

Distr.

RESTRINGIDA

LC/R.582(Sem.39/5)

12 de mayo de 1987

ORIGINAL: ESPAÑOL

C E P A L

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Reunión sobre Políticas Sociales, Transformación y
Desarrollo en América Latina, organizada por la
Comisión Económica para América Latina y el
Caribe con el patrocinio del Ministerio de
Trabajo y Seguridad Social de Uruguay.

Montevideo, Uruguay, 30 de junio al 3 de julio de 1987

LAS POLITICAS SOCIALES EN EL URUGUAY 1975-1984

Primera etapa: La reproducción
biológica y social

Este documento ha sido preparado por el señor Juan Pablo Terra, consultor de la División de Desarrollo Social de CEPAL. Las opiniones expresadas en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de su autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

87-5-548

I N D I C E

<u>CAPITULO</u>		<u>Pág.</u>
1.	POLITICAS RELATIVAS A LA INFANCIA EN EL MARCO DEL PROCESO ECONOMICO Y SOCIAL	1
1.1	<u>El proceso político, económico y social en el período 1975-1985</u>	1
1.2	<u>Las políticas sociales relativas a la reproducción biológica y social</u>	5
1.3	<u>Resultados de las políticas sociales en el período</u>	7
2.	LAS POLITICAS RELATIVAS A LA FAMILIA Y A LA INFANCIA ABANDONADA O PROBLEMATICA	16
2.1	<u>La situación</u>	16
2.1.1	La evolución de la natalidad	16
2.1.2	Las características de la familia	17
2.2	<u>Las políticas de población, familia e infancia abandonada</u>	20
2.2.1	Las políticas de planificación familiar	20
2.2.2	Las políticas de asistencia a la familia	21
3.	POLITICAS DE ALIMENTACION	28
3.1	<u>Situación nutricional</u>	28
3.2	<u>Las políticas de alimentación y nutrición especialmente en el campo de la infancia</u>	30
4.	POLITICAS DE SALUD INFANTIL	38
4.1	<u>La situación de la salud y su evolución en el período</u>	38
4.2	<u>Las políticas de salud infantil</u>	42

<u>CAPITULO</u>		<u>Pág.</u>
4.2.1	El gasto público en la salud	43
4.2.2	Los centros de salud del MSP y los Programas materno-infantiles	44
4.2.3	La mejora en la cobertura de las vacunaciones	44
4.2.4	El desarrollo de los servicios públicos de salud dependientes del Banco de Previsión Social	44
4.2.5	La expansión de los Servicios de Sanidad Militar y Policial	45
4.2.6	Cambios en la tecnología y la capacitación	45
4.2.7	Causas de los cambios ocurridos	46
4.2.8	Políticas del nuevo gobierno	46
5.	POLITICAS DE EDUCACION	
5.1	<u>La situación educativa y su evolución en el período</u>	53
5.1.1	La educación preprimaria	53
5.1.2	La educación primaria	53
5.1.3	La educación media	55
5.2	<u>Las políticas educativas en el período estudiado</u>	57

INDICE DE CUADROS

<u>CAPITULO</u>	<u>Cuadro No.</u>	<u>Pág.</u>
1. POLITICAS RELATIVAS A LA INFANCIA EN EL MARCO DEL PROCESO ECONOMICO Y SOCIAL		1
Principales indicadores económicos	1.1	10
Oferta y demanda globales	1.2	11
Gasto por sectores del Gobierno central y sistema de seguridad social	1.3	12
Gasto público en la infancia	1.4	13
Gastos por funciones del Gobierno central consolidado	1.5	14
Cargas familiares y maternidad	1.6	15
2. LAS POLITICAS RELATIVAS A LA FAMILIA Y A LA INFANCIA ABANDONADA O PROBLEMÁTICA		16
Tamaño medio de las familias, por localización	2.1	23
Porcentaje de nacimientos ilegítimos	2.2	24
Menores a cargo del Consejo del Niño	2.3	24
Semi-internos del Consejo del Niño	2.4	25
Uruguay: Movimientos de población	2.5	26
Evolución de las actividades clínicas de AUPFIRH	2.6	27
3. POLITICAS DE ALIMENTACION		29
Uruguay: disponibilidad de calorías y proteínas por habitante	3.1	35
Consumos aparentes de carnes y arroz por habitante y por día	3.2	35
INDA: Servicios totales en comedores	3.3	36
Distribución total de leche en polvo gratuita	3.4	37
4. POLITICAS DE SALUD INFANTIL		38
Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en el Uruguay	4.1	47
Mortalidad perinatal, fetal y neonatal precoz	4.2	48

<u>CAPITULO</u>	<u>Cuadro No.</u>	<u>Pág.</u>
4 (cont.)		
Descensos porcentuales de mortalidad por edades de los niños en el período 1975-1983	4.3	49
Tasas de mortalidad por causas de muertes en menores de 1 año	4.4	50
Distribución institucional de la atención de los partos	4.5	51
Porcentaje de cobertura de inmunización en niños menores de 1 año de edad	4.5	52
5. POLITICAS DE EDUCACION		53
Número de alumnos de educación preprimaria según forma de administración y área geográfica	5.1	60
Tasas de cobertura de la enseñanza primaria por edades	5.2	61
Cobertura educativa de Secundaria y UTU	5.3	62
Evolución de la matrícula de enseñanza media-secundaria, pública y privada, y UTU	5.4	63
Tasa de cobertura escolar por edades	5.5	63
Número de alumnos de UTU	5.6	64

1. POLITICAS RELATIVAS A LA INFANCIA EN EL MARCO DEL
PROCESO ECONOMICO Y SOCIAL

1.1 El proceso político, económico y social en el período 1975-1984.

Después de la segunda guerra mundial y de la inmediata posguerra, el agotamiento del modelo de crecimiento anterior determinó un largo período de estancamiento económico, desequilibrios en la balanza de pagos, inflación, desconformidad política y conflictividad social. En 1968, en condiciones de una intensa inflación, el Gobierno adoptó Medidas Prontas de Seguridad que habrían de volverse prácticamente permanentes. Aplicando una estrategia antiinflacionaria de choque, congeló salarios y precios. Los conflictos sociales se agudizaron y en el clima resultante se desarrolló un movimiento guerrillero. Esto, a su vez, trajo el crecimiento del aparato represivo y finalmente la lucha anti-guerrillera pasó de la policía a las Fuerzas Armadas. En 1972, en cuatro meses, los movimientos guerrilleros fueron totalmente destruídos. Pero las Fuerzas Armadas habían irrumpido en la escena política y un año después, en 1973, se produjo el golpe de estado y la instauración del gobierno de facto. Sin duda el agotamiento no había afectado solo al modelo económico, sino también a las políticas sociales tal como se habían desarrollado hasta entonces. Los equilibrios sociales, el papel asignado al Estado y el propio proyecto de sociedad estaban en crisis.

El gobierno de facto representó la simbiosis de la concepción político-militar de la Seguridad Nacional 1/ y de la Guerra Moderna 2/, con la propuesta de un modelo económico, formulado por economistas neoliberales, que propugnaba una nueva inserción internacional del país e implicaba, como condición previa, lo que se ha llamado el "ajuste estructural" 3/. Se trataba, en efecto, de un ajuste de largo aliento, que no respondía a una situación

1/ Este tema ha sido ampliamente estudiado en América Latina.

2/ Tal como aparece concebida ya por los militares franceses de la guerra de Argelia. Ver por ejemplo Cnel. Roger Trinquier, La Guerra Moderna, Editorial Rioplatense, B.A.

3/ Juan Pablo Terra, Mabel Hopenhayn, La Infancia en el Uruguay (1973-1984), CLAEM/UNICEF, Ediciones Banca Oriental, Montevideo, 1986; Introducción.

de coyuntura, sino que apuntaba a un cambio estructural. La propuesta se puede resumir en tres puntos:

"a) La reducción del costo de la mano de obra en sus formas directas e indirectas: salarios, beneficios sociales y -muy importante por su volumen- aportes al financiamiento de la Seguridad Social. Complementariamente, disciplinado de la mano de obra."

"b) La reducción del presupuesto del Estado, no solo por la baja de los salarios, sino por la supresión del empleo ineficiente, la eliminación de actividades deficitarias y el redimensionado de una organización estatal considerada hipertrofiada al servicio del intervencionismo económico y del Welfare State."

"c) La supresión de las políticas redistributivas y de las presiones impositivas sobre el capital y la rentabilidad." 1/

El ajuste encontró su instrumento de aplicación en el régimen burocrático-autoritario y le brindó a éste un proyecto económico y social de que carecía. Al mismo tiempo, la simbiosis significó que coexistieran, bajo el gobierno de facto, dos racionalidades políticas distintas que se condicionaron recíprocamente. Del proyecto de ajuste se cumplieron con un alcance "revolucionario", imposible de concebir en un régimen democrático, los puntos a) y c) . En cambio, el redimensionado del Estado y la reducción de su presupuesto chocó con la racionalidad militar y fracasó: los militares que administraban o participaban en entes públicos resistieron la contracción; la depuración masiva de docentes y funcionarios públicos, por una parte fué seguida por nombramientos de personas afines o "no politizadas" y, por otra parte, recargó pesadamente los costos de la Seguridad Social; los intereses corporativos de las propias Fuerzas Armadas, incrementaron el presupuesto de sueldos, gastos e inversiones, incluso desarrollando servicios propios como la sanidad policial y militar; el gasto militar se incrementó 41% entre

1/ Ibidem

1973 y 1981, la sanidad militar se multiplicó por 5.3% y los liceos militares también se expandieron; finalmente, desde 1980, para tratar de lograr una institucionalización acorde con las concepciones básicas del régimen, se flexibilizó algo el esquema, aplicando políticas sociales que contemplaban algo más los intereses de sectores como los jubilados, con el consiguiente desfinanciamiento de la seguridad, o aceptando la rotura de la limitación en la matrícula universitaria, lo que llevó al crecimiento explosivo de la misma.

La aplicación del ajuste, sin embargo, produjo cambios estructurales de una magnitud que no se hubiera sospechado antes y condicionó todas las políticas sociales de la época. Produjo un retraso notorio, en el período, del gasto público dedicado a las políticas sociales. El gasto en salud, en educación, en programas específicos para la infancia no acompañó la expansión económica 1/ y cayó luego.

Es necesario señalar que la economía creció intensamente. En la primera parte del período, 1973-1978, que se ha llamado "del modelo exportador" 2/ o del "intervencionismo reestructurador" 3/, el PBI lo hizo a una tasa promedio de 3.8% a.a., alta en relación al estancamiento anterior. En el segundo subperíodo, 1979-1982, que se ha llamado "del proyecto de plaza financiera" 2/ o del "liberalismo estabilizador" 3/, los dos años primeros muestran tasas superiores al 6%, configurando un verdadero "boom". Luego se produce la quiebra del modelo a mediados de 1982: el PBI cae un 16%, quedando sin embargo otro tanto por encima del nivel original, mientras la fuga de capitales y la deuda externa crecen explosivamente. Es el subperíodo llamado del "ajuste recesivo" 2/

Estas tres partes en que se subdivide la etapa en estudio, condicionan sin duda las políticas sociales del período. En particular el aporte recesivo corresponde a un deterioro acelerado del gasto público y de las condiciones sociales. Sin embargo, importantes líneas conductoras

1/ Ver cuadros de gasto público al fin del capítulo. Los cuadros de ejecución presupuestal, tomados de J.P. Terra, Mabel Hopenhayn, obra citada, no se han podido actualizar para 1985 por no estar aún las cifras disponibles. Para cubrir el costo se presentan también las cifras para el período 1980-1985, con criterio de caja, con una apertura más limitada.

2/ Ibidem.

3/ J. Notaro, La política Económica en el Uruguay 1968-1984, Ediciones Banda Oriental, Montevideo, 1984.

atraviesan la totalidad del período.

La principal quizás sea el descenso del salario real, forzado por la prohibición de toda actividad sindical o política y por las decisiones gubernamentales específicas. En los dos primeros subperíodos -entre 1973 y 1981- el salario real bajó de un índice 100 a un índice 71; y en 1984, después del ajuste recesivo, a un índice 51.

La respuesta de la población a este deterioro sin precedentes de los salarios, fué incrementar la participación en la actividad económica para defender los ingresos. 1/ El aumento en las tasas de participación fué grande en los hombres jóvenes y mayor en las mujeres, donde se duplicaron. Como además aumentaron las horas trabajadas por trabajador, se puede hablar de un fenómeno de "sobretabajo" que inicialmente compensó la reducción de los salarios. Cuando el ajuste recesivo se acompañó con muy altas tasas de desocupación -15,3 en 1983- la pauperización se hizo incontenible.

La evolución de los ingresos de la población merece algunas precisiones adicionales. Durante la etapa del Modelo Exportador se inició el intenso proceso de concentración de los ingresos. En Montevideo, el efecto del crecimiento económico se convirtió en un aumento de casi el 60% de los ingresos del decil superior, sin participación del resto de la población. Durante la etapa del Proyecto de Plaza Financiera el aumento acumulado de ingresos de este decil llegó a 172%. En esa segunda etapa el estrato medio # alto -los dos deciles siguientes- participa en el boom con un 82% de aumento; y el estrato medio con un 33%. Pero el estrato bajo, los dos últimos deciles no obtuvo nada e incluso perdió un 10%. En la última etapa, del Ajuste Recesivo, todos los ingresos cayeron aunque con muy desiguales consecuencias. Los del estrato alto quedaron, de todos modos, casi 70% sobre el nivel original; los del medio alto, un 20% por encima; los del estrato medio, un 10% por debajo; y los del estrato bajo 50% por debajo. 1/

1/ Ibidem.

1.2 Las políticas sociales relativas a la reproducción biológica y social.

La supresión de la libertad de opinión, de un parlamento electo y de toda actividad política y sindical, desactivó durante el período las demandas de política social, excepto aquellas canalizadas por dentro de las propias Fuerzas Armadas y Policía 1/. A nivel superior del gobierno, tanto en su foco de poder civil como en su foco predominante -el militar- las prioridades eran otras. Eso hace difícil hablar, antes de 1980 de una orientación central en esta materia. Las iniciativas existen pero aparecen dispersas y siempre subordinadas a la depuración y al disciplinado.

En el área de vivienda, hasta 1975, el Ministerio de Vivienda y Promoción Social mantuvo el apoyo a las cooperativas de vivienda pero contribuyó al establecimiento del modelo neoliberal pasando los alquileres a libre contratación y centrando la acción del Estado y del Ministerio en la atención de grupos marginados y en los desalojados por las nuevas disposiciones. Después se cortaron los recursos a las cooperativas y los instrumentos políticos de una política social de vivienda -INVE, DINAVI- fueron suprimidos. El Banco Hipotecario quedó solo con los cometidos de prestar dinero y de hacer casas para los desalojados, atenuando el impacto de la liberalización.

En el área laboral, una oficina dentro del ESMACO -Estado Mayor Conjunto- tomó a su cargo, por medios expeditivos pero necesariamente puntuales, reemplazar a los sindicatos en la exigencia de cumplimiento de las normas de trabajo.

En la educación, partiendo del diagnóstico de que la misma estaba politizada, imperaba el desorden y no se estudiaba, la política apuntó fundamentalmente, más aún que en las otras áreas, a depurar y disciplinar. La meta principal era "que los estudiantes estudien" y secundariamente algún

1/ Eso se aprecia bien en la evolución del gasto público.

adoctrinamiento . 1/ Se destacan, tal vez, un intento de valorizar la enseñanza técnica media y una notoria hostilidad hacia la universitaria.

En el área de la salud cuesta ver orientaciones definidas fuera de las generales a toda la administración y del intenso desarrollo de la Sanidad Militar y Policial. Sin embargo, se realizan algunas propuestas anteriores, como la creación de centros de salud en la periferia montevideana y en algunos lugares del interior, con programas materno-infantiles. Otros programas se mantienen , desarrollan o decaen, pero la explicación parece necesario buscarla en personas y circunstancias específicas, más que en orientaciones generales.

En el área de la Seguridad Social, en cambio, se percibe en todo el período un sostenido esfuerzo de unificación y uniformización. Las tres Cajas que componían el Banco de Previsión, convertidas en Direcciones, uniformizan marcadamente las cotizaciones de empleadores y empleados. Las cajas independientes pierden su independencia. Las prestaciones servidas a gremios antes colocados en el tope de la escala -como los bancarios- se reducen fuertemente, quedando al frente los militares. La financiación cambia disminuyendo mucho los aportes patronales y obreros -coherentemente con el propósito de abaratar la mano de obra- y pasa a cargar sobre el IVA en proporción a lo gastado por cada uno. La cobertura rural y doméstica se extiende. 2/ La masa de jubilados civiles y escolares aumenta extraordinariamente por efecto de la depuración de la enseñanza y la administración. 3/ No obstante, hasta 1980 el equilibrio financiero se restablece a expensas del monto de las prestaciones que bajan a un índice 63 -con base 100 en 1970-.

El año 1980 el gobierno somete a plebiscito un proyecto de reforma constitucional con el que espera asegurar para el futuro la prolongación de sus orientaciones fundamentales y el proyecto es rechazado por la población.

-
- 1/ Un memorandum elevado por el entonces Presidente de la República, J.M. Bordaberry, a los mandos militares en marzo de 1976 censura la política militar hacia la enseñanza, reconociéndole haber eliminado el "marxismo", pero reprochándole no llenar ese "vacío".
 - 2/ Carmelo Mesa-Lago. El Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina: Trayectoria, Crisis y estrategias alternativas, CEPAL
 - 3/ Juan Pablo Terra, Mabel Hoppenhaym, ya citado, Introducción o Anexo C.

Aparentemente, la necesidad de conquistar algun apoyo de la misma para nuevos intentos de institucionalización, llevà a algunas concesiones en el terreno de las políticas sociales: en la Seguridad Social el índice de valor de las prestaciones vuelve a subir a 93, a costa de un desfinanciamiento masivo del sistema 1/; en la Universidad la política de limitación de ingresos cede y termina desapareciendo; en el campo de la vivienda se vuelven a impulsar proyectos masivos de vivienda popular; en la salud se realiza una espectacular campaña de vacunación.

El efecto de esa inflexión no es durable: tropieza con la quiebra del modelo económico en 1982. La caída de los ingresos y la duplicación de la tasa de desocupación produce una aguda pauperización que demandaría recursos de gran volumen. Pero la misma crisis reduce esos recursos. El gasto público cae, en 1984, 18% en valores reales respecto a 1982 aunque se sitúa todavía 26% por encima de la cifra de 1973. Pero son las políticas sociales que no habían tenido prioridad durante las etapas de expansión aquellas que más sufren con el Ajuste Recesivo. Cultura y Enseñanza cae 19% bajo el valor de 1973; Salud Pública, 30%. Quedan por arriba, naturalmente, los liceos militares y la sanidad militar y policial; y sobrenadan la Seguridad Social y algunos programas sociales menores que se expanden durante la recesión: programas de alimentación, DISSE. Se mantiene el presupuesto del Hospital de Clínicas.

1.3 Resultados de las políticas sociales en el período.

En lo anterior y luego, en cada capítulo reservado a un área específica, se ha presentado esquemáticamente la evolución de los hechos sociales al presentar las políticas. Se ha preferido esto, aunque la presentación sea necesariamente incompleta por la falta de un sistema de indicadores sociales que permita, siquiera someramente, seguir la evolución de la coyuntura como se hace en materia económica. En cuanto a identificar cuándo y cómo los hechos son efectos de las políticas, resulta incomparablemente más difícil.

1/ Carmelo Mesa-Lago, ya citado.

En el período mejoró notoriamente la mortalidad infantil y la discusión de las causas es bastante compleja como para remitirse al capítulo correspondiente. Se mezclan aparentemente efectos de cambios educativos anteriores, del desarrollo de ciertas políticas, no muy conexas ni que hayan recibido particular atención, del progreso técnico y del crecimiento de la sanidad militar y policial.

En el período continuó creciendo la enseñanza preprimaria -todavía reducida-, mejorando la cobertura de enseñanza primaria,-ya muy cerca de la universalización- y reduciéndose la repitencia y la extraedad. En cambio se estancó y aún retrocedió la enseñanza secundaria, hasta ese momento fuertemente expansiva. Probablemente bajó en calidad. Se extendió la enseñanza técnica media y mejoró su entronque con la enseñanza general, abriendo el camino desde ella hacia la enseñanza superior. Esta en cambio se deterioró apreciablemente bajo la presión de una matrícula duplicada, que el régimen intentó infructuosamente limitar, de la falta de inversiones y de la dramática reducción del gasto.

La importancia de estas variaciones en aspectos concretos de la realidad social es incuestionable. Pero ellas podrían inducir a un grueso error de apreciación si no se proyectaran sobre el fondo de la severa regresión en la distribución del ingreso -efecto fundamentalmente del ajuste estructural- y sobre el crecimiento de 10% a 25% de la población pobre, 1/ contados sus efectos indirectos. Estos cambios han importado una transformación estructural que sobrevive al colapso económico y al régimen de facto, y que bajo el gobierno posterior presenta mucha resistencia a su reversión.

Sin duda, para el desarrollo social -y la democratización-, una equitativa distribución del ingreso en su fuente,-en el sistema productivo- no podría llegar a hacer prescindibles, ni siquiera a quitar importancia,

1/ Alicia Melgar, Fabio Villalobo. La Desigualdad como Estrategia. CLAEH, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1986.

a las políticas sociales que operan atendiendo necesidades concretas. Pero también hay que afirmar que ningún sistema de política social, por más redistributivo que él sea -y su capacidad en este sentido está siempre limitada- puede compensar los efectos de una distribución muy desigual en el origen.

Desde ese punto de vista, al recuperar la vida democrática, el Uruguay necesita repensar, no sólo sus políticas sociales, sino también las características estructurales antes mencionadas. Eso implica un nuevo proyecto social, si ha de obtener resultados. El proyecto deberá abordar a la vez el sistema productivo y el sistema de políticas sociales, para que el desarrollo implique un ascenso en la satisfacción de las necesidades, eliminando las graves carencias subsistentes y promoviendo una convivencia con equidad y participación. Parece difícil que esto pueda obtenerse sin un sistema de información, planificación y evaluación de las políticas sociales, cuya carencia es muy notoria.

PRINCIPALES INDICADORES ECONOMICOS

Cuadro No. 1.1

	Promedio 1968/72	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
A. Tasas de variación anual														
Producto bruto interno	1.6	0.4	3.1	5.9	4.0	1.2	5.3	6.2	6.0	1.9	-9.4	5.0	-2.3	-0.7
Ingreso bruto nacional	0.4	4.3	-4.9	3.3	4.4	-0.4	6.0	7.2	5.1	2.8	-10.8	-8.8	-1.5	
Ingreso bruto nacional por habitante	-0.1	3.9	-5.0	4.2	3.9	-0.9	5.6	6.8	4.7	2.3	-11.3	-9.3	-2.1	
Producción de bienes	2.7	-0.9	3.1	8.2	3.4	4.5	4.4	5.7	6.2	-0.7	-14.8	-6.6	-1.3	
Producción de servicios	0.8	2.0	3.1	-8.2	4.5	-1.1	5.9	3.7	5.9	3.7	-6.5	-3.5	-2.1	
Export.FOB corrientes	6.6	50.1	18.8	0.4	42.3	11.2	13.0	14.9	34.3	14.8	-15.8	2.2	-11.5	-7.7
Import.CIF corrientes	5.2	34.6	70.8	14.3	5.5	24.3	3.7	59.3	39.3	-2.3	-35.5	-29.1	-1.5	-8.8
Relación de precios del intercambio	-	31.4	-50.7	-27.8	9.2	-3.5	5.4	-1.1	-4.5	-2.2	-3.8	-2.3	0.4	-2.9
Dinero (M l)	48.0	86.0	63.3	58.2	63.3	38.2	62.2	87.4	52.3	10.5	27.5	6.6	49.9	7.6
Precios al consumidor	52.6	96.9	77.1	81.4	50.6	58.2	44.5	66.8	63.5	34.0	19.0	47.2	55.3	72.2
Salario real	-3.3	-1.7	-0.9	-8.8	-5.9	-11.9	-3.5	-8.2	-0.2	7.4	-0.4	-20.7	-9.3	14.1
B. Algunas relaciones														
Sueldos y salarios en el IBN a/	40.6		37.3	33.8	32.6	29.5	28.4	25.3	27.1	29.4	32.7	27.9	-	
Tasa de desocupación en Montevideo	8.1	8.9	8.1	s/d	12.8	11.8	10.1	8.4	7.3	6.6	11.9	15.4	14.4	13.1
Tasa de inversión bruta fija b/	13.8	7.9	9.0	10.9	12.8	14.8	16.0	18.7	18.6	16.6	15.0	10.9	8.4	7.8
Déficit fiscal/FBI	3.0	1.4	4.4	4.4	2.6	1.7	1.3	-0.2	0.0	0.1	8.7	4.0	5.4	2.9

a/ Incluye aportes personales a la Seguridad Social.

b/ Inversión Bruta Fija /FBI (a precios constantes).

Fuente: En base a información del BCÚ y la DGEyC.

Cuadro No. 1.2

OFERTA Y DEMANDA GLOBALES

Millones de N\$ a precios de 1978

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Producto bruto interno	24.340	24.578	25.486	25.579	26.383	27.930	29.043	29.384	30.930	32.838	34.808	35.469	32.138	30.257	29.532	29.738
Importaciones	4.104	4.518	4.712	5.153	4.861	5.305	5.425	5.874	6.291	7.652	8.235	8.318	7.187	5.740	4.888	4.932
Inversión bruta interna	3.395	3.859	2.440	2.319	2.409	3.057	3.698	4.355	4.951	6.132	6.461	5.888	4.815	3.052	2.791	2.504
Consumo total	21.412	21.994	24.906	25.570	25.404	26.092	25.824	25.623	26.740	28.465	30.473	31.416	28.709	26.248	24.888	25.080
Exportaciones	3.637	3.443	2.852	2.843	3.431	4.086	4.946	5.300	5.530	5.893	6.106	6.483	5.801	6.697	6.741	7.086

Fuente; Elaborado en base a información del Banco Central del Uruguay.

GASTO POR SECTORES DEL GOBIERNO CENTRAL Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Ejecuciones Presupuestales - Composición porcentual

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Cultura y enseñanza	11.7	11.3	11.8	11.2	11.2	11.0	11.5	11.3	10.2	8.7	8.6	7.6
Sanidad	6.4	6.6	5.9	5.9	5.8	5.8	6.4	6.0	5.7	4.6	5.5	6.0
Trabajo y seguridad social	38.0	37.1	40.7	39.3	42.6	42.0	39.7	41.3	47.1	42.2	40.5	35.1
Vivienda y saneamiento básico	0.2	0.2	0.3	0.3	0.6	0.1	-	-	-	0.2	0.4	0.1
Alimentación	0.1	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Subtotal gasto social	56.4	55.5	59.0	57.0	60.2	59.2	57.9	58.8	63.3	56.0	55.3	49.1
Infraestructura-Producción	4.9	16.7	10.5	16.9	15.4	13.9	13.3	12.2	9.9	9.5	6.1	5.9
Defensa-Policía	15.4	15.6	18.1	14.7	14.5	15.0	17.3	16.8	16.4	13.4	14.0	12.5
Otros servicios generales	11.3	9.7	8.9	7.8	7.7	9.5	9.7	9.7	6.7	6.8	10.0	10.1
Serv.financieros	12.0	2.6	3.5	3.6	2.3	2.5	1.8	2.5	3.7	14.3	14.6	22.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: La Infancia en el Uruguay (1973-1984). Juan Pablo Terra, Mabel Hopenhaym, CLAEH/UNICEF, Cuadro No. 15.

GASTO PUBLICO EN LA INFANCIA

Millones de N\$ 1973 - Ejecuciones Presupuestales

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
EDUCACION	54.7	59.3	52.6	55.8	50.8	50.8	51.6	56.4	61.5	60.7	48.0	41.7
Preprima y primaria	31.1	34.2	30.6	31.1	27.7	28.0	30.0	32.9	33.9	34.0	26.5	23.5
Enseñanza secundaria	14.3	15.3	13.7	51.3	13.5	13.5	12.6	18.9	17.1	16.1	13.0	11.1
Enseñanza técnica	8.6	9.1	7.6	8.7	8.9	8.6	8.3	8.8	9.6	9.7	7.8	6.5
Liceos militares	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.7	0.6
SALUD	11.0	10.8	9.3	9.8	9.3	9.2	9.7	8.7	0.7	10.1	9.9	10.2
Hospital Pereira Rossell	1.3	1.4	1.2	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3	1.3	1.9	2.4
Hospital Pedro Visca	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.4	0.1
Centros hospitalarios del MSP en el interior	2.1	2.4	2.0	2.2	2.2	2.1	2.3	2.1	2.3	2.1	1.8	1.8
Administ.Ctral.MSP	1.7	2.1	1.1	1.4	0.7	0.9	0.9	0.8	0.9	0.6	0.8	0.8
Sanidad militar y policial	0.3	0.8	0.9	0.8	0.8	1.0	1.1	1.4	1.8	1.8	1.6	1.9
DAFA-Area salud DGSS	4.9	3.4	3.5	3.3	3.5	3.1	2.4	3.4	3.8	3.8	3.4	3.2
ALIMENTACION	0.6	0.8	0.8	0.9	0.7	0.7	1.2	1.1	1.2	1.6	1.1	1.5
Comedores INDA	0.4	0.6	0.6	0.7	0.6	0.5	1.0	0.9	0.7	1.2	0.8	1.1
Subsidio cons.leche expendios municipales	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-
Distribución leche polvo ACOR	-	-	-	-	-	0.1	0.1	0.1	0.4	0.3	0.2	0.3
Programa complementación alimentaria MSP	-	-	-	-	-	-	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL	27.3	25.0	21.3	27.3	28.4	32.0	30.3	25.7	26.1	24.3	19.5	19.8
Prestaciones por maternidad e infancia DAFA-DGSS	18.5	18.7	15.3	18.5	22.8	26.0	24.6	20.4	21.2	20.1	16.0	16.5
Gastos de funcionamiento DAFA-DGSS	1.4	1.5	1.2	1.6	1.7	1.8	1.7	1.3	1.1	0.9	0.8	3.5
Consejo del Niño	3.1	4.8	4.8	4.2	3.9	4.2	4.0	4.0	3.8	3.3	2.7	2.8
T O T A L	93.6	95.9	84.0	90.9	89.2	92.7	91.8	92.8	99.5	96.7	78.5	73.2

Fuente: La Infancia en el Uruguay (1973-1984). Juan Pablo Terra, Mabel Hopenhaym, CLAEH/UNICEF, Cuadro No.22.

GASTOS POR FUNCIONES DEL GOBIERNO CENTRAL CONSOLIDADO

En Millones de N\$ 1973 - Criterio Caja

	1980	1981	1982	1983	1984	1985
GASTO TOTAL	692.8	810.60	840.9	674.4	608.2	567.2
1. Servicios públicos generales	90.1	78.9	77.7	87.5	63.0	62.5
2. Defensa	92.7	126.9	114.0	85.6	67.6	61.5
3. Educación	61.2	62.2	64.7	44.1	35.8	36.4
Escuelas	40.3	41.8	43.9	29.1	23.9	23.9
Universidades	9.8	8.5	9.2	6.5	5.2	5.7
Otros	11.1	11.8	11.6	8.4	6.6	6.8
4. Sanidad	33.9	30.5	27.6	22.9	22.4	23.0
Hospitales y Clínicas	30.2	24.2	22.7	18.7	18.8	18.6
Servicios Sanit. Particulares	-	-	-	-	-	-
Otros	3.7	6.2	4.9	4.1	3.5	4.4
5. Seguro y Bienestar Social	335.3	418.6	456.0	351.3	291.0	275.3
Seguro y Asistencia Social	284.3	381.3	419.2	324.7	258.6	238.4
Bienestar	51.0	37.3	36.8	26.6	32.4	36.9
6. Vivienda y Servicios	-	-	-	-	-	-
Para la comunidad	-	-	-	-	-	-
Vivienda	-	-	-	-	-	-
Desarrollo de la comunidad	-	-	-	-	-	-
7. Otros servicios	5.4	9.6	6.6	2.9	4.4	5.2
8. Servicios Económicos	79.0	84.9	78.7	58.9	42.9	46.2
9. Otros fines	11.4	17.3	34.2	35.4	92.2	68.2
Menos contribución Gobierno como empleador	-16.5	-18.9	-19.0	-14.4	-11.3	-11.4
	692.5	810.0	840.5	674.2	608.0	566.9

Fuente: "Government Finance Statistics Year Book 1986" Deflactado en base a IPC dic. de cada año. Base dic. 73 = 100

Cuadro No. 1.6

CARGAS FAMILIARES Y MATERNIDAD

En Millones de N\$ 1973

	<u>1980</u>	1981	1982	1983	1984	1985
Asignación familiar	17.4	20.9	19.3	15.3	15.2	14.5
Construcción y trabajo a domicilio	5.3	11.6	6.3	4.2	2.7	2.3
Otros egresos <u>1/</u>	3.1	3.4	3.1	2.0	1.6	1.6
TOTAL <u>2/</u>	25.8	35.9	28.7	21.5	19.5	18.4

1/ Incluye otras prestaciones (becas de estudio, salario de maternidad, internaciones externas, asignación prenatal, servicio materno-infantil del interior y servicios médicos asistenciales).

2/ No incluye gastos de funcionamiento.

Fuente: Boletín Estadístico DGSS, Nos. 20 y 23.

2. LAS POLITICAS RELATIVAS A LA FAMILIA Y A LA INFANCIA ABANDONADA O PROBLEMATICA

2.1 La situación.

2.1.1 La evolución de la natalidad.

Desde hace muchos años el Uruguay es el país de América Latina de menor tasa de natalidad y también desde hace tiempo, esa tasa sufre sólo fluctuaciones menores.

Entre 1963 y 1975 el número de nacimientos anuales había descendido un 10% y vuelto a subir, alcanzando en esa última fecha la cifra casi record de 59.140. En la segunda mitad de los setenta volvió a descender para estabilizarse relativamente en cifras aproximadas a los 53.553 de 1985. En términos de tasas brutas de natalidad, eso significa una fluctuación entre 210/00 y 180/00 aproximadamente. Con tasas brutas de mortalidad cuya media en los ochenta es de 8,50/00, el crecimiento vegetativo ha quedado reducido al orden del 9.50/00. Teniendo en cuenta que la emigración se ha llevado una parte de crecimiento, aun después de pasado el auge emigratorio de 1973, 1974 y 1975, el incremento global de la población no supera probablemente el 70/00.

Se puede hablar por tanto de una población casi estabilizada donde las prácticas restrictivas de la natalidad se han extendido a la mayor parte de las áreas geográficas y de los niveles sociales. La tendencia hacia la homogeinización cultural se manifiesta sin duda en este campo. Esto no significa, naturalmente, que hayan desaparecido totalmente las diferencias, ni aún la existencia de enclaves socio-geográficos con prácticas reproductivas muchos menos controladas . 1/

1/ Esto se comprueba en una encuesta en curso sobre población urbana pobre donde la proporción de familias con niños chicos varía apreciablemente de un área a otra.

2.1.2 Las características de la familia.

El tamaño de la familia había venido descendiendo desde comienzos del siglo, a raíz de la reducción de la natalidad y de los cambios sociales y culturales. En 1963 había descendido probablemente a la mitad y estaba en 3.76 por vivienda particular ocupada, con algunas diferencias entre localizaciones geográficas, cuadro No. 2.1. En 1975 la dimensión media había bajado a 3.41 y teniendo en cuenta la reducción de natalidad podía esperarse aún algún descenso para 1985. Este aún no se ha comprobado al no estar disponibles las cifras definitivas del censo de este año, pero dos encuestas de 1982 indicaron que el descenso se había detenido en el total del país y revertido parcialmente en Montevideo, donde el número de personas por vivienda particular ocupada había aumentado. Se ha avanzado la hipótesis de que esto resultaría de un reagrupamiento de integrantes del núcleo familiar, como parte de estrategias de supervivencia desarrolladas en respuesta al descenso del salario real que caracterizó el ajuste estructural. ^{1/} Además de generar un sobretrabajo que entre otras cosas redujo casi en un 40% las mujeres de 20 a 54 años que permanecían en el hogar, la gente habría buscado ese reagrupamiento. Tal conducta se explicaría como forma de sumar ingresos reduciendo gastos de vivienda y preparación de alimentos; como forma de sobrevivir personas inactivas ante la baja de las prestaciones de la Seguridad Social; y como forma de atender al cuidado de los niños, comprometido por el incremento del trabajo femenino. Estas inferencias deberán ser corroboradas a la luz de la información del censo de 1985. Si fueran exactas, habría sido muy grande el impacto del ajuste estructural sobre las condiciones de vida y las formas de crianza de los niños. Resulta llamativa la alta proporción de nacimientos ilegítimos. Esta proporción viene creciendo muy lentamente desde antes del período estudiado. Representó un 23.5% en 1975 y alcanzó un 26% en 1984, aumentando tanto en Montevideo como en el interior. No se trata de ilegitimidad "administrativa", característica de zonas rurales retrasadas o relativamente marginales del sistema jurídico nacional, sino más bien de la generalización de prácticas "modernas" de libertad sexual. La ilegitimidad, aunque es muy alta en las madres de menos de 15 años, tiende a reducirse en ese grupo,

^{1/} J.P. Terra. "La juventud uruguaya en el proceso de los últimos veinte años". CEPAL, Arca/Foro Juvenil. Montevideo, 1985.

aumentando en cambio en las demás edades, cuadro No. 2.2.

Los cambios en el número de nacimientos por edad de la madre no han sido muy importantes. Indican una reducción entre los 15 y 19 años -no en las madres menores de 15 años que son más problemáticas- y una concentración mayor y más pareja en los grupos de mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29, lo que implica una tendencia a la elevación de la edad media de maternidad.

El número de matrimonios fluctuó al comienzo del período estudiado. La tasa de nupcialidad había bajado a 7.9% en los años conflictivos de 1972 y 1973. En 1974 y 1975, instaurado el gobierno de facto, subió a cifras muy altas, 8.9% y 8.6%. Pero en el resto del período volvió a situarse entre 7,8% y 8%.

2.1.3 Infancia abandonada y problemática.

Respecto a los niños abandonados por sus padres o quitados a los mismos por decisión judicial, la información procesada es escasa. Se cuenta con la información estadística del Consejo del Niño sólo a partir de 1981, por desaparición de los registros anteriores en sucesivas reestructuras. Las cifras globales parecen poco expresivas, estando quizás condicionadas por la propia capacidad del organismo.

De los niños atendidos en los órganos judiciales especializados más del 80% son devueltos a sus padres.

Los que ingresan anualmente en el Consejo del Niño varían entre 3.500 y 3.900, que el Centro de Diagnóstico clasifica en 22 categorías de las que se resumen las siguientes para 1984: 1/

1/ Juan Pablo Terra, Mabel Hopenhaym, ya citado, Información del Consejo del Niño, Anexo D.

- casos de abandono	10%
- fallecimiento o enfermedad de los padres	4%
- trabajo de la madre	32%
- insuficiencia económica o carencia de vivienda	20%
- mendicidad y venta callejera	4%
- delitos, desajustes de conducta y fugas del hogar	21%
- menores embarazadas, menores madres y prostitución	1%
- Otros	7%

El análisis de esta cifra muestra que la insuficiencia económica, la carencia de vivienda, el trabajo de la madre, y la mendicidad y venta callejera explican el 56% de los ingresos. Cabe una seria duda de que estos problemas tengan como solución adecuada la internación de los menores. Respecto al trabajo de las madres, se verá después la limitada extensión en el país de la educación preescolar, casas cuna y hogares diurnos. En conjunto ese grupo de causas parece ligarse más a la debilidad de las políticas orientadas a subsanar la pobreza o a paliar sus efectos, que a problemas de abandono o desorganización familiar, aunque, sin duda, la frontera no siempre es simple de trazar.

Los niños internados son en parte entregados a cuidadoras, mediante pago a las mismas. El número de niños en esta situación ha bajado desde 1981 a 1985 de 2.800 aproximadamente a 2.100. 1/ Los demás son internados en hogares oficiales o en hogares privados que reciben alguna ayuda económica del Consejo o suministro de víveres del Instituto Nacional de Alimentación -INDA . La cifra de internados en hogares colectivos ha subido desde 1980 de 2.900 aproximadamente, a 3.700 en 1985, de los cuales sólo 22% en hogares privados. Los problemas de administración de los hogares han sido considerados en general bastante serios.

El Consejo del Niño mantiene también hogares diurnos cuya capacidad total no sobrepasa los 2.000 niños y que rechazan inscripciones por tener su capacidad colmada.

1/ Cuadro No. 2.3

En cuanto a los recursos asignados al Consejo del Niño la cifra del gasto público se mantuvo decreciendo algo. No se benefició nada del crecimiento del producto y del gasto público global. Por el contrario comenzó a reducirse en 1981, en pleno auge, y cayó durante la recesión a poco más de la mitad del volumen original.

Cabe hacer finalmente alguna observación sobre la mendicidad infantil. No es posible cuantificar el fenómeno. Pero durante el período estudiado, en particular en los años de la recesión, hubo un impactante incremento de la infancia mendicante así como de los niños que acompañan a personas mayores en los "carritos" recolectores de basura. El hecho se asocia a la pauperización antes aludida.

2.2 Las políticas de población, familia e infancia abandonada.

2.2.1 Las políticas de planificación familiar.

Aunque las acciones en el campo de la educación sexual, la preparación matrimonial, familiar y para la paternidad responsable, se realizan en el país en ámbitos distintos y con diferentes orientaciones, la acción de AUPFIRH es la de mayor volumen y la que más representa la política pública en ese campo. Paradójicamente, la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana es una institución privada con apoyo financiero de la Federación Internacional de Planificación Familiar. Sin embargo tiene su Consultorio Central y actúa dentro del Hospital Pereira Rossell (MSP). Posee además policlínicas barriales, policlínicas móviles y centros en ciudades del interior. Realiza educación sexual y difusión de prácticas anticonceptivas, particularmente dispositivos intrauterinos y píldoras. La institución fue creada en 1963 y ha extendido su acción sostenidamente. El cuadro No. 2.6 presenta la evolución en el período de la cifra anual de nuevos usuarios, del número total de consultas y del número de policlínicas, magnitudes casi quintuplicadas en ese lapso.

La acción está orientada fundamentalmente a los estratos bajos y especialmente a las periferias urbanas, atendidos predominantemente por los Servicios de Salud Pública, cuya evolución se verá más adelante. Se entiende que los estratos medios y altos, cubiertos en materia de salud por las instituciones de medicina colectivizada -mutualistas y cooperativas- o por la asistencia privada, reciben por estas vías el asesoramiento médico correspondiente.

Se estima que en la década de los sesenta, ya la fecundidad había descendido mucho, incluso en los estratos bajos. La creciente campaña de difusión de las prácticas anticonceptivas ha puesto el énfasis más que en los niveles de fecundidad, en el volumen que presentaba en el país el aborto voluntario. Algunas estimaciones atribuían al Uruguay la tasa de abortos más alta del mundo 1/. La difusión de los anticonceptivos, entre 1966 y 1976, no habría estado acompañada por una reducción del número de nacimientos, sino por un descenso muy importante en el número de abortos voluntarios 2/. Todo ello debe ser encuadrado sin duda en el marco de los cambios culturales ocurridos en el período.

2.2.2 Las políticas de asistencia a la familia.

Tradicionalmente las políticas de asistencia a la familia y la maternidad se analizaron a través de la Seguridad Social, fundamentalmente en la prima por hogar constituido y la asignación familiar pagada a la madre en función de los hijos menores a su cargo. Las cuantías de gasto público asignada a este rubro de la Seguridad Social estuvo en 1975 muy por debajo de los años inmediatos, subió luego fuertemente, con un máximo en 1978 y volvió a bajar en el período de máxima expansión, cayendo finalmente mucho en los años de la recesión. No se cuenta con una explicación clara del cambio de apoyo a

1/ Morel R., Serra M., Alvarez H., González G.- Incidencia del Aborto Voluntario en el Uruguay. Mimeo, AUPFIRH, Montevideo, 1977.

2/ Ibidem.

esta política en la primera mitad del período estudiado.

En términos generales se puede decir que la cobertura de este programa es muy amplia pero el volumen de las prestaciones demasiado reducido para lograr una incidencia correctiva real. No obstante, se cuenta entre los escasos programas de la Seguridad Social que tienen un sentido claramente redistributivo.

En Julio de 1974 se creó en el país el Ministerio de Vivienda y Promoción Social 1/ que este último aspecto tenía competencia en la política nacional sobre población, familia, juventud, ancianidad y asistencia alimentaria. Inició algunos programas para grupos marginales, bastante polémicos en el ámbito reservado del gobierno de facto, pero fué suprimido prácticamente en 1976 y formalmente en 1977. Al distribuir sus competencias el tema de la familia desaparece.

La estructura y política del Consejo del Niño, que habían sido reestructuradas antes del gobierno de facto, sufrió una sucesión de intervenciones ya bajo este gobierno, y una importante reorganización en 1977, creándose un Centro de Diagnóstico y sustituyendo el asilo Alvarez Cortés por la Colonia Berro.

En 1977 también fueron modificadas disposiciones legales para reducir de 3 a 1 año el período de abandono que posibilitaba la adopción. El tema de la adopción fué uno de los escasos aspectos de las políticas relativas a la infancia, objeto de tratamiento público en el período. En 1980 se modificaron los mecanismos de pérdida de la patria potestad para incentivar la adopción. Sin embargo las cifras no recogen un efecto apreciable de tales cambios. Se incrementó un 25% la tenencia provisoria durante dos años para decaer después. Existe la convicción de que la adopción de recién nacidos en los hospitales ha operado por caminos extralegales.

1/ Ley 14.128 del 11.7.74.

TAMAÑO MEDIO DE LAS FAMILIAS, POR LOCALIZACION

Número de Personas por familia

	1963	1975 <u>d/</u>	1982 <u>e/</u>	1982 <u>f/</u>	1983 <u>g/</u>
Montevideo	3.59 <u>a/</u>	3.22	3.39	3.35	3.39
Interior Urbano	3.81 <u>b/</u>	3.50	3.41	3.46	-
Interior Rural	3.76 <u>c/</u>	3.65	3.48	-	-
Total del país	3.76 <u>a/</u>	3.41	3.41	-	-

Fuentes: a/ Censo de 1963.

b/ Elaboración propia.

c/ Situación económica y social del Uruguay rural.

d/ Censo de 1975.

e/ Encuesta Familiar de Salud, 1982.

f/ Encuesta de Hogares, DGEyC, (promedio de valores semestrales.

g/ Encuesta de Hogares, DGEyC, Anuario 1984.

Cuadro No. 2.2

PORCENTAJE DE NACIMIENTOS ILEGITIMOS

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
<u>TOTAL</u>	21.0	22.9	23.5	-	24.0	24.5	24.9	24.9	25.3	-	26.2	26.0
Por localización												
Montevideo	-	-	-	-	21.3	22.1	22.5	22.5	23.2	-	23.1	23.8
Interior	-	-	-	-	25.4	26.1	26.4	26.1	26.7	-	28.2	27.4

Fuente: Calculado sobre datos del MSP.

MSP. División de Estadística. Las cifras de 1973 a 1975 proceden de A. Viña, "Conjunto sistemático de indicadores sociales para el Uruguay, 1960-1980", Montevideo, 1982.

Cuadro No. 2.3

MENORES A CARGO DEL CONSEJO DEL NIÑO

	Oficiales	Internos por Convenio	Total	Externos	Total
1980	-	-	2.891	-	-
1981	1.841	777	2.618	2.755	5.373
1982	2.006	772	2.778	2.797	5.575
1983	2.166	758	2.924	2.245	5.169
1984	2.540	797	3.337	2.228	5.565
1985	2.858	826	3.684	2.128	5.812

Fuente: Consejo del Niño. No comprende los atendidos en hogares diurnos (guarderías). Incluye internados por delitos. División Estadística.

SEMI-INTERNOS DEL CONSEJO DEL NIÑO

Hogares diurnos a/

Año	Montevideo	Interior	Total
1981	426	958	1.384
1982	584	935	1.519
1983	827	1.069	1.896
1984	794	1.247	2.041
1985	659	1.196	1.855

a/ Son guarderías para niños menores de 5 años.

Fuente: Consejo del Niño. División Estadística.

URUGUAY: MOVIMIENTOS DE POBLACION

		Naci- mientos	Tasa B Natali- dad	no. de Defun- ciones	Tasa B Morta- lidad	Creci- miento vegeta- tivo	Tasa B Veg.	No.de Emigra- dos	Tasa de Emigra- ción
1970	2.810.546	54.870	19.5	26.441	9.4	28.429	10.1	19.464	6.9
1971	2.822.222	55.990	19.8	28.527	10.1	27.463	9.7	12.867	4.6
1972	2.839.562	56.470	19.9	28.327	10.0	28.143	9.9	18.782	6.6
1973	2.851.675	56.640	19.9	28.438	10.0	28.202	9.9	28.824	10.1
1974	2.853.803	58.280	20.4	28.289	9.9	29.991	10.5	64.846	22.7
1975	2.828.544	59.140	20.9	27.437	9.7	31.703	11.2	40.961	14.5
1976	2.843.348	59.190	20.8	29.473	10.4	29.717	10.5		
1977	2.852.349	57.976	20.3	28.927	10.1	29.049	10.2		
1978	2.861.605	57.276	20.0	28.041	9.8	29.235	10.2	90.000	
1979	2.871.732	55.770	19.4	28.321	9.9	27.449	9.6	diferen- cia con	
1980	2.883.415	53.854	18.7	29.844	10.4	24.010	8.3	lo espe- rado	
1981	2.896.780	53.923	18.6	27.644	9.5	26.279	9.1	(9.000/a)	30/00
1982	2.911.646	53.594	18.4	27.186	9.3	26.408	9.1		
1983	2.927.708	53.405	18.2	28.475	9.7	24.930	8.5		
1984	2.944.637	52.854	17.9	30.011	10.2	22.843	7.8		
1985	2.980.234	53.553	17.9	28.566	9.6	24.987	8.4		

Fuentes: Población: 1970-74, Cifras de N. Niedworok, "El crecimiento de la población y sus componentes, Uruguay 1963-1975", CIESU, Montevideo, 1979.
 1975, DGEyC, Censo corregido en la omisión censal.
 1976-84, Sobre proyección DGEyC corregida estimativamente según Censo 1985.
 1985, DGEyC, Datos del Censo 1985.

Nacimientos y defunciones: Sobre datos de la DGEyC. Provisional sólo a los fines de este trabajo.

Emigrados: 1970-75, N. Niedworok, op. cit.
 1976-85, Saldo migratorio por crecimiento vegetativo menos crecimiento real.

Tasas: Sobre las cifras anteriores.

Cuadro No. 2.6

EVOLUCION DE LAS ACTIVIDADES CLINICAS DE AUPFIRH
(1975 = Base 100)

Año	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Usuarías nuevas *	6.539 (100)	9.131 (140)	11.008 (168)	11.721 (179)	12.6732 (193)	11.219 (172)	12.267 (188)	15.032 (230)	15.675 (240)	21.360 (327)	27.611 (422)	32.456 (496)
Número de consultas	27.925 (100)	41.701 (149)	41.013 (147)	45.772 (164)	52.629 (188)	52.843 (188)	52.356 (187)	59.902 (215)	68.848 (247)	91.139 (326)	118.768 (425)	127.711 (457)
Número de Policlínicas	28 (100)	29 (104)	35 (125)	39 (139)	41 (146)	41 (146)	45 (161)	53 (189)	77 (275)	90 (321)	117 (418)	(129) (461)

* Usuarías nuevas. Se considera como tal, a la mujer que recibe servicio de P.F. por primera vez en las Clínicas de la Institución.

Fuente: AUPFIRH (Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana)

3. POLITICAS DE ALIMENTACION

3.1 Situación nutricional

La situación nutricional de la infancia es difícil de evaluar por la falta de información que ha existido siempre sobre el tema. En 1962 se había realizado una Encuesta de Nutrición 1/ sobre una muestra representativa de Montevideo y muestras de una diversidad de áreas en el interior del país. La información antropométrica indicó que en el grupo de edad de 6 a 16 años -el menor estudiado- los pesos promedio superaban moderadamente los estándares, pero que algo más de un 12% de la población se encontraba por debajo de la curva del 90%. Después no se han realizado estudios semejantes con coberturas amplias 2/. Estudios puntuales recientes sobre menores de 10 años en algunos barrios pobres urbanos, han encontrado porcentajes entre el 10% y el 13% de desnutrición leve; entre 1.4% y 1.9% de desnutrición moderada; y entre 0.7% y 1.4% de desnutrición grave. Pero en el grupo de los menores de 1 año, la desnutrición moderada adquiere un volumen mucho mayor: entre el 8% y el 12%. 3/

La impresión generalizada en el Uruguay es que la población está en su mayoría bien alimentada, y que los problemas nutricionales se concentran en sectores minoritarios, normalmente asociados a la pobreza. Lo primero parece confirmado por los escasos datos sobre disponibilidades alimentarias del conjunto de la población. El total de calorías por habitante ha descendido entre comienzos y fines de los años setenta, desde un entorno de 3.000 a un entorno de 2.850, pero todavía es elevado. La disponibilidad de proteínas por habitante, aún con un descenso al final del período, sigue siendo muy alta:

1/ Encuesta de Nutrición. Informe del Comité Interdepartamental sobre Nutrición para la Defensa Nacional, de los EE.UU., mayo 1963.

2/ En el momento actual se está procesando la información de una investigación que releva peso, talla y edad de 1.200 niños de 0 - 5 años sobre una muestra representativa de la población urbana pobre, en áreas de pobreza prevalente, realizada por CLAEH/UNICEF, bajo la dirección del autor. Lamentablemente aún no está disponible.

3/ CLAEH. Pobreza y Nutrición Infantil. Serie Promoción, Montevideo, 1985.

87 grs. 1/ Lo mismo ocurre con los consumos aparentes de carnes.

En cuanto a la existencia de sectores con problemas de nutrición, aparece confirmada por otros datos, también fragmentarios pero elocuentes. Entre un 7% y un 8% de niños con bajo peso al nacer -menos de 2.500 grs.- señala, en muchos casos, desnutrición intrauterina debida posiblemente a malnutrición materna. Mas concreta es la información sobre niños menores de 5 años atendidos en los centros y subcentros de Salud, población predominantemente pobre. Los datos disponibles de 1980 a 1982, indican que un tercio presentó problemas nutricionales. En los menores de 1 año, del 5% al 6% de los casos fueron de desnutrición grave y entre 9% y 10%, de desnutrición moderada. 2/ Esa presencia de problemas nutricionales se refleja, como se verá más adelante, en la morbilidad y la mortalidad infantiles. Las muertes de menores de 1 año específicamente debidas a desnutrición han oscilado entre el 10% y el 3% del total, pero el total de las relacionadas con la nutrición lo ha hecho entre el 35% y el 27%. 3/

Es de destacar que, a pesar del sostenido proceso de concentración de los ingresos; del fuerte descenso de los mismos ocurrido para los estratos bajos a comienzos de este decenio; y de la tendencia general ligeramente descendente de las disponibilidades alimentarias en el conjunto del período, la proporción de muertes infantiles relacionadas con la nutrición descendió perceptiblemente, de 35.3% en 1974 a 26.1% en 1981. Recién al producirse el colapso de la economía en 1982, profundizando el deterioro de los ingresos y elevando fuertemente la desocupación, esa proporción volvió a elevarse y sólo un 1%. No existen indicadores para saber realmente si la desnutrición infantil se redujo, o sólo sus efectos en la mortalidad. Las cifras de internaciones por desnutrición en el Programa de Nutrición del Ministerio de

1/ Según el estudio de CEPAL Determinación de los Requerimientos de Energía y Proteínas para la Población Uruguaya, circulación restringida LC/MVD/R.2, Enero 1987, éstos serían de 2.118 calorías y 37.8 grs. de proteínas por persona promedio y por día. Las disponibilidades brutas globales representarían respectivamente 142% y 230% de los requerimientos mínimos netos.

2/ J.P.Terra, Mabel Hopenhaym. La Infancia en el Uruguay (1973-1984), ya citado, pág. 138, sobre Estadísticas del MSP.

3/ Ibidem.

Salud Pública y otros indicadores bastante indirectos, parecen señalar que la desnutrición misma habría aumentado 1/ al agravarse las consecuencias acumuladas del ajuste estructural.

3.2 Las políticas de alimentación y nutrición especialmente en el campo de la infancia.

Históricamente el Uruguay había desarrollado varios tipos de políticas orientadas a estimular los consumos de alimentos en los estratos de bajos ingresos. Entre esas políticas se contaban los controles de precios. A veces eran acompañados de subsidios estatales, directos o a través de tratamientos cambiarios impositivos o tarifarios especiales. Otras veces implicaban la transferencia de ingresos entre sectores de la propia población. En ciertas épocas esta acción sobre los precios se había centrado en abaratar ciertos alimentos considerados fundamentales en el consumo popular como la carne, la leche, la harina de trigo, o la yerba. A partir de 1968, en el marco de políticas antiinflacionarias, se hicieron experiencias prolongadas de fijación administrativa de un número muy elevado de productos. Sin embargo, al afirmarse las orientaciones políticas neoliberales a comienzos de los años setenta las fijaciones de precio fueron perdiendo vigencia, especialmente aquellas que implicaban subsidios directos o indirectos. La coherencia de este enfoque se acentuó más aún bajo el gobierno de facto instaurado en 1973, y no varió al restablecerse la democracia en 1985, por lo que tales políticas deben considerarse marginales en el período estudiado. En forma complementaria existía de larga data la política de distribuir un conjunto de productos considerados esenciales, a través de la red de puestos de venta de la llamada Comisión de Subsistencias, a precios bajos que operaban como "testigos" en el mercado. Tal actividad había suscitado siempre la protesta de productores y comerciantes. Coherentemente con lo antes señalado, también estas políticas perdieron toda gravitación en el período aunque la institución misma haya subsistido con un equipamiento mínimo.

1/ Ibidem.

Los programas más significativos desarrollados en el período estudiado tienen tendencia a no interferir en la formación de los precios en el mercado y en general están dirigidos a categorías más específicas de destinatarios. Los más significativos hasta el fin del gobierno de facto -febrero de 1985- fueron:

a) Programas del Instituto Nacional de Alimentación (INDA).

El INDA existe desde 1933. Tiene una red de comedores en Montevideo y el interior, que sirven comidas gratuitas o a precios muy moderados. Sus destinatarios son funcionarios o estudiantes y público general de bajos ingresos. Carecemos de información sobre cómo evolucionó en los primeros años del período, pero sabemos que entre 1978 y 1982 el número de servicios diarios osciló con tendencia ligeramente decreciente entre 12.700 y 9.500. Al agravarse la recesión en 1983 inició un repunte que llevó el número de servicios a casi 18.000 en 1984 y a 19.000 en 1985. Cabe inferir que al final del gobierno de facto fué usado para responder, en alguna medida, a los efectos de la recesión, tendencia mantenida por el nuevo gobierno. Esto se corrobora por el mayor aumento de los servicios gratuitos.

Aunque solo algunos de los comedores son específicos para niños, en total 60% de los asistentes son menores de 12 años, y para todos ellos el servicio es gratuito.

Por otra parte el INDA distribuye alimentos secos a hogares, guarderías y casas-cuna, centros asistenciales, colegios, comedores e instituciones de asistencia a indigentes o a minusválidos. El número de estas instituciones también aumentó durante la recesión, llegando en 1984 a 147. La mitad de los beneficiarios son niños. 1/

b) Los programas de estímulo al consumo de leche.

Los programas de distribución de leche a escolares y la venta de ese producto a bajo precio en "expendios municipales" para población acreditada como pobre, tienen larga historia en el país, aunque disponemos sólo de información limitada sobre su evolución cuantitativa. Los subsidios

1/ Ibidem. págs. 142 y 143.

a la leche vendida en expendios municipales se reduce en 1977 y desaparece después de 1978.

En cambio se cuenta con información mejor para los programas de distribución de leche en polvo desarrollados a partir de 1978. Esos programas han sido tres. El principal, canalizado a través de ACOR, -la oficina de Acción Comunitaria y Regional, actualmente en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-, se inició con apoyo del Programa Mundial de Alimentos (FAO). Incluye promoción de huertas escolares y familiares y distribución de leche en polvo donada los tres primeros años por PMA/FAO, y continuada luego por convenio con CONAPROLE 1/. Se distribuye en el interior del país en áreas pobres, a vecinos y a comedores escolares, y beneficia principalmente a preescolares, escolares, madres embarazadas y en lactancia. Alcanza a 110.000 beneficiarios. 2/

El segundo es el Programa de Complementación Alimentaria del Ministerio de Salud Pública -MSP- comenzado también en 1978 con donaciones de la CEE. Entrega leche en polvo, arroz y harina de maíz a niños hasta 3 años y a madres embarazadas y en lactancia. Como la distribución se efectúa normalmente a las madres que concurren a los Centros y Subcentros de Salud del M.S.P., este programa, además de su valor alimentario, contribuye en forma importante a ampliar la cobertura de los programas de salud materno-infantiles. 3/

El total del gasto público en estos programas crece bruscamente en 1981 al cesar la donación PMA/FAO y se reduce algo después. 4/

Ha existido finalmente un programa del Catholic Relief Service, también con leche en polvo donada por la CEE, que se distribuía a través de

1/ Cooperativa Nacional de Productores de Leche.

2/ Juan Pablo Terra, Mabel Hopenhaym, ya citado, págs. 140 a 142.

3/ Ibidem.

4/ Ver Cuadro 1.4, Gasto Público en la Infancia. Anexo

hogares, escuelas, parroquias, policlínicas y guarderías, merenderos, Conferencias Vicentinas, etc.

Estos programas que parecen responder inicialmente a estímulos externos más que a una política premeditada, han consolidado una cobertura considerable, con un volumen diario equivalente, en su mejor momento, a 33.000 lts. diarios de leche natural. El significado de los mismos debe calibrarse teniendo en cuenta que están bastante específicamente orientados a población carenciada predominantemente infantil y que equivalen a la dieta diaria de leche de más de 60.000 personas, en un país en que un grupo de edad es del orden de los 50.000 niños. Eso ha llevado a incluirlos entre los factores explicativos del descenso de la mortalidad infantil. 1/

Al instalarse el nuevo gobierno, en Marzo de 1985 encontró una situación social extremadamente crítica, cansada, como ya se ha dicho, por el descenso del salario real a su nivel mínimo y el ascenso de la desocupación al máximo. La pauperización había representado incluso en un aumento de la mortalidad infantil.

En respuesta a esa situación se puso en marcha en el mes de Mayo un Programa Solidario de Emergencia para la distribución en gran escala de alimentos secos. Se crearon a ese fin una Comisión Nacional interministerial y Comisiones Departamentales presididas por los respectivos representantes municipales e integradas por instituciones públicas y privadas de beneficencia. Se operó con un grupo muy reducido de funcionarios y el apoyo operativo de las Fuerzas Armadas. La distribución en Montevideo se realizó a través de 350 comisiones nacionales y se obtuvo en el total del país la colaboración de 12.000 voluntarios.

Los beneficiarios fueron pasivos de bajos recursos, desocupados jefes de familia con hijos a su cargo, embarazadas en situación de riesgo nutricional, 127.000 escolares asistentes a 2.033 comedores de enseñanza

1/ J.P. Terra, Mabel Hopenhaym, ya citado, págs. 165 y siguientes.

primaria, y Consejo del Niño.

La entrega comenzó en Julio, duró hasta Diciembre y alcanzó a 321.000 canastas de alimentos secos, de 7 kg. c/u, con un costo total de N\$ 1.100.000, cifra aproximadamente doble del presupuesto del INDA. Fue financiado con recursos extraordinarios. Representa sin duda uno de los mayores esfuerzos coyunturales en el país en materia de política social.

En 1986, el programa fué reformulado y pasó al INDA con el nombre de Programa Nacional de Complementación Alimentaria. Una parte de la ayuda fue canalizada a pasivos de bajos ingresos y otra a personas con ingresos inferiores a un salario mínimo.

En 1987, tal vez por haber descendido la desocupación a niveles habituales y haberse logrado una recuperación, aunque muy parcial, del poder adquisitivo del salario, el programa terminó, continuando sólo el apoyo a pacientes de alto riesgo nutricional del Hospital Pereira Rossell.

Cuadro No. 3.1

URUGUAY: DISPONIBILIDAD DE CALORIAS Y PROTEINAS POR HABITANTE

	1969 1971	1972 1974	1975 1977	1977 1979	1979 1981
Calorías por habitante	2.982	3.039	2.918	2.822	2.886
Gramos de proteínas por habitante	90.4	90.3	88.7	82.4	86.6

Fuente: CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina, 1984.

Cuadro NO. 3.2

CONSUMOS APARENTES DE CARNES Y ARROZ POR HABITANTE Y POR DIA

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Carne vacuna <u>a/</u> por hab.y por día (kg.)(carne en carcasa)												
Indice	87	98	111	102	100	106	93	96	106	109	101	82
Total de carnes <u>b/</u>												
Indice	83	97	105	95	100	93	91	97	103	103	96	82
Arroz <u>c/</u>												
Indice	100	100	100	88	96	100	85	81	81	81	85	64 <u>a/</u>

Fuentes: a/ Elaborado sobre datos de INAC.

b/ Para otros tipos de carnes, sobre A. Melgar, F. Villalobos, "La desigualdad como estrategia".

c/ Sobre datos de la Comisión Sectorial del Arroz. OPP y de población propios.

Cuadro No. 3.3

INDA: SERVICIOS TOTALES EN COMEDORES - Promedios diarios - a/

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Capital	7.926,83	8.895,93	7.908,22	6.651,58	6.714,84	8.359,69	10.145,25	9.571,00
Interior	3.533,26	3.827,79	2.896,21	2.608,36	2.788,68	4.430,33	7.804,62	9.454,00
TOTAL	11.460,09	12.723,72	10.804,43	9.259,94	9.503,51	12.790,02	17.949,87	19.025,00

SERVICIOS GRATUITOS - Promedio diario -

Capital	3.197,79	4.200,20	4.072,20	3.383,84	5.498,64	3.383,84	5.498,64	7.690,00
Interior	2.242,83	2.398,73	1.196,77	1.705,93	1.772,19	2.764,28	5.435,92	6.915,00
TOTAL	5.440,62	6.598,86	5.978,97	5.070,04	5.156,03	8.262,92	13.578,61	14.605,00

INDA: SERVICIO DE AUPI - Promedio diario -

TOTAL	500,87	684,91	812,50	696,99	711,08	905,46	1.414,46	1.429,00 <u>b/</u>
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	----------	--------------------

a/ Elaborado con información del INDA. Como operan 5 días por semana, los promedios diarios se calcularon convencionalmente sobre 261 días del año.

b/ Elaborado con información del INDA; calculado sobre 252 días porque falta el dato del mes de diciembre.

DISTRIBUCION TOTAL DE LECHE EN POLVO GRATUITA. URUGUAY a/

Institución	TONELADAS AL AÑO		1980	1981	1982	1983	1984	1985
	1978	1979						
Catholic Relief Service	-	-	-	600	600	300	300	-
ACOR	300	300	300	475	475	475	576	576
MSP - Dpto. de Nutrición	94,3	112,7	121,6	126,8	122,6	144,0	205,4	253,4
TOTAL distribuido	394,3	412,7	421,6	1.201,8	1.197,6	919,0	1.081,4	829,4

EQUIVALENCIA EN Lts./día b/

Catholic Relief Service	-	-	-	16.440	16.440	8.220	8.220	-
ACOR	8.220	8.220	8.220	13.015	13.015	13.015	15.782	15.782
MSP - Dpto. de Nutrición	2.584	3.086	3.331	3.475	3.359	3.944	5.629	6.943
TOTAL DISTRIBUIDO	10.804	11.306	11.551	32.930	32.814	25.179	29.631	22.725

a/ ACOR, CRS y Departamento de Nutrición del MSP.

b/ Elaborado sobre cifras del cuadro anterior.

4. POLITICAS DE SALUD INFANTIL

4.1 Situación de la salud y su evolución en el período.

Los principales indicadores de salud infantil son los relacionados con la mortalidad infantil. Desde este punto de vista el Uruguay ha mostrado avances muy discontinuos. Entre 1940 y 1952 la tasa bruta de mortalidad infantil -TBMI- bajó de cerca de 100o/oo a poco más de 50o/oo. Estas últimas tasas fueron en su momento de las mejores del continente. Se ha entendido siempre que incidieron en ese descenso tanto cambios tecnológicos de origen externo -sulfas, antibióticos, rehidratación por vía intravenosa-, como la introducción de nuevos programas materno-infantiles y la creación de Centros de Salud en el Cerrito y en el interior del país. Luego, durante veinticinco años, los progresos fueron tan lentos que en 1977 la TBMI seguía en 48o/oo. A esa altura el Uruguay había perdido su posición de privilegio y el nivel de mortalidad infantil resultaba muy poco justificable.

En los seis años siguientes -1978 a 1983-, bajo los efectos del ajuste estructural y las condiciones de expansión económica y de colapso final que hemos descrito, sin que hubiera mediado ninguna campaña o cambio de política registrada a nivel público, y sin que hubiera sido percibido hasta muy tarde debido al retraso de la información, se registró un descenso de la TBMI del 40% que la llevó a situarse, en 1983, en 28.6o/oo. Luego con un año y medio de retardo respecto al comienzo de la recesión, la TBMI subió alcanzando 30.1o/oo en 1984 y para retroceder a 29.3o/oo en 1985. 1/

La explicación de ese descenso presenta todavía muchas incógnitas. Es cierto que en los últimos veinte años las tasas han bajado mucho en América Latina, pero los cambios exógenos no parecen explicar la forma tan abrupta

1/ J.P. Terra, Mabel Hopenhaym, ya citado, cuarta parte, Cap.3 sobre datos del M.S.P. actualizados para 1984 y 1985.

del descenso después de un largo período de estabilidad. También es cierto que en ese período se hicieron sentir con su mayor fuerza los cambios en el nivel educativo de las madres, debidos a la fuerte expansión de la enseñanza secundaria en los años sesenta. Seguramente este fenómeno explica más de una cuarta parte del cambio ocurrido, pero no el total ni su forma abrupta. En conclusión parece razonable decir que una parte importante del descenso debería ser explicado por las políticas aplicadas -aunque éstas hayan respondido a impulsos inconexos y no hayan sido muy percibidas en su momento- así como también por desarrollos tecnológicos y capacitación de recursos humanos. 1/

Parece importante anotar que los descensos de mortalidad se produjeron en todas las edades infantiles, tanto en menores como en mayores de un año. En los primeros, la mortalidad fetal se había venido reduciendo desde comienzos del período estudiado y siguió bajando después. La perinatal precoz (en los primeros siete días de vida) descendió fundamentalmente a partir de 1980 y continuó haciéndolo durante la recesión. Sin duda en este indicador gravitan la cobertura de asistencia médica en el parto y las tecnologías aplicadas más que las condiciones sociales en el hogar, especialmente en un país en que la cobertura institucional en el parto alcanza al 98.5% . 2/ También es importante notar que un mayor descenso se produjo en la mortalidad postneonatal (entre 28 días y un año) período de la vida en que pesan más las condiciones familiares y sociales y los hábitos de control médico. No debe extrañar, por tanto, que en este grupo aparezca un retroceso en 1984 y 1985 como consecuencia aparente de la recesión, el aumento de la desocupación y la caída de los ingresos. 3/

Finalmente es importante destacar que comparando las tasas específicas de mortalidad por edad, en las edades infantiles, el mayor porcentaje de descenso, entre 1975 y 1983, se comprueba en el grupo de 1 a 4 años, donde fué de 57% contra 45% en los menores de un año. Eso induce a concluir que,

1/ Ibidem, Cuarta parte, 3,3. El descenso de la mortalidad infantil en el contexto de los cambios sociales.

2/ FNUAMP, OPS, OMS, MSP. Investigaciones sobre Morbimortalidad Infantil, Población y Servicios de Salud, 1980-1981. pág.168.

3/ J.P. Terra, Mabel Hoppenhaym, ya citado, cuarta parte, 3.

si bien los progresos técnicos en el área perinatal y en el tratamiento de los menores de un año incidieron positivamente, las causas de una parte muy considerable del cambio, deben ser indagadas en el ámbito socio-cultural y de las coberturas de los servicios de salud. 1/

Desde el punto de vista de las causas de muerte, cabe señalar que en los menores de un año los mayores descensos se produjeron en la muerte por desnutrición y otras deficiencias nutricionales, luego en las muertes por infecciones respiratorias, en tercer lugar en las debidas a infecciones intestinales y en menor medida en las relacionadas directamente con el parto. 2/

Aunque en un informe de este tipo no es posible estudiar la situación de salud en su distribución territorial hay dos características que, sin embargo, deben ser mencionadas. La primera es que los progresos en la mortalidad infantil han sido bastante paralelos entre Montevideo y los departamentos del interior. Eso no significa que los TBMI, por departamento sean iguales. En un mismo año se encuentran tasas departamentales entre el 40o/oo y el 22o/oo (1985) con una media de 29.8o/oo, próxima a la tasa de Montevideo, y una desviación estándar de solo $\pm 5o/oo$. Aparecen grandes fluctuaciones anuales en ciertos departamentos. Sin embargo la media de las tasas era 44.8o/oo en 1977 y su desviación estandar $\pm 9o/oo$ y la diferencia entre estas cifras y las de 1985 corresponde a una tendencia sostenida al descenso y a la homogeneización, que cabe inscribir en una tendencia, también marcada en otros campos muy diversos, hacia la integración cultural de todo el territorio, cuyos alcances no es posible describir aquí. 3/

La segunda característica a mencionar es que las informaciones disponibles de Montevideo señalan por el contrario una sorprendente diversidad en las tasas por barrios, que según estudios del MSP variarían desde el

1/ Ibidem, Cuarta parte, 3, cuadro No. 64 y comentario.

2/ Ibidem, Cuarta parte, 3, cuadro No. 65 y comentario.

3/ Ibidem, Cuarta parte, 3, cuadro No. 70.

40/00 hasta el 73.90/00. 1/ Aun interpretando con flexibilidad estos valores extremos debido a los márgenes de error estadístico, es necesario admitir diferencias en cualquier caso mayores de 5 a 1. Eso denuncia la existencia de diversidades por niveles sociales incomparablemente más amplias que las existentes en las medias departamentales. Las diferencias Montevideo-Interior, antes tan pronunciadas, tienden a desaparecer. Pero las diferencias por niveles sociales son muy agudas. Y los grupos de alta mortalidad infantil aparecen distribuidos según una geografía social urbana muy poco estudiada hasta hoy, que incluye fenómenos de segregación impactantes. 2/

1/ Juan Pablo Terra, Mabel HOpenhaym, ya citado, cuadro No. 69 y comentario.

2/ Ibidem.

4.2 Las políticas de salud infantil

La atención media en el Uruguay puede clasificarse en tres tipos: pública, privada colectivizada y privada particular. La asistencia pública es prestada por una red de servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública, MSP, el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, ciertos servicios específicos dependientes de la Seguridad Social y del Banco de Seguros del Estado, y los sistemas de Sanidad Policial y Sanidad Militar. En general son gratuitos o semigratuitos dependiendo de la Institución y del nivel de ingresos del usuario, el MSP que atiende un 13% de la población en Montevideo, cubre un 32% en las ciudades mayores del interior y un 37% en el resto. 1/

La asistencia privada colectivizada es prestada por un conjunto de instituciones privadas, -en general mutualistas y cooperativas médicas, aunque también existan entidades comerciales- algunas de ellas operantes desde el siglo pasado. Son de afiliación libre y están financiadas por las cuotas de sus afiliados. En algunos casos las afiliaciones son colectivas por convenios gremiales y en otros casos las cuotas se pagan subsidiadas a través de la Seguridad Social.

La cobertura de estas instituciones alcanza casi a un 60% de la población en Montevideo pero cubre sólo un tercio en las ciudades mayores del interior y un cuarto en el resto. 2/

El Cuadro No. 4.5 da una idea de la cobertura en cuanto a atención de los partos según los niveles de ingresos.

La atención profesional en el parto es alta. En 1977 los partos atendidos por médicos eran en todo el país el 38.9%, los atendidos por parteras 57.3% y los sin asistencia profesional 3.8%. En 1983 las cifras eran respectivamente 44.1%, 48.6% y 7.3% 3/ lo que indica un fuerte aumento

1/ MSP, Encuesta Familiar de Salud, 1982, Tabla 75.

2/ Ibidem.

3/ J.P. Terra, Mabel Hopenhaym, ya citado, Cuadro 75 sobre datos de la Dirección de Estadísticas del MSP.

en la atención por médicos, pero también una duplicación de los no atendidos profesionalmente, fenómeno que podría relacionarse con la recesión.

4.2.1 El gasto público en salud en términos reales osciló hasta 1984 1/ con una tendencia creciente de sólo un 1% anual, lo que significa per cápita menos de 0.5%. Esto es bastante llamativo puesto que el PBI había crecido hasta 1981 a una tasa media de 4.1 a.a. y aún después de producida la recesión estaba todavía un 17% sobre la cifra de 1975. La salud casi no se benefició con la expansión.

Más grave aún es el hecho de que el MSP, responsable de la salud de las capas de bajo ingresos, vió decrecer sostenidamente sus recursos a un ritmo medio de 2.1% a.a. hasta 1984, beneficiándose poco del período de expansión, cayendo mucho durante la recesión y perdiendo en total el 30% de sus recursos respecto a 1973.

El Hospital de Clínicas tuvo una evolución más favorable. El gasto hasta 1984 creció un promedio algo más del 1% a.a., con un aumento mayor en los años de la expansión. Pero donde se concentró el aumento fué en Sanidad Policial y Militar. En esta última los incrementos, en términos reales, fueron en promedio de 9% a.a. desde 1975 y de 17% a.a. si se cuenta desde 1973. En total sus recursos se multiplicaron por 5.7 en ese plazo. Una evolución parecida tuvo la sanidad policial en donde los recursos se multiplicaron por 4.8.

Debe registrarse como importante el aumento del gasto en DISSE, programa perteneciente a la Seguridad Social, que paga los seguros de enfermedad y las cuotas de aplicación de los trabajadores a instituciones de asistencia médica colectivizada. El gasto en DISSE se multiplicó por 4.5 desde 1973, correspondiendo sin duda a una ampliación de coberturas y al pago de las cuotas de mutualistas.

1/ La información de ejecución presupuestal no está disponible aún para 1985. Para el período 1975-1984 se utiliza la información procesada por Juan Pablo Terra, Mabel Hopenhaym, obra citada. Para 1985 solo ha podido obtenerse alguna información de caja poco desglosada.

4.2.2 Los Centros de Salud del MSP y los Programas Materno-Infantiles.

Durante los años setenta se crearon en Montevideo cinco Centros de Salud dotados de programas materno-infantiles y se puso en funcionamiento un programa muy simple de coordinación entre el Hospital Pereira Rossell, donde se produce una alta proporción de los partos atendidos por el MSP, y los centros de salud de todo el país, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar el seguimiento. Estas propuestas, formuladas por el Dr. Ramón Guerra en 1970, antes del gobierno de facto, se fueron realizando gradualmente. Es difícil cuantificar sus efectos pero se entiende que está entre los factores que apoyaron el descenso de la mortalidad infantil.

4.2.3 La mejora en la cobertura de las vacunaciones.

En el período se registraron avances muy notorios en la cobertura de las vacunaciones. El Cuadro No.4.6 muestra el progreso logrado en las DPT 1 y 2, Antipolio 1 y 2, Antisarampióinosa, BCG y Triple Viral (MMR). Aunque el avance gradual es importante en el período en que descendió la mortalidad infantil, no explica una parte importante de ese descenso. En cuanto a la campaña del Certificado Esquema de Vacunación, la de mayor alcance, es demasiado tardía para haber influido en ese fenómeno. Existe la impresión de que estos progresos de la vacunación más bien han incidido reduciendo las oscilaciones anuales de la TBMI debidas a epidemias. 1/

4.2.4 El desarrollo de los servicios públicos de salud. dependientes del Banco de Previsión Social.

Sin duda la fuerte extensión de los servicios de DISSE y particularmente la afiliación de trabajadores a las instituciones de asistencia médica colectivizada, deben tener una influencia positiva en la salud de la población. Pero al atender solo trabajadores, su influencia directa no cae sobre la infancia. 2/

1/ J. P. Terra, Mabel Hopenhaym, ya citado, Cuarta parte, 3.2

2/ Ibidem

Es DAFA, el Servicio de la Seguridad Social encargado de las Asignaciones Familiares, el que cuenta con una acción específica en programas materno-infantiles, pediatría y obstetricia. Este Servicio, de larga historia, presentó en el período una cobertura más bien decreciente, por lo que no parece explicar las mejoras constatadas. 1/

4.2.5 La expansión de los Servicios de Sanidad Militar y Policial.

Fué en esta área que durante el régimen militar se produjeron las grandes expansiones en servicios de salud, no solo en términos de gasto corriente y de inversiones -las ampliaciones del Hospital Militar y el nuevo Hospital Policial- sino también, aunque menos, en términos de población servida. Estos servicios están fuertemente estratificados, en cuanto que la atención a oficiales y tropa presenta muy distinta calidad y costo y se dirigen a poblaciones de muy diferentes estratos de ingresos. Sin embargo, se ha hecho notar que el gran crecimiento numérico de las Fuerzas Armadas y la Policía en la década de los setenta, reclutó gente en los estratos más bajos de la población incorporándolos al único sistema de salud fuertemente expansivo incidiendo en grupos antes muy carenciados, que probablemente presentaban antes tasas altas de mortalidad infantil. 2/

4.2.6 Cambios en la tecnología y la capacitación.

Sin duda el país vivió en el período cambios múltiples y difíciles de inventariar, que tienen cierto paralelo en otros países de América Latina. Sin embargo, la modificación de los resultados muy acotada en el tiempo no permite remitirse al proceso general. En particular una tecnología como la rehidratación oral, que puede haber causado gran impacto en otros países, se incorpora aquí muy tarde para explicar los cambios del período estudiado.

Sin duda en esos años se realizaron avances importantes como los CTI infantiles, pero el número de casos que atienden tampoco explica cambios importantes en las cifras globales. En un país como el Uruguay, con muy alta relación de médicos por habitantes, tampoco tendría sentido buscar explicaciones en la evolución creciente del número de profesionales. Parece más lógico pensar en el desarrollo de una capacitación más avanzada de los mismos, irradiada desde focos entre los cuales se debe mencionar la acción del Centro Latinoamericano de Perinatología. Pero sus efectos cuantitativo son difíciles de evaluar. 1/

1/ Ibidem.

2/ Ibidem. Cuarta parte, 3.2 y 3.3

4.2.7 Causas de los cambios ocurridos.

En síntesis, el rápido avance logrado en salud infantil, al menos en términos de mortalidad, no encuentra explicación en una política de salud centralmente concebida y coordinada. Parece mas bien resultado de una conjunción azarosa de cambios culturales, originados en la década de los sesenta, del desarrollo gradual sin recursos muy especiales de los centros de salud y de programas propuestos a comienzo de los setenta, de la aparición de los programas de leche en polvo cuyo origen ya se ha visto, de la expansión de las Fuerzas Armadas y de sus servicios propios y de avances en la capacitación. La carencia de una estrategia global contribuyó probablemente a que los cambios fueran percibidos y apreciados tardíamente. 1/

4.2.8 Políticas del nuevo Gobierno.

En cuanto a los cambios de política ocurridos con el nuevo Gobierno, ellos son muy difíciles de captar a través de mediciones, en forma coherente con el enfoque que se ha dado a este trabajo. El nuevo gobierno asumió el lo. de mayo de 1985, último año del período estudiado, en medio de una profunda recesión, con fuertes restricciones financieras y en el marco de un presupuesto ya aprobado. Aparentemente los efectos de la recesión incluso sobre la TBMI, comienzan a decrecer. Se han señalado ya algunos cambios incipientes en el marco económico y social y también un aumento en los programas alimentarios. Puede indicarse aquí un mínimo aumento en el gasto en salud; un perceptible incremento de las consultas obstétricas y pediátricas del MSP; uno mas notorio en los beneficiarios del seguro de enfermedad y en el gasto en este rubro. Debe destacarse que la reposición de los destituidos reincorporó un número importante de funcionarios y técnicos experimentados. Cabe presumir por todo ello una tendencia a la expansión de los servicios. Pero el plazo es demasiado corto para medir resultados y aún para señalar orientaciones precisas.

1/ Ibidem.

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL y POSTNEONATAL EN EL URUGUAY
- Por mil inscripciones de nacimiento -

Año	Infantil	Neonatal	Postneonatal
1940	91.3		
1950	65.8		
1960	53.5		
1965	55.6		
1966	50.0		
1967	58.1		
1968	61.9		
1969	51.9		
1970	50.2	26.3	22.8
1971	47.6	26.3	22.8
1972	49.6	26.3	22.8
1973	50.2	27.3	22.9
1974	48.1	26.5	21.6
1975	48.6	26.5	22.1
1976	45.9	25.4	20.5
1977	48.5	26.9	21.6
1978	43.1	24.2	18.9
1979	39.6	23.7	15.9
1980	38.2	23.0	15.2
1981	33.5	19.6	13.9
1982	30.9	18.7	12.2
1983	18.6	17.7	10.9
1984	30.1	17.8	12.3
1985	29.3	17.3	12.0

Fuente: MSP, División Estadística.

MORTALIDAD PERINATAL, FETAL Y NEONATAL PRECOZ
(Menores de 7 días)

Año	Mortalidad perinatal		
	Total	Fetales	Menores de 7 días
1971	37.3	17.9	19.4
1972	37.4	16.4	21.0
1973	38.7	18.0	20.7
1974	40.7	19.6	21.1
1975	39.0	17.8	21.2
1976	36.7	16.3	20.4
1977	38,3	16,4	21.9
1978	35.5	15.5	20.0
1979	35.1	15.6	19.5
1980	33.5	14.4	19.1
1981	30.8	14.4	16.4
1982	28.4	13.3	15.1
1983	28.7 <u>a/</u>	14.7 <u>a/</u>	14.1 <u>a/</u>
1984	26.5	13.0	13.5
1985	25.8	12.5	13.3

a/ Cifras preliminares.

Fuente: Mortalidad infantil y perinatal en Uruguay, 1983 MSP, División Estadística. Principales indicadores de salud según Departamento y Región, mayo 1985, División de Estadística. Año 1985: datos del MSP, División Estadística.

DESCENSOS PORCENTUALES DE MORTALIDAD POR EDADES DE LOS NIÑOS
EN EL PERIODO 1975 - 1983

Perinatal	26%	Fetal 17%
		Neonatal precoz 33%
Infantil	41%	Neonatal 33%
		Postneonatal 51%
Menores de 1 año <u>a/</u>		45%
1 a 4 años <u>a/</u>		57%
5 a 9 años <u>a/</u>		20%
10 a 14 años <u>a/</u>		29%

a/ En relación al grupo de edad. Para 1983, estimación. En los menores de 1 año, a partir del número de nacimientos. En las otras edades, a partir de proyecciones de población de CELADE corregidas estimativamente sobre los resultados primarios del Censo de 1985.

Fuente: Elaborado sobre datos del Cuadro No. 63: Evolución de las tasas de Mortalidad por grupo de edad en la infancia. Libro: "La infancia en el Uruguay (1973-1984)", Juan Pablo Terra - Mabel Hopenhaym - CLAEH/UNICEF, realizado sobre estimación propia de datos de la DGEyC y del MSP con proyecciones de población por edad de CELADE.

TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS DE MUERTES EN MENORES DE 1 AÑO

- Todo el país - Por mil nacimientos

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Traumatismos del nacimiento, afecciones anóxicas e hipóxicas y otros trastornos del feto o R.N.	7,9	7,4	8,0	9,0	8,2	8,3	9,6	8,8	7,7	7,0	7,5	6,7
	7,6								7,4			
Anomalías congénitas	3,5	3,5	3,6	3,4	3,2	3,3	4,0	3,8	4,2	4,2	4,1	4,1
	3,5								4,1			
Inmaduridad	4,5	3,7	4,0	4,3	3,6	3,0	4,4	3,1	3,4	3,4	2,6	2,6
	4,1								3,1			
Infecciones propias del período perinatal y septicemia	2,9	2,4	1,5	1,9	1,9	1,9	1,9	2,2	2,3	2,0	2,1	2,2
	2,3								2,1			
Infecciones intestinales	3,7	3,6	3,6	3,8	4,3	3,8	3,7	2,2	1,8	2,2	2,7	2,6
	3,6								2,2			
Infecciones respiratorias agudas (excepto influenza, neumonía y bronquitis)	2,8	3,3	2,9	2,9	2,6	1,5	2,1	2,1	1,7	1,5	1,5	1,2
	3,0								1,6			
Desnutrición y otras deficiencias de la nutrición	4,2	4,3	3,6	3,3	2,0	1,3	1,4	1,3	1,1	1,1	1,4	1,5
	4,0								1,2			
Las demás causas de mortalidad perinatal	2,3	2,0	2,0	1,6	1,8	2,0	3,0	2,2	1,5	1,5	1,9	3,5
	2,1								1,6			
Síntomas y estados morbosos mal definidos	3,0	3,0	3,5	3,3	3,5	2,8	3,4	3,4	2,4	2,4	2,9	2,2
	3,2											
Complicaciones maternas del embarazo actual que afectan al feto o R.N.	-	-	-	-	-	1,7	-	-	-	-	-	-

Fuente: Datos del MSP, División Estadística.

DISTRIBUCION INSTITUCIONAL DE LA ATENCION DE LOS PARTOS

- Total del país, 1982 - porcentajes -

Partos Institución en que se atendió	Total	Nivel de ingresos		
		Tercio Inferior	Tercio intermedio	Tercio superior
Total	100	35,8	37,5	26,8
Ministerio de Salud Pública	100	59,8	29,9	10,3
Seguridad Social	100	39,3	46,4	14,3
Hospital Militar y Policial	100	20,0	46,7	33,3
Sector público	100		37,9	13,6
Mutualistas	100	10,3	38,1	51,5
Sanatorio particular	100	25,0	37,5	37,5
Otros	100	45,0	30,0	25,0
Partos Institución en que se atendió		Nivel de ingresos		
	Total	Tercio inferior	Tercio intermedio	Tercio superior
Total	100	100	100	100
Ministerio de Salud Pública	30,2	50,4	24,1	11,6
Seguridad Social	23,7	26,0	29,3	12,6
Hospital Militar y Policial	4,2	2,3	5,3	5,3
Sector público	58,1	78,7	58,7	29,5
Mutualistas	27,3	7,9	27,8	52,6
Sanatorio particular	9,0	6,3	9,0	12,6
Otros	5,6	7,1	4,5	5,3

Fuente: Sobre datos de la Encuesta Familiar de Salud 1982, MSP, Table No. 68.

PORCENTAJE DE COBERTURA DE INMUNIZACION EN NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO DE EDAD

- Uruguay 1976-1983 -

Vacunas	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
DPT 1	43	81	86	87	85	88	98	97
DPT 3	41	47	53	51	53	55	67	70
Indice de deserción	44	42	39	42	38	38	32	28
Antipolio 1	73	78	78	81	83	84	98	92
Antipolio 2	48	54	52	58	59	58	73	73
Indice de reserción	35	31	34	29	29	31	26	21
Atisarampionosa	9	26	21	3	18	90	59	62
B.C.G.	-	-	-	99	96	74	83	95
Triple <u>a/</u> Viral (MMR)	-	-	-	-	-	-	-	63

a/ 12 meses.

Fuente: MSP, División Estadística.

5. POLITICAS DE EDUCACION

5.1 La situación educativa y su evolución en el período.

5.1.1 La educación preprimaria.

En contraste con el temprano desarrollo de la educación primaria, en el Uruguay la educación preprimaria ha tenido un crecimiento tardío, aun hoy notoriamente insuficiente. A pesar de algunas experiencias pioneras, su cobertura permaneció muy reducida. En 1975 la matrícula incluía solo 40.239 1/ niños - 0-8 - años de preprimaria por niño -, aunque había crecido los años inmediatamente anteriores al 5.7% a.a.. En 1984 la matrícula había ascendido a 54.454 2/ con una tasa anual de crecimiento próxima a 2.7% a.a.. En total eso significa una media aproximada de 1 año de preprimaria por niño. Casi todo el crecimiento se produjo en el ámbito público mientras la educación privada presentaba una tendencia fuertemente decreciente en Montevideo. El crecimiento de la preprimaria estuvo concentrada en la enseñanza pública, donde la matrícula aumentó de 27.477 en 1975 a 41.073 en 1984, un aumento del 50% en 9 años -4.6% a.a.-. El incremento fué mayor en el Interior -52.2%- que el de la capital -46%- 3/

5.1.2 La educación primaria.

La situación en educación primaria es sustancialmente distinta. La cobertura era ya alta en 1963 especialmente a los 8 y 9 años de edad, en que alcanzaba 94.8% de la población. En los veinte años siguientes la población rural se redujo, sus pautas culturales se aproximaron marcadamente a las urbanas, los porcentajes de cobertura subieron en todo el país y el período comparado 1963-1983 muestra que en esta última fecha, el porcentaje de

1/ Ver cuadro No. 5.1

2/ CEPAL. La Evolución de la Sociedad y de las Políticas Sociales en el Uruguay, ya citado, Cuadro V-1 y J.P. Terra, Mabel Hoppenhaym, ya citado, Cuadro No. 85.

3/ Ver cuadro No. 5.1

cobertura había subido en el grupo de 6 años a 91.5%, entre los 7 y 10 años sobrepasaba el 99% y se mantenía en ese límite hasta los 12 años si se contabilizan también los niños matriculados en enseñanza media.

Una parte fundamental de cambio ya se había producido en 1975 -ver Cuadro No. 5.2 pero en los años del período estudiado continuó el proceso aunque a un ritmo algo menor al acercarse a la universalización. Los números absolutos de la matrícula pueden sugerir una idea falsa, puesto que las cifras de alumnos decrecen desde un índice 100 en 1970 a 95 en 1975 y se mantienen en ese valor hasta 1979 en que recomienza un lento crecimiento. En realidad esta depresión corresponde a generaciones algo mas reducidas en el número de nacimientos y afectadas por la intensa emigración de 1973, 1974 y 1975, pero también a la reducción de las tasas de repetición y consiguientemente de la extraedad. Estos últimos fenómenos, cuya magnitud era llamativamente grande en 1963 1/ se redujeron mucho en los dos decenios siguientes. La tasa de repetición que era de 25% en 1963, había a 17% en 1974 y llegó a 12% en 1983. 2/ Es difícil establecer en que grado ello se debió a una mayor eficiencia del sistema educativo, a un mejor aprovechamiento de los alumnos por cambios en el ambiente familiar, o pudo resultar de bajar los niveles de exigencia antes desproporcionalmente altos, al parecer, respecto a la capacidad de enseñar y aprender.

También en primaria se ha marcado una tendencia fuerte al retroceso porcentual de la enseñanza privada frente a la pública y en términos absolutos. Mientras la matrícula total crece 8.6% entre 1975 y 1984, la pública aumenta 12.3% y la privada disminuye 9.3%. El fenómeno es menos marcado en el interior donde el crecimiento total es de sólo 5.5% y la pérdida de la matrícula privada solo 1.1%. En contraste se reduce 13.2% en Montevideo, mientras la matrícula pública crece 26.3% y la global 13.9%. Esta evolución puede tener varias explicaciones pero entre ellas debe incluirse el deterioro de los ingresos en los años de la recesión.

1/ Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social -CIDE- Informe sobre el estado de la educación en el Uruguay, Montevideo, 1965.

2/ CEPAL. La Evolución de la Sociedad y de las Políticas Sociales en el Uruguay, ya citado, Quinta parte, III - 2.

5.1.3 La educación media.

Desde 1967 la enseñanza "media, agraria o industrial" es constitucionalmente obligatoria en el Uruguay. Sin embargo, aún circunscrita la interpretación de esa norma al primer ciclo de tres años, la universalización de la misma está muy lejos de haberse convertido en realidad. Incluso se puede decir que el avance en esa dirección se detuvo por primera vez durante el período en estudio. Esto surge claramente cuando se considera en forma consolidada la matrícula de los distintos tipos alternativos de enseñanza media: Enseñanza Secundaria y Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU). La evolución de la matrícula se muestra en el Cuadro No.5.4 actualizado y la de la cobertura acumulada con primaria, en el Cuadro No. 5.5.

El análisis de los datos muestra que la asistencia a instituciones de enseñanza empieza a caer a los 13 años; a los 14 ha bajado ya considerablemente; a los 15 se reduce a un 60% y a los 16 desciende debajo de la mitad. Teóricamente, las edades de 12 a 14 años corresponderían al primer ciclo de enseñanza media, pero el retraso inicial y la repetición hacen esta correspondencia poco real. La deserción intensa en esos años parece producirse sobre todo al fin de primaria y al fin del primer ciclo.

En cuanto al progreso estimado de la cobertura de la enseñanza media entre 1975 y 1983 según el Cuadro No.5.3 parece considerable; pero, aparte de los riesgos de comparar datos censales con una estimación sobre datos de otras fuentes, la comparación aislada de esos años puede inducir a error sobre lo ocurrido.

Efectivamente, el crecimiento acumulado de la enseñanza media había sido muy intenso en la década de los sesenta, donde alcanzó tasas de incremento del 8% a.a. a mitad del decenio. Con un ritmo algo menor, el crecimiento explosivo continuó al comienzo de los setenta. Es en 1973, después de instaurado el gobierno de facto, que la matrícula se detiene bruscamente y comienza a descender hasta 1977, aunque queda una parte importante de la población sin atender. Recién después del colapso económico de 1982 se percibe de nuevo un crecimiento.

Sin duda, en ese frenaje brusco juega un papel fundamental la intensa emigración de 1973 y 1975. No parece posible, sin embargo, atribuir a esa causa sola una detención tan prolongada que durante casi diez años supera todas las tendencias históricas de crecimiento. Al parecer se agregan otras dos causas para explicar este fenómeno. Por una parte, una reducción de la repetición; por otra parte, un fuerte aumento en las tasas de participación de los jóvenes -y especialmente de las mujeres jóvenes- en el mercado de trabajo, aumento interpretado como resultado de una estrategia de sobretrabajo desarrollada por la población para defender los niveles de vida ante la reducción sostenida del salario real que caracterizó el ajuste estructural aplicado por el gobierno de facto 1/. La defensa del nivel de vida, en el marco de tales políticas, habría entrado en conflicto y superado la tendencia al progreso educativo. Es muy significativo que la recuperación de la matrícula se haya producido al bajar el nivel de empleo en el momento de la recesión.

Al subdividir la matrícula en Secundaria y UTU, aparece claro que esta última mantuvo un crecimiento significativo -48% de incremento entre 1975 y 1984- mientras la primera recuperaba solo en 1983 los niveles de 1975. En eso pueden haber incidido no sólo las nuevas perspectivas dadas a los estudios en UTU por las modificaciones de 1976 que se indicarán mas adelante,^{2/} sino la búsqueda de una salida más rápida al mercado de trabajo bajo la presión del ajuste estructural. El crecimiento de UTU fué mayor en el Interior -61.4% entre 1975 y 1984- que en Montevideo -34.1% entre las mismas fechas- y fué mayor en la matrícula masculina que en la femenina.

Un desglose de los estudios de UTU por tipo de curso puede verse en el Cuadro V-2 de CEPAL actualizado, pero no incluye los primeros años del período. Las cifras de todos modos no hubieran sido comparables, debido a la reforma de 1976.

1/ Al respecto ver: Juan Pablo Terra, Mabel Hopenhaym, ya citado, Introducción, 5; Tercera parte, 3 y 4; Cuarta parte, 4.

2/ En realidad un conjunto de cambios introducidos entre 1972 y 1976

5.2 Las políticas educativas en el período estudiado.

Para interpretar las políticas educativas desarrolladas entre 1975 y 1985 es necesario no perder de vista el enfoque político general en que ellas se encuadran. En los años anteriores a 1973 el sistema de enseñanza, y particularmente la enseñanza pública, se habían visto involucrados en la conflictividad social reinante. La enseñanza superior había sido un ámbito de resistencia a las políticas desarrolladas fundamentalmente desde 1968. Los conflictos estudiantiles habían sido intensos en ese ámbito pero muchas veces también en la enseñanza media. Quienes asumieron el poder en 1973 imputaban a la enseñanza -aunque en orden decreciente desde la superior a la primaria- ser un "foco subversivo". La depuración de los cuadros docentes y de los contenidos de la enseñanza se operó junto con el establecimiento de una "disciplina" que llegaba a la ropa y al corte regimentado del cabello, y con un intento de "formación cívica". En el caso de la enseñanza superior hay que agregar, la voluntad explícita de reducir su alumnado, considerado sobre - dimensionado. Este propósito se materializó en el establecimiento del examen de ingreso y la cuotificación de las plazas, intento que aplicado tardíamente entre 1980 y 1983, fracasó terminando en un ingreso masivo en 1984 de los estudiantes contenidos durante los años anteriores. Sin duda se entendía que la presión del "exceso" de universitarios creaba tendencias hacia la "subversión".

En ese marco, no puede extrañar que los recursos para la enseñanza, en particular para la superior, hayan sido severamente cercenados. En total el gasto en educación se mantuvo en valores absolutos prácticamente incambiado hasta 1982, a pesar de que el PBI había aumentado 26% respecto a 1973 y que el gasto público total se había incrementado un 53% respecto a la misma fecha. El gasto en la Universidad incluso bajó en ese lapso. El de primaria aumentó 10%, el de enseñanza técnica un 8% y el de secundaria casi no varió. Cuando vino la recesión, sufrieron, los recursos para educación, un corte del 31%. De resultas de todo ello el gasto por alumno bajó en 1984 para primaria y secundaria a dos tercios de su nivel de 1973; para UTU, a la mitad; y para la Universidad a menos de un tercio.

La segunda manifestación del cambio de política en la enseñanza fue la modificación de sus mecanismos de dirección eliminando toda participación gremial, y depuración misma de los cuadros docentes. Existe la impresión de que el efecto sobre la calidad del cuerpo docente fue menor en primaria. Debido a la fuerte profesionalidad del magisterio y a la gran disponibilidad de maestros titulados, los reemplazantes rara vez carecieron de una competencia profesional básica. El fenómeno parece haber sido muy distinto en secundaria donde la profesionalidad es mínima y las razones políticas gravitaban más.

Los cambios de orientación en cuanto a estructura y contenidos curriculares, ocurrieron principalmente en el ámbito de la Universidad del Trabajo y reconocen antecedentes previos al período estudiado. El plan de CIDE - 1965 - había propuesto, de acuerdo a las orientaciones vigentes en el mundo, una estructura que intercomunicara las enseñanzas media, técnica y superior de modo que estableciera cierta equivalencia entre ciclos básicos de las dos primeras y el acceso desde ambas a la Universidad. La ley 14.101, de 1972, había establecido el ciclo básico obligatorio de tres años en Secundaria y UTU, con ligeras diferencias - por un lado "manualidades", por otro "materias técnicas" - pero equivalentes en cuanto al acceso a las distintas alternativas del segundo ciclo. Además había creado bachilleratos técnicos y subordinado Enseñanza Secundaria y UTU a un consejo superior, CONAE. Las reformas de 1976 terminaron de instrumentar la transformación diversificando los bachilleratos técnicos de UTU - que permiten el acceso directo a la Universidad - y completando la organización de los otros cursos técnicos, de primero y segundo nivel. En conjunto estos cambios ofrecieron a los estudiantes de UTU una variedad importante de alternativas para salir a través de carreras cortas al mercado de trabajo, y también el atractivo de no tener los caminos cerrados hacia la enseñanza superior. Sin duda esta última opción es efectivamente aprovechada por una minoría, pero no deja por eso de aumentar la atracción y el prestigio antes bastante bajo, de la enseñanza de UTU. Hoy la mitad de la matrícula corresponde al ciclo básico. En el resto, los cursos técnicos supera ampliamente a los bachilleratos técnicos.

No cabe duda de que las políticas del período pusieron mucho el acento en la formación técnica cuidando evitar la reproducción cultural, al menos con los contenidos político-ideológicos, y en buena parte éticos. Sin embargo, el experimento parece haber fallado más radicalmente que otras experiencias de ese tipo a pesar de que su duración alcanzó a 12 años. Se ha interpretado que pudo deberse por una parte, al fuerte carácter represivo que adoptó el sistema educativo lo que habría llevado a los jóvenes a cerrarse a los ámbitos institucionales de enseñanza y a replegarse sobre el medio familiar y otros grupos reducidos donde se refugió esa parte de la reproducción cultural. Por otra parte, se habría debido a la debilidad intrínseca del nuevo mensaje y a su poca compatibilidad con la cultura tradicional. 1/

El restablecimiento de la democracia en 1985 fué precedido por acuerdos interpartidarios relativos al restablecimiento de mecanismos participativos en la enseñanza, a la reposición de los destituidos y otros objetivos orientados al desarrollo educativo. El año 1985 estuvo dominado por el establecimiento de nuevas autoridades y por el complejo proceso de ejecutar tales propósitos. No se registraron sin embargo cambios importantes en el gasto público en este campo.

Otras modificaciones de política se han producido posteriormente, pero ellas caen fuera del período estudiado.

1/ Entre otros, Juan Pablo Terra. La juventud uruguaya en el Proceso Nacional de los últimos Veinte años. CEPAL, Arca/Foro Juvenil. Montevideo, 1985.

NUMERO DE ALUMNOS DE EDUCACION PREPRIMARIA SEGUN FORMA DE ADMINISTRACION
Y AREA GEOGRAFICA

	Montevideo			Interior			TOTAL		
	Público	Privado	TOTAL	Público	Privado	TOTAL	Público	Privado	TOTAL
1975	12.152	9.346	21.498	15.325	3.416	18.741	27.477	^{1/} 12.762	40.239
1976	12.585	9.863	22.448	16.025	3.727	19.752	28.610	13.590	42.200
1977	12.895	9.440	22.335	16.301	3.772	20.073	29.196	13.212	42.408
1978	13.663	7.808	21.471	17.538	3.501	21.039	31.201	11.309	42.510
1979	13.347	8.086	21.433	17.395	3.796	21.191	30.742	11.882	42.624
1980	13.848	6.925	20.773	17.943	3.728	21.671	31.791	10.653	42.444
1981	14.600	6.963	21.563	19.114	3.738	22.852	33.714	10.701	44.415
1982	16.355	6.650	23.005	22.266	3.550	25.816	38.621	10.200	48.821
1983	18.065	5.410	23.475	23.293	2.944	26.237	41.358	8.354	49.712
1984	17.744	8.968	26.712	23.329	4.413	27.742	41.073	13.381	54.454
1985	17.440	9.595	27.035	23.539	4.518	28.057	40.979	14.113	55.092

1/ Incluye solo clase jardinera.

Fuente: Anuarios Estadísticos de la DGEyC - Año 1983, 1984 y 1985.

TASAS DE COBERTURA DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA POR EDADES

Edad (años)	1963	1975	1983
6	80,5	92,9	91,5
7	88,8	96,9	99,9
8	94,8	97,5	99,7
9	94,8	97,7	99,5
10	92,7	97,5	99,2
11	88,9	93,0	95,5
12	70,0	55,9	50,4
13	45,5	31,7	34,2
14	20,9	15,0	11,2

Fuentes: 1963, CEPAL "La evolución de la sociedad y de las políticas sociales en el Uruguay, 1981" Enero de 1985.
1975: Sobre datos de la DGEyC, Censo de 1975.
1983: CEPAL, idem.

COBERTURA EDUCATIVA DE SECUNDARIA Y UTU

Edades	Secundaria				UTU				Total		
	1963	1975	1983	1985	1963	1975	1983	1985	1963	1975	1983
11	2,4	3,6	3,6		0,5	0,1	-		7,4	3,7	3,6
12	18,6	34,1	40,3		2,7	2,3	8,5		21,3	36,4	48,8
13	31,6	47,4	48,7		6,2	5,1	13,6		37,8	52,5	52,3
14	33,9	50,0	50,0		8,9	7,3	15,4		42,8	57,3	65,4
15	30,5	41,7	44,7		9,0	7,7	15,4		39,5	49,4	60,1
16	23,2	21,5	35,4		7,0	7,7	12,3		30,2	29,2	47,7

Fuente: 1963 - CEPAL, "La evolución de la sociedad...", ya citado, Cuadro V-1.
 1975 - Sobre datos del Censo de 1975, DGEyC.
 1983 - CEPAL, idem.

Nota: Por las diferentes fuentes y metodologías empleadas, las diferencias pueden no ser significativas.

EVOLUCION DE LA MATRICULA DE ENSEÑANZA MEDIA -
SECUNDARIA, PUBLICA Y PRIVADA, y UTU
 - Indices -

Años	Total	Secundaria	UTU
1973	100	100	100
1975	97	95	105
1977	96	90	119
1982	99	89	144
1983	106	95	154
1984	110	101	155

Fuente: Sobre datos de CEPAL, "La evolución de la sociedad y de las políticas sociales en el Uruguay", ya citado y Anuarios Estadísticos de la DGEyC, 1983, 1984 y 1985 (inédito).

Cuadro No. 5.5

TASA DE COBERTURA ESCOLAR POR EDADES
ENSEÑANZA PRIMARIA, SECUNDARIA Y UTU - PUBLICA Y PRIVADA
 Total del país
 - Porcentajes sobre población de cada edad -

Edad (años)	1963	1975	1983
6	80,5	92,9	91,5
7	88,8	96,9	99,9
8	94,8	97,5	99,7
9	94,8	97,7	99,5
10	92,7	97,5	99,2
11	91,8	96,7	99,1
12	91,3	92,3	99,2
13	83,3	84,2	90,4
14	63,7	72,3	76,4
15	39,5	59,7	60,1
16	30,2	49,3	47,7

Fuente: 1963 - CEPAL, "La evolución de la sociedad...", ya citado, Cuadro V-1.
 1975 - sobre datos de la DGEyC, Censo de 1975.
 1983 - CEPAL, idem.

Nota: Por las diferentes metodologías empleadas, diferencias menores pueden no ser significativas.

NUMERO DE ALUMNOS DE UTU

Año	TOTAL	Montevideo	Interior
1975	37.968	20.127	17.571
1980	42.284	19.929	22.355
1981	46.012	22.164	23.848
1982	51.697	24.734	26.963
1983	55.259	26.709	28.550
1984	55.359	26.997	28.362
1985	53.987	26.495	27.492

Fuente : Universidad del Trabajo (UTU), ENCUESTA CONTINUA.

