

Grupos Vulneráveis em Situações de Recessão: o Caso das Crianças e dos Jovens no Chile

ALEJANDRO FOXLEY
DAGMAR RACZYNSKI(*)

RESUMO Este artigo analisa o impacto que as condições recessivas tiveram, no Chile, em um grupo especialmente vulnerável: crianças e jovens. Além da crise externa, o Chile passou por diversos desequilíbrios sob a forma de inflação e de déficits do balanço de pagamentos, no início da década de setenta. Especialistas em desenvolvimento social vêm, há muito, recomendando a aplicação de políticas seletivas para "grupos específicos" cuja situação é especialmente vulnerável às flutuações econômicas. Nos primeiros anos da década de setenta, o Chile implementou políticas especialmente designadas para melhorar a situação das crianças, principalmente em termos de assistência a mãe e filhos, e foram empreendidos programas de combate à desnutrição infantil. Este artigo avalia o sucesso desses programas como atenuan-

tes dos efeitos negativos da recessão e das políticas de ajuste à recessão.

1. Recessão Chilena: Fatores Internos e Externos

A economia chilena, na última década, fornece um interessante estudo de caso do impacto das recessões sobre os grupos mais vulneráveis da população, particularmente crianças e jovens⁽¹⁾.

De 1974 a 1982, o crescimento do PNB *per capita*, no Chile, foi nulo como se pode ver na Tabela 1. A estagnação da economia também se reflete nos baixos níveis de investimento desse período que ficam também evidentes através dos números da Tabela 1. A proporção média dos investimentos em relação ao PIB, no período 1974-82, foi de 15,2%, portanto, inferior à taxa média de 20,2%, de 1970.

A lentidão da economia chilena na dé-

Os autores pertencem ao CIEPLAN, Chile. Tradução de William Wright. Revisão técnica de Leda Paulani.

(*) As opiniões expressas neste artigo são a dos autores e não, necessariamente, as do UNICEF.

(1) Veja UNICEF (1979), CEPAL-ILPES-UNICEF (1979), Molina e Pinera (1979), PRALC, (1980), CEPAL-UNICEF (1981).

TABELA 1
CHILE – INDICADORES MACROECONÔMICOS, 1974-82

Ano	PNB per capita		Taxa de invest.	Salários reais Índice 1970 = 100	Pensões previdenciárias em termos reais	Taxa de desemprego		Gastos sociais per cap. 1000 pesos de 1978	Taxa de inflação
	1000 pesos	variação (%)				Aberto	Incluindo PEM(*)		
1970	30,3		20,2(t)	100,0	100,0	5,7	5,7	4,853	36,1
1974	28,9	-0,6	17,4	65,0	59,3	9,2	9,2	5,345	369,2
1975	24,8†	-14,4	15,4	62,9	52,0	14,5	16,8	4,004	343,3
1976	25,2	1,8	12,7	64,7	56,3	14,4	19,4	3,885	197,9
1977	27,2	8,0	9,9	71,4	60,9	12,7	18,5	4,317	84,2
1978	29,0	6,4	14,5	76,0	67,0	13,6	17,9	4,205	37,2
1979	30,8	6,5	15,6	82,3	75,9	13,8	17,6	4,247	38,9
1980	32,7	6,0	17,6	89,4	82,8	12,0	17,3	3,779	31,2
1981	34,0	3,9	19,5	97,7	n.d.	10,8	15,6	4,024	9,5
1982	28,7	-15,5	14,1	97,2	n.d.	20,5	26,3	4,268	20,7

(*) Esta coluna inclui, entre os desempregados, pessoas empregadas pelo Programa de Emprego Mínimo (PEM), um programa de emergência em que os trabalhadores recebem menos de US\$ 30 por mês.

(†) Média para o período 1960-70.

Fontes: Banco Central, *Cuentas Nacionales de Chile*, 1960-1980, INE; Cortázar (1980); Marshall (1981); Cortázar (1982); Ministério da Fazenda, *Exposición Sobre el Estado de la Hacienda Pública* (Escritório da Administração Geral da República).

cada passada deveu-se à ocorrência consecutiva de duas recessões: a primeira, de 1975 a 1976, e, a segunda, que começou em 1981 e continuava com força total em junho de 1983, quando este artigo foi escrito (veja Tabela 2). Entre estas duas recessões, houve um período de recuperação econômica, caracterizado por altas taxas de crescimento do PNB(2). Como em outros países, houve intensos debates sobre as origens dessas recessões e, em particular, sobre a importância relativa do fator externo, isto é, as condições recessivas gerais e presentes na economia internacional durante boa parte dos anos setenta e oitenta e até o momento.

A esse respeito, é interessante comparar o desempenho da economia chilena

com o de outras economias latino-americanas durante o período em questão. Os números da ECLA (Comissão Econômica para a América Latina) mostram que o desempenho da economia chilena esteve abaixo da média, desde os anos setenta, e que as diferenças são mais sensíveis a partir de 1974. Também é evidente que as flutuações no crescimento do PNB *per capita* são muito maiores no Chile do que nos resto da América Latina(3).

As tendências decrescentes do PNB, nos anos em que as condições recessivas externas prevaleceram, também são muito maiores no Chile. Assim, por exemplo, em 1975, o PNB *per capita* teve uma queda de 14,4%, enquanto que na América Latina, como um todo, houve uma alta de

(2) Para uma descrição detalhada dessas fases veja Foxley (1982 e 1983).

(3) Veja ECLA, *Pesquisa Econômica da América Latina*, para o período 1973-81.

TABELA 2

CHILE – CICLOS DENTRO DO PERÍODO RECESSIONÁRIO, 1974-82

Ano	Taxa média de Crescimento do PNB
1960-70	4,2
1970-73	0,5
1974-76	-3,1
1977-80	8,5
1981-82	-4,7

Fonte: Banco Central, *Cuentas Nacionales de Chile*, 1960-1980.

1,1%. Só um outro país, Argentina, apresentou um crescimento negativo nesse ano, mas sua taxa foi de -2,2%, quase um sétimo da retração experimentada no Chile. Algo semelhante aconteceu em 1982 quando, novamente, o Chile registrou a maior retração econômica da América Latina, -15,5%, enquanto que a região como um todo apresentou -3,3%. Além disso, nos anos de recuperação, de 1977 a 1980, a economia chilena mostrou taxas maiores do que as outras, em parte devido às anteriores quedas, mais acentuadas.

O propósito deste estudo não é fazer uma análise exaustiva dos fatores que explicam essas diferenças, mas suas causas derivam principalmente de duas fontes. A primeira é de que o impacto da crise externa no Chile foi provavelmente diferente do sentido por outros países. Esta hipótese implicaria que a alta dos preços das importações, incluindo, evidentemente, o petróleo, e a queda nos preços das exportações teriam atingido o Chile mais profundamente do que os outros países.

Há, certamente, alguns indícios de uma deterioração nas relações de troca do Chile tanto em 1975 como em 1982. Esse fenômeno foi particularmente grave em 1975 devido às condições de preço muito favoráveis que haviam prevalecido no ano imediatamente anterior, quando o preço do cobre teve uma elevação rápida para níveis extremamente altos, enquanto que os preços das importações ainda não ha-

viam apresentado o impacto da alta dos custos de petróleo e outros produtos básicos (estamos nos referindo a 1974). Os ganhos de 1974 foram perdidos em 1975, quando as relações de troca do Chile se alteraram para pior.

A queda nas relações de troca, durante 1975, é nula se comparada com a de 1977; e 3-4% do PIB, se usarmos como base de comparação os preços de 1965 (Contas Nacionais anteriores). Se pensarmos que, durante a expansão de 1974, nenhuma ação anticíclica foi tomada, como, por exemplo, a formação de reservas para contrabalançar futuras quedas nas condições de comércio, o que realmente aconteceu no ano seguinte, isso significa que o ajuste necessário seria um montante equivalente a algo entre 8 e 5% do PIB (combinação do ganho de 1974, que desapareceu no ano seguinte, com a perda de 1975).

Uma política econômica mais prudente teria possibilitado a disseminação desse ajuste ao longo de vários anos. Na verdade, as relações de troca apresentaram uma recuperação já no ano de 1976, de forma que parte do ajuste, se tivesse sido adiado, poderia ter sido evitado⁽⁴⁾. Contudo,

(4) Os números das relações de troca podem ser encontrados no Banco Central do Chile, *Cuentas Nacionales de Chile 1960-1980* (Santiago: 1982).

com a política econômica existente, o ajuste global foi efetuado, em 1975, através de um "tratamento de choque". O resultado foi uma queda muito maior do PNB *per capita* equivalente a -14,4%, como podemos ver na Tabela 1. Em 1982, aconteceu uma reação semelhante contra a deterioração das relações de troca. Uma queda de 2% nestas relações foi acompanhada por uma retração de 15,5% no PNB *per capita* (5). Novamente, esta contração foi bem maior no Chile do que em outros países latino-americanos.

Será que o setor de comércio exterior do Chile é, estruturalmente, mais vulnerável às flutuações dos preços internacionais do que o de outras economias da América Latina? Os números indicam que as condições de troca, no Chile, tiveram uma queda de 40%, na recessão de 1974-75, mas, em outros países da região, como Uruguai e Argentina, o impacto teve a mesma magnitude (um pouco mais forte no Uruguai e um pouco mais fraco na Argentina, se considerarmos o impacto acumulado em 1974 e 1975). Entretanto, o desempenho desses dois países, em termos de crescimento, foi menos negativo do que o do Chile: o Uruguai cresceu 4,5% em 1975, e a Argentina, -2,2%, enquanto que a taxa do Chile foi de -14,4% (6).

Diante desses fatos, pode-se tirar as seguintes conclusões: o fator externo foi importante na recessão que envolveu a economia chilena nos últimos anos, mas a

(5) Outros fatores negativos entraram em ação em 1982, tais como a retração brusca no abundante fluxo de crédito externo disponível para a economia chilena nos anos anteriores.

(6) Números da ECLA, *Pesquisa Econômica da América Latina*, referente ao período 1973-81, e da ECLA, *Balace Preliminar de la Economía Latinoamericana en 1982. Notas sobre la Economía y el desarrollo de América Latina N.º 373*, janeiro de 1983.

razão para boa parte deste fenômeno recessivo foi estritamente interna, isto é, a natureza das políticas escolhidas, no Chile, para executar o ajuste diante dos preços externos adversos. Esta conclusão é justificada pela comparação deste caso com o desempenho de outros países latino-americanos que enfrentaram condições semelhantes.

2. A Recessão e a Política de Ajuste Escolhida: Resultados

(a) Efeitos distributivos

Dado que grande parte do mau desempenho da economia chilena, na última década (como se pode ver na Tabela 1), especialmente a ineficácia de seu ajuste às condições externas negativas, se deu em decorrência da natureza das políticas econômicas executadas, é interessante determo-nos de modo breve, no exame dessas políticas.

Após um golpe militar, no fim de 1973, o Chile adotou uma política de ajuste de natureza estritamente monetarista para solucionar estes desequilíbrios. Estas políticas foram executadas com o zelo e a devoção que se tornaram possíveis pela subida ao poder de um regime autoritário que, por um período de dez anos, garantiu a adoção completa dessas políticas. Portanto, temos um caso que está próximo de ser um "caso puro" de monetarismo na prática. Na opinião dos seus elaboradores, esta política parecia ser a abordagem mais adequada para enfrentar os acentuados desequilíbrios que assediavam a economia desde o início da década de setenta: inflação elevada e déficit no balanço de pagamentos.

Para alcançar esses objetivos, seguiu-se uma política de redução da demanda global que se estendeu por um período de quase dez anos. Com este propósito, reduziram-se drasticamente os dispêndios públicos, os salários reais e a renda da população não-ativa (aqueles que recebem pen-

sões da previdência social). Uma política monetarista de retração foi implementada, mas nem sempre com bons resultados. Simultaneamente, fizeram-se esforços para transferir, para o setor privado, muitas das funções anteriormente exercidas pelo governo, inclusive o fornecimento de serviços sociais básicos de educação, saúde, habitação e previdência social. Ao mesmo tempo, a economia chilena era abruptamente aberta para a economia mundial⁽⁷⁾.

Como resultado da drástica experiência monetarista aplicada, a taxa de inflação foi com sucesso reduzida, como mostra a Tabela 1, mas a economia ficou estagnada: o crescimento *per capita* foi zero, de 1974 a 1982. A taxa de investimento caiu e as condições de vida dos assalariados e dos grupos de renda baixa deterioraram-se violentamente. Os salários reais e as pensões pagas pela previdência social reduziram-se em 40%, se comparadas com um ano normal (1970). Na média, o desemprego (incluindo o Programa de Emprego Mínimo) continuou num nível de cerca de 17% da força de trabalho, uma taxa mais de três vezes maior do que a da década de sessenta. Os dispêndios *per capita* nos setores sociais sofreram uma retração significativa, como se pode ver na Tabela 1 (uma queda de 20% entre 1974 e 1982). Além do mais, o consumo dos grupos de baixa renda também se retraiu, ao contrário do consumo dos grupos de renda alta, como se observa na Tabela 3.

Os defensores da atual abordagem monetarista têm argumentado, repetidamente, que o efeito negativo de algumas variáveis macroeconômicas, nos níveis de renda dos grupos mais pobres, têm sido contrabalançados por um aumento nos gastos dos chamados setores sociais e que se criou uma melhor "rede de segurança" para aqueles que sofrerem uma queda em

suas rendas ou uma deterioração nas suas condições de emprego durante a recessão. Antes de analisarmos este argumento, pode ser útil descrevermos, em linhas gerais e breves, o histórico do papel exercido pelo Estado, no Chile, no que diz respeito ao fornecimento de serviços sociais básicos.

(b) Políticas sociais: contexto histórico

O Chile tem uma longa experiência na implementação de políticas sociais⁽⁸⁾. Desde a década de vinte que o Estado é responsável pela organização da cobertura de necessidades elementares referentes a educação, saúde, nutrição, habitação e previdência social. A partir de meados da década de sessenta, um ímpeto adicional foi dado às políticas sociais destinadas à incorporação de setores rurais e urbanos marginais. Dessa forma, os dispêndios públicos sociais se expandiram e promoveram-se políticas de reforma agrária, formação de sindicatos rurais, associações de bairro nos setores urbanos populares e redistribuição de ativos, de maior concentração na área privada, para o Estado, de modo que as áreas sociais foram beneficiadas.

Um estudo dos últimos anos da década de sessenta revela que os dispêndios públicos foram nitidamente progressivos nesse período. Os gastos sociais beneficiaram a metade mais pobre do país em uma proporção consideravelmente mais alta que a participação desse grupo na renda nacional. Apesar desse estudo mostrar que esses dispêndios poderiam ter sido feitos de forma ainda mais progressiva, ele realizaram basicamente o objetivo inicial de redistribuição de renda e propriedades em favor dos grupos mais pobres (Foxley et al, 1976).

A partir de 1974, com o governo militar e a implementação de políticas mone-

(7) Veja Foxley (1982).

(8) Veja Arellano (1982).

TABELA 3

CHILE – CONSUMO POR FAIXAS DE RENDA(*)

Unidade familiar	1969	1978
20% mais pobres	5.953	4.112
20% média-baixa	9.243	7.354
20% média	12.219	10.754
20% média-alta	16.058	16.527
20% mais ricos	34.857	40.328
Média	15.666	15.815

(*) Média mensal por unidade familiar em pesos de dezembro de 1979.

Fonte: Cortázar (1980), Tabela 2.

taristas, como descrevemos anteriormente, pela primeira vez, desde a década de vinte, ocorreu uma queda substancial nos gastos sociais *per capita*, como iremos discutir mais à frente. Foi este um dos resultados das políticas de estabilização que pretendiam reduzir a demanda através da retração do meio circulante e dos dispêndios públicos.

Segundo a abordagem ortodoxa que predominava no Chile, a melhoria nos setores de baixa renda deveria vir, principalmente, do crescimento econômico e não das políticas de distribuição de renda. Entretanto, reconhecia-se que os programas sociais tinham um determinado papel como corretivos das desigualdades na distribuição da renda nacional.

Os programas sociais, depois de 1973, foram extremamente seletivos. Frequentemente eram realizados em um contexto de retração global dos gastos no setor em questão. Certamente, alguns desses programas não eram novos, mas sim extensões, com algumas alterações, de programas que estavam em ação no país havia muitos anos. As alterações foram feitas para que o caráter anteriormente universal passasse a ser seletivo e para que fossem aumentados os benefícios no caso de grupos de alto risco ou extremamente vulneráveis. Daremos exemplos disso nas próximas seções.

Passando, agora, para os aspectos institucionais, foram realizadas algumas reformas radicais. Por exemplo, foram feitos esforços para permitir que o mercado agisse em setores sociais. Com este propósito, foram introduzidas e postas em ação reformas cujo objetivo era o de incentivar a participação do setor privado nessas atividades. Quanto à previdência social, por exemplo, houve, em 1980, a transição de um sistema de distribuição, administrado por órgãos públicos, para um sistema privado de capitalização no qual os fundos de previdência ficavam nas mãos de empresas financeiras particulares, a AFP (Arellano, 1980, 1981). Na área da habitação, o sistema de habitação subsidiado pelo governo teve seu tamanho reduzido. O setor privado deveria, em princípio, aumentar sua participação nos processos de financiamento, produção e comercialização das habitações prometidas à população com direito às contribuições do Estado (Arellano, 1982; Tagle, 1982).

Na educação, a administração de estabelecimentos escolares primários e intermediários foi transferida para os municípios para se promover uma descentralização das tomadas de decisão. No nível universitário, a taxa de matrícula dos estudantes foi substancialmente aumentada. O sistema de financiamento das universidades pelo Estado foi alterado e, assim, elas passaram a concorrer para obterem as ver-

bas governamentais, tentando atrair os estudantes mais promissores, pelos quais cada universidade recebia uma subvenção (Echeverría e Hevia, 1980; Nunez, 1982).

As reformas no setor de saúde surgiram mais tarde do que as dos outros setores e foram restritas se comparadas com as propostas originais. A partir de 1978, foram feitos esforços para assegurar que a alocação de fundos, entre as unidades de assistência pública, estivesse relacionada, cada vez mais, com a prestação de serviços. Uma proporção dos recursos foi alocada contra a apresentação de uma fatura de assistência já prestada e, para este fim, foram estabelecidos preços administrativos para os diversos serviços de saúde prestados. A partir de meados de 1980, como um projeto pioneiro, as unidades de saúde pública começaram a ser transferidas para os municípios. Além disso, no fim de 1980, autorizou-se que as contribuições compulsórias dos assalariados para o sistema de saúde fossem usadas para se fazer contratos de prestação de assistência à saúde com instituições particulares (ISAPRES), as quais deveriam prestar assistência equivalente à das instituições públicas, com essas contribuições (Raczyński, 1982).

(c) O padrão de dispêndios sociais no período de 1974-82

Como já se mencionou, os defensores da atual abordagem monetarista têm argumentado que havia um crescimento nos dispêndios ao longo desse período, o qual, pretensamente, anularia a queda nos níveis de renda dos grupos mais pobres. Para avaliarmos tal colocação, atualizamos um estudo realizado por Marshall (1981), cujos resultados são apresentados nas Tabelas 4 e 5. A Tabela 4 dispensa explicações mostrando cortes substanciais realizados nos dispêndios sociais: o total *per capita* teve uma queda de 20%, de 1974 a 1982. Além disso, os dispêndios *per capita* com educação diminuíram em 7%,

e os com saúde, em 8%. Os gastos públicos com habitação tiveram uma redução de 75%, de 1974 a 1982. Apenas os dispêndios com "mão-de-obra" apresentaram um grande aumento, refletindo o custo dos subsídios ao desemprego e do Programa de Emprego Mínimo. No entanto, a extensão do seguro contra o desemprego continuou a ser insignificante nesse período. Apenas 15% dos desempregados tiveram direito a esse benefício⁽⁹⁾; em um violento contraste com a situação dos países industrializados.

Um exame dos números referentes ao investimento público nos setores sociais mostra uma situação ainda mais desoladora. As informações pertinentes aparecem na Tabela 5. Os investimentos nos setores sociais caíram 80%, de 1974 a 1982, como se torna evidente através de uma comparação dos níveis de investimento alcançados em cada um desses anos. Em 1982, os investimentos em saúde e educação eram praticamente inexistentes e, em habitação, atingiram apenas 20% do nível de 1974.

3. O Impacto em Crianças e Jovens

As condições econômicas acima mencionadas tiveram certamente um efeito negativo em amplos setores da população. Os números sugerem que o impacto foi mais prejudicial para famílias de baixa renda. De que forma ele afetou os membros mais vulneráveis da família, ou seja, as crianças e os jovens? Este é o tema das próximas seções deste estudo.

Uma advertência deve ser feita neste momento. Devido à natureza da informação disponível, que era ou muito condensada ou muito específica não foi possível obter um quadro global do impacto das condições recessionárias sobre as crianças

(9) Veja Cortázar (1982).

e jovens, apesar de serem predominantes, no Chile, ao longo desses últimos dez anos. Sendo assim, deve-se chamar a atenção para os dois aspectos seguintes: primeiro, é óbvio que tudo que tem um efeito negativo no bem-estar das famílias também provoca uma repercussão semelhante nas crianças e nos jovens. As conclusões da seção anterior, portanto, também podem ser aplicadas às crianças e jovens. Segundo, o impacto discriminatório que as condições recessivas podem ter em relação a crianças e jovens, comparados com outros grupos da população, será influenciado por diversos fatores, em particular o impacto que políticas específicas destinadas às crianças e bebês podem ter na piora ou melhora da situação destes grupos relativamente ao resto da população.

Como se verá nas páginas seguintes, o presente caso de estudo é um caso no qual, apesar de políticas macroeconômicas negativas, o governo implementou políticas especificamente designadas para as crianças, especialmente para aquelas em idade pré-escolar, cujos resultados podem ser considerados bem-sucedidos. A análise estender-se-á principalmente a indicadores relacionados com saúde, alimentação, educação e mão-de-obra, relativos a três grupos etários específicos: crianças em idade pré-escolar (com menos de seis anos); crianças de 6 a 14 anos; e os jovens com idade entre 14 e 24 anos.

(a) Situação da população pré-escolar

(i) Mortalidade infantil e de crianças

Tradicionalmente, as taxas de mortalidade infantil têm sido consideradas como indicadores que refletem a qualidade de vida de uma população. Assim, no caso do Chile, no passado, diversos estudos revelaram uma íntima relação entre fatores econômicos e os riscos de mortalidade infantil. Behm (1962) e Legarreta (1976)

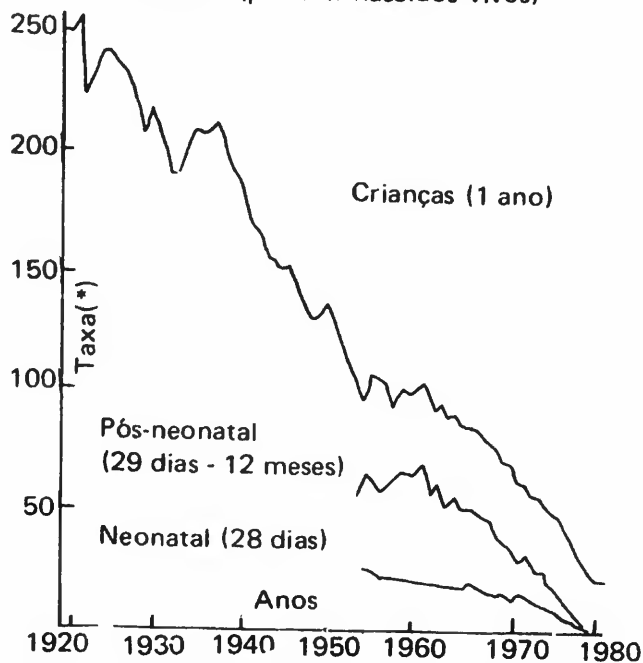
apresentaram provas que mostravam que o risco de morte de uma criança diminuía à medida que o nível sócio-econômico de sua família subia. Além disso, Behm et al (1970) e Boccardo e Corey (1976) detectaram um forte vínculo negativo entre o produto nacional bruto (PNB) *per capita* e a taxa de mortalidade infantil (TMI). Estes autores atribuíram a interrupção da tendência decrescente da TMI, na década de cinquenta, à estagnação da economia chilena nesses anos.

Sob a luz das descobertas mencionadas no parágrafo anterior, a brusca queda do PNB em duas ocasiões, entre 1974 e 1982, que foi acompanhada pela redução dos salários, da oferta de empregos e dos níveis de consumo, parecia vaticinar uma estagnação da tendência decrescente histórica da TMI, mas as estatísticas mostraram que o que aconteceu foi o contrário. Como se pode ver na Figura 1, a queda na TMI tem sido constante e uniforme, desde 1964 até hoje. Esta queda ocorre nos dois componentes nos quais a taxa é geralmente subdividida — natal e pós-natal — não está concentrada em zonas geográficas específicas e ocorre em todas as regiões do país a um mesmo ritmo (Raczynski e Oyarzo, 1981; Oyarzo, 1983). Além disso, tomando-se o nível de educação formal da mãe como algo que represente uma camada sócio-econômica, iremos notar que a TMI diminui em todos os três níveis que os dados nos permitem identificar. A queda é um pouco menor no caso de mães sem instrução, mas, em 1980, elas representavam apenas 3% de todas as mulheres com filhos (veja Tabela 6). A TMI diferencial por camada sócio-econômica foi mantida. Algo semelhante ocorreu com os diferenciais regionais (Oyarzo, 1983).

A taxa de mortalidade de crianças (1-4 anos) decresceu em um ritmo semelhante ao da TMI, em cerca de 60% entre o primeiro e o último ano do período de 1974 a 1981, uma percentagem substancialmente mais alta do que a observada em outros grupos etários.

FIGURA 1

CHILE, TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, 1920-81 (por mil nascidos vivos)



Fontes: 1920-35: Serviços Nacional de Estatística; *Demografia* (1953); 1936-52: Behm (1961); 1952-79: Instituto Nacional de Estatística; *Demografia* (1972-73) e (1979).

(b) Causas de morte na população pré-escolar (10)

Como se pode ver na Tabela 7, no início da década de setenta, o Chile encontrava-se em uma situação em que as principais causas das mortes infantis estavam relacionadas com doenças entéricas, respiratórias ou causadas por má-nutrição e com problemas de parto e perinatais. Causas destas naturezas tornaram-se relativamente raras ao longo do período em questão, enquanto houve um aumento das causas ligadas com anomalias congênitas e enfermidades anóxicas e hipóxicas. Estas últimas são causadas por falta de oxigênio durante o parto e podem ser evitadas desde que se forneça a tecnologia adequada. Podem resultar na morte da criança ou numa lesão irreversível. Acidentes também são algumas das principais causas de morte nesse grupo etário. Através de todo o

(10) É difícil classificar as causas de óbito. Isto se reflete, na percentagem de óbitos, na categoria "sintomas e condições enfermas indeterminadas"

período, quase 5% das mortes de crianças com menos de um ano de idade foram causadas por algum tipo de acidente, violência ou envenenamento.

No grupo com idade entre 1-4 anos, infecções entéricas e respiratórias transmissíveis e má-nutrição foram algumas das principais causas de morte, assim como acidentes, violência e envenenamento. Ao longo do período as doenças tornaram-se menos frequentes e as outras causas mais frequentes, a ponto de representarem perto de 32% de todos os óbitos desse grupo em 1979-80 (veja Tabela 8).

Contudo, essa é uma visão parcial do problema. Na verdade, é um fato conhecido que, em situações onde o risco de morte diminui significativamente e onde, além disso, há um sistema de recuperação da saúde cobrindo a maioria da população, as taxas de mortalidade deixam de ser um indicador adequado do estado de saúde da população e de sua suscetibilidade às doenças. Na verdade, só refletem o máximo risco, isto é, o de morrer. Em outras palavras, para que se pudesse fazer uma estimativa adequada do estado de saúde da população pré-escolar do Chile, seria necessário ter informações mais amplas que incluíssem a tendência de as crianças sobreviventes contraírem moléstias. Portanto, é preciso fazer um exame do padrão de enfermidade no grupo pré-escolar.

(c) Enfermidade da população pré-escolar

Determinar a incidência de doenças que afetam uma população não é uma tarefa fácil. As pesquisas de enfermidade, no Chile, não são contínuas em tempo ou cobertura, e nem mutuamente comparáveis. As estatísticas existentes tornam possível que se estabeleçam indicadores que cubram apenas os seguintes aspectos da enfermidade da criança: estado de nutrição, razões que provocaram a consulta pediátrica, incidência de doenças que de-

TABELA 4
CHILE — DISPÊNDIOS PÚBLICOS SOCIAIS(*)

Ano	Educação		Saúde		Mão-de-obra		Habitação		Outros		Total	
	Total	per capita	Total	per capita	Total	per capita	Total	per capita	Total	per capita	Total	per capita
1969	16.581	1.803	11.303	1.229	180	20	13.102	1.424	385	42	41.551	4.517
1970	18.586	1.990	13.016	1.394	168	18	12.972	1.389	588	63	45.330	4.853
1974	21.344	2.129	13.511	1.348	146	15	18.197	1.815	394	39	53.592	5.345
1975	16.722	1.640	10.805	1.060	1.824	179	11.061	1.083	418	41	40.830	4.004
1976	16.972	1.636	9.674	933	4.734	456	8.057	777	856	83	40.293	3.885
1977	18.434	1.747	11.250	1.066	4.272	405	10.244	971	1.348	128	45.548	4.317
1978	19.721	1.837	12.979	1.209	3.350	312	7.929	739	1.158	108	45.137	4.205
1979	20.479	1.876	13.032	1.194	3.055	280	8.219	753	1.586	145	46.371	4.247
1980	18.595	1.675	11.207	1.009	3.286	296	7.358	663	1.522	137	41.968	3.779
1981	21.120	1.870	13.317	1.179	2.510	222	6.215	550	2.285	202	45.447	4.024
1982	22.782	1.983	14.207	1.237	5.177	451	4.811	419	2.054	179	49.031	4.268

(*) Milhões de pesos de 1978.

Fontes: Marshall (1981); Escritório da Administração Geral da República, Estado de Ejecución Presupuestaria del Sector Público; INE, Proyección de Población total del país por sexo, según edades 1970-2000 (julho de 1980)

TABELA 5
CHILE — INVESTIMENTOS PÚBLICOS, SETORES SOCIAIS(*)

	1969	1970	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Total dos investimentos públicos	26.082,4	27.830,0	40.198,0	20.838,0	15.390,7	17.189,0	14.097,9	17.349,1	15.174,6	15.187,1	11.128,1
Investimentos											
— setor social	13.610,3	12.929,2	19.220,2	10.381,5	7.105,9	8.999,4	5.955,8	7.397,8	7.147,9	5.062,9	3.663,3
— educação	2.477,6	2.016,0	1.419,3	1.059,0	595,5	891,5	824,3	872,9	460,6	384,5	124,6
— saúde	1.166,5	1.193,2	1.490,4	661,4	445,9	215,4	275,6	362,5	245,9	383,5	365,6
— mão-de-obra	21,3	14,3	0,2	0,2	1,2	3,6	1,1	12,0	8,5	1,1	3,4
— habitação	9.920,8	9.662,2	16.296,9	8.657,0	6.057,4	7.822,0	4.835,6	6.130,6	6.432,3	4.289,6	3.167,8
— outros	24,4	43,5	12,4	3,9	5,9	66,9	19,2	19,8	0,6	4,2	1,9

(*) Milhões de pesos de 1978.

Fontes: Marshall (1981); Escritório da Administração Geral da República, Estado de Ejecución Presupuestaria del Sector Público.

TABELA 6

CHILE – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR NÍVEL DE INSTRUÇÃO DA MÃE(*)

Ano	TMI (≠) (c/ menos de 1 ano)	TMC (§) (1-4 anos)	Instrução da mãe (†)			
			nenhuma	primária	intermediária e superior	todas
1970	82,2	3,444	164,8	86,7	41,9	82,2
1971	73,9	2,972	155,5	76,6	41,5	73,9
1972	72,7	2,874	153,9	76,8	41,3	72,7
1973	65,8	2,380	144,6	70,1	38,2	65,8
1974	65,2	2,614	157,3	68,0	38,5	65,2
1975	57,6	2,215	133,5	60,7	37,4	57,6
1976	56,6	2,103	136,5	60,3	38,1	56,6
1977	50,1	1,695	133,2	54,3	32,6	50,1
1978	40,1	1,605	97,4	43,6	28,2	40,1
1979	37,9	1,489	107,9	41,7	26,2	37,9
1980	33,0	1,240	95,2	36,8	23,8	33,0
1981	27,0	1,131	75,3	24,8	16,8	27,0

(*) Taxa por 1000 nascidos vivos. Os nascimentos de cada nível de instrução da mãe foram ajustados pelo fator de omissão do cartório de registro (registry omission factor) determinado pelo INE em 5%. Para as taxas de nascimento e óbitos de 1970-80, nas quais não se conhecia o nível de instrução da mãe, foi feita uma distribuição segundo os dados conhecidos. Quanto às de 1981, elas tiveram que ser incluídas na categoria "sem instrução"

(†) Em 1970, 8,9% das mães que deram à luz não tinham instrução formal, 66,9% tinham um ou mais anos de instrução intermediária ou superior. Em 1980, essas percentagens, respectivamente, foram de 2,7, 56,0 e 41,3.

(≠) Por 1000 nascidos vivos.

(§) Dados provisórios para 1000 habitantes cuja idade varie entre 1 e 4 anos.

Fonte: INE, *Anuário de Demografia* de cada ano.

vem ser notificadas e enfermidade hospitalar.

(i) Estado de nutrição

As estatísticas oficiais indicam uma queda nos índices de desnutrição para a população com menos de seis anos de idade para o período que se estende de 1975, o primeiro ano em que há informação disponível, até 1982 (veja Tabela 9). A informação foi compilada para todas as crianças de menos de seis anos sob controle nos estabelecimentos do Ministério da Saúde. O número delas ultrapassou um milhão, em todos os anos do período e representa, aproximadamente, 70-75% da população com menos de seis anos do país(11).

Os dados na Tabela 9 revelam um aumento na desnutrição em 1976, comparado com 1975, que diminui constantemente nos anos seguintes(12). Esta queda, como veremos mais tarde, é o resultado de um programa de nutrição extremamente seletivo cujo objetivo era detectar pre-

(11) Segundo um estudo realizado por uma firma de consultoria, o Serviço Nacional de Saúde, em 1968, no Chile, cobria 80% das crianças com menos de seis anos em cidades com mais de 100.000 habitantes, aproximadamente 84% de outras cidades e quase 97% das áreas rurais. Estas percentagens foram coletadas apesar das dificuldades de acesso e das características longínquas dos centros de saúde (Inual, 1978).

TABELA 7

CHILE – PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO NA POPULAÇÃO
COM MENOS DE UM ANO DE IDADE (*)

Causa da morte (†)	1972-73	1975-76	1977-78	1979-80
Enterite e outras moléstias diarréicas		10,9	10,7	6,9
Outras moléstias bacterianas	5,2	7,5	6,7	6,2
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	4,1	4,6	3,9	2,4
Meningite	2,0	2,2	1,6	1,2
Outras pneumonias	25,7	20,5	16,8	16,3
Anomalias cardíacas congênitas	1,9	2,4	3,4	4,9
Outras anomalias congênitas	2,6	3,8	4,2	6,3
Lesões de parto e partos hipóxicos	4,3	4,0	3,4	2,9
Doenças anóxicas e hipóxicas	11,3	13,3	17,5	21,8
Outras causas de enfermidade perinatal e mortalidade	16,4	12,6	7,8	7,4
Sintomas ou condições indeterminadas	2,1	7,2	14,4	12,4
Causas externas: acidentes e violência	4,8	2,9	3,5	4,9
Outras causas	5,9	8,1	6,2	6,4
Total de óbitos de crianças com menos de 1 ano	18.628	14.045	10.332	8.528

(*) Percentagem de todos os óbitos de crianças com menos de um ano em cada biênio.

(†) Classificação internacional, lista intermediária de 150 causas. Foram identificadas todas as causas nas quais, durante um ou mais biênios, a morte de crianças com menos de doze meses excedeu a 2%.

Fonte: INE, *Anuário de Demografia*, de cada ano.

cocemente as crianças com algum grau de desnutrição.

(ii) Indicadores de enfermidade: doenças que devem ser notificadas

No Chile, doenças infecciosas transmissíveis (febre tifóide e paratifóide, escarlatina, difteria, coqueluche, poliomielite, sarampo, meningite, carbúnculo, tifo) devem ser notificadas. Assim, há um sistema de coleta de informações que é útil para se detectar tendências a essas doenças.

Essas moléstias são registradas com referência a toda a população, sem distinção de idade. Contudo, algumas delas atingem principalmente crianças com menos de

quinze anos de idade, particularmente aquelas com idade entre 6 e 12 anos incluindo-se aí, portanto, as crianças em idade pré-escolar. As moléstias em questão são, basicamente, doenças como sarampo, coqueluche, difteria e poliomielite, que podem ser prevenidas através de vacinação. A enfermidade referente a estes casos variou consideravelmente de ano para ano. Isso se refletiu em erupções sucessivas, as quais foram seguidas por campanhas de vacinação. Dessa maneira, a vacinação referente às crianças com menos de quinze anos de idade cresceu substancialmente, de 1974 a 1976, depois diminuiu e voltou a subir em 1982. Não há, portanto, nenhuma tendência discernível nesse indicador⁽¹³⁾. Contudo, essa conclusão deve ser vista com cuidado porque dá um qua-

(12) O número para 1982 é provisório. Este fato coincide com números não-oficiais, que não podem ser verificados, no sentido de que está se revertendo o progresso neste indicador.

(13) Veja Ministério da Saúde, *Anuário de Enfermidades de Notificación Obligatoria*, para os anos de 1970 a 1982.

dro parcial e incompleto da situação. Como se verá mais adiante, houve doenças que são de notificação obrigatória e que, realmente, mostraram uma alta brusca durante o período, a saber, aquelas indicadoras de deterioração de sanidade básica e da qualidade da nutrição, como tifoide e hepatite. Essas doenças também atingiram crianças em idade pré-escolar mas muito menos freqüentemente do que atingiram os estudantes adolescentes e os adultos.

(iii) Enfermidade envolvendo hospitalização

Infelizmente, as estatísticas hospitalares, no Chile, estão longe de serem atualizadas. O último anuário de altas de hospitais é de 1975. Os números subsequêntes restringem-se apenas aos dados sobre número de leitos e percentagem de leitos ocupados. Uma comparação entre a hospitalização de crianças de menos de cinco anos, em 1975, com os números referentes a 1970, mostra um aumento de 35% na taxa de hospitalização, a saber, de 101 para cada 1000 crianças de menos de cinco anos, em 1970, para 136, em 1975(14).

É importante que se enfatize que a taxa de hospitalização subiu e que as razões da hospitalização seguiram padrões diferentes daqueles das causas de mortes. Na verdade, a queda anteriormente observada na taxa de mortalidade, referente a doenças respiratórias e perinatais, não foi acompanhada por uma queda equivalente na enfermidade envolvendo hospitalização para essas doenças.

(iv) Consultas pediátricas

Nas estatísticas de saúde, do Chile, as consultas pediátricas são classificadas como consultas referentes a crianças com menos de quinze anos de idade. Não é

possível separarmos as consultas de crianças pré-escolares, mas a informação disponível mostra que as consultas pediátricas médicas devidas a enfermidades aumentaram em 40% entre 1974 e 1982(15). Infelizmente, as razões das consultas são desconhecidas. Um aumento no número de consultas pode ser devido tanto a uma maior incidência de doenças entre a população, quanto a uma maior prestação de assistência.

Contudo, o atendimento não parece ter crescido. O número de horas de consultas permaneceu constante, como se verá mais adiante. A demanda cresceu substancialmente e foi coberta pelo mesmo número de horas de consultas médicas. Este aumento da demanda ocorreu, especialmente, com respeito a enfermidades. A informação é compatível com a hipótese de que houve uma alta na incidência de doenças nesta camada da população no período entre 1974 e 1982(16).

Resumindo, as estatísticas sugerem que no período 1974-82, houve uma queda contínua e constante na mortalidade infantil e de crianças de 1 a 4 anos apesar da deterioração econômica e dos baixos níveis de vida. Os diversos indicadores de enfermidade referentes a essa população sugerem uma deterioração contra a qual, aparentemente, foram tomadas medidas

(15) Ministério da Saúde, Anuario de Recursos y Atenciones, anos 1970-82.

(16) Como uma hipótese alternativa, a incidência de doenças poderia ser equivalente, mas uma percentagem maior delas receberia atenção médica através de consultas pediátricas. Não é evidente o porquê dessa mudança no comportamento da população, principalmente porque estava havendo um controle rigoroso, durante esse período em estudo, daqueles com direito a assistência gratuita e daqueles com menos direitos. Em diversas ocasiões houve acusações nos meios de comunicação de massa, afirmando que pessoas com direito à assistência gratuita tinham tido que pagar pelos serviços médicos (Raczynski, 1982).

(14) Chile, Ministério da Saúde, Anuarial de Egresos Hospitalarios 1975.

paliativas ou de controle (p. ex. assistência aos desnutridos e vacinações).

(d) Por que a taxa de mortalidade infantil caiu no Chile? (17)

A taxa de nascimentos no Chile caiu significativamente entre o primeiro e os últimos anos do período. Em 1975, 1976 e 1977, o número de nascimentos diminuiu em termos absolutos⁽¹⁸⁾. A partir de 1978, houve uma ligeira recuperação, que foi particularmente forte entre 1979 e 1981, depois do que, a taxa praticamente estagnou (diminuiu apenas levemente). Durante o período que estamos examinando, parece ter havido uma relação próxima entre o ciclo econômico e o padrão de fertilidade da população chilena.

A queda no número de nascimentos tem, pelo menos, um efeito duplo no risco de morte da população: (i) facilitou a assistência profissional antes, durante e depois do parto por minorar a pressão sobre os recursos obstétricos e pediátricos do sistema de saúde; e (ii) as quedas no número de nascimentos e na taxa de nascimentos estão ligadas a alterações nos padrões de nascimento, no sentido de que os nascimentos estiveram concentrados, em grande parte, em camadas demográficas e sociais com um risco de morte mais baixo.

O primeiro desses pontos será examinado na seção sobre recursos e atendimentos de saúde prestados à população pré-escolar. Quanto ao segundo, pode-se observar que, concomitantemente com a queda no número de nascimentos, houve uma concentração de nascimentos entre as mães

(17) Esta seção recorre com grande intensidade a Raczynski e Oyarzo (1981).

(18) Isso também aconteceu no passado (entre 1965 e 1970) como resultado da implementação de um extenso programa de planejamento familiar. Para consultar estatística sobre taxas de nascimento, procure INE, *Anuario de Demografía*, publicado anualmente.

de 20 a 34 anos, em ordens de nascimento menores (um número maior de primeiros e segundos filhos) e entre mães com instrução intermediária e/ou superior. Cada uma dessas camadas implica, por razões biológicas e/ou culturais, um risco de morte menor para o recém-nascido.

Estimativas dos impactos que essas mudanças causaram na distribuição de nascimentos e na queda da TMI chilena, durante o período, nos levam a concluir que aproximadamente 25% dessa diminuição pode ser atribuída a essas mudanças, sendo que as relacionadas com o nível de instrução das mães são as que exerceram maior influência (Raczynski e Oyarzo, 1981; Taucher, 1982). As mudanças nas distribuições de nascimento também contribuíram para a queda da TMI nos anos que precederam o período examinado. Portanto, não eram fatores novos. O que é específico no período 1974-82 é a influência da recessão no número de nascimentos. Como já foi anteriormente salientado, o número de nascimentos mostrou-se sensível aos ciclos recessivos, diminuindo mais acentuadamente durante esses períodos.

Fizemos a avaliação desse impacto tanto para o primeiro ciclo recessivo da economia (1975-76) como para o período de recuperação imediatamente consecutivo (1977-80). Nossas averiguações mostraram que o impacto das mudanças no padrão de nascimento na TMI foi realmente forte nos ciclos recessivos. A instrução explicaria 24% da queda da TMI entre 1974 e 1977, e apenas 21%, entre 1977 e 1980. A ordem de nascimento, por sua vez, explicaria 9%, no primeiro subperíodo, e 3% no segundo⁽¹⁹⁾.

Outro fator que influenciou a redução da TMI está relacionado com o papel do Estado. O forte ímpeto dado pela intervenção estatal nos setores sociais, que

(19) Para a metodologia veja Raczynski e Oyarzo (1981).

TABELA 8

CHILE – PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE NA POPULAÇÃO ETÁRIA DE 1-4 ANOS(*)

Causa da morte (†)	1972-73	1975-76	1977-78	1979-80
Enterite e outras doenças diarréicas	8,3	5,9	6,2	4,7
Outras doenças bacterianas	1,6	2,6	2,2	2,1
Sarampo	1,6	2,2	0,7	1,8
Avitaminoses e outras deficiências nutricionais	3,3	4,3	3,5	2,8
Meningite	3,5	3,7	4,5	3,4
Outras doenças do sistema nervoso e sensorial	2,0	2,0	1,2	2,2
Outras formas de doenças cardíacas	1,5	1,8	2,4	2,4
Infecções respiratórias agudas	2,2	1,9	2,1	2,1
Outras pneumonias	26,4	19,8	14,0	12,9
Condições e sintomas de enfermidade indeterminada	7,9	13,0	14,7	13,8
Causas externas: acidentes e violência	21,7	22,0	27,6	31,8
Outras causas	20,0	20,8	20,9	20,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Óbitos totais na população etária de 1-4 anos	2.594	2.165	1.644	1.347

(*) Percentagem dos óbitos totais neste grupo etário por cada biênio.

(†) Classificação internacional, lista intermediária de 150 causas. Foram identificadas todas as causas que, durante um ou mais biênios, excederam 2% como responsáveis das mortes no grupo etário populacional de 1 a 4 anos.

Fonte: INE, *Anuário de Demografia*, de cada ano.

TABELA 9

CHILE – ESTADO DE NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS (COM MENOS DE 6 ANOS) SOB SUPERVISÃO DOS ESTABELECIMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (*)

Ano	N.º de casos examinados (milhares)	Percentagem de desnutridos			
		Total	Leve	Moderada	Avançada
1975	1.015	15,5	12,1	2,7	0,7
1976	1.048	15,9	12,1	3,0	0,8
1977	1.071	14,9	11,9	2,5	0,5
1978	1.048	13,0	10,8	1,8	0,3
1979	1.023	12,2	10,4	1,6	0,2
1980	1.048	11,5	10,0	1,4	0,1
1981	1.063	9,9	8,7	1,1	0,1
1982(†)	1.161	8,8	7,8	0,9	0,1

(*) Informação disponível apenas a partir de 1975.

(†) Número provisório, Departamento de Estatística, Ministério da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, *Recursos y Atenciones* (cada ano).

existiam no Chile desde o início do século, levou à criação, no setor de saúde, de um sistema de assistência com base no Serviço Nacional de Saúde, um órgão público, com estabelecimentos de complexidades diversas, que variavam desde os postos rurais até o hospital especializado com tecnologia sofisticada. Isso permitiu uma ampla cobertura de assistência à saúde da população, especialmente o desenvolvimento do programa de assistência à saúde da mãe e do filho, com evidentes avanços nesse terreno e no combate aos problemas de nutrição e doenças entéricas e respiratórias.

Embora se reconheça que o sistema sofria certas ineficiências, concorda-se em que ele contribuiu significativamente para a melhoria da situação da saúde da população, especialmente no que diz respeito à assistência à mãe e ao filho. Também é geralmente aceito que ele beneficiou particularmente os grupos de rendas mais baixas⁽²⁰⁾. Este sistema de saúde pública, organizado em nível nacional, foi a pedra fundamental que tornou possível a redução dos riscos de morte da população pré-escolar no período 1974-82, como veremos adiante.

(i) Recursos do setor de saúde pública

Como foi assinalado na Seção 2, a profunda recessão econômica de 1975-76 foi acompanhada por um drástico corte de despesas públicas em cada um dos setores sociais.

A Tabela 10 mostra a evolução dos dispêndios públicos com saúde. Só em 1981, ele alcançou o nível de 1974. No que se refere à população total do país,

mesmo os gastos públicos com saúde em 1982, foram abaixo do nível de 1974. A queda foi especialmente acentuada em 1975-76. A partir de então, houve uma recuperação, seguida por uma queda adicional em 1980, o ano em que a lei que mudava drasticamente a estrutura do sistema entrou em vigor, encerrando o Serviço Nacional de Saúde e estabelecendo 27 serviços de saúde, descentralizados regionalmente.

A Tabela 10 mostra também mudanças na alocação de gastos públicos com saúde. Em 1974, 39% referiu-se a gastos com pessoal, 27% a gastos operacionais ligados à compra de materiais, e 11% a investimentos. Em 1975, os números foram 41,21 e 6%, respectivamente. Em outras palavras, durante o primeiro ciclo recessivo houve um corte substancial nos dispêndios públicos do setor saúde para investimentos e gastos em compras de fornecimentos essenciais para a operação do sistema.

Além disso, os investimentos não se recuperaram nos anos seguintes examinados por este estudo. Ao contrário, continuaram a diminuir até permanecerem em 3% dos gastos públicos com saúde, a partir de 1979. Esta percentagem, equivalente a cerca de 350 milhões de pesos (a preços de 1978), era somente 25% da quantia investida nos primeiros anos da década. Os gastos com pessoal também sofreram uma retração no primeiro ciclo recessivo, recuperaram-se e caíram novamente com as flutuações após 1980. O padrão de gastos para a compra de materiais foi semelhante: em nenhum ano do período voltaram a alcançar o nível de 1974.

A escassez de investimentos no setor e o corte nos dispêndios para a compra de materiais muito provavelmente levaram a uma deterioração da infra-estrutura do setor de saúde e de seus equipamentos e, conseqüentemente, na qualidade da assistência. Isso foi corroborado pelas frequen-

(20) Vários estudos tratam desse tema. Veja, *inter alia*, os estudos de Medina (1977) e Kaempffer (1977), Romero e col. (1976), Jimenez et al. (1977), Arellano (1976) e Foxley e col. (1979) na *Revista Médica de Chile*.

TABELA 10

CHILE – DISPÊNDIOS PÚBLICOS EM SAÚDE, VOLUME E APLICAÇÕES(*)

Ano	Total (t)	Operacional		Investimento real
		Funcionários	Abastecimento	
1969	11.302	4.778	2.931	1.666
1970	13.016	4.878	3.063	1.193
1974	13.511	5.302	3.635	1.490
1975	10.805	4.428	2.255	661
1976	9.674	4.318	2.135	445
1977	11.250	4.677	2.373	215
1978	12.979	5.166	3.091	276
1979	13.032	5.046	2.839	362
1980	11.207	4.164	3.357	246
1981	13.317	4.477	2.663	383
1982	14.207	4.185	3.654	366

(*) Milhões de pesos de 1978.

(t) Incluindo custos operacionais, de investimento e de transferência.

Fontes: 1969-79: Marshall (1981); 1980-82: Escritório da Administração Geral da República, *Estado de Ejecución Presupuestaria del Sector Público*.

tes queixas sobre esse tema, durante todo o período, por médicos e outros funcionários graduados do setor (Raczynski, 1982).

Devido à diminuição do investimento em saúde, na extensão indicada, foi possível manter o nível dos serviços de saúde, durante um curto prazo, às custas dos programas de equipamento, manutenção e expansão da capacidade instalada. O corte nos salários reais dos funcionários empregados no setor também ajudou nesse sentido. Deve-se notar que no setor de saúde, cerca de 40% dos dispêndios são tradicionalmente usados para pagar os salários dos funcionários.

(ii) Prioridades da política de saúde

A política de saúde durante esse período mostra, com referência aos anos 1975-76, uma grande concentração na assistência básica de mães e recém-nascidos. Foi dada prioridade máxima para a expansão de programas de controle de saúde de

crianças e mulheres grávidas e para programas de intervenção nutricional⁽²¹⁾. O plano de saúde pública foi, portanto, extremamente seletivo.

As informações disponíveis sobre a implementação desta política indicam que realmente houve uma concentração dos recursos na assistência a mães e recém-nascidos. Assim, durante todo o período, as consultas médicas obstétricas e as consultas de recém-nascidos expandiram-se de forma contínua e constante. A percentagem de nascimentos com assistência profissional no momento do parto e o fornecimento de leitos em clínicas obstétricas aumentaram⁽²²⁾.

(21) Diversos documentos procedentes do Governo, do Ministério da Saúde e da ODEPLAN colocaram esta prioridade. Veja, *inter alia*, Ministério da Saúde (1977), os diversos relatórios sociais da ODEPLAN e COMPANINTA (1978).

(22) Veja Ministério da Saúde, *Anuario de Recursos y Atenciones*, disponíveis para cada ano.

A situação dos recursos e serviços médicos pediátricos diferiu da das mães e recém-nascidos. As informações sugerem que houve um decréscimo no número de horas médicas destinadas à pediatria. Além disso, o número de leitos hospitalares nesta área especial permaneceu quase constante (23).

Da mesma maneira, o fornecimento de recursos para assistência à criança parece ter permanecido relativamente estável, enquanto que as consultas médicas aumentaram constantemente a partir de 1976, depois de uma diminuição de 7%. Entre 1975 e 1981, cresceram 22%. Como foi dito anteriormente, as consultas médicas que mostraram maior expansão foram as relacionadas a enfermidades.

Os resultados de uma pesquisa realizada em uma amostra representativa de lares da Grande Santiago, em 1978, sugerem que os recursos médicos pediátricos disponíveis beneficiaram, particularmente, a população pré-escolar. Os resultados dessa pesquisa indicam que a ausência de assistência médica foi exceção no caso de bebês ainda em fase de amamentação e de crianças pré-escolares, mesmo entre aqueles de nível sócio-econômico baixo, que tinham uma maior incidência anual de doenças (Kaempffer e Medina, 1980).

(iii) Programas de nutrição e alimentação

Foram implementados diversos programas de nutrição e alimentação. Alguns deles estavam operando desde a década de cinquenta, no Chile.

Programa Nacional de Alimentação Suplementar (PNAC). De 1971 a 1974, este programa distribuiu leite para todas as crianças com menos de quinze anos e para mulheres grávidas e amas-de-leite. A partir de 1975, foram excluídas as crianças de 6

a 14 anos. Além disso, a qualidade (conteúdo de proteínas) dos gêneros alimentícios distribuídos foi mudada (24) e a tonelagem do leite e/ou misturas protéicas aumentou. Para as mulheres grávidas, o aumento foi contínuo até 1982, estagnou a partir de 1979 em relação a mães que amamentavam e amas-de-leite, e diminuiu para crianças com idade entre 2-5 anos, a partir de 1977 (25).

Covarrubias e Torche (1980) realizaram uma estimativa econômica do PNAC e concluíram que o programa contribuiu para uma melhoria no estado nutricional dos beneficiados que pertenciam aos lares de níveis sócio-econômicos mais baixos (os 40% mais baixos da população). Isso é confirmado pelo fato de que houve um efeito favorável no peso de crianças no momento do parto e na possibilidade de sobrevivência após o primeiro ano de vida.

Como o alimento fornecido pelo PNAC era distribuído principalmente nos centros de assistência do setor de saúde pública e como, para obtê-lo, era compulsória a passagem por uma triagem de saúde feita por

(24) A contribuição calórica do PNAC, apesar de melhor que no passado, continuava abaixo do nível recomendado pela FAO/OMS. Aparentemente, chegava a 75% do padrão para crianças com menos de seis anos, 33% para bebês de 6-23 meses, 15% para crianças em idade pré-escolar e 78% para mulheres grávidas. A contribuição protéica, expressa da mesma maneira, mostrava uma cobertura excessiva do grupo de crianças com menos de dois anos (223% daquelas com menos de seis meses, 105% para aquelas entre 6 e 23 meses) e alcançou 34% para as crianças em idade pré-escolar e um pouco acima de 50% para mulheres grávidas e amas-de-leite. Veja González et al (1980). Deve-se notar que outros estudos chegaram a números bem diferentes no que se refere às contribuições calóricas e protéicas do PNAC (Inual, 1977, Tabela 2; Covarrubias e Torche, 1981, Tabela 1).

(23) Ministério da Saúde, op. cit.

(25) Ministério da Saúde, op. cit.

enfermeiras, parteiras e/ou assistentes de saúde, o programa também auxiliou na detecção precoce de doenças.

Programa de Orientação Nutricional para Crianças Deficientes (OFASA). Este programa, lançado em 1976, forneceu alimentos e educação nutricional adicional para famílias sob a supervisão do Serviço Nacional de Saúde, cujos membros, na verdade, incluíam crianças mal nutridas com menos de seis anos de idade (grau 1, 2 ou 3). Por um período de seis meses, estas crianças receberam leite e/ou substitutos de leite que, segundo os estudos existentes, destinaram-se a elevar a contribuição de alimentos do PNAC em 50% no caso de bebês com menos de um ano e, em 100%, no caso daqueles com mais de um ano (Inual, 1977). O volume de alimentos distribuídos por este programa aumentou consideravelmente em 1977 em relação ao de 1976, caiu em 1978 e subiu de modo constante a partir de 1978, até 1982(26).

Um estudo avaliando o impacto desse programa no estado nutricional das crianças mostra uma percentagem de reabilitação variando de 30 a 40% no caso de desnutridos leves, e de 60 a 70% no dos moderados ou gravemente desnutridos (graus 2 e 3). Na grande maioria dos casos, a reabilitação ocorreu durante o primeiro trimestre do programa, e, como era de se esperar, foi menos marcante e mais lenta no caso dos desnutridos crônicos do que no dos recentemente desnutridos(27).

Programa de Reabilitação Nutricional Fechada (CONIN). Este programa foi lançado como um projeto pioneiro entre agosto de 1975 e o final do mesmo ano. Seu objetivo era o de eliminar a desnutrição (graus 2 e 3) que, aparentemente, afetava um pequeno número de crianças

mas era um item muito caro para os serviços de assistência de saúde. Segundo um estudo diagnóstico executado com relação a 1975, as crianças com desnutrição profunda (grau 3), no Chile, eram aproximadamente 8200(28), todas com menos de dois anos e 73% com menos de seis meses. A maioria delas já havia passado por diferentes centros hospitalares com diagnósticos de diarreia aguda, perda de líquidos (desidratação) e broncopneumonia.

Para a reabilitação das crianças sofrendo de desnutrição profunda e para aquelas com desnutrição moderada e um alto risco de caírem em um estado de desnutrição profunda, a Associação para a Nutrição Infantil (CONIN) foi estabelecida. Ela criou um sistema de centros de reabilitação para os desnutridos nos quais as crianças permaneciam até estarem totalmente recuperadas. A avaliação do plano pioneiro, de 1975 a 1977, mostrou resultados positivos em termos de reabilitação nutricional e psicomotora, mortalidade e incidência de enfermidade infecciosa. Também mostra que os níveis de reabilitação

(26) Ministério da Saúde, op. cit.

(27) Inual (1977). Este estudo também detecta variações significantes entre uma clínica e outra sobre a percentagem de reabilitação de crianças desnutridas e do número de crianças retiradas do programa. Aparentemente, havia uma relação entre a frequência das doenças e o estado de nutrição da criança, que era característica da equipe de saúde e de sua relação com a comunidade. A relação entre o estado de nutrição das crianças e a duração das doenças era, contudo, negativa. Finalmente, o estudo mostra que diferentes gêneros alimentícios com a mesma composição calórica/protéica têm efeitos diferentes no estado de nutrição das crianças, revelando, assim, que a apresentação e textura do gênero alimentício são fatores importantes no que se refere à sua aceitação e consumo real pelas crianças.

(28) Segundo as estatísticas do Serviço Nacional de Saúde, havia 7105 crianças desnutridas (grau 3), com menos de seis anos, em 1975 (Tabela 5).

de crianças tratadas nos centros foram mantidos depois de um período de observação de sete meses.

O programa foi implementado em nível nacional, em 1977. Em 1982, havia 28 centros pelo país com uma capacidade aproximada de 1200 leitos. Entre 1978 e 1982, um total de 12424 crianças de até dois anos de idade foram atendidas por esses centros, das quais 49% deram entrada com um diagnóstico de desnutrição profunda e o resto com desnutrição moderada (grau 2). A história familiar destas crianças mostrou que elas pertenciam aos setores mais pobres do país: 54% tinham mães analfabetas, os pais de 92% das crianças estavam desempregados ou eram trabalhadores temporários ou autônomos, e 92% estavam vivendo em condições habitacionais inadequadas (Monckeberg e Riumalló, 1981; Monckeberg, sem data). A mortalidade entre as crianças do programa foi de apenas 3%; 77% receberam alta completamente recuperadas (Tabela 11). Cerca de 78% das crianças que receberam alta continuaram a seguir os programas de supervisão e mantiveram um estado de nutrição normal. Apenas cerca de 18% passaram por uma leve recaída (Monckeberg e Riumalló, 1981).

Parece, pelo que foi dito, que todos esses programas de intervenção de nutrição seletiva foram relativamente bem-sucedidos. Uma característica interessante dos programas é o fato de que se complementaram entre si. O PNAC ajudou a aumentar o fornecimento de calorias e proteínas para crianças com menos de seis anos, o programa OFASA significou um aumento adicional para crianças realmente subnutridas, e, por último, o programa CONIN recolheu e garantiu a reabilitação de crianças que, apesar dos outros programas, continuavam a sofrer uma deficiência.

Em dezembro de 1982, foi formulado

um novo programa para substituir o PNAC. O novo programa, denominado Programa de Alimentação para o Controle da Desnutrição Infantil (PRACODIN), tinha como objetivo distribuir leite e outros produtos alimentares para crianças com menos de seis anos e para mulheres grávidas, dependendo da vulnerabilidade delas e de seus riscos de subnutrição. O insumo calórico-protéico deveria aumentar com o grau de vulnerabilidade e risco. Em janeiro de 1983, foi adiado o lançamento desse programa e o PNAC continua com sua população beneficiária, mas a entrega mensal de alimentos para a população pré-escolar foi reduzida⁽²⁹⁾.

Resumindo, pode-se concluir que os programas de saúde tinham como objetivo principal a mãe e os filhos e que constituíram-se em experiência positiva. Provavelmente, eles diminuíram a velocidade do aumento dos riscos de morte da população pré-escolar que poderia ter resultado das políticas recessionárias e que tendiam a empobrecer ainda mais os setores mais pobres. Outro fator que ajudou a atenuar o impacto da recessão nas crianças foi a queda na taxa de nascimento. Estas alterações envolveram uma maior concentração de nascimentos em camadas sócio-econômicas menos propensas à mortalidade infantil.

(29) Segundo informações surgidas na imprensa, problemas orçamentários globais estavam impedindo a implementação do novo programa. Além disso, apesar dos números oficiais sobre desnutrição terem se tornado confidenciais e serem desconhecidos, informações não-confirmadas sugerem uma estagnação dos índices de desnutrição da população referentes aos primeiros meses de 1983. Se for esse o caso, terá sido uma consequência natural da retração econômica, que se tornou mais acentuada com a crise econômica de 1982, no Chile, e que atingiu profundamente todos os programas, inclusive programas de nutrição, a partir do início de 1983.

TABELA 11

CHILE – NÚMERO DE CENTROS DE REABILITAÇÃO E DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO CONIN

	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Número de centros	11	18	25	27	28	28
Entrada		1.468	2.468	2.715	2.741	3.032
- profundamente desnutridos		938	1.330	1.366	1.264	1.152
- moderadamente desnutridos		530	1.138	1.349	1.477	1.880
Total de altas	411	1.068	2.071	2.676	2.680	2.995
- reabilitados		903	1.704	2.255	2.262	2.460
- óbitos		37	83	61	65	76
- outras razões (*)		128	232	360	353	459

(*) Casos de crianças com desnutrição secundária e prematuramente retiradas dos centros de reabilitação por seus pais.

Fonte: informações fornecidas pelo CONIN.

(e) Qualidade de vida da população pré-escolar

A qualidade de vida das crianças em idade pré-escolar, uma vez que tenha sido ultrapassado o limiar da sobrevivência, depende basicamente da constituição e estabilidade da família nuclear, da assistência e tempo (estímulos psico-sociais e cognitivos) que seus pais podem oferecer, das condições econômicas da família, da habitação e condições sanitárias básicas etc.

As informações relevantes são escassas. Todas as evidências apresentadas na Seção 2 sobre a distribuição do impacto das políticas econômicas que estavam sendo aplicadas (corte de salários, elevadas taxas de desemprego, queda nos gastos dos consumidores) indicam uma deterioração na qualidade de vida. A isso podemos acrescentar novas informações sobre a qualidade das habitações e do saneamento básico.

(i) Situação da habitação e do saneamento

O Chile sempre sofreu de um grande déficit habitacional. No passado, este era coberto em parte por subsídios governa-

mentais, que permitiam que as "operações estatais" fossem efetuadas, que as habitações comunitárias fossem construídas pelo governo para os grupos pobres e que o crédito subsidiado fosse oferecido por órgãos públicos para a compra de habitação.

A partir de 1974, a política de habitação implicou menos recursos do setor público para programas de habitação e urbanização e menor fornecimento de crédito para a habitação, como foi descrito na Seção 2. Como parte dessa política, a intervenção do Estado na habitação e na urbanização foi reduzida. Eliminaram-se as regulamentações sobre o uso dos terrenos urbanos. A venda de terras de domínio público foi acelerada e transferiram-se para o setor privado as funções de preparação do projeto, aquisição de terreno, construção, financiamento e comercialização.

O efeito dessas políticas, combinado a um menor dispêndio público na habitação, só poderia ser negativo. Assim, por exemplo, as estimativas sobre o aumento do déficit habitacional implicavam afirmar que ele mostrava uma tendência a crescer à medida que os anos passavam (Arellano, 1982). Por outro lado, estudos

de Tagle (1982) e Arellano (1982) avaliavam o efeito distributivo das atividades do Estado na habitação. Concluíram que os programas são inadequados e pouco seletivos e tendem a piorar as condições de vida dos setores mais pobres.

Esta situação explicaria o enorme aumento de "parentes" vivendo em uma mesma casa, que foi observado em anos recentes, nos setores populares com todos os resultantes problemas de superlotação. Como ilustração, Parker et al (1981) registrou, referente a 1978-79, uma média de 5,7 pessoas por unidade habitacional nas vizinhanças de Pudahuel; Aylwin (1979) relata uma média de 6,6 pessoas por unidade em uma amostra dos muito pobres. Estes números excedem em muito a média nacional que, segundo dados provisórios da população de 1982 e do censo de habitação, equivaleriam a 4,5 pessoas por unidade⁽³⁰⁾.

A isso deve-se acrescentar o fornecimento inadequado de água potável, luz elétrica e sistema de esgoto. Apesar de os sistemas de luz e água serem relativamente extensos, a luz e água eram cortadas quando os moradores deixavam de pagá-las dentro do prazo estipulado. Isto aconteceu com mais freqüência nos anos de maior recessão. Informações fornecidas pela Empresa Metropolitana de Obras Sanitárias (ENOS) indicam que, durante os primeiros meses de 1983, 26% de seus clientes estavam com um ou mais meses de atraso no pagamento de suas contas de água. Evidentemente, os usuários atrasados em seus pagamentos pertenciam à camada mais pobre da população. Aparentemente, cerca de 130000 famílias pobres na área metropolitana tiveram esse serviço básico cortado⁽³¹⁾

Também há alguns indícios de deterioração no tratamento de esgoto. O método

mais simples e barato foi seguido, isto é, a descarga direta, sem tratamento anterior, em cursos de água, lagos etc., com a conseqüente poluição da água que irrigava as verduras. Este é um dos fatores que explica a constante alta de casos relatados de doenças como tifoide e hepatite.

(ii) Falta de proteção para as crianças

A deterioração na qualidade de vida se estendeu além do ambiente físico e de saúde. O agravamento da situação econômica obrigou os membros adultos da família a procurarem formas de aumentar a renda, o que trouxe um aumento, em níveis sócio-econômicos baixos, da taxa de participação feminina na força de trabalho durante os ciclos mais críticos da economia (Rosales, 1979).

Esta situação, provavelmente, contribuiu para uma maior falta de proteção às crianças nessas famílias, uma vez que não haviam instituições que pudessem cuidar das crianças na ausência de suas mães. Estudos realizados em comunidades marginais, embora utilizando metodologia, amostras e tempos diferentes, confirmam esta hipótese⁽³²⁾.

Parte do efeito adverso da maior taxa de participação feminina na força de trabalho, com a falta de infra-estrutura de assistência à criança, foi atenuada pelo aumento temporário de matrículas em estabelecimentos de instrução pré-primária. Segundo fontes do Ministério da Educação, as matrículas nesse tipo de instrução seguiram um padrão similar ao dos ciclos econômicos: estagnação relativa em 1974-75, expansão entre 1976 e 1979, e

(31) Citado em "Codo a Codo", Ano II, N.º 14 (abril de 1983) do órgão denominado Ação de Vizinhos e da Comunidade (AVEC) da Arquidiocese de Santiago.

(32) Veja os estudos de Aylwin (1979), Covarrubias e Muñoz (sem data), Parker e col. (1981), Dahse (1982), Vives (1983).

(30) Veja também McDonald (1982) e Puga (1979).

queda acentuada em 1980-81. Em 1975-76, não mais do que 7% da população com menos de seis anos de idade teve acesso à instrução pré-escolar. De 1976 a 1979, essa percentagem subiu para 11% e, em 1980-81, caiu para 8% (33).

(f) Situação das crianças em idade escolar (6-14 anos)

A situação habitacional e de saneamento básico e as condições de trabalho das mães, descritas acima, evidentemente, afetaram tanto as crianças em idade escolar como as em idade pré-escolar. Em certos aspectos, afetaram mais gravemente o grupo em idade escolar.

(i) Situação de saúde de crianças com idade entre 6 e 14 anos

As taxas de mortalidade referentes a essas crianças diminuíram, mas em um ritmo evidentemente mais lento do que o da mortalidade no grupo pré-escolar, em parte porque os níveis iniciais eram baixos (34).

Simultaneamente, houve um aumento significativo nas doenças que devem ser notificadas e que estão ligadas a saneamento básico, qualidade de alimentos e que indicam a presença de quadros transmitidos principalmente pelo sistema digestivo ou por inoculação. Febre tifóide e hepatite apresentaram os maiores aumentos em termos absolutos e em relação à população (Tabela 12). A febre tifóide apresentou uma alta acentuada de 1975 a 1978, o número de casos registrados cresceu 182% e a taxa 165%. Entre 1978 e

1981, a taxa caiu 21% e voltou a crescer 16% em 1982. A taxa de hepatite subiu mais de 200% em 1974-77, caiu em cerca de 50%, de 1977 e 1980, e voltou a subir quase 80% em 1981 e 1982. Portanto, é evidente que a incidência dessas doenças é sensível aos ciclos econômicos (35).

(ii) Situação alimentar

Não há informação nacional sobre o estado de nutrição das crianças das escolas. O Programa de Alimentação Suplementar (PNAC) cobria todas as crianças com menos de quinze anos, até 1975. Subseqüentemente, passou a atender apenas à população com menos de seis anos (pré-escolar).

Além disso, o programa tradicional de alimentação escolar (cafés-da-manhã, almoços) foi severamente cortado durante o período (36).

A Tabela 13 mostra que as rações café-da-manhã/merenda distribuídas em 1982 eram 46% menores do que as de 1974. As rações reduziram-se em 44% entre 1974 e 1976, aumentaram em 37% de 1976 a 1978, diminuíram 38% em 1979 e então estagnaram. As rações jantar/almoço reduziram-se em 55% entre 1974 e 1977 e permaneceram, mais ou menos, nesse nível até 1982. Esta informação sugere uma piora da situação nutricional das crianças matriculadas nas escolas, e isto é corroborado por um estudo que mostra que os escolares dos distritos marginais têm uma

(33) Ministério da Educação, *Boletines Anuales de Matriculas* (anualmente).

(34) De 1974 a 1982, o índice de mortalidade referente a esse grupo caiu aproximadamente 28%: em 1974, o índice era de 7,2 e, em 1982, 5,2 para 100000 crianças entre 5 e 14 anos (INE, *Anuario de Demografia para cada ano*).

(35) Kaempffer (1981) cita informações de uma clínica no norte de Santiago, que mostram que as principais razões de consultas de crianças de 10-14 anos, em 1975, foram: doenças respiratórias (23%), doenças de pele, principalmente impetigo (11%), doenças infecciosas e parasitárias (10%), infecções intestinais (7%). Assim, as principais razões podem ser vistas como relacionadas com a qualidade do saneamento do ambiente e doenças respiratórias.

TABELA 12

CHILE – NOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS INFECCIOSAS TRANSMISSÍVEIS (*)

Ano	Total (†)	Tifóide	Hepatite
1970	88	57	14
1971	96	50	30
1972	86	47	25
1973	97	37	45
1974	88	46	27
1975	126	60	44
1976	124	60	47
1977	211	109	86
1978	192	122	56
1979	165	99	57
1980	144	98	39
1981	191	96	86
1982 (≠)	sem dados	111	70

(*) Taxas para 100000 habitantes.

(†) As doenças incluídas são aquelas que derivam de saneamento básico, qualidade dos alimentos, presença de quadros clínicos etc, e que são transmitidas e disseminadas principalmente por via do sistema digestivo ou por inoculação, a saber: febre tifóide e paratifóide, disenteria bacteriana, hepatite infecciosa, amebíase intestinal, brucelose, hidatidose, triquinose, hidrofobia humana, carbúnculo e tétano.

(≠) Números provisórios.

Fontes: Ministério da Saúde, *Anuários de Enfermidades de Notificação Obrigatória*, (de cada ano); INE. *Proyección de Población, total país, por sexo según edades* (Julho de 1981).

TABELA 13

CHILE – PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR, REFEIÇÕES DISTRIBUÍDAS(*)

Ano	Cafés-da-manhã/merendas	Almoços/jantares
1970	1.301,2	619,2
1971	1.408,4	653,6
1972	1.536,6	715,9
1973	1.445,6	674,3
1974	1.338,5	663,2
1975	745,7	593,6
1976	769,8	361,0
1977	1.055,2	296,3
1978	1.054,6	307,6
1979	759,4	294,5
1980	759,9	295,0
1981	759,1	295,1
1982	759,0	295,3

(*) Em milhares.

Fonte: Latorre (1981); JNAEB, *Anuários Estadístico* (1982), Tabelas 1 e 2; Mensagem Presidencial, 11 de setembro de 1982.

taxa de desnutrição mais alta do que a das crianças em idade pré-escolar com as mesmas características sociais. As respectivas percentagens foram de 36 e 29% de desnutrição(37).

(iii) Situação no sistema escolar

A educação primária, no Chile, leva oito anos. Nos primeiros anos, quase 100% da população é coberta. Os dispêndios públicos com educação primária tiveram uma queda de 16%, de 1974 a 1975, mas, depois, recuperaram-se e novamente alcançaram o nível de 1974, em 1978. Os investimentos em educação primária reduziram-se, a partir de 1975, chegando virtualmente a zero, de 1977 a 1982 (Tabela 14).

As matrículas de educação primária caíram em quase todos os anos do período. Entre o primeiro e o último ano, houve uma retração de 11%. Parte dessa queda deveu-se a fatores demográficos, uma vez que a população em idade escolar reduziu-se em 3%, no mesmo espaço de tempo. O resto dessa percentagem, provavelmente, abandonou o sistema. A percentagem dos escolares que abandonaram a escola cresceu de 1974 a 1977, e foi ainda mais alta em 1970-73, do princípio ao fim do período(38).

Resumindo: as informações, coletadas com referência à situação da população

(36) Este programa tinha como objetivo fornecer aos escolares nutrição adicional àquela recebida em casa. Visava principalmente as crianças em escolas primárias, do Estado e de iniciativa privada. Consistia, principalmente, no fornecimento de cafés-da-manhã/almoços ou merendas/jantares para as crianças com grande carência sócio-econômica e durava dez meses por ano.

(37) A amostra em cada caso consistiu de 1501 crianças comendo em refeitórios. Veja Chateau (1981).

das escolas primárias, sugerem um declínio nos níveis de nutrição e uma alta na enfermidade devido às doenças infecciosas que estão correlacionadas com a redução, embora não muito marcada, das matrículas na escola primária, e com uma alta no índice de alunos que abandonaram a escola. Nesses dois indicadores, a deterioração foi mais grave no primeiro ciclo recessivo da economia chilena (1975-76).

(g) Condições de vida dos jovens: educação e emprego

Evidentemente, os jovens foram atingidos pelas mesmas condições do ambiente recessivo, tal como outros grupos etários, e, portanto, o que foi dito sobre a deterioração geral nas condições de vida, durante o período de recessão que começou em 1975, também se aplica a eles. Mas uma característica das pessoas deste grupo etário é o fato de que elas foram confrontadas com a opção de continuarem sua instrução, matriculando-se no nível intermediário, ou integrarem-se na força de trabalho. As condições econômicas predominantes e as oportunidades oferecidas pelo sistema educacional, em termos de vagas e do custo da educação em relação às rendas familiares, influenciaram suas decisões. Os números referentes à participação desses grupos etários na força de trabalho mostram que um entre cada cinco dos jovens entre 14 e 19 anos optaram por integrar a força de trabalho, enquanto que dois em cada três, entre os 20 e 25 anos fizeram o mesmo(39). Provavelmente, os restantes escolheram continuar a frequentar a escola.

(38) Em uma amostra de 1501 crianças, com idade entre 6-14 anos, em distritos marginais da Grande Santiago, em 1979, uma taxa de abandono de 18% foi registrada, referindo-se a essa camada social (Chateau, 1981).

(39) Veja R. de Bonnafos (1983).

TABELA 14

CHILE — DISPÊNDIOS PÚBLICOS COM EDUCAÇÃO PRIMÁRIA, MATRÍCULAS EM ESCOLAS PRIMÁRIAS E TAXA DE ABANDONO DA ESCOLA PRIMÁRIA

Ano	Dispêndios públicos (milhões de pesos em 1978)		Matrículas (educação normal e especial) (milhares)	Taxa de abandono (escolas do Estado)
	Total	Investimento		
1970	5.927	79,1	2.045	5,0
1971			2.202	4,0
1972			2.265	6,0
1973			2.325	6,0
1974	7.147	39	2.346	6,9
1975	5.967	30	2.314	6,2
1976	6.414	9	2.260	7,7
1977	6.568	2	2.265	7,1
1978	7.443	0	2.250	6,4
1979	7.768	0	2.252	6,5
1980	6.276	0	2.207	sem dados
1981	(*)	2	2.159	sem dados
1982	(*)	.1	2.086	sem dados

(*) Em 1981, começou a transferência da educação para os municípios. As informações básicas sobre esses anos não possibilitam diferenciar, relativamente a dispêndios públicos alocados em estabelecimentos educacionais municipais, a quantia destinada para a educação primária e a destinada para a educação intermediária.

Fontes: Marshall (1981); Repartição do Tesoureiro Geral da República, *Estado de Ejecución Presupuestaria del Sector Público*; Ministério da Educação, Repartição de Planejamento Estatístico e Processamento de Dados, *Boletines Anuales de Matrícula*.

Qual a situação, em termos de oportunidades educacionais, para os jovens, no período entre 1974 e 1982? Apesar de o tema ser bastante complexo, daremos dois indicadores: o padrão de matrículas e o custo da educação. O número de matrículas na instrução intermediária subiu 16% durante o período, uma taxa maior do que a do crescimento da população etária de 14 a 18 anos que foi de 10%. O leve aumento das matrículas de nível intermediário foi coerente com a tendência decrescente da taxa de participação na força de trabalho daqueles com idade entre 14 e 19 anos, ao contrário da faixa etária seguinte (20-24 anos) para a qual esta taxa permaneceu constante. A taxa de matrículas escolares (número de matrículas para a população de idade 14-18 anos) subiu de 52 para 54%. O oposto aconte-

ceu no caso das matrículas de educação superior, que teve uma queda de 29% entre 1974 e 1981 (Tabela 15). Quando a recessão tornou-se mais severa (em 1975 e 1982), as matrículas tenderam a cair, especialmente no nível intermediário.

A alta nas matrículas de nível intermediário e a acentuada diminuição nas de educação superior foram acompanhadas por uma elevação nos custos da educação. Levando-se em conta roupas, material escolar e taxa de matrícula como componentes do índice de preço a nível do consumidor (IPC), calculamos um índice de custo-com-educação (veja coluna 4 da Tabela 16). Como medida de comparação, damos na coluna 5 o valor do índice geral de preços. Pode-se notar que o IPC para a educação, a não ser em 1979, foi sempre

TABELA 15

CHILE – MATRÍCULAS NA EDUCAÇÃO INTERMEDIÁRIA E SUPERIOR

Ano	Educação intermediária		Educação superior	
	Matrículas (milhares)	% da população de 14-18 anos	Matrículas (milhares)	% da população de 19-24 anos
1970	308,1	41,3	77,0	7,6
1971	373,3	48,3	99,6	9,7
1972	415,4	51,4	126,0	12,1
1973	445,9	52,7	140,0	13,2
1974	455,5	51,7	144,0	13,3
1975	448,9	49,3	147,0	13,2
1976	465,9	50,0	134,1	11,6
1977	487,3	51,2	130,7	10,9
1978	510,5	52,9	130,2	10,4
1979	536,4	55,0	126,4	9,7
1980	541,6	55,2	119,0	8,8
1981	554,7	56,6	102,8	7,5
1982	528,5	54,4	sem dados	

(*) Matrículas em educação científica-humanística e técnica-profissional. Estudantes matriculados com mais de 18 anos de idade que são definidos nas estatísticas como matriculados em educação para adultos, estão excluídos.

Fontes: Banco Central, Corpo de diretores da Política Financeira, *Indicadores Económicos y Sociales 1960-82* (abril de 1983); INE, *Proyección de población, total país por sexo, según edad* (julho de 1981).

maior que o IPC geral. Em 1982, o custo da educação era 207 vezes maior do que em 1974, enquanto que o IPC foi apenas 124 vezes maior, e, os salários nominais, 184 vezes.

Quanto à situação dos jovens que estavam entrando na força de trabalho, o salário médio, para os integrantes do grupo etário de 14-19 anos e que encontraram trabalho, foi de aproximadamente um terço do salário médio para a população como um todo. Esta percentagem passou a ser de 50% para aqueles na faixa de 20-40 anos (Tabela 17)(40). Estes diferenciais refletem em parte diferentes níveis de treinamento e experiência, mas, também,

a situação precária nos níveis de renda deste setor da população.

O indicador mais preocupante, contudo, que mostra um sério agravamento da situação econômica do jovem, é o dado pela percentagem de desempregos neste grupo. O desemprego na faixa de 14-19 anos elevou-se de 16,8%, em 1970, para 41,6% em 1975. O desemprego médio nesta camada permaneceu em 33% de 1975 a 1982. O desemprego subiu à medida que a recessão piorou. Elevou-se de 23,6%, em 1981, para 38,1%, em 1982 (Tabela 18).

A situação também era extremamente precária para os jovens entre 20 e 24 anos, para os quais a taxa média de desemprego, para o período de 1975 a 1982, foi de 22,5%, que pode ser comparada com os 11,3% de um ano normal (1970). Também ocorreram altas vertiginosas nos períodos de recessão acentuada:

(40) Estes números devem ser vistos com cuidado porque os dados sobre rendas provêm de uma pesquisa de emprego que introduz distorções, difíceis de avaliar, no cálculo das rendas. Veja Cortázar (1980).

TABELA 16

CHILE – TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DO CUSTO MÉDIO DA EDUCAÇÃO, DO ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR (IPC) E DOS SALÁRIOS NOMINAIS, 1976-82

Ano	Roupa	Material	Custo da taxa de matrícula	Total	IPC	Salários nominais
1974 (*)	6.873,1	10.948,2	427,9	5.468,7	9.238,0	6.031,0
1975	1.268,6	441,5	1.537,1	453,4	379,2	360,1
1976	301,6	228,6	804,0	311,9	232,8	246,5
1977	161,5	126,8	119,2	129,3	113,8	132,8
1978	56,2	58,8	65,2	60,1	50,0	59,7
1979	25,1	29,0	29,7	28,6	36,6	47,8
1980	31,6	47,6	35,2	41,8	35,1	46,9
1981	25,8	14,6	41,0	23,1	19,7	30,3
1982	15,1	6,9	14,3	10,3	9,9	9,7
preço de 1974	144,0	149,7	1.504,6	207,3	124,2	183,8

(*) Taxa de crescimento acumulado, 1970-74.

Fontes: INF Listado de precios base para cálculo del IPC; Cortázar e Marshall (1980).

TABELA 17

GRANDE SANTIAGO – SALÁRIO MÉDIO POR HORA POR GRUPO ETÁRIO(*)

Ano	14-19 anos		20-24 anos		Total	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1969	15,1	15,1	29,7	25,1	52,2	33,0
1974	12,4	13,4	21,0	19,1	28,3	22,3
1975	10,0	13,8	14,7	16,9	25,1	19,4
1976	11,0	13,4	18,0	20,5	35,9	23,7
1977	14,0	14,8	21,8	22,4	39,0	31,4
1978	13,2	16,0	22,0	23,2	45,0	30,7
1979	17,5	17,8	24,7	28,7	48,4	36,7
1980	14,0	16,2	23,7	26,5	45,6	32,9
1981	21,2	16,3	29,1	32,7	56,8	44,515
1982	15,0	21,0	32,0	33,9	56,7	47,4

(*) Pesos com o valor de dezembro de 1978. As informações não incluem empregadas domésticas.

Fontes: Dados obtidos das Pesquisas de Emprego e Desemprego na Grande Santiago do Departamento de Economia da Universidade do Chile, referentes a junho de cada ano; Cortázar e Marshall (1980).

TABELA 18

GRANDE SANTIAGO – SALÁRIO MÉDIO POR HORA POR GRUPO ETÁRIO (*)

Ano	14-19 anos	20-24 anos	25 anos e mais
1970	16,8	11,3	3,7
1974	sem dados	sem dados	sem dados
1975	41,6	23,4	12,8
1976	43,8	26,1	14,2
1977	31,2	19,9	7,9
1978	28,5	19,8	8,7
1979	28,1	20,4	7,9
1980	26,5	20,5	6,7
1981	23,6	14,6	5,4
1982	38,1	35,3	13,1

(*) Percentagens. As informações não incluem empregadas domésticas.

Fonte: R. de Bonnafos (1983), baseado em dados das Pesquisas de Emprego e Desemprego na Grande Santiago do Departamento de Economia da Universidade do Chile, referentes a junho de cada ano.

TABELA 19

GRANDE SANTIAGO – PARCELA DOS DESEMPREGADOS COM MENOS DE 25 ANOS NO DESEMPREGO TOTAL (*)

Ano	Total
1969	48,8
1974	50,8
1975	45,5
1976	43,2
1977	36,4
1978	41,8
1979	44,5
1980	44,2
1981	44,0
1982	38,1

(*) Percentagens. As informações não incluem empregadas domésticas.

Fonte: Dados obtidos através das Pesquisas de Emprego e Desemprego na Grande Santiago do Departamento de Economia da Universidade do Chile, referentes a junho de cada ano.

a taxa aumentou para 23,4% em 1975, e para 35,3% em 1982 (veja Tabela 18).

É importante enfatizar que os jovens com idade menor que 25 anos, constituíam de 40 a 45% do total de desempregados no Chile, durante esse período, um fato que indica a desigualdade da distribuição dos custos que afetou tão profundamente os jovens como resultado dos ajustes da economia durante todo o período de 1974 a 1982. Os números pertinentes são dados na Tabela 19.

Finalmente, é interessante notar que o desempregado nessa faixa etária não pertence necessariamente ao grupo com menos instrução dos jovens. Setenta e cinco por cento dos desempregados com idade entre 15 e 19 anos e 80% dos desempregados na faixa entre os 20 e 24 anos

tinham de 7 a 12 anos de instrução, isto é, um grau relativo de educação secundária(41). A marca é de apenas 37% para o resto da população, na qual 48% dos desempregados têm apenas de 1 a 6 anos de instrução.

Apesar das informações precedentes ainda serem insuficientes para se chegar a conclusões definitivas, os indicadores fornecidos, exceto aqueles para o aumento das matrículas na escola secundária, indicam categoricamente a tendência de uma grave deterioração na situação do jovem durante o período recessivo.

(41) INE, Encuesta Nacional de Empleo (1981).

Referências Bibliográficas

- Arellano, J.P., "Gasto público en salud y distribución del ingreso" em M. Livingstone e D. Raczynski, (ed.), *Salud Pública y Bienestar Social* (CIEPLAN, Universidad Católica de Chile, 1976).
- Arellano, J.P., "Sistemas alternativos de seguridad social: um análisis de la experiencia chilena", *Colección Estudios CIEPLAN*, N.º 4 (Santiago, Chile: novembro de 1980).
- Arellano, J.P., "Elementos para el análisis de la reforma provisional", *CIEPLAN Notas técnicas*, N.º 4 (julho de 1981).
- Arellano, J.P., "Políticas de vivienda popular: lecciones de la experiencia chilena" *Colección Estudios CIEPLAN*, N.º 9 (Santiago, Chile: dezembro de 1982).
- Aylwin, N., "El costo social del actual modelo de desarrollo en un sector urbano en extrema pobreza" Documento de Trabajo, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile (janeiro de 1979).
- Behm, H., *Mortalidad infantil y nivel de vida* (Universidad de Chile, 1962).
- Behm, H. e col., "Mortalidad infantil en Chile: tendencias recientes", *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 11, N.º 3 (Santiago, Chile: 1970).
- Boccardo, H. e G. Corey, "Medio ambiente: efectos sobre la salud", em M. Livingstone e D. Raczynski (eds), *Salud Pública y Bienestar Social* (CIEPLAN, Universidad Católica de Chile, 1976).
- de Bonnaños, R., "Influencia de los cambios demográficos y de la partición sobre la tasa de desempleo en Chile", mimeo (Santiago: Departamento de Economía, Universidad de Chile, 1983).
- CEPAL-ILPES-UNICEF, *Pobreza, necesidades básicas y desarrollo en América Latina*, 3 vols., mimeo (Santiago, Chile: 1980).
- CEPAL-UNICEF, *Pobreza crítica en la niñez. América Latina y el Caribe*, Fernando Galofré (compilador) (Santiago, Chile: 1981).
- Chateau, J., "Algunos antecedentes sobre la situación de los pobladores en el Gran Santiago" Documento de Trabajo ("Working Paper") N.º 115 (Santiago, Chile: Programa FLACSO, junho de 1981).
- CONPAN-INTA, *Antecedentes y acciones para una política nacional de alimentación y nutrición de Chile* (Chile: Editora Nacional Gabriela Mistral Ltda., 1976).
- Cortázar, R., "Distribución del ingreso, empleo y remuneraciones reales en Chile, 1970-78" *Colección Estudios CIEPLAN*, N.º 3 (Santiago, Chile: junho de 1980).
- Cortázar, R., "Chile: Resultados Distributivos 1973-1982" ("Chile: Distributive results 1973-1982"), mimeo (CIEPLAN, novembro de 1982).
- Covarrubias, R e M. Muñoz, "La familia de los trabajadores del PEM y sus estrategias de subsistencia" Working Paper N.º 43 (Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile, sem data).
- Covarrubias, P. e A. Torche, "Evaluación de un programa de nutrición: El caso del PNAC" documento presentado al Encuentro Anual de Economistas 1980, Punta de Tralca, Chile, 11-13 de dezembro de 1980, 11/80/150/1/D-21.
- Dahse, F., *Situación del niño de la familia*

- pobre. *El caso de Chile* (UNICEF, 1982).
- Echevarría, R. e R. Hevia, "La política educacional del régimen militar" mimeo (Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación, PIIE, Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile, 1980).
- Foxley, A., "Hacia una economía de libre mercado: Chile 1974-79" en *Colección Estudios CIEPLAN*, N.º 4 (Santiago, Chile: noviembre de 1980).
- Foxley, A., "Experimentos neoliberales en América Latina" número especial, *Colección Estudios CIEPLAN*, N.º 7 (Santiago, Chile: marzo de 1982).
- Foxley, A., "Enfoques ortodoxos para el ajuste económico de corto plazo: lecciones de la experiencia y temas de investigación" Documento de Trabajo (Santiago, Chile: Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), 1983).
- Foxley, A., E. Aninat e J.P. Arellano, *Redistributive Effects of Government Programmes* (Oxford: Pergamon Press, 1979).
- Ffrench-Davis, R., "Índice de precios externos para calcular el valor real del comercio internacional de Chile: 1952-80", *CIEPLAN, Notas Técnicas 52* (Santiago, Chile: junio de 1981).
- González, N., A. Infante e F. Mardones, "Análisis del impacto de la atención primaria de salud sobre los indicadores de salud y nutrición. Chile 1969-78" *Revista Pediatría* (Hospital Roberto del Río), Vol. 23 (Chile: 1980).
- Gutierrez, H., "La integridad del registro de nacidos vivos en Chile: 1953-66" (Departamento de Bio-estadísticas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1968).
- INUAL, "Final Report on the program against infant malnutrition. Program SAWS/OFASA" (Santiago, Chile: janeiro de 1977).
- INUAL, "Informe final" Proyecto: sistema de información continua sobre estado nutricional de la población chilena" tomo I, Bases de Diseño (Santiago, Chile: junho de 1978).
- Jimenez, J., "Desnutrición en Chile. Análisis de algunas experiencias de solución" em H. Lavados (ed.), *Desarrollo social y salud en Chile*, (Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria (CPU), 1979).
- Jimenez, J. e col., *Medicina social en Chile* (Chile: Editorial Aconcagua, 1977).
- Juricic, D., "El abastecimiento de agua potable y el saneamiento en los últimos 10 años en Chile" *Cuadernos Médico Sociales* (Colegio Médico de Chile), Vol. XXIII, N.º 2 (junho de 1982).
- Kaempffer, A. M., "Evolución de la salud materno-infantil en Chile, 1952-1977" *Revista Médica de Chile*, Vol. 105, N.º 10 (Chile: outubro de 1977).
- Kaempffer, A. M., "Adolescencia y salud pública: aspectos socio demográficos", em E. Bobadilla e R. Florenzano (eds.), *El adolescente en Chile. Características y problemas* (Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria (CPU), 1981).
- Kaempffer, A. M. e E. Medina, "Morbilidad y atención médica infantil en el

Gran Santiago" *Revista Chilena de Pediatría*, Vol. 51 (Chile: 1980).

- Latorre, C. L., "Asistencialidad estudiantil en el periodo 1964-81", Documento de Trabajo (Santiago, Chile: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación (PIIE), Academia de Humanismo Cristiano, dezembro de 1981).
- Legarreta, A., "Factores condicionantes de la mortalidad en la niñez" em M. Livingstone e D. Raczynski (eds.), *Salud Pública y Bienestar Social* (CIEPLAN, Universidad Católica de Chile, 1976).
- Livingstone, M. e D. Raczynski, "Distribución geográfica de la salud del preescolar" em M. Livingstone e D. Raczynski (eds.), *Salud Pública y Bienestar Social* (CIEPLAN, Universidad Católica de Chile, 1976).
- McDonald, J., "25 años de vivienda social. La perspectiva del habitante" Documento de Trabajo (Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria, (CPU), 1982).
- Marshall, J., "Gasto público en Chile 1969-79, metodología y resultados", CIEPLAN *Notas Técnicas*, N.º 33 (Santiago, Chile: julho de 1981).
- Medina, E., "Evolución de la salud pública en Chile en los últimos 25 años" *Revista Médica de Chile*, Vol. 105, N.º 10 (outubro de 1977).
- Medina, E., "Evolución de los indicadores de salud en el periodo 1960-77", em H. Lavados (ed.), *Desarrollo social y salud en Chile* (Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria, 1979).
- Medina, E. e A. Kaempffer, "Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago" em H. Lavados (ed.), *Desarrollo social y salud en Chile* (Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria, 1979).
- Ministério da Saúde, *Política de salud* (Chile: 1977).
- Molina, S. e S. Pinera, *La pobreza en América Latina: situación, evolución y orientaciones de políticas*, Proyecto Pobreza Crítica en América Latina (Nações Unidas, CEPAL, PNUD, E/CEPAL/PROY. 1/1, junho de 1979).
- Monckeberg, F., "Centros de Recuperación nutricional: La experiencia Chilena" mimeo (CONIN, sem data).
- Monckeberg, F. e J. A. Riumallo, "El programa de centros cerrados de recuperación nutricional en Chile una experiencia con la marginalidad", em CEPAL-UNICEF, op. cit. (1981).
- Nuñez, I., "Evolución de la política educacional del régimen militar", Documento de Trabajo (Santiago, Chile: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación, PIIE, Academia de Humanismo Cristiano, junho de 1982).
- ODEPLAN, *Informe social* (Chile: diversos anos).
- Oyarzo, C., "Desigualdades en el campo de la salud: Chile, 1970-79", CIEPLAN *Notas Técnicas*, N.º 53 (Santiago, Chile: fevereiro de 1983).
- Parker, C. e colaboradores, *Rasgos de cultura popular en poblaciones de Pudahuel* (Chile: Vicaria Zona Oeste, Arquidiócesis de Santiago, 1981).
- PREALC, *Necesidades esenciales y políticas de empleo en América Latina* (Genebra, Suíça: ILO, 1980).

- Puga, J., "Consecuencias sociales del déficit habitacional" Documento de Trabajo N.º 176 (Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria, 1979).
- Raczynski, D e C. Oyarzo, "Por qué cae la tasa de mortalidad infantil en Chile?" *Colección Estudios CIEPLAN*, N.º 6 (Santiago, Chile: dezembro de 1981).
- Romero, M. e col., "Nivel de salud y atención pediátrica preventiva" *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. XVII (Santiago, Chile: junho-dezembro de 1976).
- Rosales, O., *La mujer chilena en la fuerza de trabajo: participación, empleo y desempleo (1957-1977)*, Memoria de prueba para optar el Grado de magister en Ciencias con mención en Economía (ESCOLATINA, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile, julho de 1979).
- Tagle, J., "Subsidio habitacional y política de vivienda" *Notas Técnicas*, N.º 51 (CIEPLAN, março de 1982).
- Taucher, E., "La mortalidad en Chile desde 1955 a 1975, Tendencias y causas" *Notas de Población* Vol. VI, N.º 18 (CELADE, dezembro de 1978).
- Taucher, E., "Effects of declining fertility on infant mortality levels: A study based on data from five Latin American countries" mimeo, Relatório para a Fundação Ford e a Fundação Rockefeller, (Santiago, Chile: CELADE, 82-2-222, 1982).
- UNICEF. *Situación de la infancia en América Latina y el Caribe*, Escritorio Regional para as Américas, Juan Pablo Terra, Coordinador (1979).
- Vives, C., *Crisis en la familia popular, y su visión de futuro* (Departamento de Investigaciones Sociológicas, Centro Bellarmino, janeiro de 1983).