

107

INTRODUCCION

El problema central de la existencia del individuo reside en el logro de su adaptación a todas las condiciones externas que componen el ambiente que lo rodea, el cual le provee de todo lo necesario para sobrevivir, aunque al mismo tiempo le impone una serie de limitaciones que restringen su vida y desarrollo. El ser humano responde a todas las condiciones a que lo somete un ambiente que se modifica permanentemente, ya sea en forma natural o inducida, y que obliga al organismo a situarse en un proceso continuo de adaptación, cuyo debilitamiento o interrupción produce la enfermedad o la muerte.

Al nacer dentro del grupo, el individuo trae consigo una serie de características comunes a la especie además de algunas otras que le son propias por ser hereditarias. Estas características no constituyen un mecanismo efectivo de defensa frente al ambiente físico y biológico; por el contrario podría afirmarse que, privado de la protección que le brinda la conducta del grupo hacia la preservación de la especie, la subsistencia del hombre sería imposible. Es pues el ambiente social el que proporciona al individuo los medios de subsistencia brindándole los elementos necesarios para que pueda establecer el equilibrio indispensable entre su componente genético y el ambiente físico y biológico que lo rodea; pero al mismo tiempo le impone una serie de restricciones a su comportamiento, que tienen el propósito de asegurar la subsistencia del grupo mismo, a las cuales el individuo también tiene que adaptarse, ya que de lo contrario se genera un tipo muy especial de patología social, acerca de la cual el campo de la salud tiene noticias esporádicas a través de ciertos desarreglos mentales, y que tradicionalmente cae en la esfera de la justicia, la religión, la acción social, etc.

El adelanto que está experimentando la metodología para el estudio de las ciencias sociales, ha de permitir una delimitación más exacta de los problemas mencionados. En las condiciones actuales, y frente a una realidad conocida que debe ser encarada, lo que el campo de la salud tiene que tomar como propio, es el estudio y la solución de los problemas de la patología que emerge por el contacto del individuo con su ambiente físico y biológico, a lo largo del proceso de adaptación que se halla condicionado, según el tipo de patología, al medio social y cultural en que se desenvuelve; pero teniendo siempre presente que al actuar en una u otra forma se están produciendo alteraciones en la constitución del grupo, las cuales deberán ser previstas para ser encaradas en el campo del estudio social y realimentar el sistema en el campo de la salud.

La actuación sobre el tipo de patología considerado como "propio" del sector salud, nos conduce a exigir, como cuestión previa, el conocimiento de lo que puede denominarse el "nivel de salud" de la comunidad. Son conocidas las dificultades que existen para hacer una medida directa de la salud de un individuo, debiendo considerarnos satisfechos en la

mayor parte de casos cuando podemos determinar la ausencia de procesos infecciosos, enfermedades y estados fisiológicos o psicológicos anormales que estamos en condiciones de detectar con los medios a nuestro alcance. El estado de salud de la comunidad no es sólo la suma de los estados de salud de los individuos que la conforman, sino algún tipo de agregado diferente, para la determinación del cual se precisa contar con el conocimiento de dichos estados de salud individuales, lo cual es prácticamente imposible. Debemos conformarnos con una primera aproximación consistente en el conocimiento, siempre incompleto y parcial, de la intensidad con que se hallan presentes en la comunidad las muertes y los procesos infecciosos, mórbidos, funcionales o psíquicos. En otras palabras, mediante la determinación de la fuerza con que hacen impacto en la comunidad la enfermedad y la muerte.

El estudio de la morbi-mortalidad se inicia con la simple cuenta de casos y defunciones que ocurren en una comunidad durante un período de tiempo, referidos a la población de donde ellos provienen. He aquí la primera vez que aparece en este panorama la necesidad de conocer la población de la comunidad y la manera como tradicionalmente se ha resaltado la importancia que tiene para el trabajo en salud el cálculo de las tasas de incidencia y prevalencia, siendo en el análisis de éstas que surgen nítidamente las íntimas relaciones existentes entre la población y el nivel de salud. Ellas trascienden el simple propósito de cuantificación de dicho nivel y su consideración nos conduce a la concepción de un sistema de interrelaciones entre las características básicas de la sociedad que conforman así un complejo ecológico en el cual inter-actúan la población, el ambiente, la tecnología y la organización social. Es fácil ver, en este plano de abstracción por lo menos, que a un dado nivel de desarrollo corresponde una cierta combinación de los elementos que constituyen el complejo ecológico mencionado y no es difícil concebir que, para dicho nivel de desarrollo debe corresponder también un nivel de salud de la comunidad.

Dado el complejo ecológico propuesto, debe entenderse que la población adquiere una importancia extraordinaria como entidad actora y receptora de todas las actividades del grupo social, a las cuales condiciona hasta cierto punto. Del convencimiento de la importancia que la población tiene para la dinámica de las interacciones del complejo ecológico que constituyen el desarrollo global, surge la necesidad de su estudio, que es precisamente el campo de acción de la Demografía, definida generalmente como "la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas, desde un punto de vista principalmente cuantitativo. (*)"

(*) Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; "Diccionario Demográfico Plurilingüe, Estudios de Población N° 29", Nueva York, 1959.

Definida de esta manera, la Demografía es dominio indiscutible de los demógrafos, que se hallarían siempre interesados en estudiar la población tomada ésta como una variable dependiente de otras que determinan su volumen, estructura y dinámica. Es decir, el demógrafo tiene interés en el estudio de la población como variable "per-se". Sin embargo, aún cuando la población sea una resultante del juego de las variables biológicas, económicas y sociales, puede ser tomada también como una variable independiente en la determinación de estas últimas, cuyo estudio corresponde a otros científicos, tales como los sociólogos, economistas, epidemiólogos, administradores de salud, etc. Por lo tanto, se concibe el estudio de la población con objetivos extrademográficos, siendo ésta precisamente la orientación que se le dá en el campo de la salud, en el que dicho estudio es ineludible teniendo en cuenta la íntima asociación entre la población y su estado de salud.

A riesgo de parecer simplistas, fundamentaremos a continuación la necesidad que se tiene en salud pública de datos acerca de la población. Iniciaremos nuestra consideración teniendo presente que al referirnos al campo de la salud pública pretendemos abarcar a todo el sector salud de un país, cuya responsabilidad es el cuidado de toda la población. En estas condiciones podemos hacer la siguiente enumeración sin pretender que ella sea exhaustiva.

- (a) La medición del estado de salud de la población, cualquiera que sea la característica que trate de utilizarse como elemento representativo de dicho estado, (mortalidad, morbilidad, incapacidad, estado nutricional, etc.) deberá referirse a la población afectada como proporción de la población total. Los números absolutos no miden la intensidad de los fenómenos de salud, salvo en contadas excepciones, como por ejemplo cuando la ocurrencia de un solo caso de una enfermedad de alto poder de difusión, con su sola presencia indica la existencia de la enfermedad y un alto riesgo. En otras palabras, el uso de las tasas, en cuyo cálculo interviene la población, es imprescindible.
- (b) El estudio de los problemas de salud implica el uso de la epidemiología, la que a su vez requiere del estudio y la comparación de tasas generales y específicas de poblaciones y subpoblaciones, en el tiempo y en el espacio. Para tales propósitos, los datos de la población deben tener una mayor especificidad que la información que aporta la población total.
- (c) La programación de las acciones de salud, emergente de la confrontación entre necesidades y recursos, incorpora necesariamente el criterio de cobertura de la población, la cual por lo tanto debe ser conocida en todo momento.

- (d) Finalmente, debe tenerse en cuenta el papel asignado por la sociedad al sector salud de preservar el capital humano de ésta, haciendo que alcance los más altos niveles posibles de salud y contribuyendo por este medio al logro del mayor bienestar. Para tal propósito el sector salud requiere del conocimiento profundo acerca de la morfología y el funcionamiento de la sociedad a la que sirve, del mismo modo como el médico, sea permitida la metáfora, requiere de los conocimientos de anatomía y fisiología a más de otros, que le permiten arribar a un diagnóstico y un pronóstico antes de prescribir un tratamiento.

Hay tres características que definen a una población, cuyo estudio es objeto de la Demografía o de los Estudios de Población. Ellas son: (1) su TAMAÑO o volumen, que es simplemente el número de individuos que la componen en un instante dado; (2) su distribución geográfica; y (c) su COMPOSICION o estructura biológica y social. Los cambios que se operan en estas tres características a lo largo del tiempo constituyen lo que se llama la DINAMICA DE LA POBLACION y ellos se originan en el juego de las variables demográficas básicas que son la natalidad, la mortalidad, la movilidad geográfica y la movilidad social.

1. TAMAÑO DE LA POBLACION Y SU DINAMICA

El TAMAÑO, al que generalmente se le llama simplemente "población" o "volumen de población", es el número total de habitantes de un área determinada en un instante de tiempo dado. Esta característica es una de las más importantes sobre todo por el aspecto dinámico que muestra en los últimos tiempos, lo cual no es óbice para que haya sido objeto de particular preocupación en muchos otros momentos de la historia de la humanidad, dando origen a variadas teorías acerca de su crecimiento, entre las cuales sobresale la posición de Malthus (1) quien afirmaba la absoluta imposibilidad "por las leyes fijas de la naturaleza, de que la presión de la necesidad pueda removerse completamente de las clases inferiores de la sociedad" y que la capacidad del hombre para aumentar sus medios de subsistencia era mucho menor que su capacidad para multiplicarse. Desde luego, un tiempo después el mundo pareció liberarse de las doctrinas malthusianas al concretarse el importante desarrollo tecnológico moderno que abrió nuevos horizontes a la "capacidad del hombre para aumentar sus medios de subsistencia". Este mismo desarrollo tecnológico trajo consigo la reducción abrupta de la mortalidad y el crecimiento desproporcionado de la población mundial, que en cierta forma actualiza a Malthus, pero no atribuyendo el desideratum a la tecnología, sino al tipo de organización humana que frena la aplicación de aquella, o a la población misma, como masa numérica fuera de toda proporción. En efecto, es probable que no sea muy difícil disponer de los medios tecnológicos

(1) Malthus, T.R. "An essay on the principle of population", London, 1789.

necesarios para resolver muchos de los acuciantes problemas que aquejan a los pueblos; lo que no es fácil es modificar las estructuras económicas, sociales, políticas, morales y filosóficas para que permitan una mayor fluidez en la absorción y uso de la tecnología en la búsqueda del bien común.

1.1. Crecimiento de la Población

Las variaciones en el tamaño de una especie animal cualquiera es una de las formas naturales que ésta tiene de adaptarse al medio ambiente dentro del contexto ecológico en que existe. Dichas variaciones pueden ser en términos de crecimiento o disminución, pero siempre de acuerdo con una tendencia a conservar el equilibrio ecológico que es fundamental para su sobrevivencia y desarrollo. La desaparición de algunas especies puede producirse al presentarse tal desequilibrio causado ya sea por una disminución irrecuperable del tamaño de la población, o por un crecimiento desproporcionado que puede producir alteraciones irreversibles del ambiente.

La especie humana no es una excepción a esta regla, aunque su situación es muy diferente. En los albores de la historia el hombre pudo agregar la posesión de una cultura y de una organización social a los elementos de que disponían otras especies y pudo, mediante ellas, convertirse en la especie dominante. Al mismo tiempo, con el desarrollo de culturas y organizaciones sociales distintas en diversos grupos humanos, se presentó la transferencia de los mecanismos ecológicos de la competencia con otras especies, a la competencia entre los grupos humanos mismos, que culminó siempre con la dominación de unos grupos por otros a través del sojuzgamiento o la destrucción física. Esta contribuyó con los elementos naturales del medio ambiente a evitar un crecimiento desmedido de la población. Es de advertir que los mecanismos de dominación de carácter violento no han desaparecido, sino que por el contrario, las últimas guerras están mostrando que los medios utilizados son cada vez más efectivos en la destrucción; pero su misma presencia tiende a oscurecer la de otros mecanismos complementarios concebidos en términos políticos, económicos y tecnológicos cuya aplicación es evidente, ya que sus resultados se muestran en las grandes diferencias de los niveles generales de desarrollo entre los países.

La continuidad de este equilibrio inestable no puede garantizarse de seguir creciendo la población al ritmo acelerado con que lo hace, cuando, a más abundamiento, esta población cobra cada vez más, conciencia de la situación en que se encuentra, debido a los rápidos medios de difusión de las ideas. Como consecuencia, no puede menos que reconocerse que se está presentando una agudización de la situación conflictiva cuya resolución, de no tomarse las providencias del caso, podría desembocar en la aplicación de medios violentos. Es casi innecesario recordar que los medios violentos de que dispone el hombre en la actualidad pueden producir resultados catastróficos.

No hay pretensiones de alarmar a nadie con lo mencionado. Los datos, tal como son dables de observar, garantizan la veracidad del hecho de que la población está creciendo a un ritmo muy elevado, mientras que no existe información fehaciente acerca de las acciones que se están desarrollando con destino a resolver el problema de la subsistencia de la población mundial cuando ésta adquiera los números que se pronostican para el futuro.

Parecería indispensable separar el problema del crecimiento de la población en tres niveles de análisis que poseen enfoques necesariamente diferentes debido a los diversos esquemas de valores con que deben ser abordados. Dichos niveles son:

- (a) El crecimiento de la población del mundo.
- (b) El crecimiento diferencial de las distintas áreas del mundo.
- (c) Los cambios en el tamaño familiar.

1.2. Crecimiento de la Población Mundial

La capacidad de multiplicación del hombre es asombrosa. Si cada mujer utilizara al máximo la fertilidad de que ha sido dotada, podría procrear un número cercano a 30 hijos durante el transcurso de su vida reproductiva, lo que quiere decir que cada generación podría reemplazarse por quince en el plazo de unos 30 a 35 años. Desde luego estas cifras de reproducción máxima no se han presentado sino en contados casos de mujeres en que su fecundidad real coincide con su potencial. En primer lugar, la cuota que cobra la mortalidad es relativamente elevada y ha sido mucho mayor antes que en el presente; y en segundo lugar, el "ejercicio" de la fertilidad, traducido en términos de fecundidad, tiene limitaciones de carácter cultural, psicológico, social, económico, etc., que se expresan finalmente en el número real de hijos tenidos.

La tasa media de natalidad del mundo en el período 1960-1965 fué de alrededor de 34 nacimientos vivos por cada mil habitantes y se estima que descenderá a algo menos de 26 por mil hacia fines de siglo. La tasa máxima potencial podría ser de alrededor de 200 por mil, pero no existe ninguna forma de determinar cuáles pueden haber sido los valores más altos alcanzados por la población mundial en épocas pasadas. Los países menos desarrollados del mundo están proporcionando solamente en los últimos tiempos criterios para la estimación de sus niveles de natalidad, que permite a su vez hacer conjeturas con respecto a los valores que puede haber exhibido el mundo en el pasado. Dichos valores parecerían hallarse entre 40 y 45 por mil y por lo tanto, considerando como se muestra más adelante, que el crecimiento de la población mundial en siglos pasados ha sido muy lento, las tasas de mortalidad deben haber ido a la zaga en muy pocos puntos. Surge de aquí la muy plausible explicación del fenómeno del crecimiento acelerado de la población mundial,

al que se asigna como causa primaria el descenso de la mortalidad y que ha dado origen a diversas teorías entre las que resalta la de la "transición demográfica", que es tratada más adelante.

Según las estimaciones de población presentadas en la Tabla Nº 1, las tasas medias del crecimiento geométrico anual de la población del mundo para los períodos que se muestran, serían las siguientes:

1650-1750	0,5 por ciento	1940-1950	0,9 por ciento
1750-1800	0,4 " "	1950-1960	1,8 " "
1800-1850	0,5 " "	1960-1970	1,8 " "
1850-1900	0,6 " "	1970-1980	1,9 " "
1900-1920	0,7 " "	1980-1990	1,8 " "
1920-1930	1,1 " "	1990-2000	1,7 " "
1930-1940	1,0 " "		

Es importante comprender el significado de una tasa de crecimiento como cada una de las mostradas. Se trata de tasas geométricas anuales y por lo tanto indican que cada año, durante cada decenio mostrado, se agregaría (o se habría agregado) una cantidad de población igual al porcentaje indicado de la población del año anterior. Tal cifra parecería insignificante; pero adquiere caracteres dramáticos cuando la tasa es aplicada a poblaciones grandes, como sería el ejemplo de la población mundial alrededor de 1960 (3.000 millones de habitantes), que con una tasa de 1,8 por ciento anual, agregaría en el primer año una población de 54 millones de habitantes. Así pues, una cifra que parecería modesta, adquiere una gran trascendencia en números absolutos.

La población mundial estaría duplicando su número en un plazo menor de 40 años, crecimiento éste que no puede haberse mantenido a lo largo de la historia de la humanidad. Es imposible hallar elementos de juicio para afirmar que haya existido jamás en el mundo una población del tamaño que exhibe en la actualidad; desde luego esto se puede establecer únicamente por conjeturas, ya que no existen antecedentes de que se pudiera haber contado la población mundial con anterioridad al desarrollo de las técnicas modernas para la realización de censos y estimaciones. Pero los procedimientos conjeturales utilizados son irrefutables; y aún si no lo fueran y realmente se hubiera dado en alguna etapa de la historia de la humanidad un volumen de población como el actual, daría mucho que pensar el hecho de que ella no se haya encontrado en condiciones de subsistir.

La existencia en el mundo de una masa poblacional de este volumen representa un fenómeno nuevo en la historia del hombre sobre la Tierra, así como también es nuevo el fenómeno de la presencia de tasas de crecimiento demográfico como las que se observan en los tiempos modernos. Ritmos tan acelerados de crecimiento no pueden haberse dado, excepto

Tabla Nº 1

ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACION MUNDIAL POR REGIONES, 1650-2000

AUTOR Y AÑO	Población estimada (en millones)						
	TOTAL MUNDIAL	AFRICA	NORTE AMERICA	AMERICA LATINA	ASIA (Exc. Europa y la URSS)	URSS	OCEANIA
Según Carr-Saunders: (1)							
1650	545	100	1	12	327	103	2
1750	728	95	1	11	475	144	2
1800	906	90	6	19	597	192	2
1850	1.171	95	26	33	741	274	2
1900	1.608	120	81	63	915	423	6
Según las Naciones Unidas: (2)							
1920	1.860	143	116	90	1.023	480	9
1930	2.069	164	134	107	1.120	533	10
1940	2.295	191	144	130	1.244	574	11
1950	2.515	222	166	162	1.381	572	13
1960	2.998	273	199	212	1.659	639	16
1970	3.592	346	227	283	2.017	700	19
1980	4.330	449	262	378	2.461	757	23
1990	5.188	587	306	498	2.950	820	27
2000	6.130	768	354	638	3.202	880	32

(1) Fuente: Naciones Unidas, Population Studies, Nº 17, "The Determinants and Consequences of Population Trends", Tabla 2, página 11.

(2) Fuente: Naciones Unidas, Population Studies, Nº 41, "World Population Prospects as Assessed in 1963", Tabla A.3.1. para las estimaciones 1920-1960 y Tabla A.3.2. para las proyecciones hasta el año 2000, de acuerdo a la variante media; los totales pueden no coincidir por errores de redondeo.

quizás durante períodos muy cortos de tiempo. A esta conclusión puede arribarse simplemente pensando que tomó toda la larga historia del hombre sobre el planeta para llegar en 1960 a constituir una población de 3.000 millones y que tomaría tan sólo un plazo de 40 años para agregarse otros 3.000 millones. No se sabe con exactitud la fecha de aparición del hombre sobre la Tierra, pero aún si le fijáramos una antigüedad tan corta como 10.000 años, de una primera pareja que hubiera existido en ese instante, para llegar a una población de 3.000 millones en 1960 la tasa de crecimiento debería haber sido de 0,2 por ciento anual; o pensando en otros términos, si la tasa de crecimiento desde ese instante hubiera sido de solamente un 0,5 por ciento anual, la población hubiese sido mayor que el doble de la población mundial en 1960, pero por cada metro cuadrado de superficie terrestre.

Las cifras mostradas pretenden únicamente justificar las dos afirmaciones hechas más arriba, en el sentido de que, tanto el volumen de la población actual del mundo como su ritmo de crecimiento, son fenómenos nuevos cuyo mantenimiento en el futuro debe acarrear consecuencias de la mayor trascendencia a la humanidad. Las predicciones con respecto a tales consecuencias no dejan mucho campo a la imaginación y son en su mayor parte catastróficas, ya que no acepta sino soluciones trágicas y de resultados imprevisibles para la subsistencia de la humanidad. La única alternativa parecería residir en obtener una reducción de la fecundidad tan pronto como ello fuera posible, antes de que el crecimiento deba ser frenado mediante medidas abruptas de elevación de la mortalidad. Debemos entender que nos estamos refiriendo a un fenómeno de carácter mundial y que, aún pensando que pudiera concebirse una solución universal susceptible de ser concertada, la aplicación de los métodos para obtenerla sería muy difícil de lograr sin que, además de las acciones dirigidas a la fecundidad, no se pusieran en marcha simultáneamente otros mecanismos de aplicación de la ciencia y la tecnología en un mayor grado, conjuntamente con la buena disposición de todas las naciones para compartir sus beneficios, así como para eliminar barreras políticas y económicas que, al unísono con el crecimiento de la población, dificultan el logro de mejores niveles de vida para los grupos humanos menos privilegiados.

1.3. Crecimiento diferencial por áreas

El crecimiento de la población mundial dista mucho de ser uniforme. Hay algunas áreas que están creciendo a un ritmo más acelerado que otras, como puede verse a continuación en las tasas de crecimiento geométrico anual medio experimentado por diversas regiones del mundo durante el decenio 1960, 1970, según las estimaciones realizadas por las Naciones Unidas:

ESTIMACIONES DE POBLACION, 1920, 1940, 1960 Y PROYECCIONES 1980 Y 2000 SEGUN VARIANTE MEDIA
PARA AREAS MAYORES Y REGIONES DEL MUNDO (POBLACION EN MILES)

AREAS MAYORES Y REGIONES	1920	1940	1960	1980	2000	DENSIDAD (HAB. POP. KM ²)	
						1960	1980
TOTAL DEL MUNDO	1.859.892	2.205.033	2.996.180	4.330.037	6.129.734	22	32
REGIONES MAS DESARROLLADAS (1)	672.513	820.686	976.414	1.133.854	1.441.402	-	-
REGIONES MENOS DESARROLLADAS	1.187.279	1.474.337	2.021.766	3.196.183	4.688.332	-	-
A. ASIA ORIENTAL	553.345	634.420	794.144	1.041.097	1.287.270	68	89
1. REGION CONTINENTAL	476.382	532.311	654.181	850.000	1.045.000	59	77
2. JAPON	55.391	71.400	93.210	111.064	122.400	252	300
3. OTROS PAISES	21.572	30.109	46.753	80.033	119.870	181	309
B. SUDASIA	469.779	609.993	865.247	1.420.256	2.170.648	57	93
4. ASIA SUDCENTRAL	333.100	422.173	587.277	953.709	1.398.810	87	141
5. ASIA SUDORIENTAL	107.971	150.366	218.866	364.310	603.272	49	81
6. ASIA SUDOCCIDENTAL	28.599	37.454	59.104	102.239	168.566	15	26
C. EUROPA	324.800	378.320	424.657	479.391	526.968	86	97
7. EUROPA OCCIDENTAL	101.351	113.248	134.536	151.845	167.699	136	153
8. EUROPA MERIDIONAL	82.776	102.519	117.488	132.569	145.360	89	101
9. EUROPA ORIENTAL	78.702	94.855	96.852	113.597	128.426	98	115
10. EUROPA SEPTENTRIONAL	61.971	68.303	75.781	81.380	85.483	46	50
D. 11. UNION SOVIETICA	155.300	195.000	214.400	277.800	353.085	10	12
E. AFRICA	142.921	191.458	272.924	448.869	767.779	9	15
12. AFRICA OCCIDENTAL	40.000	58.000	85.973	149.818	277.192	14	24
13. AFRICA ORIENTAL	40.000	54.000	75.032	112.515	183.119	12	18
14. AFRICA CENTRAL	20.000	23.000	28.345	40.592	64.519	4	6
15. AFRICA DEL NORTE	35.075	44.773	65.955	116.369	192.148	8	14
16. AFRICA MERIDIONAL	7.845	11.685	17.519	29.575	50.801	7	11
F. 17. AMERICA DEL NORTE	115.561	144.342	198.664	261.629	354.007	9	12
G. AMERICA LATINA	89.574	129.840	212.431	378.437	638.111	10	18
18. AMERICA DEL SUR TROPICAL	45.538	66.757	112.479	209.506	361.985	8	15
19. MESOAMERICA (CONTINENTAL)	19.443	26.863	46.811	90.433	165.901	19	36
20. AMERICA DEL SUR TEMPLADA	14.826	22.319	32.796	46.221	60.514	8	11
21. CARIBE	9.666	13.891	20.345	32.277	49.711	85	136
H. OCEANIA	6.521	11.060	15.713	22.556	31.866	1,8	2,6
22. AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDIA	6.641	8.715	12.687	17.749	24.428	1,6	2,9
23. MELANESIA	1.500	1.750	2.166	3.107	4.938	4	6
24. POLINESIA Y MICRONESIA	380	595	860	1.700	2.500	20	38

(1) INCLUYE EUROPA, LA URSS, AMERICA DEL NORTE, JAPON, AMERICA DEL SUR TEMPLADA, AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDIA
EL RESTO DE AREAS ESTA INCLUIDO EN LAS REGIONES MENOS DESARROLLADAS.

	%
Regiones menos desarrolladas	2,19
Regiones más desarrolladas	1,03
América Latina	2,92
Sudasia	2,49
África	2,40
Oceanía	1,76
Unión Soviética	1,37
Asia Oriental	1,38
América del Norte	1,34
Europa	0,67

Las llamadas regiones "más desarrolladas" incluyen Europa, América del Norte, la Unión Soviética, Japón, Australia, Nueva Zelanda y Sudamérica Templada (la que a su vez incluye la Argentina, Chile, Uruguay).

Los factores determinantes del crecimiento de la población de un país son esencialmente la natalidad y la mortalidad. En algunos de ellos ha jugado un papel importante la migración en ciertas épocas; pero es útil apuntar que, precisamente aquellos países en los que se ha visto los mayores contingentes migratorios, en especial los provenientes de Europa, son los que presentan las tasas más modestas de crecimiento en la actualidad, una vez pasados los efectos del impacto masivo. Tal es el ejemplo que se puede dar, en el caso de la América Latina, de la Argentina y el Uruguay, que durante los primeros 30 años del presente siglo acusaron la incorporación de 2,4 y 0,4 millones de inmigrantes, respectivamente, lo que representaría una tasa media anual superior al 10 por mil durante esas décadas para ambos países, los que, sin embargo, en la década 1960-1970 muestran las tasas más bajas de crecimiento de población de los países de la América Latina (1,7 y 1,2 por ciento por año, respectivamente).

El balance entre nacimientos y defunciones es, pues, el elemento de mayor importancia para explicar el crecimiento de una población y parece conveniente acudir al ejemplo más comúnmente utilizado en el estudio histórico de las tendencias de la natalidad, mortalidad y crecimiento de la población, esto es, al caso de los países de Europa Occidental, para los cuales se cuenta por lo menos con alguna información útil, que pueden cumplir con el propósito de ilustrar el hecho.

El gráfico N° 1 muestra los valores de las tasas de natalidad y de mortalidad observadas en Suecia desde el año 1749 hasta 1965, así como la curva del crecimiento de la población de este país durante tal período. Puede observarse que las tasas presentan grandes irregularidades hasta la segunda mitad del siglo XIX, mostrando así los efectos de la mortandad causada por epidemias y catástrofes que redujeron numéricamente a la población, pero que al mismo tiempo como compensación parece

GRAFICO Nº1. CRECIMIENTO DE LA POBLACION Y TASAS DE NATALIDAD Y DE MORTALIDAD. SUECIA, 1800-1965

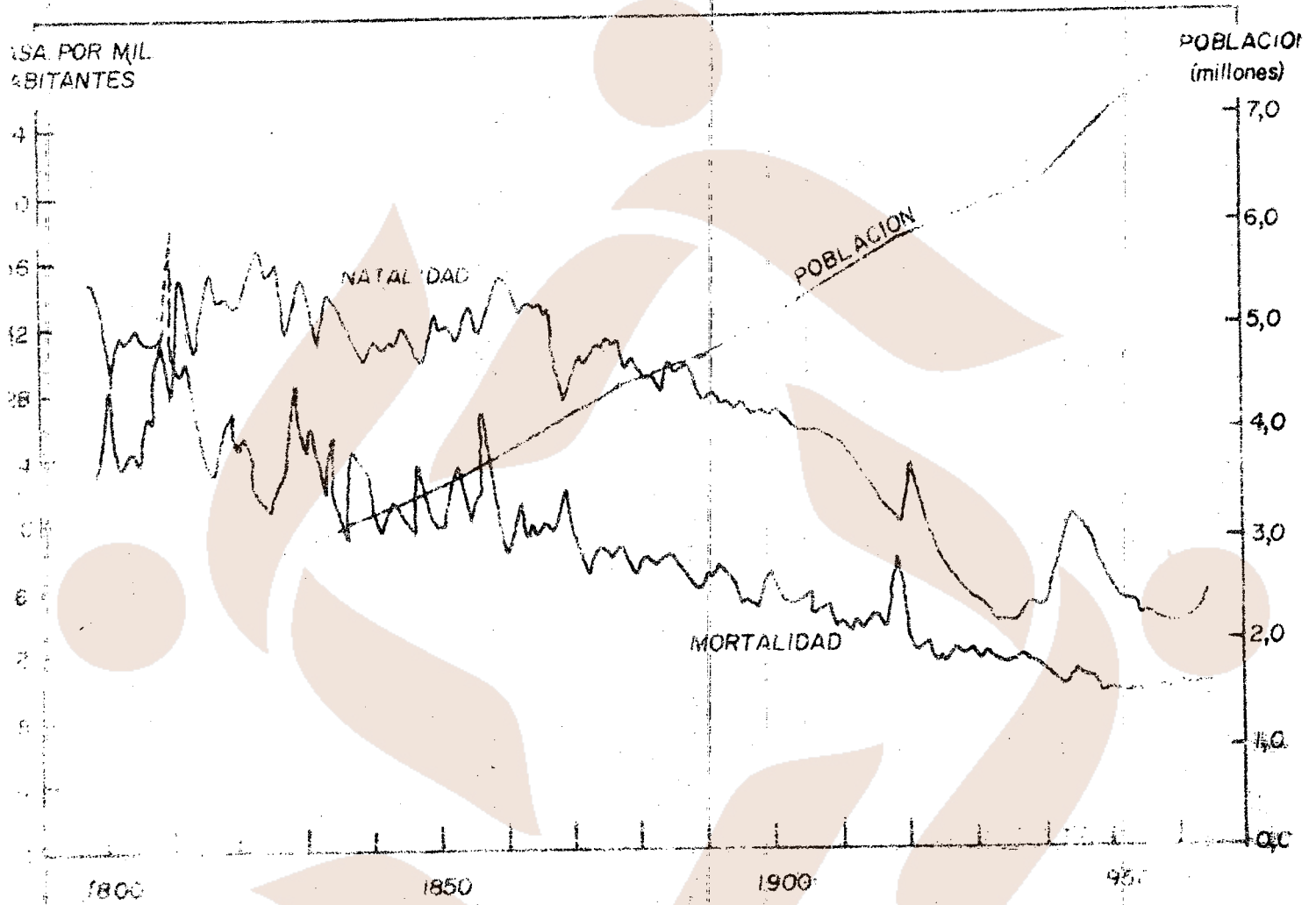
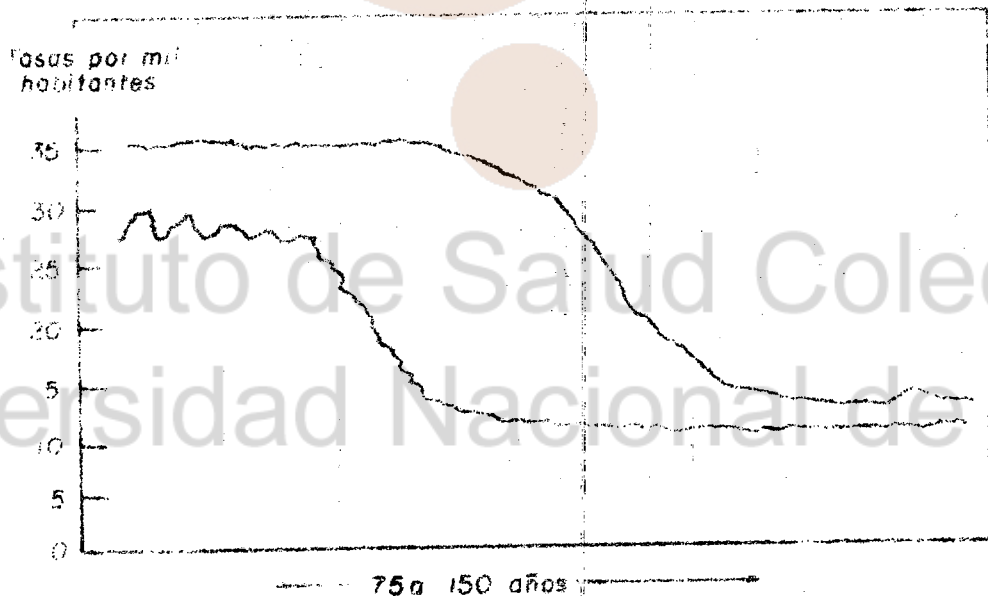


GRAFICO Nº2 TASAS DE NATALIDAD Y DE MORTALIDAD DE LOS PAISES QUE COMPLETARON SU TRANSICION DEMOGRAFICA



Instituto de Salud Colectiva
 Universidad Nacional de Lanús

que produjeron reacciones inmediatas en la elevación de las tasas de natalidad. El crecimiento debe haber sido también muy irregular en aquellos tiempos. Obsérvese que las tasas de mortalidad durante el siglo XVIII oscilaban alrededor de un nivel de entre 26 y 28 por mil, pero luego, al iniciarse el siglo XIX, aunque con irregularidades, también se inicia un descenso sostenido de las tasas hasta la década de 1950-1960, manteniéndose los valores alcanzados o sugiriéndose un ascenso a partir de ese momento.

La natalidad, en cambio, desde valores observados en el siglo XVIII de alrededor de 33 a 35 por mil, inició su descenso al finalizar el primer tercio del siglo XIX, pero en forma mucho más moderada que la mortalidad, hasta precipitarse abruptamente al iniciarse el siglo XX, llegando a sus valores mínimos en la década de 1930 y recuperarse visiblemente en la explosión de nacimientos de post-guerra, para caer de inmediato en la de 1950.

El gráfico Nº 2 muestra un esquema general de lo que puede haber sido la evolución de la natalidad y la mortalidad de los países de Europa Occidental y que dió origen a la llamada "Teoría de la Transición Demográfica", que se explica a continuación:

- (a) Los países se inician con niveles altos de natalidad y de mortalidad. La diferencia entre estos niveles es pequeña, y en consecuencia, el saldo natural - incremento en números absolutos de la población - no es muy grande, lo cual resulta en una baja tasa de crecimiento. Esta fué la situación de los países de Europa Occidental que, según se puede apreciar en el esquema, presentaban tasas de natalidad de alrededor de 35 por mil y de mortalidad de 33 por mil.
- (b) En un momento dado se inicia un descenso de la mortalidad que se mantiene en forma sostenida, mientras que la natalidad permanece a los mismos niveles anteriores, lo cual produce un exceso cada vez mayor de los nacimientos sobre las defunciones y por lo tanto un crecimiento acelerado de la población. Tal es la situación que se presentó en algunos países de Europa hasta la tercera o cuarta década del siglo XIX, acompañando a todo el proceso de la Revolución Industrial.
- (c) Comienza luego un descenso de la natalidad, mientras que la mortalidad continúa también su proceso descendente pero a un ritmo mucho más moderado. La población continúa creciendo a un ritmo más lento que en la etapa anterior, aunque mucho más rápidamente que en su etapa inicial. Tal fué la situación de los países europeos occidentales que se muestra en el esquema y que, por ejemplo, para el caso de Inglaterra y Gales, duró hasta el inicio de la última guerra mundial.

- (d) Se produce luego una estabilización de las tasas de natalidad y de mortalidad, ambas a niveles bajos, pero con una diferencia entre ellas de mayor amplitud que en la etapa inicial del proceso, con lo cual la población continúa creciendo a un ritmo más o menos estable, inferior a la etapa inmediatamente precedente pero superior a la etapa inicial.

En resumen, la teoría de la transición demográfica, basada en la experiencia de lo acontecido en muchos países en el pasado, nos proporciona una explicación para la historia demográfica de los países y nos permite prácticamente construir una tipología de las poblaciones, colocándolos en diversas etapas de la "transición", coincidentes con cada una de las situaciones a,b,c y d, arriba mencionadas.

A estos cuatro tipos suele agregarse algunas variantes, como por ejemplo, entre el (c) y el (d) puede concebirse un tipo de crecimiento lento, de mortalidad baja y natalidad en descenso; o después del (d) un tipo de población decreciente, con natalidad baja y mortalidad en ascenso; pero todos los agregados que pueda hacerse no son sino modificaciones de los cuatro tipos anteriores, que son provenientes de una realidad observada.

Resulta simple afirmar que los serios problemas que presenta el crecimiento acelerado de la población en el mundo quedarían solucionados tan pronto como cada uno de los países del orbe haya completado su transición demográfica. La cuestión es cómo lograrlo, sabiendo que la disminución de la mortalidad es un hecho aceptado por casi todas las sociedades e incorporado dentro del conjunto de valores culturales y normas sociales como algo que es, no solamente deseable sino factible con los medios tecnológicos que se utilizan; mientras que en el caso de la fecundidad no existe tal consenso; y por el contrario, la posibilidad de actuar sobre ella constituye el objeto de las más variadas polémicas en las que se mezclan posiciones políticas, económicas, morales y religiosas. Mientras éstas continúan, la población sigue creciendo, como una ilustración del hecho de que las soluciones mundiales son enteramente dependientes de las soluciones parciales que cada país pueda darle a su problema, para lo cual se requiere de mucho más que del simple conocimiento del fenómeno, sus causas y consecuencias a un nivel universal, ya que es imprescindible una interiorización nacional y una clara visión de los términos en que se establece la competencia internacional en todos los aspectos agregativos. Esto es precisamente lo difícil, teniendo presente que en asuntos de otra clase pero de igual trascendencia, como los que determinan las guerras y las rivalidades nacionales, no existen acuerdos que sean fácil de lograr para evitar la destrucción de la humanidad.

Debe advertirse que la disponibilidad de información fidedigna acerca de la natalidad y mortalidad en Europa (y con mucha más razón en el mundo) es sólo para fechas relativamente recientes. Para la mayor

parte de esos países se pudo disponer de datos, tanto de censos de población como de estadísticas vitales, solamente para fechas posteriores a la iniciación de la transición demográfica, es decir, para períodos en que ya se podía detectar el descenso de la mortalidad. No sería imposible que la iniciación del fenómeno se haya producido no precisamente con dicho descenso, sino con un ascenso de la fecundidad. Obsérvese que las tasas de natalidad que se consignan para las etapas primitivas, de alrededor de 35 por mil, son bajas con respecto a tasas observadas en la actualidad en países menos desarrollados, y no sería raro, por lo tanto, que otras transiciones puedan haberse producido previamente a la última observada, o bien que se haya presentado severas fluctuaciones de mucho mayor importancia en la natalidad que en la mortalidad.

El hecho práctico observado es que la disminución de la mortalidad es la que ha causado el incremento de la población en los países menos desarrollados con una potencia nunca vista, ante el sostenimiento de niveles altos de fecundidad. Se ha intentado, por diversos procedimientos, desentrañar los factores que pueden explicar el fenómeno del descenso de la mortalidad en los países que han completado su transición demográfica, en contraste con los países que recién la han iniciado, existiendo elementos de juicio para afirmar que hay diferencias apreciables entre ellos. Las fuerzas decrecientes de la mortalidad en los países europeos, que se mostraron antes del siglo XX, presentan asociaciones muy estrechas con fuerzas del desarrollo general y con factores económicos y sociales que no son enteramente identificables con el accionar de la medicina y del sector salud. En cambio, los descensos de la mortalidad observados en años recientes tienen una marcada relación con acciones destinadas específicamente a tal propósito y llevadas a cabo por el sector salud con la ayuda del gran desarrollo tecnológico de la medicina aplicado a evitar la enfermedad y la muerte.

También puede explicarse el descenso de la fecundidad en los países que han completado su transición demográfica por medio de su asociación con variables culturales, sociales y económicas, ya que los cambios en éstas determinaron la adopción paulatina de nuevas normas de vida incompatibles con altas tasas de natalidad. En contraste, en los países menos desarrollados no se han dado aún los cambios correspondientes en las mencionadas variables, lo cual puede explicar en gran parte la persistencia de una alta fecundidad. Sin embargo, como en el caso de la mortalidad, no debe excluirse la posibilidad de que el descenso de la natalidad pueda producirse por el accionar de otras fuerzas que operan y que tendrían una explicación en las diversas formas que los países adoptan como vías de desarrollo, incluyéndose desde luego una activa participación del sector salud. Cobra aquí una importancia fundamental la relación entre población y desarrollo, por lo menos en lo que concierne a la salud. Un lento desarrollo económico acompañado de un crecimiento explosivo de la población produce impacto sobre la salud, que tiene que ser absorbido por el sector; pero éste a su vez, con el lento desarrollo

económico debe disponer de menos recursos para enfrentar problemas más grandes. Las perspectivas en estas condiciones no son nada halagüeñas, pero las alternativas para su solución no existen: el objetivo primario no puede ser otro que el desarrollo, a lo cual podría coadyuvar una situación de menor gravedad en lo que respecta al crecimiento de la población. Para este último propósito tampoco queda más que una alternativa, cual es, la reducción de los niveles de fecundidad.

Un crecimiento desmedido de la población, sin desarrollo económico capaz de sustentarlo, conduciría al deterioro, independientemente del tipo de organización política y social de un país; pero al mismo tiempo no hay evidencia alguna de que tan sólo con la disminución de la natalidad pueda producirse el desarrollo económico. Es importante tener presente que las generaciones sobre las que recae la actividad económica y la responsabilidad del desarrollo de un país durante los próximos 30 años, no son aquellas por nacer sino las que ya nacieron y que están viviendo en la actualidad. Si a ellas pudiera ofrecérseles una menor carga de dependencia económica familiar, mediante alguna disminución de la natalidad, ello sería una ayuda importante, pero lo que deberá proveérseles en primer lugar es de las bases de una mejor educación, trabajo, salud y bienestar general que les permita desarrollarse. Es importante anotar que no existen ya dudas con respecto al efecto que tiene la fecundidad en la modelación de la estructura por edades de una población. Se sabe que el efecto de la mortalidad es despreciable comparado con el efecto de la fecundidad. Un nivel elevado de natalidad resulta en una población con proporciones altas de niños y jóvenes en edades de dependencia económica; por lo tanto, una reducción de la natalidad tiene la propiedad de disminuir la carga económica y obtener una estructura por edades más favorable para el desarrollo.

1.4. Cambios del tamaño familiar

Un ligero examen de la situación actual en los países menos desarrollados nos induce a pensar que las diferencias de opinión se están centrando cada vez más en los medios que deben utilizarse para controlar el crecimiento de la población, que en la conveniencia o nó de hacerlo. De ello ha surgido la presencia de un tercer nivel de consideración del fenómeno demográfico, a más del universal y del nacional, cual es el familiar, que se relaciona con la célula básica de la sociedad. Tanto el tamaño, como la constitución y las funciones de la familia, están siendo modificadas con el progreso, la modernización y los cambios económicos y sociales. En sociedades primitivas y eminentemente rurales, la familia extendida y un número elevado de nacimientos eran la justificación natural para contrarrestar una elevada mortalidad y para que la familia pudiera cumplir con las funciones de proveer subsistencia, educación, ocupación, protección y esparcimiento para sus miembros, sirviendo como el más importante instrumento de socialización del niño. El progreso,

la industrialización y la urbanización, por lo menos en los países que iniciaron su transición demográfica hace más de un siglo, trajeron aparejados algunas consecuencias importantes para la familia, como fueron el traspaso de ciertas funciones de socialización a otras instituciones, y su pérdida de importancia como fuente de ocupación, educación, etc., con la consiguiente necesidad de reducción en su número, que llevó así de manera natural a la limitación de la natalidad. En los países menos desarrollados la transición demográfica se inició solamente en este siglo, con la disminución de la mortalidad, pero no han existido las mismas fuerzas de progreso y cambio al nivel requerido para afectar la fecundidad, de modo tal que las familias, se han visto de improviso con una prole numerosa a la cual no pueden garantizar una subsistencia digna cuando, a mayor abundamiento, se está produciendo una depresión del agro con un lento desarrollo industrial y una elevación de las expectativas de las nuevas generaciones.

Las investigaciones demográficas y sociológicas que se están realizando con cierta profusión en diversos países del mundo, indican claramente que la actitud de la gente hacia la constitución de una familia numerosa está variando aunque con cierta lentitud. Existen diferencias considerables entre los diversos grupos socio-económicos de la población, pudiéndose afirmar que la gente de mayor educación e ingreso económico (exceptuando los grupos pequeños del extremo), tienen una actitud que favorece la formación de familias pequeñas, mientras que el resto, que como es de esperar, es la mayoría en los países menos desarrollados, continúan presentando actitudes favorables a la constitución de familias numerosas, aunque menores en tamaño a las que se aspiraba en tiempos pasados. Los pobladores de áreas urbanas definitivamente tienen no solamente la actitud sino que su conducta acusa una marcada preferencia por las familias pequeñas, en contraste con los pobladores de las áreas rurales. Por supuesto las ya conocidas correlaciones espúreas entre diversas variables oscurecen algo el panorama explicativo de la situación, puesto que frecuentemente se confunde la expresión de una actitud hacia familias numerosas con la expresión de la ignorancia respecto a otras alternativas, al existir un desconocimiento de la manera como evitar el nacimiento de hijos que de lo contrario hubieran sido "indeseados".

La presencia de esta situación llevó a concebir un nuevo tipo de acción social dirigida a la familia y que pretende crear en los padres la actitud positiva necesaria para regular el tamaño de su prole hasta un número compatible con sus posibilidades para proveerle de sustento, de educación y de los elementos para una vida digna, resaltando el concepto moral de lo que se denomina la paternidad responsable, doctrina ésta de gran amplitud, ya que no solamente contiene principios de educación con respecto al comportamiento reproductivo de los matrimonios, sino también aspectos más profundos de carácter formativo con relación a las obligaciones de los padres hacia los hijos y hacia la sociedad.

No es propósito de este capítulo el discutir los principios que se hallan envueltos en la planificación familiar y la paternidad responsable. El hecho ha sido mencionado únicamente con el propósito de resaltar que, en vista de que la planificación familiar tiene un fuerte componente educativo y de acción sobre la regulación de la natalidad, fué fácilmente adoptada como el mecanismo idóneo para controlarla, habiendo llegado a convertirse "planificación familiar" y "control de natalidad" en dos frases sinónimas cuyo significado en la práctica parece aproximarse más a esta última que a la primera.

1.5. Políticas de población

Toda sociedad organizada podría idealmente clasificar las actividades que realiza en diversos sectores con funciones especializadas para la producción de bienes y servicios dirigidos hacia el logro del mayor nivel posible de bienestar, lo que constituye el propósito último del Estado. Corresponde a éste, con pleno conocimiento de los recursos humanos y materiales de que dispone el grupo, de los medios tecnológicos que se hallan a su alcance y del contexto cultural que lo caracteriza, formular una política de desarrollo general y una específica para cada uno de los sectores de actividad.

Una política implica la existencia de una actitud consecuente respecto a la orientación que deben tomar las actividades del sector, sean en relación con sus objetivos o con sus métodos. Tal actitud puede ser explícita, como es el caso de gran parte de políticas económicas conocidas, aunque en ciertas ocasiones la simple expresión de la política no implica su existencia en la realidad. En cambio hay políticas no expresadas, que se hallan implícitas en las actividades desarrolladas y que requieren de observación y análisis para la determinación de su verdadera naturaleza. Debe cuidarse, sin embargo, al realizarse tal observación y análisis, de no arribar a conclusiones apresuradas que pueden confundir la mencionada actitud, con los resultados o consecuencias no previstas de la operación de otras políticas. Por ejemplo, es frecuente asignar al sector salud un papel instrumental en políticas "poblacionistas", es decir, tendientes a la expansión del tamaño de la población, simplemente porque el ejercicio de sus actividades, destinadas a cumplir con su responsabilidad de custodiar los recursos humanos de un país previniendo la enfermedad y la muerte, puede precisamente disminuir la mortalidad y tender así a incrementar la población. Es importante advertir que siempre se podrán hallar políticas competitivas en parte; y el verdadero arte del Gobierno es saberlas coordinar y compatibilizar de modo tal que pueda reducirse al máximo tal competencia, labor ésta que no es fácil sobre todo en los países en desarrollo que cuentan con recursos insuficientes para poner en ejecución todas las políticas que serían deseables.

La Reunión sobre Políticas de Población en relación al Desarrollo en América Latina, celebrada en Caracas (11-16 de septiembre de 1967) ensayó una definición de Política de Población que se reproduce a continuación:

"Debe entenderse por política de población el conjunto coherente de decisiones que conforman una estrategia racional adoptada por el sector público, de acuerdo a las necesidades y aspiraciones de la colectividad, para desarrollar, conservar y utilizar los recursos humanos influyendo sobre la magnitud y el crecimiento probables de la población, su distribución por edades, la constitución y composición de las familias, la localización regional o rural-urbana de los habitantes y la incorporación a la fuerza de trabajo y a la educación, con el fin de facilitar los objetivos del crecimiento económico y posibilitar la participación de la población en las responsabilidades y beneficios del progreso".

Esta definición tuvo la virtud de escapar un poco a cierta estrechez en la concepción que prevalecía hasta entonces, en el sentido de que la única política de población concebible era aquella que se relacionaba con las actitudes oficiales hacia el crecimiento de la población. Se vé claramente que la definición adoptada considera no solamente los aspectos del tamaño, sino también la distribución geográfica y la composición de la población. Pero esta definición, como cualquier otra que pudiera adoptarse, a lo único que contribuye es a aclarar ciertas cuestiones de principios, ya que en última instancia lo importante no es la definición, ni siquiera la expresión de la política, sino la acción que se desarrolle al respecto; y es muy útil recordar que la Demografía no cuenta con instrumentos para llevar a cabo una política de población adoptada y cualquiera que ésta pueda ser, deberá hallarse incorporada en prácticamente todos los sectores de actividad. Por ejemplo, una política de redistribución de la población en el territorio de un país, no podrá realizarse a menos que sean debidamente instrumentadas las políticas de desarrollo económico regional, las de empleo, de educación, de salud, etc., que conduzcan a la población a radicarse según lo propuesto en la política mencionada.

El aspecto más importante dentro de las consideraciones de las políticas de población en la actualidad, es el que se relaciona con el tamaño y crecimiento. Es por este motivo que el tratamiento de la presente sección se ha abordado en este capítulo en vez de postergarlo hasta el final. Prácticamente todas las políticas de población que tengan que ver con la redistribución geográfica o la estructura de la población, tienen procedimientos de instrumentación que pueden ser absorbidos sin muchas complicaciones conceptuales por otros sectores de actividad; pero el problema del crecimiento de la población tiene ciertas dificultades y una directa relación con el sector salud que es conveniente discutir con cierto detenimiento.

Cuando el fenómeno es examinado desde el punto de vista universal, son pocas las discrepancias de opinión con respecto a la gravedad del crecimiento demográfico. La dificultad reside en que las vías de solución para el problema no se hallan en manos de un "gobierno mundial" que pueda decidir una política universal y la provisión de los elementos para la acción, sino en manos de cada uno de los países y sus respectivos gobiernos. Muchos de ellos están experimentando un crecimiento acelerado de su población, pero tienen dificultades para adoptar una política decidida al respecto debido a las más variadas razones, la mayor parte de las cuales residen en oposiciones ideológicas. No puede olvidarse, por ejemplo, que quienes trajeron a la atención del mundo la existencia del problema, son aquellas naciones que menos sienten los efectos del crecimiento demográfico; o sea las más desarrolladas, y que como tales, se erigen como las naciones líderes y dominantes. En tal carácter, sin desearlo, precipitan reacciones político-emocionales cada vez que sugieren la necesidad de que un país cualquiera actúe para contrarrestar el crecimiento de su población, puesto que tal sugerencia acarrea la sospecha de que pueda ser sólo una maniobra destinada a asegurar una continuidad de la dependencia económica de los países subdesarrollados que, de otro modo, podría verse amenazada en alguna forma. Es importante hacer notar que la desproporción entre la población de los países más o menos desarrollados se está acentuando, tal como puede verse en las siguientes cifras extraídas de las estimaciones y proyecciones según la variante media calculada por las Naciones Unidas:

Año	1920	1940	1960	1980	2000
Población mundial (millones)	1861	2296	2998	4330	6129
Regiones más desarrolladas	674	822	976	1194	1441
Regiones menos desarrolladas	1187	1474	2022	3136	4688
Relación menos/más desarrolladas ...	1,7	1,8	2,1	2,6	3,2

Esta desproporción, que se muestra a nivel mundial, también se observa en niveles nacionales en los que las tasas más potentes de crecimiento se presentan en los grupos menos privilegiados económicamente. La reacción interna en estos casos es la misma que se da, en otro nivel de abstracción, entre las naciones: se especula con la intención de aplicar medidas de control de crecimiento a las poblaciones más desposeídas para evitar las presiones masivas que pueden precipitar el cambio social y el derrumbamiento de posiciones de privilegio.

En el otro extremo se encuentran las justificaciones corrientemente mencionadas con respecto a la competencia en que se hallan el crecimiento de la población y las oportunidades de desarrollo de los países. En este aspecto una de las más gráficas expresiones está dada por las metas de desarrollo que fueron establecidas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1961: lograr en una década la eleva-

ción de la tasa de crecimiento de los países menos desarrollados; llevándola desde un 3% anual, como promedio observado, a un 5% anual, lo cual quiere decir que en 1970 dichos países habrían elevado su ingreso nacional en un 50%. Aún cuando esta meta hubiera podido obtenerse, el ingreso per cápita sería muy pequeño en los países cuya población se halla en crecimiento rápido, ya que una buena proporción del incremento en el producto sería absorbida por el crecimiento de la población. Los países subdesarrollados poseían en el año 1961 un ingreso per cápita cercano a 100 dólares anuales; y si el crecimiento de su población era de un 2% por año, al finalizar la década habrían subido solamente a 123 dólares de ingreso per cápita. Con un crecimiento de población del 3% en cambio, solamente hubieran podido lograr un ingreso per cápita de 111 dólares. Si estas cifras dijeran algo con respecto a los niveles de vida que pueden alcanzarse, es evidente que las tasas altas de crecimiento de la población constituyen una rémora para el desarrollo, ya que disminuyen la capacidad de formación de capital y agravan los problemas de desempleo y subempleo, de disponibilidad de alimentos, estado nutricional, sanitario y educativo, etc.

He ahí las dos posiciones extremas: la una esgrimiendo razones políticas, ideológicas y geopolíticas; asignando intenciones de esta naturaleza a todo intento de controlar el crecimiento de la población, y apoyándose en un idealismo no confirmado por los hechos acerca de las grandes potencialidades de explotación de recursos naturales en un utópico país del futuro, o acerca de la gran presión que sería ejercida por una población grande sobre las fuentes de poder y la eventual transformación de éste. La otra posición, con pretensiones de pragmatismo por excelencia y argumentando siempre la imposibilidad del desarrollo económico debido al crecimiento de la población como el freno más grande para tal propósito.

Es de esperar que la humanidad pueda tener una solución justa para este tipo de problema, siendo probable que dicha solución se encuentre en una posición intermedia entre las expuestas. Es lógico, además, pensar que, siendo la naturaleza del problema diferente para cada país, también lo tendrán que ser las soluciones. En la mayor parte de casos deberá ser descartada la inacción con respecto a la fuerza de crecimiento de la población; pero en todos los casos deberá multiplicarse el esfuerzo hacia el desarrollo; porque, aún con todas las cifras existentes para justificar el hecho de que la población frena el desarrollo, la situación real es que los niveles de vida son de por sí tan bajos en la mayor parte del mundo, que aunque se cortara a cero el crecimiento de la población por una década, el incremento de dichos niveles no guardaría relación alguna con las crecientes expectativas de los pueblos. Obsérvese la situación mencionada ya, de un país subdesarrollado con un ingreso per cápita de 100 dólares, que con una elevación del 3% al 5% del crecimiento del ingreso en una década llegaría a 150 dólares, siempre que se haya mantenido la población estacionaria.

El incremento, importantísimo en números relativos, es despreciable en números absolutos cuando se le relaciona con el crecimiento de las expectativas de la población. Un ritmo de crecimiento del ingreso de esta magnitud podría alcanzar niveles compatibles con las expectativas quizás en el transcurso de tres o cuatro décadas; pero ello significa la vida de toda una generación que vive, piensa y siente hoy, a la cual estaría pidiéndose un sacrificio consciente en aras de generaciones por venir, acerca de cuya subsistencia ella no puede ni siquiera dar garantías, no precisamente por los problemas que presenta el crecimiento de la población, sino por razones más fundamentales arraigadas en la naturaleza humana que dificultan la solución de los problemas mundiales, incluyendo el del crecimiento de la población.

Las políticas y programas adoptados por varios países para el control del crecimiento demográfico reciben generalmente el nombre del instrumento utilizado, es decir, de "planificación familiar". Es notable la proliferación de estos programas en los países menos desarrollados en un tiempo relativamente breve. Los primeros que iniciaron la acción fueron los asiáticos (India, 1952; Pakistán, 1960; Corea del Sur, 1961; probablemente la China, 1962, y otros países más recientemente). La posición oficial en estos países es favorable a la reducción de la natalidad basándose en el razonamiento de que el crecimiento de la población dificulta el desarrollo económico. Igual posición es adoptada por algunos países del norte de Africa para justificar su posición oficial de permisividad mostrada para que se desarrollen tales actividades. En la América Latina existen programas con respaldo oficial en Colombia, Chile, Costa Rica, Honduras, República Dominicana, Jamaica, Trinidad y Tabago y con cierta permisividad oficial funcionan programas privados en casi todos los demás países. Es de advertir, sin embargo, que aparentemente en la mayor parte de casos la iniciativa para el abordaje de programas de planificación familiar en estos países ha surgido de consideraciones de salud y bienestar de las madres y la familia, a diferencia de los países de otros continentes.

Todos los programas de los países menos desarrollados son de tan reciente data, que no es posible todavía mostrar resultados ni aventurar suposiciones con respecto al cumplimiento de metas demográficas que pudieran alcanzarse. La experiencia de países desarrollados que han experimentado la reducción de su fecundidad, es que los niveles que se logran son irreversibles pero, con la excepción posible de Francia, no se puede hallar fácilmente ejemplos de poblaciones rurales que hayan experimentado bajas sostenidas de su natalidad; razón por la cual resulta contradictoria la posición de que en los países menos desarrollados, esencialmente rurales, deba promoverse el desarrollo agrícola y adoptarse al mismo tiempo medidas de control de la natalidad. Las tasas de crecimiento económico y de crecimiento de la población son interdependientes; pero la relación de interdependencia tiene formas distintas de acuerdo con el nivel de desarrollo económico y con

el tipo de economía prevaletientes. Las experiencias con que se cuenta corresponden en su totalidad a las de países desarrollados e industrializados. Poco puede decirse con respecto a la forma que puede tomar tal interdependencia en países de economía agrícola y en vías de desarrollo.

1.6. Participación del Sector Salud

El descenso de la mortalidad que dió iniciación a la transición demográfica de los países de extracción europea occidental principalmente, reconoce una múltiple causalidad. No es muy fácil separar los efectos de las acciones de salud, de los que fueron obtenidos por la simple inercia del nivel de salud acompañando en su elevación a la de los niveles generales de vida, aunque los estudiosos del problema se hallan más inclinados a asignar a estos últimos la parte más importante en la explicación del fenómeno de reducción de la mortalidad, basándose en datos conjeturales pero que tienen un fundamento razonable.

En los países en desarrollo de nuestros días se ha observado descensos apreciables de la mortalidad, principalmente después de la segunda guerra mundial. Puede aceptarse sin grandes polémicas que tal descenso tenga una marcada relación de dependencia con las acciones desarrolladas para prevenir la enfermedad y la muerte, dentro del rol específico que se asigna al sector salud de salvaguardar los recursos humanos con miras a lograr el mayor grado de bienestar. No es posible imaginar que el sector salud pudiera tener una motivación diferente a ésta y desde luego debe descartarse la existencia de una motivación demográfica en su actuación; es decir, que se haya tratado de disminuir la mortalidad con el propósito de alcanzar metas relacionadas con el crecimiento de la población. De otro modo podría pensarse que, con igual propiedad, podría realizar acciones dirigidas al incremento de la mortalidad, posición absurda e incompatible con los principios que rigen la práctica de la medicina y el trabajo en salud, que tienen su expresión más concreta en los casos extremos de consideración y rechazo de la eutanasia.

La calidad de las estadísticas de población de los países menos desarrollados, cuando éstas existen, no permite llegar a determinaciones exactas de los niveles que puede haber mostrado la natalidad en el pasado; por lo tanto no puede establecerse tampoco si ha existido un incremento de la fecundidad que pueda explicar, aunque sea en parte, el incremento de la población que se observa en el presente. Las cifras obtenidas en censos de población realizados durante las dos o tres últimas décadas, sin embargo, nos permiten concluir que, aún suponiendo que se hubiera producido un incremento de la fecundidad, el factor decisivo para explicar una gran proporción del incremento que se observa en la población tiene que haberse debido a la reducción de la morta-

lidad y el incremento de la longevidad debidos en gran parte al trabajo del sector salud. Por tal motivo, no deja de ser común la idea de que este sector, al que cupo un rol destacado en el control de la mortalidad, debe adontar también una responsabilidad directa en el control de la natalidad.

Es conveniente analizar este asunto con un poco de detenimiento, ya que constituye uno de los cruciales para el establecimiento e instrumentación de una política de salud en el futuro. Con tal propósito podemos descomponer el tratamiento del tema viéndolo desde dos ángulos diferentes: el primero desprovisto de toda consideración demográfica previa y el segundo ligado a la existencia de un definido propósito de política demográfica.

Con relación al primer aspecto, podría afirmarse que no hay nada que impida reconocer acciones de salud que se hallan íntimamente relacionadas con la reproducción humana y cuyos propósitos únicos son los de lograr un mayor grado de salud para las madres y para la familia en general. La alta incidencia del aborto provocado, los daños que pueden provenir de la exposición a un número elevado de partos; la incidencia de la esterilidad; la interrelación entre condiciones de salud y número de hijos dadas diversas condiciones socio-económicas de la familia; los cambios en la actitud hacia el tamaño familiar y las consiguientes frustraciones ante la llegada de hijos no deseados, etc., son aspectos que se hallan directamente relacionados con la salud y que requerirían de atención, independientemente de consideraciones demográficas. Tal atención debe ser provista principalmente por profesionales de la salud a personas o familias, de manera individual, con todas las características propias de las relaciones médico-paciente. De modo semejante al caso de la atención médica general que tiene efectos sobre la mortalidad, estas actividades tienen también un efecto sobre la fecundidad que debe ser medido y evaluado, pero no son realizadas teniendo como una motivación la producción de tal efecto.

Es aquí donde cobra su verdadero sentido filosófico la planificación familiar, desprovista por completo de su implicación como instrumento del control de la natalidad, y en tal carácter puede ser incorporada como una actividad de salud. No sería ésta la primera vez que el campo de la salud se extendiera fuera de límites que hasta hace poco se consideraban "tradicionales" del sector; el quehacer en materia de provisión de agua potable, en nutrición y alimentación, en saneamiento, etc., son ejemplos claros de la manera como se ha operado tal extensión. Lo que no es compatible con las funciones propias del campo de la salud en este aspecto, dada la inexistencia de una política definida, es que las acciones sobre la fecundidad o la fertilidad sean supeditadas al cumplimiento de metas demográficas, ya que en tal caso dichas metas no existirían a menos que, arbitrariamente, hayan sido establecidas por el mismo sector salud.

Así pues, las actividades de educación sexual y planificación familiar, concebidas en su real sentido de bienestar, pueden ser incorporadas sin necesidad de grandes polémicas dentro de las acciones de salud; y su legitimación, como tales, no requerirían de una justificación demográfica, sino de una justificación en términos de salud y bienestar familiar que no es difícil de realizar. Debe sí advertirse que existe un paralelo con el caso de la mortalidad, y es que los efectos de las acciones desarrolladas deben ser medidos por medio de índices demográficos y evaluados continuamente con el fin de tener claramente estimadas las consecuencias, no solamente sobre la salud, sino también sobre el tamaño y estructura de la población que afectan el campo de competencia de otros sectores, de la actividad económica y social de un país.

En relación con el segundo aspecto, es decir, cuando existe de por medio una política demográfica establecida, debe tenerse presente dos situaciones: una es aquella que se relaciona con una política demográfica "poblacionista", es decir, que favorezca un incremento de la población y la segunda, una política de limitación de la natalidad.

El número de países que se encuentran en la primera situación es muy pequeño. Su existencia puede ser concebida solamente entre aquellos cuyas tasas de natalidad han llegado a niveles muy bajos y que no quieren o no pueden apelar a políticas migratorias que contrarresten los déficits de población, o a la adopción de otras políticas de desarrollo más compatibles con el tamaño y conformación de sus recursos humanos. La experiencia parece indicar que los patrones de fecundidad están asociados con la existencia de patrones de comportamiento cuya evolución es prácticamente irreversible. Cabe al sector salud una importante función de actuar sobre aspectos marginales de la fecundidad, con el objeto de lograr alguna ganancia, que es muy modesta, pero que por lo menos agrega algunas cifras a la natalidad, como sería por ejemplo el tratamiento de la esterilidad y la prevención del aborto espontáneo, a más, por supuesto, del permanente accionar del sector para reducir la mortalidad, que desde luego tiene un límite. No es fácil hallar otras áreas de actividad del campo de la salud orientadas hacia la promoción de la natalidad, puesto que en una sociedad en la que se ha logrado niveles bajos de fecundidad tiene que existir un uso generalizado de medios de control que presupone un buen conocimiento de ellos y una actitud desfavorable a la constitución de familias numerosas, siendo entonces cuestionable que pueda asignarse a la salud una función específica en la producción de cambios de actitudes y del comportamiento individual, sobre todo en aspectos como éste que no reconocen una motivación primaria en la salud.

El caso más general, es el de los países que tienen problemas con el crecimiento muy acelerado de su población. En estos países la

política demográfica enunciada, lógicamente tiene que ser la de limitación de la natalidad. El problema es hallar el procedimiento idóneo para lograrlo siendo en este punto donde convergen algunos de los aspectos operativos de la planificación familiar con las acciones que serían necesarias para reducir la fecundidad. Es también en ese mismo punto donde se vé de manera clara que la institución operativa en que tiene que recaer el peso de la acción es la del campo de la salud, especialmente por dos razones: (a) la naturaleza biológica de la acción última determinante de la natalidad, de tipo eminentemente médico; y, (b) la experiencia operativa de la salud pública que permite el acceso a la población "expuesta" a través de sus programas regulares de atención médica.

El tiempo que han tenido operando los programas de planificación familiar en los países en que ellos se desarrollan con respaldo oficial, es muy corto y no es fácil por ello llegar a una evaluación de sus resultados. El aspecto éste de evaluación es uno de los problemas que están preocupando más a los metodólogos, aunque no hay todavía una clara definición de la manera como ella puede llevarse a cabo ya que hay varios aspectos que deben ser considerados simultáneamente, como por ejemplo la efectividad o inocuidad de los diversos anticonceptivos y medios de control de la natalidad, su receptividad por la población; la eficiencia de los mecanismos de educación y promoción; el enfoque de los programas dentro de los de atención materno infantil; etc.

Cualquiera sea la política adoptada por un país en materia de población, más aún cuando ella va dirigida al control del crecimiento demográfico, debe esperarse que la decisión de las familias conlleve con más frecuencia una actitud hacia la disminución del tamaño que hacia el incremento. Es entonces que se hace presente la necesidad de conocimiento del sector salud acerca de los aspectos que se hallan envueltos en cada una de sus acciones. Por ello se dá con mayor frecuencia la recomendación de que se enseñe la Demografía en las Facultades de Medicina; que se incorpore cuanto antes la enseñanza de los conocimientos modernos acerca de la biología de la reproducción, incluyendo los efectos de los anticonceptivos; y, finalmente, las técnicas de organización y administración de programas de planificación familiar, en especial para el caso de aquellos países en que ellos son utilizados como instrumento de regulación de la fecundidad.

2. DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA POBLACION

La población del mundo se halla muy desigualmente distribuída sobre la superficie de la tierra. Así pudo observarse en 1960 que en el Asia, que constituye la quinta parte de los 135 millones de kilómetros cuadrados de la superficie terrestre, habitaba más del 55 por

ciento de la población del mundo; o que el continente Euro-Asiático, que cubre cerca de las dos quintas partes de la superficie mundial, albergaba cerca de las cuatro quintas partes de la población. Este fenómeno de desbalance geográfico de la población se vé reproducido con diversas proporciones en cada uno de los países del globo; y el estudio de sus características y de su dinámica de cambio reviste particular importancia, no solamente para la salud, sino para las decisiones que deben adoptarse en la planificación del desarrollo global de un país.

La búsqueda de nuevas configuraciones en la distribución geográfica de la población es un fenómeno que en el mundo actual se presenta con características dinámicas muy poderosas. El llamado "proceso de urbanización", con todas sus consecuencias de cambios sociales, culturales y económicos es solamente un ejemplo de la manera como se viene operando la redistribución territorial de la población en el mundo a través de las llamadas migraciones internas, que han llegado a constituirse en uno de los fenómenos de mayor preocupación para los gobiernos, especialmente de los países menos desarrollados.

Los cambios en la distribución geográfica de una población se producen por la movilidad territorial de ésta, dentro del proceso llamado "migración", que puede ser de dos tipos: internacional cuando el movimiento cruza líneas limítrofes de países, e interna cuando el movimiento se produce dentro de los límites nacionales. La población que ingresa a un área se llama "inmigrante" y la que egresa se llama "emigrante". La diferencia entre la población inmigrante y la emigrante de un área se llama "saldo migratorio neto" y generalmente se contabiliza anualmente para referirlo a la población media del año y calcular una tasa neta de migración anual.

El estudio de las migraciones permite detectar las llamadas "corrientes migratorias" que consisten en masas de migrantes que se desplazan de un área de origen a otra de recepción a lo largo de un tiempo dado. Estas corrientes migratorias son importantes, tanto para el área de origen como para la de atracción, por los cambios económicos y sociales que operan en ellas debido al tamaño y composición de la población migrante. En general ésta es una población seleccionada, con ciertas características de edad, sexo, ocupación y rasgos culturales propios, que está destinada a producir cierto impacto de cambio en la población receptora y sobre ella misma, por los procesos de adaptación y asimilación a que debe ser sometida, y que generalmente son motivo de estudio para los sociólogos y psicólogos sociales. El foco de interés de los demógrafos ha estado mayormente centrado en la determinación de las corrientes migratorias, su volumen y características demográficas. Esto ha sido posible en el caso de las migraciones internacionales gracias a la existencia de mecanismos de control de las vías de ingreso

en las fronteras, puertos y aeropuertos. No ha sido tan sencillo en el caso de las migraciones internas, ya que por lo general la movilidad de los pobladores de un país no puede ser fácilmente registrada, aún en países que poseen un registro de población que obliga a los ciudadanos a comunicar todo cambio de domicilio. Por tal motivo se hace uso intensivo de la información brindada por censos consecutivos de población, realizados con una frecuencia generalmente de una década y que ofrecen la posibilidad de medir el cambio neto producido durante el período intercensal. Algunos censos de población incorporan también la investigación de algunos movimientos intermedios realizados durante el período; pero en general puede decirse que la información existente acerca de la movilidad de la población es fragmentaria, debiendo recurrirse en ciertas circunstancias a la realización de encuestas especiales para el estudio de la migración interna.

2.1. Densidad de Población

Se llama densidad de población al número promedio de habitantes por kilómetro cuadrado de la superficie en que reside tal población. Es éste un indicador burdo de la manera como se halla distribuida la población ocupando un territorio; a pesar de lo cual, ofrece medios rápidos para obtener una idea acerca de las presiones de la población sobre la tierra.

La Tabla Nº 2 muestra la densidad de la población del mundo y de cada una de las 24 regiones de éste en el año 1960 y la proyectada para 1980 según la variante media de crecimiento de población de la División de Población de las Naciones Unidas. La densidad media del mundo en 1960 fué de 22 habitantes por kilómetro cuadrado, esperándose que para 1980 tal cifra se eleve a 32 habitantes. Resaltan como regiones más densamente pobladas las del Asia Oriental, particularmente las regiones insulares y peninsulares, Europa, Sudasia Central y Sudasia Oriental. El resto de las regiones, con excepción del Caribe, exhibe densidades inferiores al promedio mundial.

En algunas circunstancias se adopta la densidad como un indicador de "sobrepoblación", sobre todo pensando en términos de la "presión", que la población ejerce sobre los recursos naturales del área en que vive. Este criterio se vé reforzado cuando se eliminan de la superficie considerada para su cálculo aquellas áreas no aptas para la vida humana, como serían las grandes montañas, las zonas cenagosas, desérticas, congeladas, etc., con lo que se delimita un nuevo valor para la densidad, como por ejemplo, el corrientemente utilizado de "habitantes por kilómetro cuadrado de tierra cultivable". Sin embargo, debe tenerse mucho cuidado al utilizar estas cifras, ya que es fácilmente demostrable que al relacionar la población con la producción de alimentos,

por ejemplo, se está dejando de lado otros importantes sectores de la economía, que pueden ser lo suficientemente poderosos como para suplir la incapacidad de un país para producir sus propios alimentos. Dicho en otras palabras, la comparación entre la densidad de varias áreas no tiene sentido alguno en términos de "presión de población" a menos que se tenga en cuenta el nivel de desarrollo tecnológico de cada una de ellas. Por lo general podrá asegurarse que una alta densidad de población es indeseable asociada con un escaso desarrollo y que de dos áreas igualmente subdesarrolladas tendrá mayores problemas aquella de más alta densidad; pero para mayores niveles de desarrollo las cifras de densidad de población parecen no tener importancia.

2.2. Población rural y urbana

La tendencia gregaria del hombre, que lo lleva a buscar la compañía de sus semejantes para poder vivir, se vé reflejada en la formación de comunidades o núcleos de población de tamaño extremadamente variable, en concordancia con el cual se hallan las diversas formas de la vida humana, más o menos complicada, en función del tipo de interrelaciones personales que se generan en el diario vivir. Estas interrelaciones son simples en una comunidad pequeña, en que las funciones sociales se desarrollan a un nivel mínimo; la ocupación de la gente es de carácter primario, esencialmente agrícola; el grado de integración social es grande, con rígidas normas tradicionales de comportamiento que se cumplen ineludiblemente, a riesgo de sanciones sociales inexorables y sin el beneficio del anonimato. No existe una elaborada estructura económica que obligue a la especialización o a una elaborada división del trabajo; los niveles de educación y de desarrollo tecnológico no son muy elevados.

En contraste con esta situación, está la de una comunidad grande, con un desarrollo institucional avanzado, con una red de relaciones interpersonales complicada; con un gran desarrollo tecnológico aplicado al funcionamiento de una estructura económica industrial; con normas sociales permisivas de comportamiento humano y sanciones leves y eludibles por el anonimato con que se puede actuar, con accesibilidad al uso de bienes y servicios que van mucho más allá de los imprescindibles para llevar una vida simple.

Estas características son solamente unas pocas de las que describen las llamadas población rural y población urbana respectivamente, una dicotomía que es fácil de visualizar cuando se examinan los casos extremos de comunidades "eminente^{mente} urbanas" o "eminente^{mente} rurales", pero que se complica en los casos intermedios, sobre todo debido a la dificultad para hallar definiciones operacionales fácilmente aplicables para clasificar estas comunidades como urbanas o rurales. Las

características arriba mencionadas, de las que somos casi intuitivamente conocedores, no pueden ser aplicadas corrientemente para determinar si una comunidad es urbana o rural; dicho en otras palabras, se requeriría de definiciones muy elaboradas de las formas de vida urbana y las formas de vida rural para clasificar las comunidades de un país, las cuales sería posible aplicar únicamente a algunos de los casos extremos y que en el estudio de las diferencias entre los más importantes atributos de las comunidades, nos conduciría solamente a tautologías.

En búsqueda de criterios objetivos que permitan establecer la dicotomía urbano-rural, los países han ensayado una serie de definiciones, las más importantes de las cuales se basan en los siguientes criterios:

- (a) Criterio demográfico, que considera a una localidad como rural si tiene menos de un cierto número de habitantes. Tal es el caso de la Argentina en 1960 (menos de 2.000), México (menos de 2.500) y la mayor parte de países.
- (b) Criterio administrativo, que considera a una localidad como urbana si ésta es sede del gobierno o la administración pública local, municipal o estatal, es decir si tiene un alcalde, gobernador, intendente o como quiera que dicha autoridad se denomine. Este criterio prevalece en varios países latinoamericanos y en algunos europeos.
- (c) Criterio social, que considera a una localidad como urbana si en ella funciona un cierto número de servicios públicos, como por ejemplo los de alumbrado, agua potable, etc.

Algunos países utilizan una combinación de estos criterios, como por ejemplo Panamá, que considera poblaciones urbanas a todas las de 1.500 habitantes o más, siempre que ellas cuenten con cierto número de servicios públicos; o Guatemala, en donde son consideradas poblaciones urbanas las de 2.000 habitantes o más y las de 1.500 que cuentan con servicio de agua potable en las viviendas.

Además de las diferencias de criterios para definir a la población urbana y rural, se tropieza en muchos casos con la dificultad para definir los límites de lo que puede llamarse una "localidad" en la cual reside la población que se trata de clasificar como urbana o rural. Por lo general se utiliza el término "localidad" para designar aglomeraciones de población de dimensiones modestas, como por ejemplo un caserío, que es una pequeña aglomeración rural, o la aldea, que es también una aglomeración rural algo más grande que el caserío. La

delimitación de las localidades utilizada en un censo de población, con mucha frecuencia no es mantenida en censos subsiguientes, razón por la cual no es fácil obtener comparabilidad estricta. A pesar de ello y concediendo la posibilidad de errores en la determinación de algunas localidades como rurales o urbanas, la información acerca del volumen de población urbana y rural es una de las más importantes de que se puede disponer para hallar la explicación de una serie de fenómenos sociales y económicos de un país.

La proporción de población urbana y rural es un indicador frecuentemente utilizado del nivel de desarrollo de un país, razón por la cual se trata siempre de obtener esta información de los censos de población. En la Tabla N° 4 se presenta la situación de los países de América según los resultados de los Censos de Población de las Américas de 1950 y 1960. Desde luego, debido a las diferencias que pueden existir en las definiciones de población urbana y rural, las cifras no son estrictamente comparables.

Hay dos aspectos de la dicotomía urbano-rural que son de especial importancia para la salud: uno se relaciona con las diferencias que existen entre las dos áreas en el nivel y estructura de la salud misma; el otro tiene que ver con las posibilidades prácticas de brindar servicios de salud.

Se puede afirmar, en cuanto al primer aspecto, que hasta hace algo más de un siglo, por lo menos para algunas áreas para las que se dispone de información, la mortalidad era más elevada en las ciudades que en el campo. Por ejemplo, según Süssmilch, (*) en el período 1739-1748, la mortalidad de Brandeburgo era de 25 por mil en las áreas rurales, 31 por mil en ciudades pequeñas, y 36 por mil en las ciudades más grandes como Berlín. Según Price, (**) en los años 1755 a 1776, la esperanza de vida al nacer en la ciudad de Estocolmo era de cerca de 14 años para los hombres y de 18 para las mujeres, comparada con la esperanza de vida al nacer del total del país de 33 y 36 años respectivamente. Cifras publicadas por la Oficina Central de Estadística de Suecia en el anuario estadístico de 1950, muestran los siguientes valores para la esperanza de vida al nacer: (***)

(*) U.N., "The Determinants and Consequences of Population Trends", New York, 1953. Referencia extraída de CRUM, F.S. "The Statistical Work of Süssmilch". Publications of the American Statistical Association, Vol. VII, New Series, N° 55. September 1901, pp.335-380.

(**) U.N., Ibid. Referencia extraída de PRICE, R. "Observations on Reversionary Payments". Vol. II. Londres, 1812.

(***) U.N., Ibid. 82, p. 62.

	Varones		Mujeres	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
1901-1910	49,4	56,1	55,4	57,3
1911-1920	52,9	56,6	58,0	58,4
1921-1930	52,5	61,6	63,4	63,0
1931-1940	62,9	64,2	66,8	65,8

Se observa que, por lo menos hasta 1940, la esperanza de vida de los varones de las áreas rurales fué consistentemente superior a la de los de las áreas urbanas, mientras que en el caso de las mujeres se produce una inversión en la década 1921-1930.

La calidad de las estadísticas existente no permite realizar estudios detallados para medir las diferencias reales entre la mortalidad urbana y la rural; sin embargo, se puede tener algunos atisbos al respecto. Por ejemplo, en la Tabla N° 3 se ha usado un artificio para mostrar algunos aspectos de dichas diferencias. En ella puede verse en primer lugar las tasas de mortalidad general de cada una de las provincias o jurisdicciones mayores de la República Argentina. Dado que cada una de ellas está subdividida en áreas menores llamadas departamentos o partidos, se obtuvo para cada provincia la suma de la población y de las defunciones en el año 1960, de aquellas áreas menores cuya proporción de población urbana fuera mayor del 50 por ciento; y, de manera complementaria, la suma de la población y de las defunciones de aquellas áreas menores cuya proporción de población rural fuera mayor del 50 por ciento, calculándose las tasas de mortalidad general para ambas.

Un examen de esta tabla nos muestra que, para el total del país, la mortalidad es superior para las áreas de mayor proporción de población urbana (9,1 por mil) que para las áreas de mayor proporción de población rural (8,5 por mil); y que esta diferencia en favor de las áreas rurales se repite en todas las jurisdicciones (con excepción de Santiago del Estero) cuya tasa de mortalidad general se halla por debajo de 10 por mil. Lo inverso se cumple para las provincias cuyas tasas de mortalidad se hallan por encima de 10 por mil; es decir, que para ellas la mortalidad de las áreas rurales es mayor que las de las urbanas. Se puede resumir esta situación en el siguiente cuadro:

POBLACION CENSADA, DEFUNCIONES REGISTRADAS Y TASAS DE MORTALIDAD GENERAL DE CADA JURISDICCION Y DE LAS DIVISIONES ADMINISTRATIVAS (DEPARTAMENTOS O PARTIDOS) CON MAS Y CON MENOS DE LA MITAD DE SU POBLACION URBANA. REPUBLICA ARGENTINA, 1960

JURISDICCION	Total de la Jurisdicción			Departamentos o Partidos con más del 50% de su población urbana				El resto de Departamentos o Partidos		
	Población censada	Defunciones 1960	Tasa x 1000 habit.	% Pob. urbana incl.	Población censada	Defunciones 1960	Tasa x 1000 habit.	Población censada	Defunciones 1960	Tasa x 1000 habit.
(2) TOTAL DEL PAIS ...	20.010.539	178.990	8,9	93,2	15.614.579	141.678	9,1	4.395.960	37.312	8,5
(3) Gran Buenos Aires	6.739.045	58.195	8,6	100,0	6.739.045	58.195	8,6	-	-	-
Buenos Aires (EXCLUIDOS PARTIDOS CON URBANOS)	993.697	26.385	8,8	97,0	2.550.057	22.625	8,9	443.640	3.760	8,5
Catamarca	168.231	1.549	9,2	76,0	64.453	666	10,3	103.778	883	8,5
Córdoba	1.753.840	14.639	8,3	97,1	1.535.087	13.069	8,5	218.753	1.570	7,2
Corrientes	533.201	5.027	9,4	64,6	220.058	2.266	10,3	313.143	2.761	8,8
Chaco	543.331	5.376	9,9	63,9	169.850	1.797	10,6	373.481	3.579	9,6
Chubut	142.412	1.635	11,5	96,9	101.003	1.149	11,4	41.409	486	11,7
Entre Ríos	805.357	6.539	8,1	57,7	348.764	2.874	8,2	456.593	3.665	8,0
Formosa	178.526	1.224	7,9	60,9	47.801	419	8,8	130.725	805	6,2
Jujuy	241.462	3.894	16,1	77,1	136.015	2.117	15,6	105.447	1.777	16,9
La Pampa	158.746	1.295	8,2	92,8	115.643	970	8,4	43.103	325	7,5
La Rioja	128.220	1.163	9,1	89,6	64.592	590	9,1	63.628	573	9,0
Mendoza	824.036	6.741	8,2	71,7	403.744	3.993	9,9	420.292	2.748	6,5
Misiones	361.440	2.974	8,2	69,4	95.968	992	10,3	265.472	1.982	7,5
Neuquén	109.890	1.367	12,4	94,6	69.981	846	12,1	39.909	521	13,1
Río Negro	193.292	2.318	12,0	95,3	145.116	1.698	11,7	48.176	620	12,9
Salta	412.854	5.109	12,4	87,7	258.398	3.183	12,3	154.456	1.926	12,5
San Juan	352.387	2.960	8,4	83,9	185.490	1.801	9,7	166.897	1.159	6,9
San Luis	174.316	1.586	9,1	90,5	97.769	948	9,7	76.547	638	8,3
Santa Cruz	52.908	397	7,5	76,2	25.257	205	8,1	27.651	192	6,9
Santa Fé	1.884.918	17.005	9,0	94,8	1.690.923	15.500	9,2	193.995	1.505	7,8
Sgo. del Estero ..	476.503	3.885	8,2	61,9	147.751	1.188	8,0	328.752	2.697	8,2
Tucumán	773.972	7.662	9,9	78,2	394.297	4.522	11,5	379.675	3.140	8,3
Tierra del Fuego .	7.995	65	8,2	100,0	7.517	65	8,6	438	-	-

(1) LAS TASAS EN GENERAL SE HALLAN SUBESTIMADAS YA QUE LA POBLACION UTILIZADA PARA ESTIMARLAS NO ES LA DEL 30 DE JUNIO, SINO LA CENSADA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1960.

(2) NO INCLUYE EL SECTOR ANTARTICO, ISLAS MALVINAS Y DEMAS ISLAS DEL ATLANTICO SUR CON UNA POBLACION ESTIMADA DE 3.254 HABITANTES.

(3) INCLUYE LA CAPITAL FEDERAL Y LOS 18 PARTIDOS CONURBANOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, CON UNA POBLACION TOTAL DE

Mortalidad general de la provincia (Por mil habitantes)	Mortalidad general de las áreas predominantemente:	
	Urbanas	Rurales
12,0 y más	12,9	13,9
11,0 - 11,9	11,4	11,7
10,0 - 10,9	-	-
9,0 - 9,9	9,7	8,7
8,0 - 8,9	8,7	7,6
Menos de 8,0	8,5	6,3

Se podría hacer muchas conjeturas en base de estas cifras, ya que es difícil creer que la mortalidad pueda presentar diferencias tan importantes como las mostradas. Es probable, que alguna o mucha de la discrepancia pueda ser explicada por el subregistro de defunciones en áreas rurales, ocurridas en las áreas urbanas; pero, posiblemente, aún introduciendo las correcciones necesarias las diferencias subsistirían, debiéndoseles buscar una explicación en ciertos factores intrínsecos, tales como las diferencias en la composición de la población (especialmente por edad y sexo) y en las causas misma de muerte. Cierta confirmación de esta situación, aunque menos clara, puede ser detectada analizando las cifras presentadas por la Organización Mundial de la Salud en su Anuario de 1950 (*) en el que se muestran las tasas de 47 ciudades con las correspondientes al total del país. El siguiente resumen fué extraído de esos datos:

Tasa del país	Ciudades con tasa	
	Mayor que la del país	Menor que la del país
12,0 o más	6	8
11,0 - 11,9	3	6
10,0 - 10,9	5	6
9,0 - 9,9	7	3
8,0 - 8,9	1	-
Menos de 8,0	1	1

Se percibe una cierta tendencia a que la población de las ciudades tenga una mortalidad menor a la del promedio del país cuanto más

(*) Organización Mundial de la Salud; "Statistiques Epidemiologiques et Demographiques Annuelles, 1950"; Ginebra, 1953.

elevada es ésta; vale decir, una confirmación del fenómeno observado más arriba para el caso de la Argentina.

No se dispone de mucha información para realizar estudios comparativos acerca de la morbilidad, pero en general, las diferencias entre las áreas urbanas y rurales pueden ser detectadas. Por ejemplo, de la Encuesta Nacional de los Estados Unidos puede obtenerse algunos indicadores como los siguientes para el período julio 1963-junio 1964: (*)

	GRANDES AREAS METROPOLITANAS	OTRAS AREAS METROPOLITANAS	POBLACION GRANJERA	RURAL OTROS
PORCIENTO DE PERSONAS CON UNA O MAS CONDICIONES CRONICAS	43,6	46,5	47,7	46,0
PORCIENTO DE PERSONAS CON LIMITACION CRONICA DE SU ACTIVIDAD	9,8	11,4	14,6	16,5
PERSONAS LESIONADAS POR CADA 100 PERSONAS POR AÑO	214,2	216,3	208,8	172,7
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	29,4	29,9	27,6	23,0
VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	82,7	74,4	70,4	54,1
OTRAS CONDICIONES RESPIRATORIAS	34,1	39,7	42,3	37,8
OTRAS CONDICIONES AGUDAS	68,1	72,3	68,6	57,8

Al mostrar las cifras anteriores no se propone arribar a conclusiones; únicamente se pretende mostrar que existen diferencias cuya explicación puede ser de importancia. Es probable que lo anotado para el caso de la mortalidad sea también válido para la morbilidad; es decir, que las condiciones de salud de las áreas rurales sean más desfavorables que las de las áreas urbanas cuanto más bajo es el nivel de salud del área total a que pertenecen ambas.

El segundo aspecto al que se hace referencia es el relativo a la distribución urbano-rural y la provisión de servicios de salud. Los recursos médicos y de salud en general tienden a concentrarse siguiendo las mismas tendencias de concentración de la población. La accesibilidad de ésta a los servicios de salud es mucho más rápida en las áreas urbanas que en las rurales; en general los servicios urbanos de salud son más desarrollados, tecnificados y modernos, y la planificación de las actividades puede hacerse más fácil y eficientemente, ya que cuentan con el apoyo adicional de rápidos medios de comunicación masiva. El acceso a prontas medidas preventivas para ciertas enferme-

(*) U.S. Department of Health, Education and Welfare; National Center for Health Statistics; "Health Characteristics by Geographic Region", Series 10, Nº 36; Washington, April 1967.

Tabla N° 4

POBLACION TOTAL Y POBLACION URBANA DE LOS PAISES DE AMERICA ALREDEDOR DE LAS FECHAS CENSALES DE 1950 Y 1960

PAIS	CENSO DE LAS AMERICAS DE 1950 (1)				CENSO DE LAS AMERICAS DE 1960 (2)			
	AÑO CENSAL	TOTAL	URBANA		AÑO CENSAL	TOTAL	URBANA	
			Nº	%			Nº	%
Canadá	1951	14.009.429	8.628.253	61,6	1961	18.238.247	12.700.390	69,6
Estados Unidos .	1950	150.597.361	96.467.686	64,01	1960 (3)	179.323.175	125.268.750	69,9
Costa Rica	1950	800.875	268.286	33,5	1963	1.336.274	460.543	34,5
Cuba	1953	5.829.029	3.324.628	57,0	1964 (4)	7.434.200	4.291.200	57,7
El Salvador	1950	1.855.917	677.167	36,5	1961	2.510.984	966.899	38,5
Guatemala	1950	2.790.868	696.458	25,0	1964 (5)	4.284.473	1.438.061	33,6
Haití	1950	3.097.220	377.355	12,2	-	-	-	-
Honduras	1950	1.668.605	424.453	31,0	1961	1.884.765	437.818	23,2
México	1950	25.791.017	10.983.483	42,6	1960	34.923.129	17.705.118	50,7
Nicaragua	1950	1.057.023	369.249	34,9	1963	1.535.588	627.292	40,9
Panamá	1950	805.285	289.697	36,0	1960	1.075.541	446.213	41,5
Rep. Dominicana.	1950	2.135.872	508.408	23,8	1960 (6)	3.047.070	922.090	30,3
Argentina	1947	15.893.827	9.932.133	62,5	1960 (7)	20.010.539	14.758.341	73,8
Bolivia	1950	3.019.031	1.013.350	33,6	-	-	-	-
Brasil	1950	51.944.397	18.782.891	36,2	1960 (8)	70.119.071	32.471.377	46,3
Chile	1952	5.932.995	3.573.122	60,2	1960	7.374.115	5.028.060	68,2
Colombia	1951	11.228.509	4.365.686	38,9	1964 (8)	17.484.508	9.022.006	51,6
Ecuador	1950	3.202.757	1.406.750	43,9	1962	4.476.007	1.612.346	36,0
Paraguay	1950	1.328.452	459.726	34,6	1962 (5)	1.816.890	642.628	35,4
Perú	-	-	-	-	1961	9.906.746	4.689.178	47,4
Uruguay	-	-	-	-	1963 (5)(6)	2.592.600	2.132.000	80,2
Venezuela	-	-	-	-	1961	7.523.999	5.073.845	67,4

(1) INSTITUTO INTERAMERICANO DE ESTADISTICA, "CARACTERISTICAS DE LA ESTRUCTURA DEMOGRAFICA DE LOS PAISES DE AMERICA", 1964, CUADRO 1.8 (2) INSTITUTO INTERAMERICANO DE ESTADISTICA, "AMERICA EN CIFRAS, 1967, 1968; CUADRO 201-08. (3) INCLUYE ALASKA Y HAWAI. (4) POBLACION ESTIMADA. (5) CIFRAS PROVISIONALES. (6) CIFRAS OBTENIDAS POR MUESTREO. (7) FUENTES: "CENSO NACIONAL DE POBLACION", 1960. CUADRO NO 1. NO INCLUYE EL SECTOR ANTARTICO, CON UNA POBLACION ESTIMADA DE 3.254 HABITANTES. (8) DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA, BOLETIN MENSUAL DE ESTADISTICA, No. 179.

3.1. Sexo

Esta es una característica demográfica que se halla íntimamente relacionada con prácticamente todos los demás rasgos de una población, y especialmente con la salud. Así por ejemplo, en el estudio de la mortalidad general de un área debe siempre tenerse presente que la de las mujeres es inferior a la de los varones; que las diferencias anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales entre los sexos determinan grados diferentes de exposición a riesgos, algunos de los cuales son también diferentes.

La composición de una población por sexo se expresa convencionalmente por medio de la relación entre el número de varones y el número de mujeres llamada "coeficiente de masculinidad" y que expresa el número de varones por cada 100 mujeres. El inverso, es decir el número de mujeres por cada 100 varones, es llamado "coeficiente de feminidad" y es poco utilizado.

El coeficiente de masculinidad en una población no sujeta a cambios migratorios muy bruscos suele hallarse alrededor de 100; es decir, que las poblaciones tienden a mantener cierto equilibrio entre los sexos, el cual es afectado por las tres variables demográficas en juego, es decir, por la natalidad, la mortalidad y la migración. La natalidad produce el efecto de aumentar la masculinidad, ya que el número de nacimientos masculinos es superior al de nacimientos femeninos. En efecto, la masculinidad al nacer en el mundo, se halla alrededor de 104 a 105 varones por cada 100 mujeres, existiendo pocas variaciones alrededor de estas cifras. Divergencias notables de las mismas deben ser asignadas, generalmente, a defectos diferenciales en la inscripción de los nacimientos.

La mortalidad hace más estragos entre los varones que entre las mujeres aún desde antes del nacimiento, tal como se muestra en los coeficientes de masculinidad de las defunciones fetales por mes de gestación que se muestran a continuación y que se han obtenido de las estadísticas combinadas de varios países europeos y ciudades norteamericanas:

Séptimo mes	.....	114	varones	por	100	mujeres
Sexto "	.....	121	"	"	100	"
Quinto "	.....	143	"	"	100	"
Cuarto "	.....	224	"	"	100	"

En la República Argentina la masculinidad de las defunciones fetales tardías registradas en el decenio 1950-1959, fué de 136.

A partir del nacimiento, la masculinidad de las defunciones se va acentuando hasta llegar a un valor máximo, decreciendo en las edades avanzadas por la lógica disminución de las muertes de varones al reducirse el número de éstos en tales edades. A continuación se muestra la masculinidad de las defunciones acaecidas en la República Argentina en 1967, por grupos amplios de edad.

Edad	Defunciones de varones por cada 100 mujeres
0-14	113,8
15-29	149,1
30-44	170,8
45-59	208,6
60-74	176,8
75 y+	98,8

En una población "cerrada", es decir sin movimientos migratorios, el efecto diferencial de la mortalidad por sexo determina que en la población general se presenten coeficientes de masculinidad decrecientes conforme va avanzando la edad. Los movimientos migratorios producen alteraciones de la masculinidad ya que por lo general los migrantes son en su mayoría gente joven, varones si la migración es internacional y mujeres si la migración interna es hacia las ciudades. El efecto de los movimientos migratorios y de la mortalidad puede percibirse en las cifras siguientes correspondientes al censo de población de la República Argentina en 1960.

Edad	Varones por 100 mujeres		
	Total	Oriundos del país	Oriundos del extranjero
Total	100,0	97,3	119,9
0-14	102,1	102,1	103,8
15-29	98,1	96,9	115,2
30-44	99,2	97,1	114,7
45-59	103,7	96,1	129,8
60-74	99,1	82,0	126,8
75 y+	77,3	57,0	97,8

Las poblaciones rurales presentan casi siempre una mayor masculinidad que las áreas urbanas, existiendo muy raras excepciones a esta regla. Las mujeres, cada vez con más intensidad, se están convirtiendo en "pobladores urbanos". Las causas de esta situación deben buscarse principalmente en la migración diferencial de las mujeres del campo a la ciudad, aunque poco se sabe realmente de diferencias que pudieran existir en la mortalidad por sexos de las áreas rurales y urbanas. A continuación se presentan algunas cifras que ilustran este hecho:

	Año censal	Varones por 100 mujeres		
		Total	Urbana	Rural
Argentina	1960	100,0	95,2	114,7
Canadá	1961	102,2	98,2	112,2
Costa Rica	1963	100,6	88,4	107,7
Chile	1960	96,2	88,0	115,3
Ecuador	1962	100,0	91,9	104,8
Estados Unidos ..	1960	97,1	94,1	104,3
Paraguay	1962	97,2	89,2	101,9

Esta mayor masculinidad de las áreas rurales puede apreciarse de manera muy clara en la tendencia de las mujeres a concentrarse mayormente en las localidades más pobladas. El ejemplo siguiente ilustra el caso de la región de Cuyo, en la República Argentina, año 1960:

Tamaño de las localidades	Varones por 100 mujeres
Total	100,0
50.000 y más .	89,3
20.000 a 49.999	91,6
10.000 a 19.999	96,2
5.000 a 9.999	98,6
2.000 a 4.999	106,0
1.000 a 1.999	108,8
500 a 999	113,3
200 a 499	115,3
100 a 199	131,9

3.2. Edad

La composición por edad es una de las más importantes características biológicas de una población. Su estudio, análisis y utilización constituyen los más poderosos elementos con que se cuenta para la expli-

cación de los hechos demográficos acaecidos en la historia natural del desarrollo de la población, proporcionando también un instrumento de análisis e inferencia para proyecciones futuras acerca de la marcha de tal desarrollo. Cada año de vida adicional vivido entre el momento del nacimiento y el de la muerte trae consigo cambios en las características físicas, sociales y económicas del individuo, la presencia de las cuales puede ser detectada e identificada en su diferente magnitud en las varias categorías de edad, que conforman lo que se llama el "ciclo vital" del acontecimiento o característica en estudio. Algunas de estas características son biológicas y su identificación con la edad es casi automática (la dentición, la pubertad, la presión arterial, etc.); otras son características sociales y su asociación con la edad está determinada por las normas, usos y costumbres del grupo social (ingreso a la escuela, la conscripción militar, el matrimonio, etc.). Hay en particular ciertas características de la población, asociadas con la edad, que se hallan relacionadas con la salud y que permiten delimitar los grupos susceptibles a ciertas enfermedades. Por este motivo, el estudio de la distribución etaria en el campo de la salud cobra particular relieve y debe ser tomado en cuenta siempre que se quiera establecer con mayor precisión la verdadera magnitud de los daños que afectan la salud de una población.

Datos acerca de la edad se obtienen en todos los censos de población y en prácticamente todos los registros médicos y de salud, así como en la generalidad de documentos que persiguen la identificación de una persona. Estos datos se consignan ya sea mediante la edad cumplida en el último cumpleaños o mediante la fecha del nacimiento. Las estadísticas de la composición etaria generalmente se presentan ya sea en años individuales o en grupos quinquenales, decenales o de otra amplitud. Cuando dicha presentación se hace en números relativos se acostumbra llamarla "estructura" etaria de la población. Dicha estructura tiene también una presentación gráfica que usualmente se realiza mediante histogramas horizontales oponiendo las proporciones de los varones a la de las mujeres para conformar así un polígono en gradas que recibe el nombre de pirámide de población, la cual, si bien no es un elemento eficiente de análisis, en cambio tiene un gran poder descriptivo.

El transcurrir del tiempo es inexorable para las personas, que experimentan de este modo un envejecimiento continuo. Una población, en cambio, puede no envejecer, ya que la edad de un agregado humano tiene otra definición que no depende del tiempo, sino de la constitución etaria del grupo. Se habla así de una población "joven" o "vieja" según esté constituida por una proporción mayor o menor de jóvenes o ancianos y pueden darse los procesos de envejecimiento o rejuvenecimiento según dichas proporciones vayan en aumento o disminución.

Se ha especulado mucho con la idea de que al disminuir la mortalidad y prolongarse de este modo la vida media de los individuos, se ha aumentado la proporción de población en edades avanzadas. Este hecho es cierto, pero dá cuenta de una porción muy pequeña del mencionado aumento. La fuerza más importante en acción, que explica casi la totalidad del incremento en la proporción de gente en edades avanzadas, es la del decremento de la natalidad. Acerca de ello no quedan ya dudas y por esta razón cobra una importancia muy grande el estudio del efecto que produciría el descenso de la fecundidad, no solamente en el aspecto del crecimiento de la población, sino en el de su estructura etaria. Cobra así relieve la consideración del punto hasta el que la facilitación del desarrollo económico, mediante la reducción del crecimiento demográfico, no pudiera estar conduciendo simultáneamente a la configuración de una estructura etaria desfavorable para los futuros planes de desarrollo. Tal es el caso del Japón, que se encuentra en el dilema de que el éxito logrado hasta el momento para controlar el crecimiento demográfico, le comienza a presentar problemas para la constitución de una fuerza de trabajo suficientes para sustentar la continuidad de su expansión industrial.

La influencia de la migración sobre la estructura etaria es inmediata, dependiendo por supuesto de la intensidad del fenómeno. En general los movimientos migratorios se producen en las edades adultas jóvenes, económicamente activas y reproductivas. Hay también selectividad de sexos que produce abultamientos mayores en la sección masculina de las mencionadas edades en la pirámide de población. El efecto neto, en general, es el de producir "ondas" de envejecimiento de la población observables luego de dos o tres décadas.

En la Tabla Nº 5 se muestra la estructura en grupos amplios de edad de diversas zonas del mundo en el año 1965.

Estructura de la población (porciento) por grupos amplios de edad en el año 1965 y tasas de natalidad y mortalidad general en 1960-1965 en el Mundo y en cada una de las zonas consideradas en la variante media de las proyecciones de población de las Naciones Unidas

ZONAS	GRUPOS DE EDAD						TASAS POR 1000 HABITANTES	
	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y	NATAL.	MORTAL.
TOTAL MUNDIAL	13,8	22,9	17,2	25,8	15,1	5,2	33,9	15,9
ESTE DEL ASIA	12,9	22,7	18,0	26,6	15,3	4,5	32,6	18,9
SUR DEL ASIA	16,8	25,3	17,8	24,5	12,4	3,2	43,0	18,9
EUROPA	8,5	16,6	14,9	27,6	21,8	10,6	17,8	10,0
UNION SOVIETICA ...	10,3	20,6	13,8	30,7	17,7	6,9	22,1	7,2
AFRICA	17,1	26,0	19,4	23,9	10,9	2,7	45,5	22,5
AMERICA DEL NORTE ..	10,6	20,4	15,8	24,2	19,9	9,1	22,6	9,2
AMERICA LATINA	16,6	25,7	18,3	23,8	12,2	3,4	39,6	11,2
SUDAMERICA TROPICAL	17,4	26,3	18,5	23,4	11,5	2,9	41,9	10,9
MESOAMERICA	18,1	27,9	18,4	22,1	10,3	3,2	43,6	11,6
SUDAMERICA TEMPLADA	11,8	20,5	17,0	27,6	17,6	5,5	26,4	9,2
CARIBE	15,6	24,5	18,8	24,6	12,6	3,9	38,3	14,9
OCEANIA	11,1	22,0	16,5	25,7	18,9	7,7	25,0	10,8

Obsérvese que la zona de población más joven es el Africa con un 43,1 por ciento de menores de 15 años, siguiéndole a continuación América Latina con un 42,3 por ciento y el Sur de Asia con un 42,1 por ciento. En América Latina es notable la juventud de Mesoamérica que presenta un 46 por ciento de menores de 15 años. Las poblaciones "menos jóvenes" son las de Europa con un 25,1 por ciento, la Unión Soviética con un 30,9, América del Norte con un 31,0 y Oceanía con 31,2 por ciento. Dentro de la América Latina las áreas "menos jóvenes" son las comprendidas en la Sudamérica Templada que presenta un 32,3 por ciento de menores de 15 años. Las zonas "menos jóvenes" son al mismo tiempo las más "envejecidas" al presentar las más altas proporciones de población en edades de 65 años o más; Europa con un 10,6 por ciento, Norteamérica con un 9,1, Oceanía con un 7,7 y la Unión Soviética con un 6,9. Obsérvese que la mayor proporción de la América del Norte y Oceanía en comparación con la Unión Soviética, a pesar de las cifras similares de menores de 15 años, puede asignarse a la "onda" de envejecimiento causado por la migración en las dos primeras en contraste con la Unión Soviética.

Es necesario recalcar nuevamente la asociación entre los niveles de fecundidad y la estructura etaria. En la tabla mostrada es fácil asociar las zonas de población "joven" con las que presentan las más altas tasas de natalidad, sin tener muy en cuenta los valores adoptados por las tasas de mortalidad.

El sector salud es familiar con grupos de población definidos por su edad. Así, los menores de un año constituyen la población infantil llamada en ocasiones de lactantes; los niños entre uno y seis años son los párvulos que constituyen el grupo de población pre-escolar. Entre los seis y los catorce años se identifica la población escolar; entre los quince y los diecinueve se halla el grupo de adolescentes, localizándose al inicio de esta etapa o al final de la anterior la edad de la pubertad. De los 20 a los 45 años se llaman adultos jóvenes; de los 45 a los 64 adultos maduros y de 65 y más años ancianos. Un grupo especial es el de las mujeres entre los 15 y 49 años, o sea el de la población femenina en edad reproductiva.

Cada una de estas etapas de la vida determina un cierto tipo de acción en salud, no solamente por los problemas biológicos o psicológicos que conlleva, sino por las técnicas de acceso a dichas poblaciones para desarrollar las actividades. Es fácil demostrar la existencia de una íntima asociación de la edad con otros rasgos biológicos, psicológicos y sociales que determinan una mayor o menor intensidad de exposición a riesgos para la salud. No es necesario abundar en detalles con respecto a la típica distribución en "J" de las tasas específicas de mortalidad por edad, así como tampoco para reconocer la pre-

sencia de ciertas enfermedades de la primera infancia, o las propias del embarazo y del parto; o la presencia de las enfermedades crónicas y degenerativas en las edades superiores, etc. Así pues, una estructura por edad condiciona la presentación en mayor o menor intensidad de gran número de enfermedades; y por lo tanto tendrá que ser tomada en cuenta siempre que se trate de explicar los factores que determinan y condicionan los niveles de salud de una población y por consiguiente, el nivel y estructura de la demanda de servicios.