

LA POBLACION CHILENA: dinámica demográfica, prospectiva y problemas

HILARIO HERNANDEZ GURRUCHAGA

RESUMEN

Por la localización de su territorio, situado en la fachada suroccidental de América del Sur, al margen de las corrientes de emigración europeas, la población chilena es, esencialmente, el resultado de su crecimiento vegetativo. Con una población estimada de 12.121.677 Hbts. sobre una superficie de 756.626 Km². (excluido el Territorio Antártico Chileno); en 1985, Chile se sitúa entre los territorios menos poblados de América Latina, tanto en términos absolutos como relativos (16 Hbts/Km²). Al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, la población chilena se distribuye muy desigualmente sobre el espacio nacional... y como fruto de antiguas inercias y recientes cambios en la articulación de las estructuras productivas, presenta un alto grado de urbanización con fuerte concentración metropolitana. En el contexto de los cambios económicos-sociales y residenciales, y cumpliendo el Estado un eficaz rol redistributivo, Chile ha experimentado un rápido proceso de transición demográfica; proceso que hoy día lo sitúa entre los países de menores tasas de fecundidad y mortalidad en la región. *Esta ponencia tiene como objetivo central describir los cambios demográficos experimentados por la población chilena en el presente siglo, proyectar sus tendencias y visualizar algunos de los problemas que consecuentemente deberá enfrentar en el futuro inmediato.*

1.- EL CONTEXTO DE LOS CAMBIOS DEMOGRAFICOS

Los cambios en las estrategias de desarrollo, con la consecuente rearticulación de las estructuras productivas y sociales, un creciente rol intermediario y redistributivo del Estado y la acentuación de la urbanización, constituyen las fuerzas de fondo que en Chile, en el curso del siglo XX, impulsan los cambios demográficos.

Tras la Guerra del Pacífico (1879), el modelo primario - exportador que Chile adoptara en los años cuarenta se concentra básicamente en la explotación de los recursos mineros. De ello se derivan dos consecuencias de gran trascendencia: se conforma una gran masa proletaria concentrada en el norte salitrero y emerge el Estado como centro acumulador e intermediario de la riqueza. La agricultura deja de ser el eje de la economía... y los impuestos sobre la minería fluyen de las arcas fiscales hacia el comercio y la banca. Surge un nuevo complejo de relaciones sociales. La oligarquía terrateniente comienza a desplazarse desde el agro hacia los nuevos sectores dinámicos, iniciándose un prolongado

estancamiento agrícola. La burguesía se extiende hacia el comercio, las finanzas y luego la industria; fortaleciéndose al amparo del Estado y movilizándolo en su beneficio los recursos captados a través de los impuestos a la minería (en manos del capital extranjero)... y un proletariado, tempranamente organizado, se enfrenta unificado al Estado, único interlocutor válido. La crisis del salitre durante la Primera Guerra, origina el desplazamiento de este proletariado consciente hacia los principales centros urbanos. Con ello, la organización sindical y la presión por reivindicaciones sociales elevan su nivel y se extienden sobre nuevos sectores. La temprana formación del Partido Comunista (1921) y el triunfo de Alessandri (1920-25) son clara expresión del peso creciente de los sectores medios y populares en el escenario político.

Con la Gran Depresión, el modelo primario-exportador entra en crisis. En 1932, el valor de las exportaciones se redujo al 13% de los niveles alcanzados en 1929 (HURTADO, C. 1966); y pese al rápido desarrollo de la economía cuprífera, no se recuperó el valor de vísperas de la crisis sino veinte años más tarde. Esta situación deter-

* Profesor de Geografía Humana y Económica. Vicerrector Académico de la Universidad del Bío - Bío, Chile.

minó un radical cambio en la dirección del proceso de desarrollo nacional. Sin alternativa, el país se vio forzado a establecer de inmediato un estricto control de las divisas que dio prioridad al abastecimiento industrial, con el doble propósito de sustituir importaciones y absorber la cesantía producida por la crisis de las actividades exportadoras. *Con la instauración del modelo "industrial substitutivo", un siglo de "desarrollo hacia afuera" cede paso a una política de "desarrollo hacia adentro"*.

Las políticas estatales de protección externa e interna de la industria, puestas en práctica el año 1930 y mantenidas hasta 1973, impulsaron un sostenido proceso de industrialización y de transformaciones sociales. La industria se transformó en el sector dominante de la economía: en 1935 había recuperado los niveles que exhibía antes de la crisis y, desde entonces hasta 1938, la producción industrial aumentó anualmente a más del 5% (MUÑOZ, O. 1978)... en la década del 30, la tasa media de crecimiento industrial fue del 2,7% anual, muy superior al crecimiento de la población (1,6%) y levemente inferior al incremento de la población activa (NOLF, M. 1962). *Pero, la acción estatal no se detuvo en el proteccionismo: a partir de 1938, con el respaldo de los intereses industriales y de los grupos obreros y de la clase media, el Estado asume un rol activo en el proceso de industrialización. No sólo acentúa el proteccionismo, sino que además, a través de una acción directa y planificada (Corporación de Fomento de la Producción) se crean las condiciones materiales y se financian las empresas que aseguran la expansión, diversificación y continuidad del desarrollo industrial. El volumen de la inversión estatal se elevó sistemáticamente en todos los sectores de la economía, regulando prácticamente todas las variables fundamentales del mercado... y mediatizando gran parte de las utilidades de la economía nacional en favor de la industria. El Estado absorbió parte de los costos de mano de obra al desarrollar un frondoso aparato de servicios públicos, de salud, de educación y de vivienda; fijó los precios alimentarios y entregó alimentos subsidiados -en detrimento de la agricultura-; desarrolló la infraestructura básica, creó empresas productoras de insumos y posibilitó un*

aparato financiero que suministró créditos baratos, a intereses bajo los niveles de inflación. A fines de la década del 60, la inversión pública alcanzó al 11% del PGB, lo que constituía el 70% del **total de las inversiones nacionales (1)**. Bajo estas condiciones, se produjo una rápida dinámica industrial: entre 1940 y 1946, la producción manufacturera del país creció al elevado promedio del 11% anual; y luego de un breve lapso de postguerra, revitalizada en dirección de las industrias intermedias y de bienes durables, entre 1946 y 1956 lo hizo al 4,7% anual (NOLF, M. 1962).

En el plano espacial, la industrialización substitutiva provocó una profundización de la división del trabajo entre campo y ciudad con negativos efectos sobre el sector agrícola; a la par que fuertes migraciones rural-urbanas, un acelerado incremento de la urbanización y una creciente metropolización.

La propia naturaleza de la industria y las particularidades del proceso de substitución de importaciones en Chile, concentraron gran parte de las actividades económicas en la ciudad, atrayendo grandes masas rurales hacia actividades más productivas. Durante todo el siglo XX y hasta 1970, la tasa de crecimiento del empleo industrial fue superior a la tasa de crecimiento de la población. Pero, la demanda de mano de obra urbana no provino sólo de la industria, sino de un general crecimiento de las fuerzas productivas urbanas: entre 1930 y 1970 los efectivos terciarios pasaron del 33 al 44% de la PEA; los servicios pasaron de un 16 a un 24%... y los servicios públicos, en su condición de apoyo básico al proceso de industrialización casi triplicaron su ocupación. Frente al crecimiento urbano y bajo la presión de los sectores obreros y medios de bajos ingresos, el Estado sostuvo una fuerte dinámica del sector construcción.

En relación asimétrica, el crecimiento urbano se produjo junto con la reducción de la importancia de la agricultura en la economía. La caída de las exportaciones eleva el precio de los productos importados industriales en un 20% en 1929... pero, los productos agrícolas sólo subieron un 51%. Esta nueva relación entre los precios industriales y los precios agrícolas marcará el desarrollo de la economía nacional desde 1930.

(1) Como lo señala Geisse "en el proceso de industrialización chilena, el gran volumen del Estado acusaba la relativa debilidad económica de la burguesía" (GEISSE, G. 1977). El capital industrial obtuvo los capitales y las condiciones para su expansión al mediatizar por el Estado sus relaciones con el capital extranjero (cobre) y con los demás sectores de la economía nacional.

En la agricultura, la caída de sus precios relativos provocó una reducción de las ganancias, una reducción de la inversión en el sector y un consecuente traslado de los capitales hacia la industria. Entre 1938 y 1965, la producción agropecuaria del país creció al 1,8% anual, muy por debajo del crecimiento de la población urbana (3,1%) y por debajo inclusive de la población total (1,9%). Así, durante el periodo industrial substitutivo, la agricultura redujo sustancialmente su importancia relativa en la economía nacional en términos de empleo y de valor del producto: mientras en 1930 empleaba el 37,5% de la PEA y generaba el 17% del PGB, en 1970 sólo generó el 7% del producto empleando el 25% de la población activa del país.

Las opuestas condiciones económicas de ciudad y campo, bajo la previsión agregada de un rápido crecimiento vegetativo, desencadenaron fuertes migraciones rural-urbanas. Los niveles de urbanización, que ya eran relativamente altos a principios de siglo (2), se elevaron rápidamente durante este periodo: la población urbana del país (>2.500 Hbts.) que en 1930 llegaba al 46,7%, pasa en 1952 al 57,7% y alcanza en 1970 a casi el 68%. Por otra parte, por la naturaleza del proceso y por el rol que le cupo al Estado, la industrialización substitutiva desencadenó un proceso de concentración de las actividades económicas y de la población. No sólo se elevaron los niveles de urbanización a expensas del campo, sino que la propia población urbana se concentró en sólo algunas grandes ciudades, siguiendo a la industria que aprovechaba las ventajas de aglomeración. En 1970, habiendo absorbido el 91,5% de la migración interna de la década, Santiago alcanzaba una población de casi tres millones de habitantes... lo que significaba el 35% de la población del país y el 44% de la población urbana. Concentraba, además, el 39% de la PEA, el 60% del empleo industrial y poco más del 60% de su producto.

Subordinado a las necesidades del mercado interno y sometido a la creciente presión de las demandas sociales, en la década de los sesenta el modelo industrial substitutivo entra en fase de estancamiento. En este panorama se inserta la política de estabilización basada en el freno de las reivindicaciones de fines de los cincuenta, el proyecto político demócratacristiano y los inten-

tos de la Unidad Popular. A partir de 1973, el establecimiento del régimen militar en Chile produjo profundos cambios en las relaciones sociales de poder y en el funcionamiento de la economía. El elemento central de estas políticas ha consistido en liberar las fuerzas del mercado y convertirlo en el mecanismo destinado a asegurar la asignación óptima de los recursos... y el Estado se declara "Subsidiario", proponiéndose evitar la interferencia económica a cualquier costo. En este marco de dificultades en la adecuación de la economía al nuevo modelo, se desarrolla la evolución demográfica chilena entre 1973 y el momento actual.

2.- PERFIL DE LA EVOLUCION DEMOGRAFICA

2.1. Evolución de la población absoluta

El examen de los cambios de magnitud que experimenta la población total a lo largo del tiempo constituye la primera aproximación al conocimiento de la dinámica demográfica de un país. La Tabla y la Fig. 1, elaboradas a partir de la información censal, expresan estos cambios para la población chilena en el curso del siglo XX (1985-1982).

En la primera mitad de este siglo, el ritmo de crecimiento de la población chilena, aunque bajo, *fue siempre en ascenso*: entre 1930 y 1940 alcanza al 1,6% de incremento anual y a un 2% en la década de los cuarenta, si se considera el 6,3% de omisión que acusa el Censo de 1952 (INE-CELADE, 1987). A partir de 1952, un claro cambio en la velocidad de los incrementos evidencia un vigoroso proceso de *expansión demográfica*. En efecto, en los últimos 35 años la población del país se ha duplicado, pasando de 6,1 millones de personas en 1950 a 12,1 millones en 1985 (INE-CELADE, 1987). La velocidad de este incremento absoluto es el doble de la sostenida por la población chilena en la primera mitad del siglo... y no encuentra precedentes en la historia demográfica nacional. Sin embargo, las tasas de crecimiento no han sido constantes en este último periodo (1952-1985): *tras haber alcanzado un valor moderadamente alto en la década de los cincuenta (2,56%), las tasas de incremento se han reducido rápidamente hasta alcanzar al 1,6% en la década 1975 - 1985, valor*

(2) En 1865, la población urbana de Chile ya alcanzaba al 21%, uno de los más altos niveles de urbanización en América Latina.

TABLA 1: Evolución de la población censal. Chile 1895-1982.

Fuente: INE Censos de Población

Censo	Fecha	Población	CRECIMIENTO INTERCENSAL	
			Absoluto	Relativo % (*)
1895	28 - XI	2.695.625	535.397	1,52
1907	28 - XI	3.231.022	499.213	1,11
1920	15 - XI	3.730.235	557.210	1,41
1930	30 - XI	4.287.445	736.094	1,60
1940	28 - XI	5.023.539	909.456	1,47
1952	24 - IV	5.932.995	1.441.120	2,56
1960	29 - XI	7.374.115	1.510.653	1,95
1970	22 - IV	8.884.768	2.444.968	2,01
1982	21 - IV	11.329.736		

(*) Tasa anual de crecimiento geométrico.

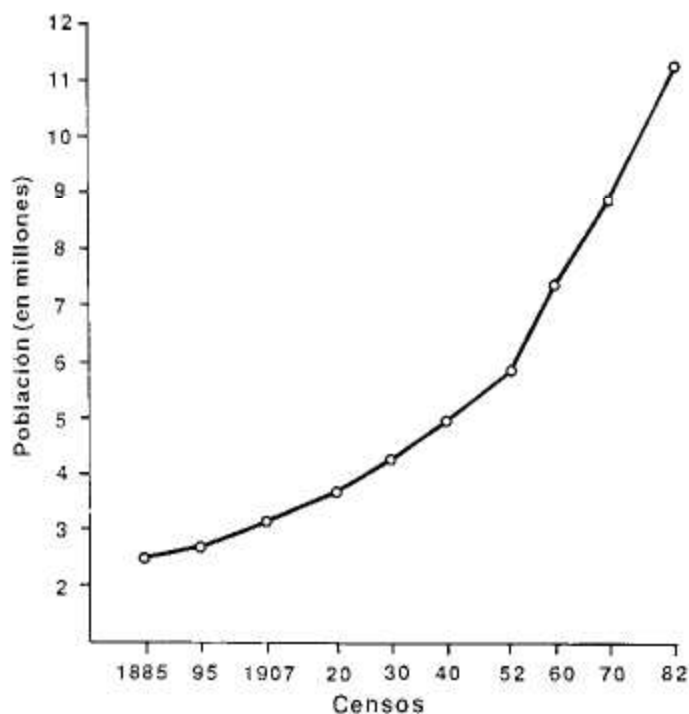


Figura 1.- Evolución de la población censal. Chile 1885-1982

muy cercano a las tasas de la primera mitad del siglo.

Dada su condición de país situado al margen de las grandes corrientes migratorias internacionales (3), los cambios de magnitud experimentados por la población chilena se explican, en lo

esencial, por las variaciones de la fecundidad y la mortalidad; y en menor grado, por la migración internacional. El constante ascenso de las tasas de crecimiento que la población experimenta hasta mediados de los sesenta se deriva la mantención de niveles reproductivos moderada-

(3) Durante toda la historia censal del país, el % de extranjeros residentes ha sido inferior al 2,5% de la población total, con la sola excepción del período 1885-1920 en el que, coincidiendo la apertura de los frentes de colonización (Araucanía, Magallanes y el Norte Grande) con los traumas bélicos de Europa, se alcanzan puntajes levemente superiores. En 1907 se alcanza la máxima cifra de 134.524 extranjeros residentes, la que sólo representa el 4,1% de la población total.

mente altos; mientras, a partir de los años veinte, la mortalidad manifiesta una progresiva declinación. Por el contrario, desde mediados de la década de los sesenta, la fecundidad inicia un rápido proceso de reducción, cuyo efecto sobre el incremento vegetativo supera al provocado por el sostenido descenso de la mortalidad. Producto de este cambio, *la expansión demográfica inicial se desacelera paulatinamente*: mientras que a comienzos de los años sesenta el ritmo de crecimiento implicaba la duplicación de la población en 29 años; a mediados de los ochenta se requerían algo más de 40 años para lograr igual incremento. De este modo, la población chilena ha alcanzado en la actualidad un patrón de crecimiento cuyo resultado neto, si bien no difiere mucho del observado en la primera mitad del siglo, *resulta de tasas de fecundidad y de mortalidad mucho menores*. Aunque tradicionalmente, Chile se ha ubicado entre los países de crecimiento moderado dentro del contexto latinoamericano; *hoy día, situado entre aquellos que crecen al más lento ritmo, parece haber alcanzado en breve lapso una etapa "avanzada" de su proceso de transición demográfica*, con fuertes repercusiones sobre su estructura sexo-etárea. A continuación, se profundizará en la caracterización y explicación de este proceso.

2.2. La rápida transición de las variables demográficas.

2.2.1. Un temprano y progresivo retroceso de la muerte.

La rápida reducción experimentada por los niveles de mortalidad constituye uno de los hechos más relevantes de la evolución de la población chilena en el curso del presente siglo. Como consecuencia de las adversas condiciones sanitarias y ambientales en que se desenvolvía la mayor parte de la población, se estima que *la tasa bruta de mortalidad superaba el 30 por mil en las primeras décadas del siglo... y aún en 1930, se aproximaba al 25 por mil* (Tabla 2; Fig. 2). Sin embargo, como efecto de la disminución de los riesgos asociados a las enfermedades infecto-contagiosas y del aparato respiratorio, controlados mediante la aplicación de estrategias preventivas y la introducción de técnicas de salud de bajo costo, este indicador había descendido al 14 por mil hacia 1950; al 10 por mil en 1965-70; y alcanzaba al 6,3 por mil a comienzos de la década de los ochenta.

El análisis de los valores de *la esperanza de vida al nacer* ofrece una más aguda visión de la evolución del retroceso de la muerte (4). El valor, de este indicador aumentó casi 40 años en el periodo 1920-1985... y algo más de 17 años entre 1950 y 1985.

TABLA 2: Tasas de mortalidad general e infantil para periodos y años indicados. Chile, 1900-1985.

Años y Periodos	TASAS	
	Mort. general (por 1.000 pers.)	Mort. infantil (por 1.000 nac. vivos)
1900-1904	31,5	292
1910-1914	30,7	302
1920-1924	31,0	266
1930	24,7	234
1940	21,3	196
1950-1955	14,3	126
1955-1960	13,1	118
1960-1965	12,1	109
1965-1970	10,3	90
1970-1975	8,9	70
1975-1980	7,4	47
1980-1985	6,3	24

FUENTES: 1900-1940: TACLA, O. 1975
1950-1985: INE-CELADE, 1987.

(4) *La esperanza de vida se define como el promedio de años de vida que correspondería a un conjunto de recién nacidos expuestos a morir según tasas por edad observadas en un periodo dado. Libre de los efectos de la estructura de edades, este indicador constituye una medida más refinada para establecer comparaciones diacrónicas y de poblaciones diferentes.*

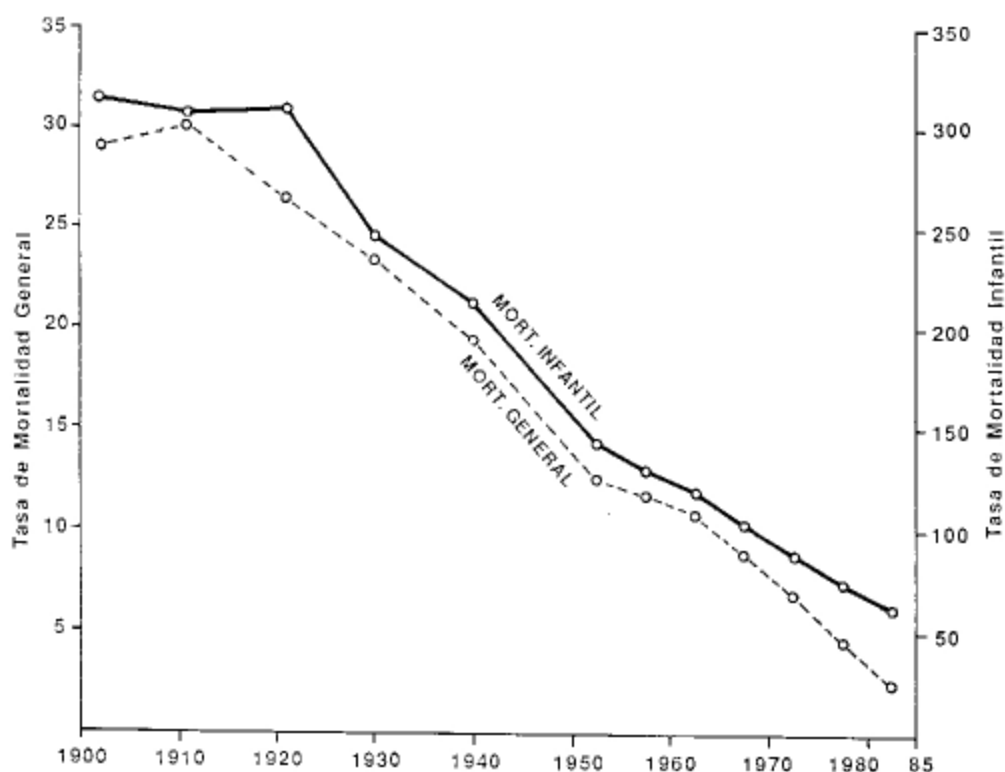


Figura 2.- Evolución de la mortalidad general e infantil en Chile (1900-1985)

Estas cifras sugieren un incremento promedio de medio año de expectativa de vida por uno de calendario. Sin embargo, en rigor, ello no expresa los ritmos de cambio: los incrementos no han sido regulares en el tiempo, ni han sido igualmente compartidos por ambos sexos. Dos intervalos destacan por un vigoroso ascenso (1920-30; 1940-50) que se hace más lento en los años cincuenta y se toma fuerza a partir del período 1965-70 (Tabla 3). Por otra parte, la diferencia sexual en las expectativas de vida, favorable a las mujeres, se incrementó de 1,3 a 6,8 años entre 1920 y 1985.

Parte significativa de los incrementos de la esperanza de vida de la población chilena se han derivado de la reducción de la mortalidad infantil; cuyos valores, pese a la reducción experimentada por la mortalidad general, se ubicaban hasta la década de los sesenta entre los más altos de América Latina; su tasa de mortalidad infantil de 120 por cada mil nacidos vivos era mayor que la de países de un menor grado de desarrollo socioeconómico (Tabla 4). Al iniciarse los sesenta, esta tasa había sido reducida a casi la mitad y en el primer quinquenio de los ochenta era de

sólo 23 por mil y una de las menores tasas de América Latina. Este proceso implica que entre 1950 y 1985, la probabilidad de morir en el primer año de vida se redujo en Chile en un 80%. Los cambios más rápidos ocurrieron entre 1975 y 1983: la tasa de mortalidad neonatal que se había reducido en un 4,2% entre 1970-75, descendió un 6,9% entre 1975 y 1980 y un 12,1% anual entre 1980 y 1983. La tasa de mortalidad infantil experimentó similares reducciones anuales; y la tasa de mortalidad general descendió a un ritmo más rápido (4,7%) entre 1970 y 1975 que en cualquier otro quinquenio (Tabla 5).

Un análisis de los siete principales grupos de causas de muerte permite concluir que entre 1965 y 1982 Chile se aproximó a la estructura causal de los países desarrollados: Alta proporción de muertes ocasionadas por enfermedades del aparato circulatorio (27,6% en 1982), por tumores malignos (16,8) y por violencia y accidentes (12,2%); baja proporción de muertes por enfermedades del aparato respiratorio (8,5%), enfermedades perinatales (13,6%) y del aparato digestivo (8,6%) (5).

(5) Para un análisis riguroso de la evolución de la incidencia relativa de las causas de muerte ver Taucher, Erika 1978: "Chile: mortalidad 1955-75. CELADE - Santiago de Chile.

**TABLA 3: Evolución de la esperanza de vida al nacer.
Chile 1920-1985.**

Periodos	Esperanza de vida (en años)			Aumento en años por año.
	Hombres	Mujeres	Total	
1919-22	30,9	32,2	31,55	0,90
1930-32	39,5	41,7	40,40	0,12
1939-42	40,6	43,1	41,85	1,30
1952-53	52,9	56,8	54,85	0,32
1960-65	55,3	61,0	58,05	0,52
1965-70	57,6	63,8	60,64	0,59
1978-75	60,5	66,8	63,57	0,72
1975-80	63,9	70,6	67,19	0,76
1980	67,8	74,6	70,98	

FUENTES: 1900-1940: TACLA, O. 1975
1950-1985: INE-CELADE, 1987

¿Cuáles son los factores que han contribuido a esta notable transición de la mortalidad? En general se acepta que el cambio en la mortalidad en América Latina ha dependido principalmente de los progresos en la medicina y sanidad, sin desconocer con ello una fuerte incidencia del desarrollo socioeconómico. Un estudio reciente ha evaluado la importancia relativa de los programas de salud que hacen uso de tecnología médica moderna y de los factores socioeconómicos en las reducciones de mortalidad (PRESTON, S. 1976). Los indicadores *ingreso nacional, alfabetismo y consumo de calorías* fueron relacionados con la esperanza de vida al nacer en 1940 para 23 países de la región; y estas relaciones sirvieron de base para pronosticar cuáles serían las esperanzas de vida en los

mismos países para 1970-75, si los cambios se debieran sólo a estos factores. Así, las diferencias entre las esperanzas de vida detectadas y las reales podrían ser atribuidas a la influencia de otros factores y, muy especialmente, a los programas de salud. Los resultados establecen que si se acepta que América Latina tenía una esperanza de vida de 40 años en 1935-39 (Organización Mundial de la Salud) y que en 1970-75 ésta era de 61,3 años (CELADE), la diferencia promedio ponderada de 9,5 años entre la esperanza de vida pronosticada y la real significa que *el 44% de descenso de la mortalidad experimentado por la región en este periodo es atribuible al empleo de mejor tecnología médica y programas de salud* (Tabla 7):

**TABLA 4: América Latina: tasas de mortalidad infantil 1960-1980.
(Muerte de menores de un año por mil nacidos vivos)**

	1960	1970	1975	1980	40.8	Tasa de Cambio Anual			
						1960-65	1965-70	1970-75	1975-80
Argentina	62,4	56,9	58,8	44,6	40,8	-1,8	+0,7	-3,4	-8,5
Colombia	99,8	82,4	70,4	39,5	-	-3,5	-2,9	-6,3	-
Costa Rica	68,6	69,3	61,5	37,1	22,9	+0,2	-2,3	-7,9	-9,6
Cuba	35,4	38,4	38,3	27,3	19,1	+1,7	0	-5,7	-7,5
Chile	120,3	95,4	79,3	55,4	31,8	-4,1	-3,4	-6,0	-8,5
Ecuador	100,0	93,0	76,6	57,5	64,4	-1,4	-3,5	-3,6	-
Perú	92,1	74,0	65,1	53,8	50,5	-3,9	-2,4	-2,5	-6,1
Paraguay	90,7	83,6	93,8	84,9	91,4	-1,6	+2,4	-1,9	+2,5
Uruguay	47,4	49,6	42,6	48,6	37,4	+0,9	-2,8	+2,8	-4,6
Venezuela	52,9	46,4	49,2	43,7	31,8	-2,4	+1,2	-2,2	-5,4

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de Salud en las Américas 1974, 1978 y 1982.

TABLA 5

Chile: Tasas de mortalidad neonatal, infantil, de mayores de un año y expectativa de vida al nacer (1955-1983).

	Mortalidad neonatal (1)	Mortalidad infantil (2)	Mortalidad mayores de un año (3)	Expectativa de vida al nacer (4)
1955	40,0	116,5	8,8	--
1960	35,2	120,3	7,9	56,1
1965	33,5	95,4	7,3	57,6
1970	31,3	79,3	7,7	60,6
1975	24,8	55,4	5,9	64,2
1980	16,3	31,8	5,9	67,0
1983	10,4	21,0	5,5	69,0
CAMBIO PORCENTUAL ANUAL				
1955-60	-2,4	+0,7	-2,0	--
1960-65	-1,0	-4,1	-1,5	2,7
1965-70	-1,3	-3,4	+1,1	5,2
1970-75	-4,2	-6,0	-4,7	5,9
1975-80	-6,9	-8,5	0	4,4
1980-83	-12,1	-11,3	-3,4	3,0

(1) Menores de 28 días por mil nacidos vivos.

(2) Menores de un año por mil nacidos vivos.

(3) Por cada mil habitantes

(4) En años.

FUENTE: Castañeda Tarsicio, 1984.

TABLA 6

Chile: Siete principales grupos de causas de muertes, 1965-1982.
(Tasas por mil habitantes y participación porcentual).

Grupos de causas	1965		1970		1975		1980		1982	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Aparato circulatorio	114,4	10,8	135,6	15,2	153,8	21,1	176,8	26,6	171,3	27,6
Tumores malignos	108,4	10,2	108,2	12,2	102,4	14,1	102,0	15,4	104,5	16,8
Accidentes y violencia	90,9	8,5	86,8	9,7	73,9	10,2	78,7	11,9	76,0	12,2
Aparato respiratorio	187,4	17,6	145,1	16,3	87,8	12,1	63,3	9,9	52,5	8,5
Síntomas y estados morbosos mal definidos	65,2	5,9	48,7	5,5	77,6	10,6	63,3	9,6	53,7	8,7
Aparato digestivo	128,7	12,1	102,4	11,5	50,1	6,9	54,1	8,1	53,3	8,6
Perinatales	147,6	13,9	76,3	8,6	43,6	6,0	28,6	4,3	22,3	3,6

FUENTE: Ministerio de Salud. Anuario de Defunciones y Causas de Muerte (1965 y 1970).
Anuario de atenciones y recursos 1982

Con matices que enfatizan el rol cumplido por el desarrollo socioeconómico, hasta 1970 el caso chileno se inscribe en este cuadro explicativo. La diferencia que Chile presenta en el

estudio de Preston (seis años) significa que sólo un 28% de su progreso en esperanza de vida puede ser atribuido a la influencia de los programas de salud (Tabla 7); y en consecuencia, que

la evolución de la mortalidad es, esencialmente, efecto del desarrollo socioeconómico. Este resultado concuerda con los obtenidos por Behmy y colaboradores (1970) y Boccardo y Corey (1976); los que demuestran una estrecha asociación negativa entre el PGB y la tasa de mortalidad infantil para Chile entre 1940 y 1970. Esta asociación permite adjudicar la detención del retroceso de la mortalidad infantil durante la década de los cincuenta a los negativos efectos provocados por el estancamiento económico que durante esos años experimentó el país.

Sin embargo, más que el crecimiento econó-

mico (6), el rol redistributivo cumplido por el Estado a través de políticas sociales parece esencial para explicar los descensos experimentados por la mortalidad en Chile hasta la década de los sesenta. Educación y salud han sido una antigua preocupación del Estado chileno, ya a mediados del siglo pasado (1860) se había dictado la Ley Orgánica que declaraba la gratuidad de la enseñanza primaria... y en 1900, la matrícula primaria alcanzaba una cobertura nacional superior al 40% de la población escolar. En 1920 se dicta la Ley de Instrucción Primaria Obligatoria... y en 1936, la continua expansión del sistema

TABLA 7: Esperanza de vida en 1970-1975 y esperanza de vida supuesta si se hubiesen mantenido constante las relaciones entre la esperanza de vida y niveles de alfabetismo, ingreso y consumo de calorías detectadas en 1940.

Países	Esperanza Supuesta	de	vida Efectiva	Diferencia
Argentina	61,84		68,20	6,36
Bolivia	39,49		46,80	7,31
Brasil	50,85		61,40	10,55
Chile	56,26		62,60	5,98
Colombia	51,36		60,69	9,54
Costa Rica	56,07		68,20	12,13
Ecuador	47,14		59,60	12,46
El Salvador	45,09		57,80	12,71
Guatemala	43,86		52,90	9,04
Guyana	51,21		67,90	16,69
Haití	29,48		50,00	20,52
Honduras	44,10		53,50	9,40
Jamaica	54,93		69,50	14,57
México	55,24		63,20	7,96
Nicaragua	48,51		52,90	4,39
Panamá	55,47		66,50	11,03
Paraguay	47,84		61,90	40,00
Perú	46,72		55,70	8,98
Puerto Rico	59,60		72,10	12,50
República Dominicana	48,38		57,80	9,42
Trinidad y Tobago	54,17		69,50	15,23
Uruguay	59,54		69,80	10,26
Venezuela	55,14		64,70	9,56

Diferencia media América Latina 10,90

Diferencia media ponderada para la población de 1970. América Latina 9,54

FUENTE: Preston, Samuel, Causes and consequences of Mortality Declines in Less Developed Countries During the twentieth Century, documento presentado a la conferencia sobre Población y Cambio Económico en Países Menos Desarrollados, 30 septiembre al 2 de octubre, 1976, National Bureau, of Economic Research, Nueva York.

(6) La crisis de 1930 golpeó duramente a la economía nacional; en 1932, el valor de las exportaciones se redujo al 13% de los niveles alcanzados en 1929; y pese al rápido desarrollo de la economía cuprífera, no se recuperó el valor de vísperas de la crisis hasta veinte años después (HURTADO, C. 1966)

educativo elevó la matrícula primaria a 569.000 alumnos (80% atendidos por el sistema fiscal), cifra que implicaba una cobertura del 80% de la población en edad escolar. A partir de 1952 las políticas fiscales se focalizan en el ajuste de los recursos humanos a los requerimientos del desarrollo (Ed. Agrícola, Comercial y Técnica) y en la década de los sesenta en la extensión de la cobertura del sistema regular de enseñanza.

Entre 1964 y 1970 aumentó un 20% del número de establecimientos educacionales y entre 1959 y 1975 el número de profesores primarios pasó de 21.460 a 46.970, lo que sumado a la "doble jornada escolar" (1959) permitió duplicar la capacidad de los establecimientos. Paralelamente, con la extensión de la enseñanza básica a ocho años, se elevaron los niveles de enseñanza, al tiempo que los programas de alfabetización y educación de adultos reducían los efectos de la baja escolaridad y la baja capacidad de retención del sistema educativo: la tasa de analfabetismo que en 1964 pasaba del 16%, sólo alcanzaba al 11% en 1970.

Al igual que en el plano educacional, *los esfuerzos del sector público en materia de protección a la salud y saneamiento ambiental requieren ser analizados en un horizonte prolongado*. En este sentido, al cabo de varios años de operación "se habría conseguido una cierta maduración de las inversiones en cuanto a provisión de servicios de atención preventiva, campañas de vacunación masiva, progresiva ampliación de la cobertura de atenciones materno-infantiles, suministro de agua y alcantarillado" (VILLA, M. 1988). Así, *desde principios de siglo hasta 1952 (fecha de creación del Servicio Nacional de Salud) se evoluciona hacia una progresiva socialización de la medicina*. En 1890 se crea el Consejo Superior de Higiene, primera institución pública vinculada a la salud y antecesora de la Dirección General de Salud que se fundara 30 años más tarde. En 1924 se dicta la ley 4054 que crea la Caja de Seguro Obrero la que contempla la existencia de un Departamento Médico destinado a prestar atención ambulatoria en consultorios y domicilios a todos los obreros, sus cónyuges e hijos menores de dos años. En 1936, como parte de las conclusiones de la Primera Convención de Médicos de la Caja de Seguro Obligatorio se acordó la creación por parte de la caja de una sección "Madre e hijo" que se encargaría de la obrera y la esposa durante el embarazo y del hijo del asegurado hasta los dos

años de edad. Para las madres sin seguro se creó la Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia. Atendiendo la preocupación médica sobre los aspectos de prevención se dictó la ley 6174 sobre Medicina Preventiva... ley que motivó a las Cajas de Empleados a establecer en forma conjunta el Servicio Médico Nacional de Empleados. Impulsada por el desarrollo profesional, en 1952 se dictó la ley 10.383 que crea el Servicio Nacional de Salud. Se estima que esta medida otorgó *atención médica curativa* a alrededor del 65% de la población de la época... "y significó una revolución en salud, ya que hubo un verdadero vuelco con cambios de estructuras, organización, programas y metas; todo lo que coloca a Chile en una avanzada posición en este campo" (RODRIGUEZ, F. 1976). La puesta en marcha del SNS significó un importante esfuerzo en inversiones de infraestructura que permitió aumentar la atención médica tanto en hospitalizaciones como en horas médicas de atención en todas las zonas del país. No obstante los esfuerzos realizados, algunas investigaciones señalan que más de un 20% de la población quedaba marginada de la medicina social a fines del período... y más de la mitad de los marginados estarían constituidos por personas de bajos y muy bajos ingresos (RODRIGUEZ, F. 1976). En todo caso, es razonable pensar que el conjunto de medidas que se concretaron a partir de la creación del SNS deben haber tenido significativos efectos en la elevación del nivel de vida de la población de bajos ingresos, cumpliendo una efectiva función redistributiva.

De acuerdo a los antecedentes anteriormente entregados, el retroceso de la mortalidad en Chile hasta fines de los sesenta se inscribe en un cuadro de claro desarrollo socioeconómico. Sin embargo, *a partir de 1970 la evolución de la mortalidad se inscribe en un contexto de estancamiento económico* (Fig. 3). En el sexenio 1974-79 la producción nacional experimentó una fuerte caída junto con un importante deterioro en el empleo, en los salarios reales, en el consumo per cápita y en la distribución del consumo por tramos de renta (FOXLEY, A. 1980). Esta situación, en la que muchos indicadores en 1979 aún no alcanzaban los niveles que exhibían a comienzos de la década, hacían esperar un freno de la caída de la mortalidad. Sin embargo, ello no ocurrió; por el contrario, *la tasa general continuó descendiendo y la T.M.I. aceleró su caída*. ¿Cuá-

les son los factores que han compensado el deterioro de la situación socioeconómica, posibilitando el descenso de la mortalidad?

Dos estudios recientes aclaran la interrogante planteada en el párrafo anterior (RACZINSKI, D. y OYARZO, C. 1981; CASTAÑEDA, T. 1984)... y ambos, en lo esencial, *enfatan el rol cumplido por los programas de salud, focalizados sobre la población de mayor riesgo*. Raczinski y Oyarzo comprueban estadísticamente que si bien "los cambios en la estructura de nacimientos por orden de paridad y la transformación de dicha estructura según la educación de la madre resultan elementos a considerar en la explicación de la caída de la T.M.I. durante el período 1969-79", *el factor de mayor impacto es la concentración de las prestaciones médicas y paramédicas en la población materno-infantil*. En efecto, aunque en el período 1974-79, junto con la recesión económica se redujo el gasto público social y de salud por habitante (Fig. 3), este deterioro no se tradujo ni en la reducción del tiempo médico contratado

por el SNS ni en la cobertura del sistema. Esta aparente inconsistencia desaparece al constatar importantes modificaciones en el destino del gasto público en salud: mientras en 1970 un 13% del gasto de salud se dedicaba a inversiones, en 1979 apenas un 3% tenía ese destino (Tabla 8). Otro elemento explicativo de la mantención de la cobertura es el deterioro de las remuneraciones reales durante el período. Por otra parte, también contribuyó una redistribución de las contrataciones en favor del personal paramédico (matronas, enfermeras, auxiliares). En lo que concierne a la atención de personas, la política de salud del período muestra una preferencial preocupación por la atención primaria de la madre y el niño; a lo que se agrega un fuerte énfasis en programas de nutrición complementaria. El análisis de regresión múltiple realizado por Raczinski y Oyarzo demostró una fuerte asociación entre la TMI con algunos indicadores como el aumento de los nacidos con atención médica y el mayor número de consultas médicas y camas obstétricas por

**TABLA 8: Recursos y prestaciones de salud del sector público.
(1970 = 100).**

Recursos y prestaciones médicas	1966	1968	1970	1973	1975	1977	1979
1. Destinados a toda la población							
a) gasto público por habitante			100		83	86	100
b) tiempo médico contrato por habitante	88	100	100	102	99	116	86
c) consultas médicas por habitante	100	100	100	90	80	90	100
d) disponibilidad de camas por habitante	101	103	100	96	92	87	85
e) cobertura: atención profesional del parto	94	96	100	105	107	110	111
f) inversión pública en salud			100	85	38	72	21
2. Destinados a la madre y recién nacido							
a) tiempo médico obstétrico	102	123	100	128	54	174	167
b) número de matronas	78	74	100	111	125	170	178
c) camas obstétricas por nacido vivo	77	93	100	101	119	133	142
d) consultas médicas por nacidos vivo	51	85	100	136	191	245	260
3. Destinados a la población menor de 15 años							
a) tiempo médico por menor de 15 años	65	99	100	114	115	113	109
b) consultas médicas por menor de 15 años	100	110	100	100	100	100	120
c) disponibilidad de camas pediátricas	92	98	100	108	116	109	116

FUENTE: RACZINSKI, D. y OYARZO, C. 1981.

nacido vivo. Con ciertas diferencias, tales conclusiones son ratificadas por Castañeda (7).

Del caso chileno es posible inferir que en situaciones cuyunturales de deterioro económico es posible sostener el ritmo del descenso de la mortalidad infantil a través de la intensificación de programas de atención primaria materno-infantil, incluyendo programas de intervención nutricional, pero, es necesario enfatizar, que el éxito de estos programas se asienta en la preexistencia de un sistema de salud maduro e integrado, en la reducción alcanzada previamente sobre las patologías asociadas a situaciones de pobreza y en la condición de receptividad de las madres frente a estos programas. En suma, la maduración de los esfuerzos del pasado y el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado constituyeron la base para viabilidad y eficacia de los programas implantados.

2.2.2. Un reciente y rápido descenso de la fecundidad

El patrón evolutivo de la fecundidad de la población chilena se caracteriza por una larga

persistencia en niveles elevados y una reciente y rápida reducción: la tasa bruta de natalidad se ha mantenido relativamente estabilizada sobre el 37 por mil hasta mediados del siglo; para luego, a partir de los sesenta iniciar una fuerte reducción que le ha permitido alcanzar una tasa del 24 por mil en el quinquenio 1980-85 (Tabla 9 y Fig. 4). Si se considera un indicador más apropiado; la tasa global de fecundidad, que a mediados de los años sesenta se eleva por sobre los 5 hijos por mujer, descendió un 45% en quince años, hasta quedar reducida a menos de tres hijos en tan breve lapso. Tan rápida reducción se asocia a una caída general y redistribución de las tasas de fecundidad específicas por grupos de edades, generándose un modelo juvenil; fenómeno que pudo también haber tenido alguna influencia en la reducción de los riesgos de mortalidad (Fig. 4). Asimismo, la tasa neta de reproducción que entre 1950 y 1965 oscilaba en torno a 2, se redujo a 1.4 en el quinquenio 1980-85. De estas estimaciones se infiere una reciente y rápida caída del potencial de crecimiento de la población chilena.

TABLA 9: Tasas de natalidad general, de fecundidad y reproducción para períodos y años indicados, Chile 1900-1985

Años y periodos	TASAS		
	Natalidad General	Fecundidad	Reproducción
1900-1904	38,4	-	--
1910-1914	39,5	-	--
1920-1924	39,8	-	--
1930	39,8	-	--
1940	36,4	-	--
1950-1955	37,2	5,1	2,4
1955-1960	37,6	5,3	2,6
1960-1965	36,8	5,3	2,6
1965-1970	31,6	4,4	2,2
1970-1975	27,6	3,6	1,8
1975-1980	23,7	2,9	1,4
1980-1985	24,2	2,8	1,4

FUENTES: 1900-40. TACLA, O. 1975.
1940-85. INE-CELADE, 1987.

(7) Del análisis de la evolución de las diferencias de TMI interregionales, Castañeda establece que: 1) tales diferencias se han reducido en el período 1970-83; 2) la reducción del tamaño familiar y los programas a las embarazadas son los factores que más han contribuido a la reducción de la mortalidad en Chile; 3) los programas a los niños también lo han hecho, aunque en menor proporción; 4) y el aumento en la cobertura de agua potable y alcantarillado han contribuido significativamente a reducir la mortalidad infantil y sus diferencias regionales. (CASTAÑEDA, T. 1984).

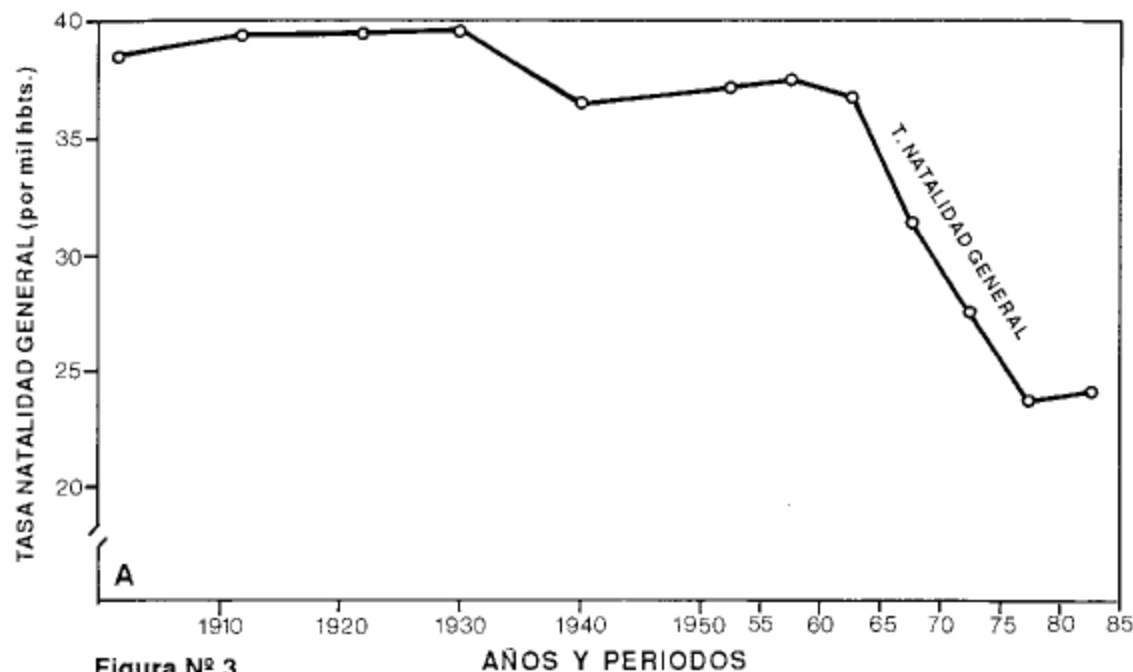


Figura Nº 3

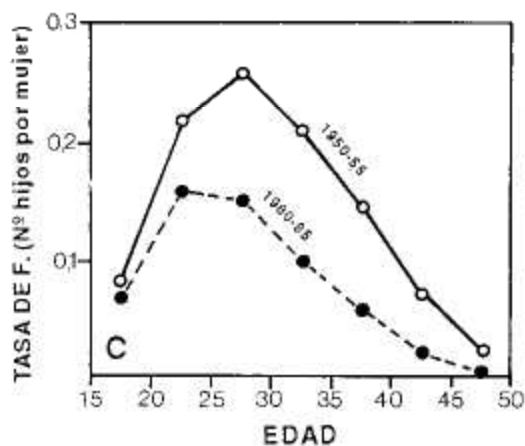
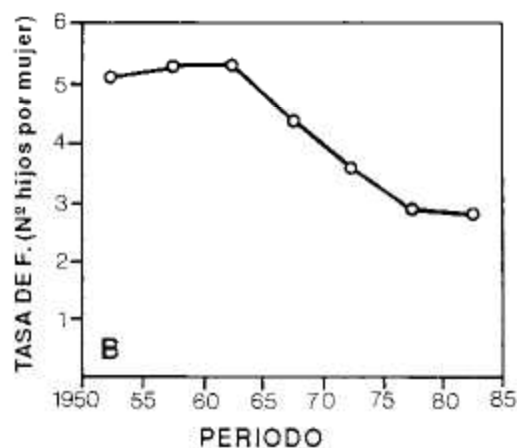


Figura 4.- Los cambios de comportamiento reproductivo, Chile 1900 - 1985.

A. Evolución de la tasa de natalidad general (1900-85).

B. Evolución de la tasa de fecundidad global (1950-85).

C. Cambios en los niveles y distribución en las tasas de fecundidad por edades (1950-55; 1980-85).

Un descenso como el descrito supone la aceptación generalizada de un tamaño familiar más pequeño. Múltiples factores asociados al desarrollo económico y social se conjugan para provocar este cambio. La elevación del grado de desarrollo de las fuerzas productivas y de los niveles de urbanización conlleva una diversificación de la demanda de empleo, a la par que mayores requerimientos de calificación, contribuyendo a la ampliación de los estratos medios y altos y de grupos de obreros especializados. Por otra parte, en razón de las alianzas políticas

o como respuestas a las presiones sociales, el Estado promueve estrategias redistributivas de suministro de servicios que tienden a elevar la educación y las condiciones materiales de vida. Este complejo de factores, en la medida que coayuden a la vigencia de los valores de los estratos medios y altos en un sistema de movilidad social, impactará sobre el comportamiento reproductivo. En este contexto, refuerzan el cambio la elevación de los costos de formación y la baja de la mortalidad infantil; sin dejar de considerar los presumbibles efectos de la incorpo-

TABLA 10: Chile: Distribución de la población económicamente activa por estratos ocupacionales 1952, 1960, 1970.

Estratos	Distribución porcentual			Incremento porcentual		
	1952	1960	1970	1952-60	1960-70	1952-70
NO AGRICOLAS	71,7	72,8	79,7	11,6	18,5	32,2
Alto	5,7	6,0	9,0	18,7	59,4	89,2
Medio Alto	13,2	9,7	13,0	-20,6	46,0	15,9
Medio Bajo	8,9	12,7	16,2	55,4	38,3	115,0
Bajo asalariado	34,3	34,4	29,5	10,4	-7,4	2,3
Bajo cuenta propia	7,1	5,6	6,5	-14,2	27,6	9,5
Otros (residual)	2,5	4,4	5,5	99,4	36,4	171,4
AGRICOLAS	28,2	27,2	20,2	5,8	-19,5	-14,9
Empleaderas	0,7	0,5	0,7	-22,8	48,4	14,6
Trab. por cuenta propia	7,2	6,4	6,1	-2,0	2,2	0,1
Empleados	0,7	0,7	0,7	1,4	8,0	9,5
Obreros	18,2	18,7	12,4	12,6	27,8	-18,7
Otros (residual)	1,3	0,9	0,3	-25,2	-63,3	-72,6
TOTAL	99,9	100,0	99,9	10,0	8,2	19,0

(2.155.297) (2.361.841) (2.564.380)

FUENTE: RACZINSKI, D. 1974.

ración de la mujer a la actividad económica (8).

Tal parece haber sucedido en Chile. El proceso de cambios políticos y económico-sociales que se desencadenó a partir de la crisis del año 30 con la adopción del modelo industrial substitutivo con fuerte acción del Estado, cambió las pautas valóricas de la sociedad chilena frente a la fecundidad... y preparó el terreno para que, en la década de los sesenta, con la recomposición de la estructura social y la implementación de los programas de planificación familiar, las aspiraciones se concretarán en un efectivo descenso de la natalidad.

Los cambios de fecundidad que se observan entre 1950 y 1970 se asocian estrechamente a la reestructuración social que acompañó al proceso de desarrollo socioeconómico entre esos años. La Tabla permite visualizar esta reestructuración. Se puede apreciar que mientras los

estratos agrícolas crecen entre 1952 y 1960, aunque con mayor lentitud que los no-agricolas, durante la década de los sesenta se acelera el crecimiento de estos últimos con una reducción absoluta cercana al 20% de la PEA ocupada en la agricultura. En estos estratos no-agricolas (urbanos, en términos generales), los estratos medios y alto son los que experimentan el mayor crecimiento absoluto y relativo. Entre 1952 y 1960 este crecimiento es infimo; pero, entre 1960 y 1970 es de gran magnitud. En cambio, el sector bajo asalariado experimenta en la década del 60 no sólo pérdida de su importancia relativa sino que incluso pierde población en términos absolutos. En el sector agrícola, la estructura social no muestra cambios significativos en la década de los cincuenta. Por el contrario, en la década siguiente la masa de asalariados se reduce en cerca de un 28%. Puede concluirse así

(8) En el caso chileno, la incorporación de la mujer a la actividad económica no parece haber tenido mayores efectos en la fecundidad. En primer término, como fruto de la expansión de la educación media y superior y de la creciente cobertura de la previsión social, se redujeron las tasas de participación femenina en la fuerza de trabajo (12 años y más) entre 1952 y 1970. Las tasas se sostuvieron entre los adultos (20 a 64 años), constituyendo fuerza de trabajo importante en el Comercio, los Servicios y la Industria. Pero, entre 1952 y 1970 se redujo la participación de las mujeres en servicios del 60 al 45%. Ello expresaría la expulsión de las mujeres de baja instrucción a la vez que su dificultad de competir en el mercado laboral. Si a ello se agrega el lento crecimiento del empleo, la conclusión es evidente: el proceso de modernización de la economía facilita la incorporación de mujeres con nivel medio y altos de educación y margina a las de bajo nivel de instrucción. De este modo, no modifica significativamente las pautas reproductivas (GONZALEZ, G. 1982).

que en la década de los sesenta los estratos de alta fecundidad fueron los que menos crecieron e inclusive decrecieron, mientras que los estratos de baja fecundidad experimentaron -tanto en términos absolutos como relativos- el mayor crecimiento. De este modo, entre 1952 y 1960 fue la estructura social la que -prácticamente sin modificaciones- impidió una reducción de la fecundidad; en cambio, entre 1960 y 1970, "la reestructuración social explica casi un 50% de los cambios en los niveles de fecundidad" (GONZALEZ, G. 1982).

Resta por examinar la puesta en práctica de la anticoncepción; en su condición de medio auxiliar que al materializar una conducta previamente conformada acelera el descenso de los ritmos reproductivos. A comienzos de los sesenta la constancia de una elevada incidencia del aborto inducido, con severos riesgos para la vida de las mujeres, decidió a las autoridades de los organismos de salud a incorporar actividades de planificación familiar como parte de los programas materno-infantiles del Servicio Nacional de Salud (1963). Al cabo de 13 años habían ingresado a estos programas más de un millón de mujeres. La atención acumulada en este período (1963-76) equivalía al 36% de las mujeres que en 1976 estaban en edad fértil... y la cobertura efectiva estimada en el año se aproximaba al 20% de la población. En años posteriores, tras la instauración del régimen militar, el Estado ha tendido a reducir su intervención en este campo, atendiendo a la inquietud manifestada por las autoridades militares por el descenso de la fecundidad (9)... Pero, la conducta estaba consolidada; y la población chilena, pese al cambio de política de población, ha seguido sosteniendo niveles bajo-moderados de reproducción.

2.2.3. Hacia la convergencia de las diferencias sociales y espaciales

La precedente descripción se ha basado en

valores medios que son el resultado de comportamientos disímiles. Al igual que la mayor parte de los países latinoamericanos, como fruto de su proceso histórico de reproducción, la sociedad chilena presenta una diferenciada formación social y espacial. En consecuencia, en este contexto, no es extraño constatar *importantes variaciones en la dinámica demográfica... pero, variaciones que en los últimos años tienden a atenuarse.*

La información de mortalidad general, expresada a través de la esperanza de vida por sexo, permite comparar las condiciones vigentes en las diversas regiones del país entre 1969-70 y 1980-85 (Tabla 11). En general, los menores niveles de mortalidad correspondían en el período inicial a las regiones extremas del país (Tarapacá y Magallanes) y a las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Por el contrario, Antofagasta y las regiones agrarias de Maule, Biobío, Araucanía y Los Lagos, presentaban las más altas tasas. Entre 1969 y 1985, las diferencias de esperanza de vida se atenuaron: inicialmente, eran de 7 años entre los hombres y de 5,4 años entre las mujeres; mientras que en el quinquenio final fueron de 5,8 y 4,3 respectivamente. En otros términos, *la brecha inicial de mortalidad entre las regiones ha tendido a cerrarse a medida que mejoraba la esperanza de vida de la nación*; situación que se deriva de los mayores mejoramientos registrados en las unidades espaciales que presentaban inicialmente la situación más desmedrada. Similares conclusiones pueden extraerse de la observación de las variaciones de la mortalidad infantil. Al igual, las menores tasas corresponden a la Región Metropolitana, seguida por las regiones extremas (Tarapacá y Magallanes)... y asimismo, aunque con mayor rapidez, *los mayores descensos de mortalidad infantil se produjeron en aquellas regiones que presentaban los valores más elevados en el período inicial* (10). Sin embargo, pese

(9) En Noviembre de 1978, como parte del Plan Nacional de Desarrollo (1978-83) el gobierno militar estableció una política de Población donde, aplicando el principio de subsidiaridad, se sostiene: "... es evidente que el Estado no puede intervenir en modo alguno sin usurpar la libertad inherente a la pareja... Luego, aunque es deseable que Chile experimente un crecimiento significativo de su población... no corresponde al Estado adoptar medidas tendientes a aumentar o disminuir la tasa de crecimiento". En la sección sobre Población y Seguridad nacional se afirma: "...la reducción de las muertes infantiles y maternas no deben lograrse mediante sistemas extensivos de regulación de la fecundidad, que podrían provocar un estancamiento adicional en la tasa de crecimiento de la población... Sin embargo, deben mantenerse campañas adecuadas con el propósito de dignificar y estimular la maternidad".

(10) Las acciones públicas podrían haber contribuido a lograr importantes descensos de mortalidad sin que sea requisito un mayor desarrollo económico y social. Igualmente, es posible concebir cambios culturales incentivados por el Estado para provocar un descenso de la fecundidad sin que se cumplan algunas condiciones que fueron fundamentales en otros contextos sociales e históricos.