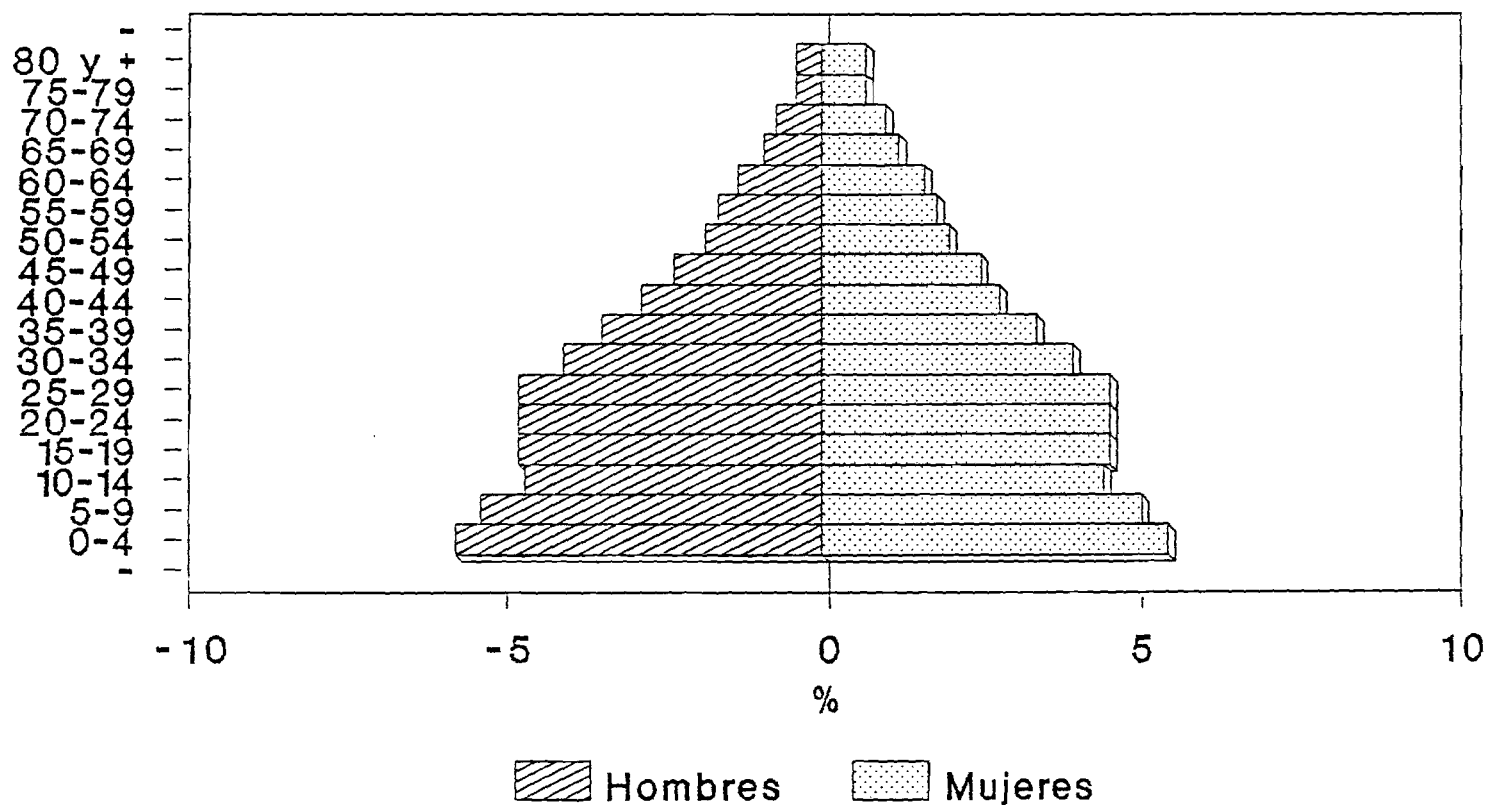


Fuente: Cuadro 1b

Gráfico 7

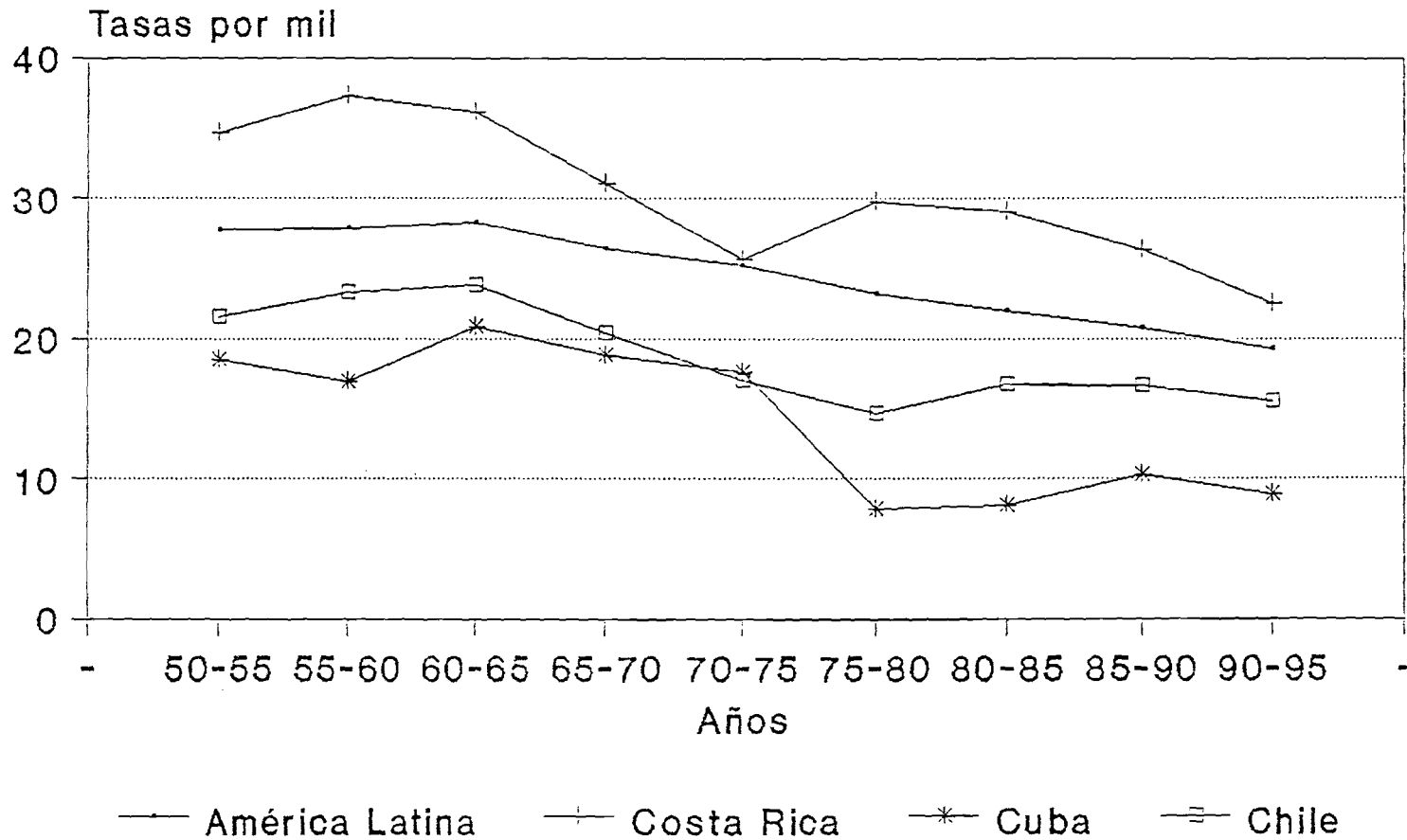
Estructura de la Población Por Sexo y Edades Quinquenales. Chile, 1990

Edad



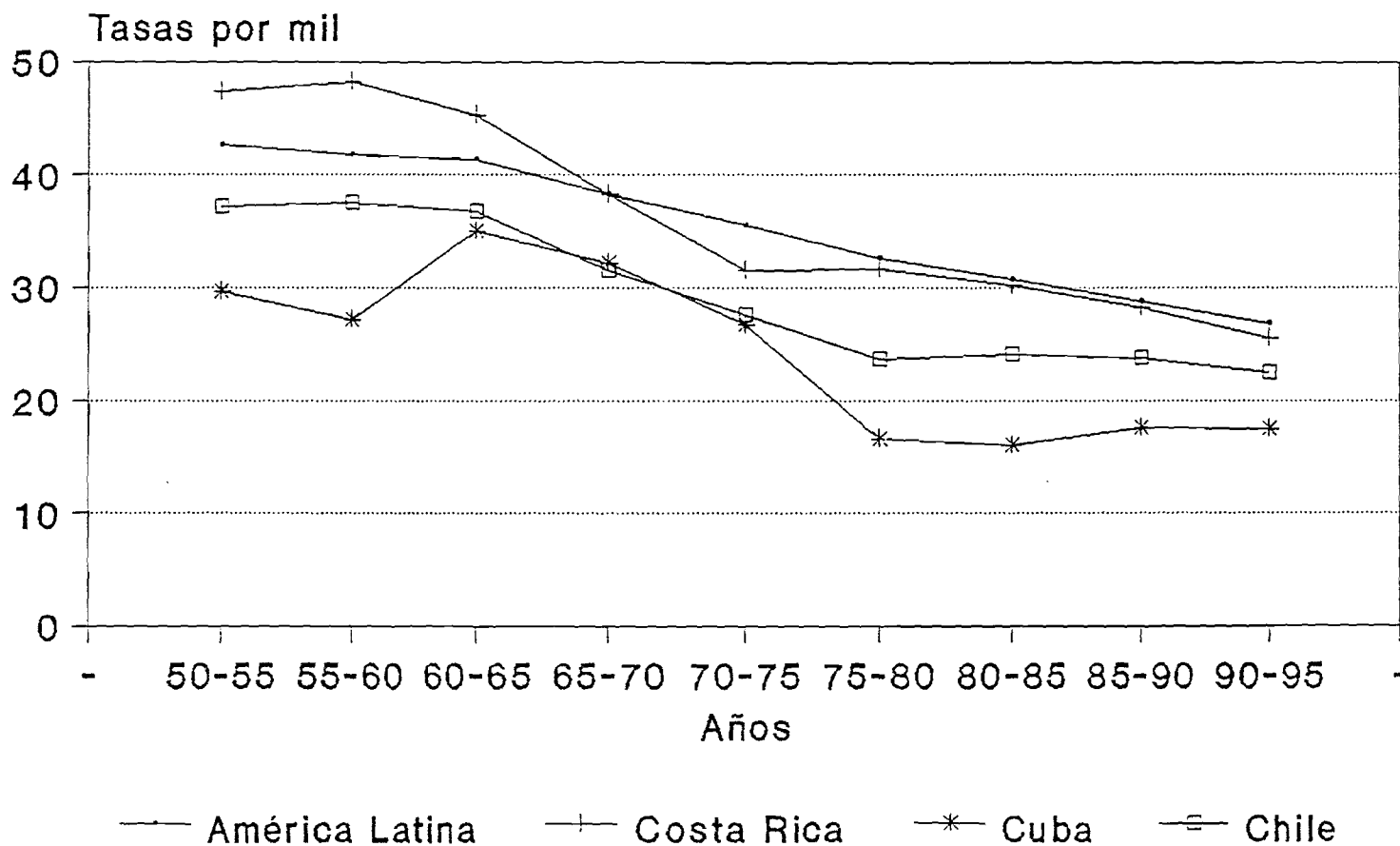
Fuente: Cuadro 1b

Gráfico 8
 Tasa de Crecimiento de la Población
 Costa Rica, Cuba y Chile. 1950-1990.



Fuente: Cuadro 1

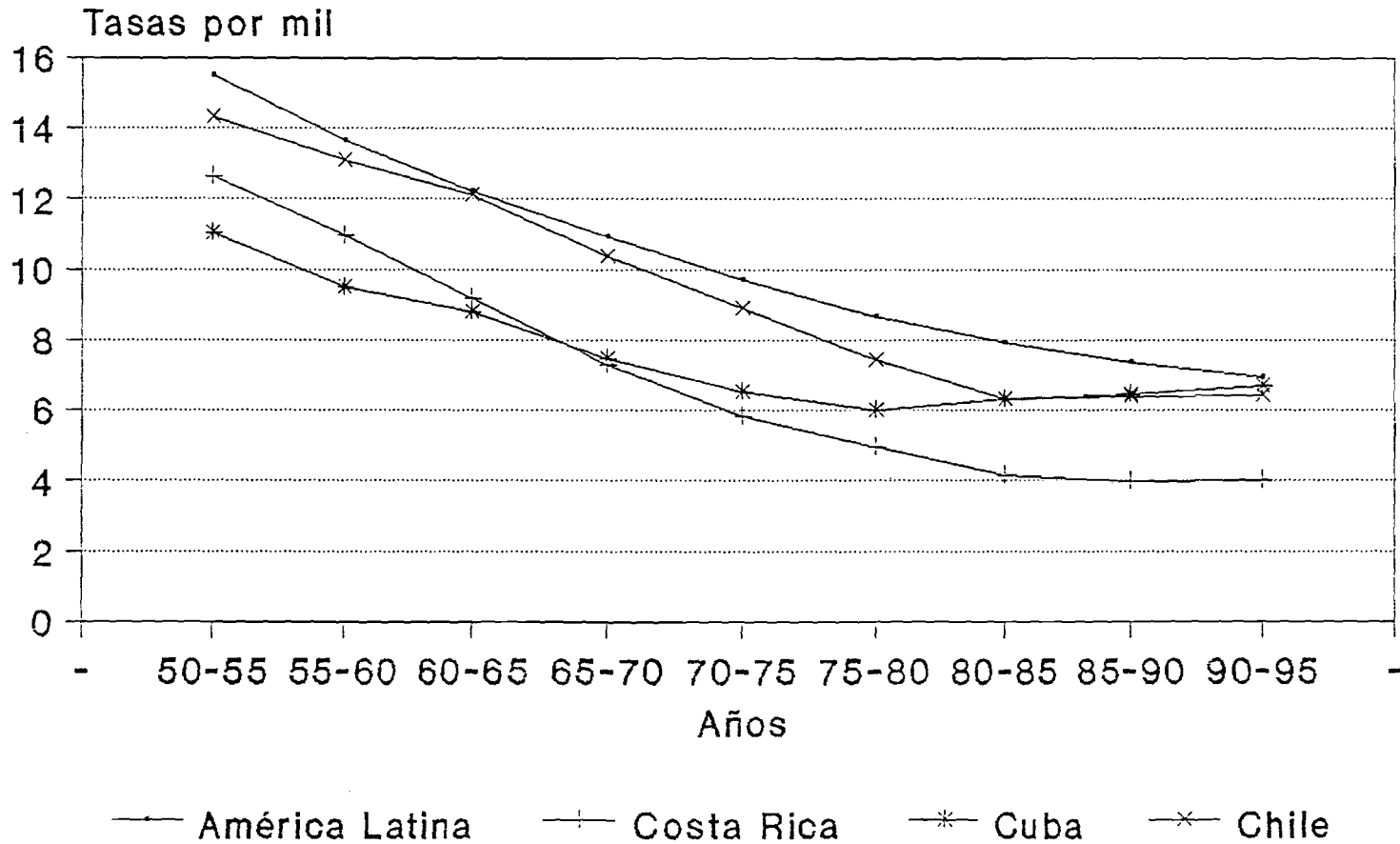
Gráfico 9
 Tasa Bruta de Natalidad, A. Latina,
 Costa Rica, Cuba y Chile. 1950-1990.



Fuente: Cuadro 1

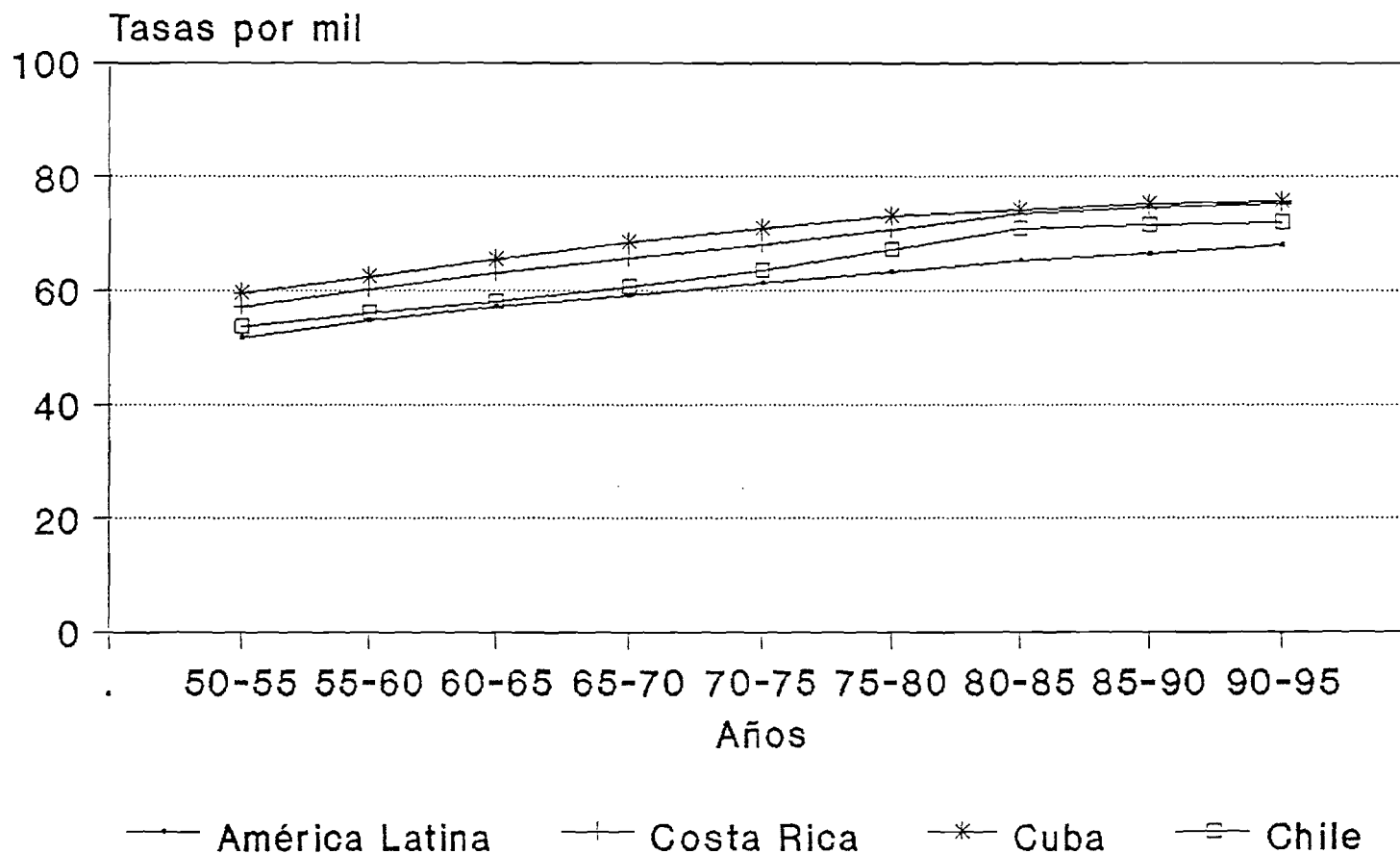
Gráfico 10

Tasa Bruta de Mortalidad, para A. Latina Costa Rica, Cuba y Chile. 1950-1990.



Cuadro 1

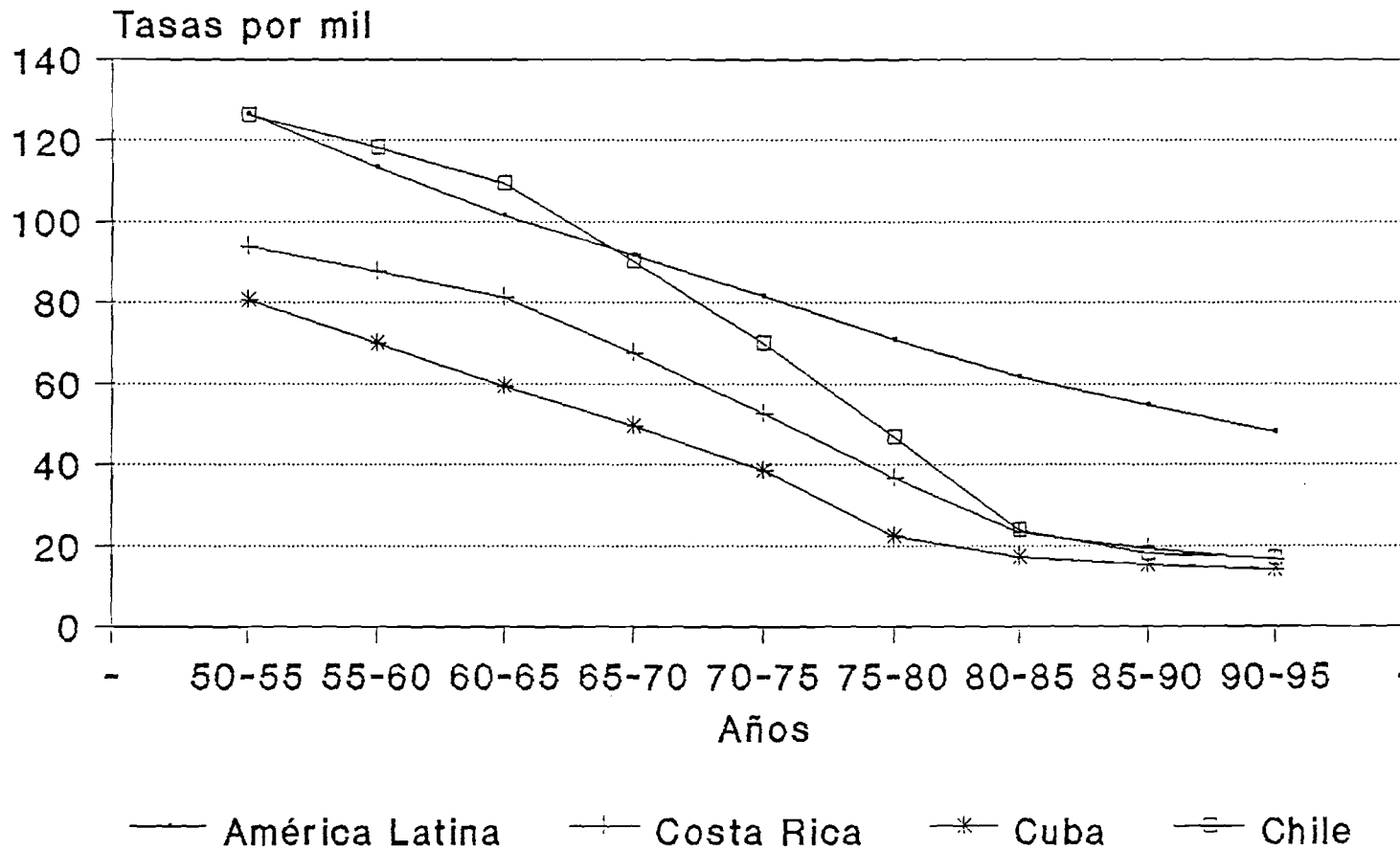
Gráfico 11
 Esperanza de Vida al Nacer, A. Latina,
 Costa Rica, Cuba y Chile. 1950-1990.



Fuente: Cuadro 1

Gráfico 12

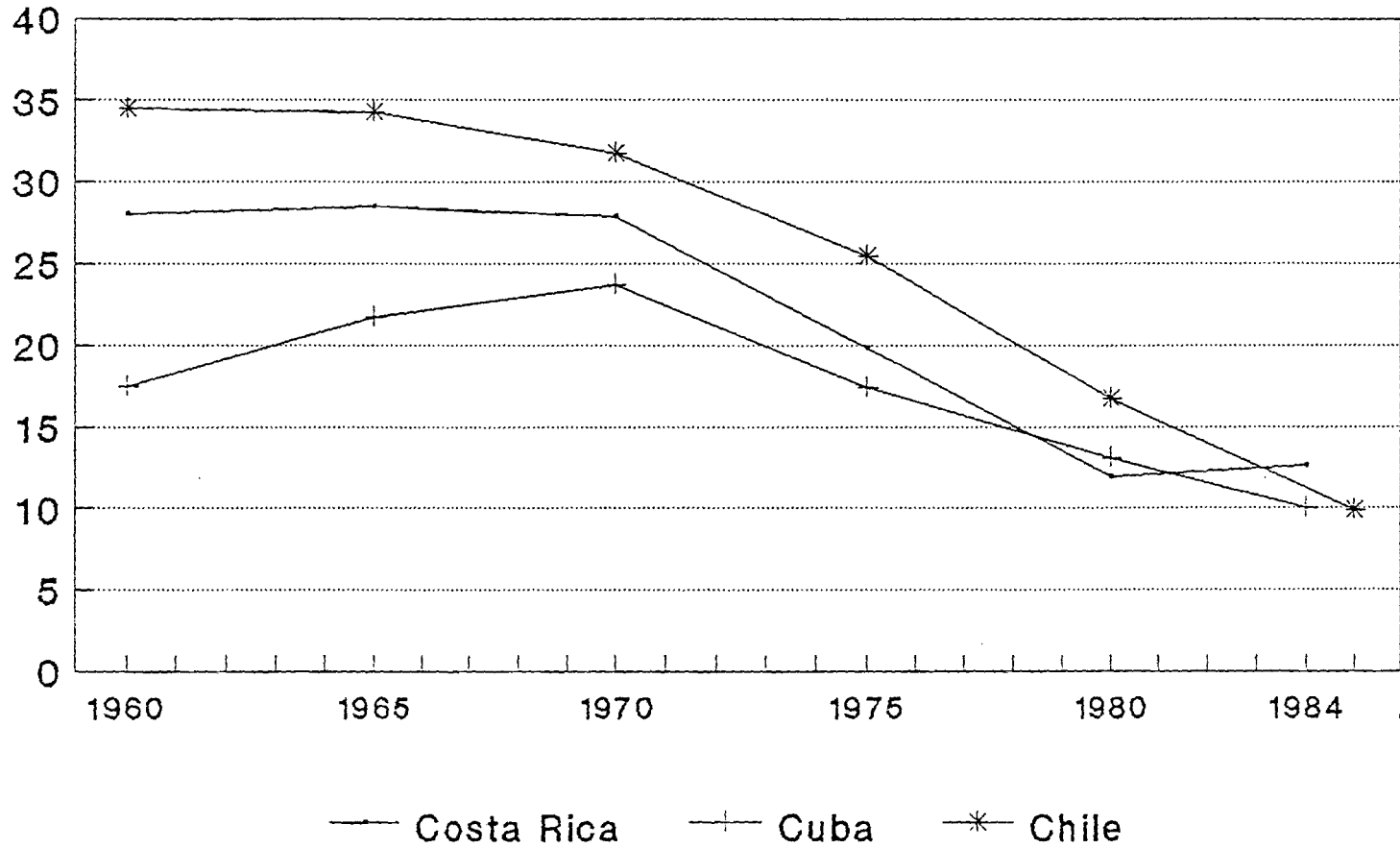
Tasa de Mortalidad Infantil, A. Latina, Costa Rica, Cuba y Chile. 1950-1990.



Fuente: Cuadro 1

Gráfico 13

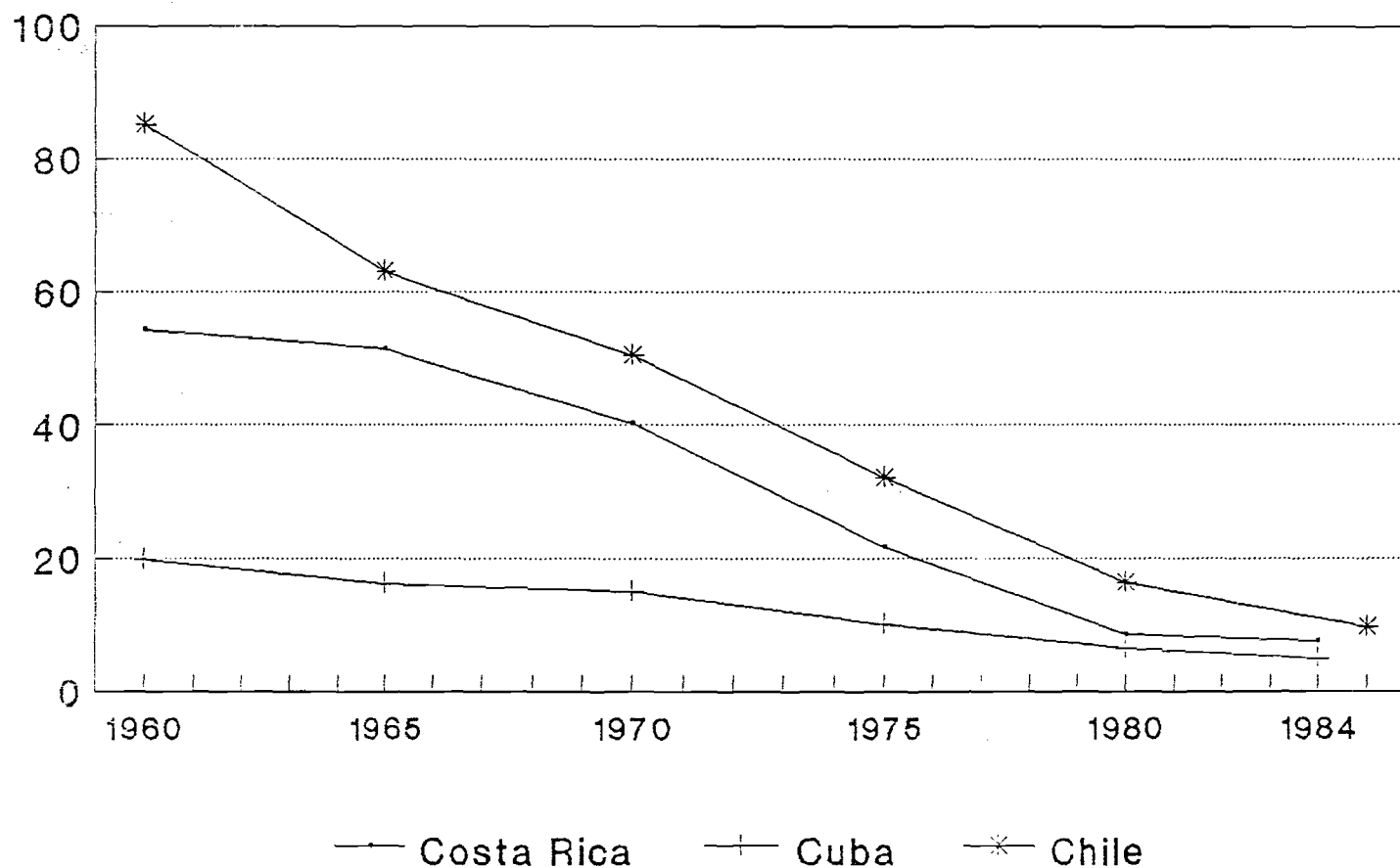
Tasas de Mortalidad Neonatal Costa Rica, Cuba y Chile 1960-1985



Fuente: Cuadro 12, 13 Y 14

Gráfico 14

Tasas de Mortalidad Post-neonatal Costa Rica, Cuba y Chile 1960-1985



Fuente: Cuadro 12, 13 y 14