

FORMULACION DE METAS SOBRE ESPERANZA DE VIDA AL NACER INFORME DE UNA EXPERIENCIA¹

Dr. Lenín Sáenz Jiménez²

La esperanza de vida al nacer constituye un indicador-resumen del estado de salud de un país. Toda metodología tendiente a formular metas realistas al respecto debe considerar las metas ya definidas para todos los programas, los cuales de una u otra manera alteran dicha situación.

Es indiscutible la doble función que desempeña la salud en el desarrollo económico-social: por una parte, como componente del bienestar, lo que le otorga carácter de finalidad en el proceso de desarrollo; y por la otra, como elemento cuya presencia incrementa la capacidad de rendimiento de los recursos humanos y cuya ausencia la disminuye, con lo que se erige en uno de los medios para lograr el desarrollo.

La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago de Chile, 2-9 de octubre de 1972) señaló nuevas metas en este campo para el decenio actual, en el documento conocido como *Plan Decenal de Salud para las Américas*.³

En el curso de dicha reunión cada país contrajo el compromiso de realizar ingentes esfuerzos para la concreción de las metas fijadas. Con el fin de adecuar dichos esfuerzos a cada zona de trabajo, el Ministerio de Salud de Costa Rica encomendó a su Unidad Sectorial de Planificación la adaptación de aquellas metas y la formulación de recomendaciones con objeto de actualizar una política de salud que oriente la acción durante los años restantes del decenio.

Luego de reunir y analizar la información nacional acerca de cada una de las áreas programáticas definidas en aquel Plan Decenal, se procedió a la redacción de un documento básico sujeto a discusión. Per-

sonal técnico de jerarquía, perteneciente a instituciones y sectores diferentes, responsable de los programas existentes en cada una de las áreas estudiadas, debatió ampliamente el documento en el curso de una serie de reuniones que se realizaron en un lapso de un poco más de dos meses. De esas reuniones surgió un conjunto de recomendaciones sobre política, metas y estrategias de salud para los años restantes de la década 1971-1980, las cuales fueron sometidas a la decisión de los participantes para su aprobación final.

Sobre este conjunto de documentos y recomendaciones se han establecido las bases en las que se asienta el "Plan Nacional de Salud 1974-1980", enmarcado dentro de la política definida por el respectivo Ministerio, dentro de los lineamientos generales del Plan Decenal de Salud para las Américas y de los lineamientos que los documentos previos ya publicados permiten suponer que tendrá el "Plan Nacional de Desarrollo".

El Plan Nacional de Salud, acorde con las normas indicadas, contempla cinco grandes áreas programáticas:

- a. Esperanza de vida al nacer.
- b. Cobertura de servicios.
- c. Programas de servicio.
- d. Servicios complementarios.
- e. Desarrollo de la infraestructura.

Si bien la esperanza de vida al nacer es una resultante que traduce el nivel de salud del país, se presenta como primer área programática del Plan por considerarla condi-

¹ El texto en inglés fue publicado en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. IX, No. 2, 1975.

² Director, Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud de Costa Rica.

³ Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial de la OPS 118 (1973), Washington, D.C.

cionada tanto por factores intrasectoriales (que se pretende superar con el resto del Plan), como por factores extrasectoriales, y además, porque constituye un gran indicador que refleja el grado de cumplimiento de todas las demás metas formuladas, cuya concreción conducirá a las reducciones específicas de mortalidad esperadas.

Por lo tanto, aun cuando en la presentación del Plan Nacional de Salud la esperanza de vida al nacer constituye la primer área programática en la elaboración de las recomendaciones, fue la última que se analizó, y ello, después de haber recomendado las metas y su alcance en todos y cada uno de los programas formulados para las áreas restantes. Para su análisis, se solicitó la colaboración del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), con Subsede en San José, cuya participación consideramos de enorme valor, pues ha posibilitado la formulación de metas concretas en esta difícil área.

La siguiente metodología marcó las pautas para llegar a una decisión sobre la materia:

a) Análisis de las tasas de mortalidad y natalidad, así como de la esperanza de vida al nacer en los países de la región, comparadas con las tasas del país objeto de estudio.

b) Análisis de las posibilidades de reducción de las tasas de mortalidad nacionales, por grupos de edad, en caso de mantener las tendencias históricas, sin introducir modificaciones condicionadas por nuevos programas.

c) Comparación de las tasas nacionales de mortalidad por edad con las de un país desarrollado, a fin de medir su posibilidad teórica de reducción.

d) Análisis de las principales causas nacionales de muerte para cada grupo de edad, y su probable reducción mediante el cumplimiento de las metas recomendadas en todos los programas ya analizados.

e) Elaboración de un documento que incluye varias alternativas de reducción de la mortalidad para cada grupo de edad, conforme a las metas planteadas en los distintos programas del Plan Nacional de Salud.

f) Elaboración de tablas abreviadas de mortalidad, según las alternativas planteadas en el punto e).

g) Elaboración de un cuadro en el que se registra la esperanza de vida al nacer que se alcanzaría según las tablas elaboradas en base a aquellas alternativas de reducción de la mortalidad.

h) Selección de las alternativas más acordes con las metas planteadas, para cada grupo de edad.

Puesta en práctica la metodología descrita, los resultados fueron los siguientes:

Entre los países americanos situados al sur de los Estados Unidos, para el período 1970-1975, la mortalidad general oscila

CUADRO 1—Esperanza de vida al nacer. Países americanos: Tasas brutas de mortalidad, natalidad y crecimiento natural estimadas para el período 1970-1975 (por mil habitantes).

	Tasas brutas (por mil)		
	Mortalidad	Natalidad	Crecimiento natural
Argentina	8.8	22.9	14.1
Bolivia	18.1	43.8	25.7
Brasil	8.5	36.9	28.4
Colombia	9.0	43.9	34.9
Chile	8.7	31.0	22.3
Ecuador	9.9	43.4	33.5
Paraguay	9.3	44.6	35.3
Perú	8.8	39.8	31.0
Uruguay	9.1	20.9	11.8
Venezuela	6.6	40.3	33.7
Costa Rica	6.0	33.3	27.3
Guatemala	13.0	41.7	28.7
El Salvador	11.0	46.5	35.5
Honduras	15.3	48.5	33.2
Nicaragua	14.7	46.8	32.1
Panamá	7.1	39.2	32.1
México	7.7	42.1	34.4
Cuba	6.9	26.1	19.2
Haití	17.6	43.6	26.0
Rep. Dominicana	13.0	48.1	35.1
Barbados	7.5	24.1	16.6
Guayana	6.6	39.0	32.4
Jamaica	6.2	32.7	26.5
Trinidad y Tabago	6.0	28.1	22.1
Guadalupe	5.9	31.4	25.5
Islas Windward	7.1	35.3	28.2
Martinica	6.3	30.3	24.0
Puerto Rico	6.2	23.1	16.9
Surinam	7.2	42.0	34.8
Otras áreas	6.3	28.8	22.5

Fuente: CELADE, Boletín Demográfico, Año IV, N° 8, 1971.

entre 5.9 y 18.1 por mil habitantes; Costa Rica se encuentra cerca del límite inferior, con una tasa de 6.0 por mil habitantes. La natalidad oscila entre 20.9 y 48.5 por mil y el crecimiento natural varía entre 11.8 y 35.5 por mil; Costa Rica presenta una tasa de natalidad ligeramente inferior al promedio de las tasas de los países estudiados (33.3 por mil habitantes), y su baja mortalidad condiciona un crecimiento natural (27.3 por mil) también ligeramente inferior al promedio (cuadro 1). El análisis de las tasas de mortalidad por edad, elemento básico para la elaboración de las tablas de vida, en 1950, 1963 y 1972, revela reducciones variables para los distintos grupos de edad en los períodos 1950-1963 y 1963-1972 (cuadro 2). Por la importancia que tienen para la definición de metas, cabe destacar que las reducciones de la mortalidad de menores de 1 año y de niños de 1 a 4 años en los períodos analizados, han permanecido bastante por debajo de las metas propuestas en el *Plan Decenal de*

*Salud para las Américas*¹ (40% para menores de 1 año, con rangos de 30 a 50%; 60% para el grupo de 1 a 4 años, con rangos de 50 a 70%). En consecuencia, a menos que se tomen medidas adecuadas para modificar tales tendencias, las metas serán difíciles de alcanzar.

Si se establece una comparación entre las tasas de mortalidad por grupos de edad (cuadro 3), de Costa Rica y las de un país desarrollado (Suecia), el panorama se transforma de manera radical, ya que se aprecia que la posibilidad teórica de reducción de las tasas es muy elevada en las edades menores, alcanzando al 81% en los menores de 1 año y el 84% en el grupo de 1 a 4 años, mientras que la posibilidad de reducción de tasas es muy reducida en edades avanzadas, siendo del 0% después de los 75 años; a partir de esta edad la mortalidad en Suecia es superior a la costarricense. Al efectuar el análisis de las 10 primeras causas de muerte por grupo de edad, se constata

¹ *Op. cit.*

CUADRO 2—Costa Rica: Tasas^a de mortalidad por grupos de edad correspondiente a los años 1950, 1963, y 1972. Porcentaje de reducción en cada período.

Edad	Tasas de mortalidad por edad			Reducción en cada período (%)	
	1950	1963	1972	1950-1963	1963-1972
0	102.0	85.1	67.7	16.6	20.6
1-4	15.7	8.0	4.4	49.0	45.0
5-9	2.7	1.5	1.0	44.4	33.3
10-14	1.4	0.8	0.5	42.9	37.5
15-19	1.9	1.2	1.1	36.8	8.3
20-24	3.2	1.6	1.6	50.0	0.0
25-29	3.8	2.0	1.5	47.4	25.0
30-34	4.5	2.6	2.2	42.2	15.4
35-39	5.6	3.1	2.6	44.6	16.1
40-44	6.9	4.2	3.1	39.1	26.2
45-49	9.3	5.7	5.2	38.7	8.8
50-54	12.7	8.0	6.7	37.0	16.3
55-59	19.6	12.6	11.6	35.7	7.9
60-64	28.1	20.0	15.7	28.8	21.5
65-69	41.7	32.2	28.7	22.8	10.9
70-74	65.8	51.2	43.2	22.2	15.6
75-79	100.4	75.3	68.5	25.0	9.0
80-84	144.5	112.7	94.9	22.0	15.8
85 y más	232.7	210.3	161.1	9.6	23.4

^a Tasas calculadas en base a las defunciones observadas.

Fuente: Tabla de vida de Costa Rica, años 1950 y 1963.

que seis causas en los menores de 1 año, y ocho en el grupo de 1 a 4 años, son factibles de prevenir o reducir por medio de técnicas existentes. La gastroenteritis y colitis, enfermedades que se pueden prevenir mediante el saneamiento del medio, constituyeron durante todo el decenio la primera causa de defunción en el grupo de 1 a 4 años y sólo en 1971 pasaron, por un estrecho margen, a ser la segunda causa. La neumonía fue la tercera causa en menores de 1 año durante el mismo tiempo, mientras que en el grupo de 1 a 4 años, la segunda y tercera causa de defunción estuvieron constituidas por la neumonía y bronconeumonía, el sarampión y la ascariidiasis, enfermedades también prevenibles mediante el saneamiento ambiental o la inmunización, cuyos efectos mortales se pueden reducir con un tratamiento oportuno y adecuado.

Entre los 5 y los 44 años, la primera causa de muerte fueron los accidentes, cuya incidencia se puede reducir con la aplicación de medidas prevenibles.

El análisis de otras áreas programáticas reveló que en 1970 el 4.5% de las muertes de menores de 1 año se produjo sin recibir atención médica. En el mismo año, el 36.5% de la mortalidad infantil se debió a enfermedades infecciosas y parasitarias. En el grupo de 1 a 4 años, en ese año, el 70% de las muertes se debió a causas prevenibles o reducibles mediante las técnicas existentes.

Basadas en el análisis anterior, se plantearon las 21 alternativas destinadas a hacer una estimación de la esperanza de vida al nacer que se señalan en el anexo 1, para lo cual se tomó en cuenta: la situación existente, las metas definidas en la reunión de Ministros de Salud Pública de Santiago de Chile y las metas propuestas por el alto nivel técnico nacional, que se describen en el Plan Nacional de Salud.

Las alternativas fluctúan entre reducciones del 20 al 40% de la mortalidad infantil; del 40 al 60% de la mortalidad en el grupo de 1 a 4 años; y oscilan entre ninguna reducción en la mortalidad de mayores de 4 años

CUADRO 3—Costa Rica: Posibilidades de reducción de las tasas de mortalidad por edad, comparación con los niveles alcanzados por Suecia en 1966.

Edad	Costa Rica 1972	Suecia 1966	Tasa comparativa entre la sueca y la costarricense (%)	Reducción posible (%)
0	67.7	12.7	19	81
1-4	4.4	0.7	16	84
5-9	1.0	0.4	40	60
10-14	0.5	0.3	60	40
15-19	1.1	0.7	64	36
20-24	1.6	0.8	50	50
25-29	1.5	0.7	47	53
30-34	2.2	1.0	45	55
35-39	2.6	1.5	58	42
40-44	3.1	2.2	71	29
45-50	5.2	3.3	63	37
50-54	6.7	5.3	79	21
55-59	11.6	8.2	71	29
60-64	15.7	14.0	89	11
65-69	28.7	23.5	82	18
70-74	43.2	39.9	92	8
75-79	68.5	69.5	101	0
80-84	94.9	114.8	121	0
85 y más	161.1	207.5	129	0

Fuente: Anuario Demográfico 1967 y Dirección Gral. de Estadística y Censo.

hasta la considerada como "normal" en la construcción de tablas de vida, acorde con la recomendación de las Naciones Unidas.

Además, a manera de ejemplo, se prepararon dos alternativas, las cuales adicionaron a las otras ya analizadas la reducción al doble de lo "normal" de la mortalidad del grupo de 15 a 44 años, con el fin de analizar los resultados favorables en cuanto a esperanza de vida que representaría tal esfuerzo.

Las reducciones, consideradas como "normales" en la construcción de tablas de vida y utilizadas en los cálculos para edades mayores de 5 años, suponen una ganancia de cinco niveles para el período, conforme a las tablas modelo de las Naciones Unidas.

Al elaborar las tablas de vida basadas en la mortalidad específica por edades correspondientes a las alternativas indicadas, se obtuvieron los resultados que se resumen en el cuadro 4, en el que se puede analizar

el impacto que sobre la esperanza de vida tendrán los supuestos planteos en cuanto a porcentajes de reducción de la mortalidad en distintos grupos de edad. Conforme a la situación existente y a las metas propuestas a nivel nacional, especialmente las correspondientes a "Salud materno-infantil y bienestar familiar" y a "Salud rural", las alternativas 16 y 17 parecen ser las más realistas para el país. El cumplimiento de esta meta no podrá ser alcanzado sin que se logren todas las demás metas propuestas, ya que es una resultante de ellas así como del grado de desarrollo socioeconómico del país. En consecuencia, requiere la ejecución eficaz de todos los programas.

Las alternativas 20 y 21 demuestran que el gran esfuerzo necesario para reducir a la mitad la mortalidad en el grupo de 15 a 44 años, el cual tendría que realizarse fundamentalmente mediante una acción de elevado costo, destinada a la restauración de la

CUADRO 4—Costa Rica: Esperanza de vida al nacer que se alcanzaría según las diferentes alternativas de reducción en la mortalidad de 1972.

Tabla	Reducción de la mortalidad infantil (%)	Reducción 1-4 años (%)	Reducción 5-14 años (%)	Reducción 15-44 años (%)	Reducción 45 y más (%)	Esperanza de vida (en años)	Ganancia en relación (en años)
1	Costa Rica: ambos sexos, 1972. Defunciones observadas sin corregir.					68.15	—
2	20	—	—	—	—	68.93	0.78
3	30	—	—	—	—	69.32	1.17
4	35	—	—	—	—	69.52	1.37
5	40	—	—	—	—	69.71	1.56
6	—	40	—	—	—	68.62	0.47
7	—	50	—	—	—	68.73	0.58
8	—	55	—	—	—	68.78	0.63
9	—	60	—	—	—	68.84	0.69
10	20	40	—	—	—	69.41	1.26
11	30	50	—	—	—	69.91	1.76
12	30	55	—	—	—	69.96	1.81
13	35	55	—	—	—	70.16	2.01
14	40	60	—	—	—	70.42	2.27
15	20	40	} 5 niveles en tablas modelo N.U. }			70.52	2.37
16	30	50				71.02	2.87
17	30	55				71.08	2.93
18	35	55				71.27	3.12
19	40	60				71.54	3.39
20	30	50	5 niveles N.U.	10 niveles N.U.	5 niveles N.U.	71.50	3.35
21	30	55				71.56	3.41

salud, daría como resultado un aumento relativamente pequeño de la esperanza de vida, que no correspondería al esfuerzo invertido. Ello se aprecia estableciendo un parangón con las alternativas 16 y 17.

Se puede apreciar de qué manera la metodología seguida simplemente constituye la aplicación de una línea racional de pensamiento lógico. No obstante, dado que su planificación significó el resultado de la labor conjunta de varios grupos humanos dedicados a distintas disciplinas, que en cierto momento confluyeron al análisis de un problema común, he considerado conveniente su divulgación, ya que puede constituir un elemento útil en el campo de la planificación de la salud.

Resumen

Con la participación de numerosos grupos multidisciplinarios y multiinstitucionales, bajo la coordinación de la Unidad Sectorial de Planificación, del Ministerio de Salud, se llevó a cabo en Costa Rica la adaptación nacional de las metas del *Plan Decenal de Salud para las Américas*⁵ y la elaboración del Plan Nacional de Salud 1974-1980. De la labor del grupo encargado de formular metas sobre esperanza de vida al nacer, última área sometida a análisis por estar considerada una consecuencia de todas las demás, surgió la metodología que se describe

⁵ *Op. cit.*

en este artículo. A grandes rasgos dicha metodología consiste en:

Establecer una comparación entre las tasas de natalidad y mortalidad y la esperanza de vida al nacer de los demás países de la región y las del país en estudio, y comparar las tasas de mortalidad por edades del país en estudio con las de un país desarrollado, así como sus tendencias históricas. Se obtiene así una visión global de las perspectivas futuras en caso de no introducir modificaciones, o bien, si esas modificaciones se deben a la ejecución de nuevos programas.

A continuación se analizan las principales causas de muerte en el país, por grupos de edades y vulnerabilidad, y su probable reducción mediante el cumplimiento de las metas formuladas para los demás programas. Sobre esta base se plantean varias alternativas de reducción de la mortalidad para cada grupo de edad. Conforme a estas alternativas se elaboran tablas abreviadas de mortalidad, las cuales se utilizan para confeccionar un cuadro que muestra la esperanza de vida al nacer que se alcanzará de acuerdo con cada una de las alternativas procesadas. Esta etapa permite la selección final de las metas de "esperanza de vida" acordes con las metas de reducción de la mortalidad para cada grupo de edad, formuladas a lo largo del proceso de planificación sectorial.

El artículo describe la metodología y la ejemplifica con los resultados obtenidos en el caso que la originó.

ANEXO 1

Costa Rica: Supuestos utilizados en cada una de las tablas elaboradas. Ambos sexos, año base 1972.

Tabla	Supuestos adoptados
1	Tabla básica a la cual se aplican las modificaciones indicadas en las tablas siguientes. Tabla elaborada a partir de las defunciones de ambos sexos observados en 1972 y de la población a mediados de 1972 estimadas en base a la muestra del Censo 1973.
2	Reducción del 20% en la mortalidad infantil.
3	Reducción del 30% en la mortalidad infantil.
4	Reducción del 35% en la mortalidad infantil.
5	Reducción del 40% en la mortalidad infantil.

6	Reducción del 40% en la mortalidad de 1 a 4 años.
7	Reducción del 50% en la mortalidad de 1 a 4 años.
8	Reducción del 55% en la mortalidad de 1 a 4 años.
9	Reducción del 60% en la mortalidad de 1 a 4 años.
10	Reducción del 20% en la mortalidad infantil y 40% en la mortalidad de 1 a 4 años.
11	Reducción del 30% en la mortalidad infantil y 50% en la mortalidad de 1 a 4 años.
12	Reducción del 30% en la mortalidad infantil y 55% en la mortalidad de 1 a 4 años.
13	Reducción del 35% en la mortalidad infantil y 55% en la mortalidad de 1 a 4 años.
14	Reducción del 40% en la mortalidad infantil y 60% en la mortalidad de 1 a 4 años.
15	Reducción del 20% en la mortalidad infantil, 40% en la mortalidad de 1 a 4 años y reducción normal en las restantes edades.
16	Reducción del 30% en la mortalidad infantil, 50% en la mortalidad de 1 a 4 años y reducción normal en las restantes edades.
17	Reducción del 30% en la mortalidad infantil, 55% en la mortalidad de 1 a 4 años y reducción normal en las restantes edades.
18	Reducción del 35% en la mortalidad infantil, 55% en la mortalidad de 1 a 4 años y reducción normal en las restantes edades.
19	Reducción del 40% en la mortalidad infantil, 60% en la mortalidad de 1 a 4 años y reducción normal en las restantes edades.
20	Reducción igual a la de la tabla 16 y reducción del doble en el grupo de 15-44.
21	Reducción igual a la de la tabla 17 y reducción del doble en el grupo de 15-44.

Formulation of goals for life expectancy at birth. Report of an experience. (Summary)

With the assistance of various multidisciplinary and multi-institutional groups, coordinated by the Ministry of Health Planning Sectoral Unit, the goals of the Ten-Year Plan for the Americas and the National Health Plan 1974-1980 were adapted to the circumstances of Costa Rica. The procedure described in this article was the result of the work of the group responsible for formulating goals for life expectancy, the last area to be analyzed since it was considered to be a consequence of all the others. Broadly speaking, that procedure is as follows:

A comparison is made of the birth, mortality, and life expectancy at birth rates of the other countries of the Region and of the country being studied and the age specific mortality rates of the country being studied is compared with those of a developed country as well as their historical tendencies. The result is an overall picture of future prospects if no

changes are made, or if changes are the result of the execution of new programs.

Next an analysis is made of the leading causes of death in the country by age group and vulnerability, and their probable reduction as a result of the accomplishment of the goals established for the other programs. On this basis, various alternatives for reducing mortality for each age group are established. In accordance with these alternatives, abridged life tables are constructed and used to draw up a table showing the life expectancy at birth that will be achieved according to each of the alternatives considered. This makes possible a final selection of the life expectancy goals consistent with the goals for the reduction of mortality for each age group formulated during the sectoral planning process.

The article describes the procedure and exemplifies it with the results obtained in the case from which it originated.

Formulação de metas sobre a expectativa de vida ao nascer. Informe de uma experiência. (Resumo)

Sob a coordenação da Unidade Sectorial de Planejamento do Ministério da Saúde e com a participação de numerosos grupos multidisciplinares e multi-institucionais, procedeu-se na Costa Rica à adaptação nacional das metas do "Plano Decenal de Saúde das Américas" e à elaboração do "Plano Nacional de Saúde" para o período 1974-1980. A metodologia descrita no presente artigo emanou das atividades do grupo encarregado de formular metas sobre a expectativa de vida ao nascer, área que foi a última a ser analisada por se considerá-la decorrente de todas as demais. Em linhas gerais, consiste essa metodologia em:

Estabelecer uma comparação entre as taxas de natalidade e mortalidade e a expectativa de vida ao nascer nos outros países da região e no país estudado, e comparar as taxas de mortalidade por idades e suas tendências históricas no país estudado e num país desenvolvido. Obtém-se assim uma visão global

das futuras perspectivas no caso de não se introduzirem modificações, ou se estas se devem à execução de novos programas.

Analisa-se a seguir as principais causas de morte no país, por grupos de idade e vulnerabilidade, e sua provável redução com o cumprimento das metas formuladas para os demais programas. De acordo com essas alternativas, elaboram-se tabelas resumidas de mortalidade, que se utilizam para confeccionar um quadro que mostra a expectativa de vida ao nascer que se obterá de acordo com cada alternativa processada. Esta etapa possibilita a seleção final das metas de "expectativa de vida" consonantes com as metas de redução da mortalidade para cada grupo etário, formuladas no decorrer do processo de planejamento setorial.

O artigo descreve a metodologia, exemplificando-a com os resultados obtidos no caso que lhe deu origem.

Formulation d'objectifs en matière d'espérance de vie à la naissance. Rapport d'une expérience. (Résumé)

Au cours de diverses réunions tenues à Costa Rica, et auxquelles ont participé un grand nombre d'équipes pluridisciplinaires et des groupes composés de représentants de différentes organisations, on a procédé à l'adaptation par pays des objectifs du "Plan Décennal de Santé des Amériques" et à l'élaboration du "Plan National de Santé 1974-1980". La coordination des travaux a été assurée par la Cellule Sectorielle de Planification du Ministère de la Santé. Les travaux du groupe chargé de formuler les objectifs en matière d'espérance de vie à la naissance, dernier point analysé, car on considère qu'il dépend de tous les autres, ont permis de dégager une méthode qui est exposée dans cet article. Les grandes lignes de la méthode sont les suivantes:

On commence par opérer des comparaisons entre les taux de natalité, de mortalité et l'espérance de vie à la naissance dans les autres pays de la région et les taux du pays considéré; entre les taux de mortalité par classes d'âge dans le pays considéré, et les mêmes taux dans un pays développé et entre l'évolution historique de ces taux dans chacun des deux pays. On parvient ainsi à une vision globale des

perspectives d'avenir, soit en l'absence de changement dans ces taux, soit que des modifications s'y produisent à la suite de la mise en oeuvre de nouveaux programmes.

Ensuite, on analyse les principales causes de décès dans le pays, par classes d'âge et par facteurs, et la réduction probable du taux de mortalité grâce à la réalisation des objectifs inscrits dans les autres programmes. A partir des résultats de l'analyse, on envisage plusieurs hypothèses de réduction du taux de mortalité pour chaque classe d'âge. Sur la base de ces hypothèses, on établit des tables abrégées de mortalité, qui servent à la confection d'un tableau qui indique l'espérance de vie à la naissance que l'on obtiendra avec chacune des hypothèses retenues. Cette démarche permet d'opérer le choix final des objectifs en matière d'espérance de vie à la naissance, qui sont conformes aux objectifs de réduction de la mortalité pour chaque classe d'âge, qui ont été formulés à chaque étape de la planification sectorielle.

Le présent article expose la méthode et l'illustre par les résultats obtenus dans le cas qui a donné naissance à cette méthode.