

SALUD Y POBLACION EN BOGOTA, COLOMBIA ¹

Dr. Guillermo López Escobar ²

Aunque las condiciones de salud en Colombia han mejorado hasta el punto de reflejarse en un descenso en la tasa de mortalidad materna y en las defunciones generales e infantiles, el crecimiento acelerado de la población ha influido adversamente en la cobertura de los servicios de salud.

Introducción

La salud y la enfermedad son variaciones del proceso sutil y continuo de adaptación de cada ser humano a un ambiente que se encuentra en permanente modificación por estímulos de diversa naturaleza. De ahí que al referirse a la salud es imposible olvidarse de uno de los componentes más importantes de ese ambiente: la población; y del efecto que sobre la salud puede tener cada una de sus variables específicas: mortalidad, natalidad y migración. A través de su historia, la raza humana, como todas las especies, ha estado sujeta a la ley del crecimiento continuo y ha utilizado su reproducción como factor de supervivencia contra las altas tasas de mortalidad y desperdicio naturales. Pero este mecanismo de defensa contra las acechanzas del medio, una vez que el hombre ha logrado conquistarlas, ha convertido al crecimiento poblacional, encuadrado por límites naturales, en un crecimiento acelerado, cuya desbordada influencia cada vez más desfavorable, presenta visos de catástrofe en relación con los recursos y las repercusiones que puede tener sobre la salud y el desarrollo.

Los nexos entre la salud y la dinámica de población son estrechos y reales. Cambios en el tamaño, en la composición o distribución geográfica de la población, afectan profundamente la salud o la enfermedad

tanto cualitativa como cuantitativamente. Un aumento en el tamaño de la población puede significar demandas severas en los servicios y en los profesionales de la salud. Variaciones en la estructura por edades, con aumento o disminución de los más jóvenes o de los más viejos, a menudo transforman los patrones prevalentes de morbilidad o mortalidad. Nuevas modalidades de vivienda, mayores densidades urbanas o mayores hacimientos que originan migrantes marginados o anómicos, pueden entrañar problemas psicofisiológicos y de adaptación que afectan la salud y la enfermedad.

Datos demográficos

De acuerdo con el último censo de 1964, la población de Colombia ascendía a 17,484,508 habitantes, de los cuales el 50.7% correspondía al sexo femenino. El 46.6% del total de la población estaba constituido por menores de 15 años y el 22.6% por mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.

Según las proyecciones que hicieron los demógrafos para 1972, el total de mujeres en edad fértil era de 5,191,000. A mediados de 1970 la población del país sumaba 21,632,000 habitantes; en 1972, 23,048,000; en 1975 aumentará a 25,278,000, y hacia 1985, según varias estimaciones, mostrará cifras entre 33 y 35 millones (1).

El cuadro 1 presenta la distribución de la población del país por grupos de edad y sexo ajustada al 30 de junio de 1965 (1). Puede observarse que el grupo de edad de 0 a 14 años representa el 46.7% de la población.

¹ Versión condensada del artículo publicado en la revista *Cámara de Comercio de Bogotá*, Vol. 111, No. 12, septiembre de 1973, págs. 53-87.

² Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional, Bogotá, Colombia, y Director de la Corporación Centro Regional de Población de Bogotá.

CUADRO 1—Distribución de la población de Colombia por grupos de edad y sexo, ajustada en junio de 1965.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
0-4	1,670,476	1,623,334	3,293,810
5-9	1,516,786	1,472,859	2,989,645
10-14	1,181,444	1,153,359	2,334,803
15-19	911,894	956,979	1,868,873
20-24	731,962	777,949	1,509,911
25-29	599,363	634,194	1,233,557
30-34	545,442	545,602	1,091,044
35-39	483,230	495,344	978,574
40-44	392,478	369,246	761,724
45-49	299,607	309,785	609,392
50-54	269,775	263,544	533,319
55-59	171,922	169,291	341,213
60-64	168,518	181,307	349,825
65-69	94,856	100,188	195,044
70-74	70,255	83,054	153,309
75 y más	82,178	108,937	191,115
Total	9,190,186	9,244,972	18,435,158

De 1951 en adelante hubo un rejuvenecimiento de la población ya que aumentó el número de menores de 15 años. Este rejuvenecimiento—a pesar de mantenerse la tasa bruta de natalidad de 1951 a 1965—se debió a un descenso en la tasa de mortalidad, especialmente la de mortalidad infantil, lo cual produjo un aumento en la tasa de crecimiento de la población y un cambio en la estructura por edades (2).

El cuadro 2 muestra algunos de los parámetros demográficos del país por períodos intercensales y estimaciones de los mismos para 1965-1970 y 1970-1975. En 1965 la población colombiana tenía una tasa bruta de natalidad de 47.2 nacimientos por cada 1,000 habitantes y una expectativa de vida al

nacer de 50 años para los hombres y de 52 para las mujeres (1).

La tasa de crecimiento, natural resultado de la diferencia entre los nacimientos y las defunciones, fue de 3.21% en 1965-1970. Esto significa que Colombia dobla su población cada 21 a 22 años. Las ciudades de 100,000 y más habitantes se han duplicado en cada período intercensal. En 1938 solamente tres ciudades habían alcanzado esta cifra; en 1951, seis y, en 1964, doce. De continuar esta tendencia migratoria rural-urbana se calcula que hacia 1980 más de la mitad de la población colombiana vivirá en ciudades de 100,000 o más habitantes (3). Las migraciones internas son selectivas en cuanto a edad y sexo y predominan las mujeres jóvenes, por lo que la estructura etaria de la población en las ciudades presenta una proporción de personas en edades reproductivas mayor que en el resto del país. En otras palabras, el número de mujeres que pueden ser madres, por cada mil habitantes, es significativamente mayor en las ciudades (4). De nuevo, el recargo de las acciones en salud, por efecto de la migración interna, pesa más fuertemente dentro del área de la salud materno-infantil.

Vivienda y educación

A nadie escapa que las condiciones de vivienda y el nivel de educación influyen básicamente en las condiciones sanitarias de una población; las unas por lo que el hacinamiento, la intemperie, el suministro de agua potable, etc., implican, y las otras por

CUADRO 2—Principales parámetros demográficos de Colombia por períodos intercensales y estimativos (1965-1970 y 1970-1975).

Parámetros	1938-1951		1965	1970	1975
	1951	1964			
Tasa bruta de natalidad	46.5	47.2		47.2	43.4
Tasa bruta de mortalidad	22.4	17.4		15.1	12.2
Tasa de mortalidad infantil	145.1	100.0			
Expectativa de vida al nacer, para hombres (años)	40.0	45.5	50.0	52.0	54.0
Expectativa de vida al nacer, para mujeres (años)	43.8	50.7	52.0	54.5	57.0

su influencia en la comprensión y percepción de la salud misma y en la toma de decisiones relacionadas con medidas de medicina preventiva o curativa. A este respecto cabe citar que en 1965 y 1966 el 55% de las viviendas del país no disponía de agua; el 45% carecía de inodoros o letrinas; el 40% se componía de cuartos, chozas o tugurios, y el 20% alojaba a más de una familia. En cuanto a las deficiencias educativas, el 25% de la población mayor de 15 años nunca había asistido a la escuela; el 55% de los adultos no había terminado la escuela primaria y sólo un 2% había recibido alguna educación superior (4).

Es importante anotar, además, que las cinco ciudades más grandes de Colombia: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena han crecido a ritmos aún mayores, con tasas que varían del 5.8 al 7%.

Mortalidad infantil

Las tasas brutas de mortalidad en el país han descendido rápidamente. A pesar de ello, los niveles actuales son aún altos, sobre todo en la población infantil; no obstante, es de esperar que las tasas de mortalidad continúen descendiendo. Es evidente el alcance que esto puede tener sobre el aumento del crecimiento vegetativo. Para 1965 la tasa de mortalidad era de 9.8 defunciones por cada 1,000 habitantes; se reconoció, sin embargo, que hubo un subregistro importante de defunciones. El 48.7% del total de defunciones ocurre en menores de cinco años y el 31.3% en menores de uno, a pesar de que este último grupo sólo representa el 3.6% del total de la población (3). De cada cinco niños que fallecen antes de los cinco años, uno muere por enfermedades propias de la infancia, uno por diarreas y uno por afecciones de las vías respiratorias, todas ellas en su mayoría prevenibles. Cabe preguntarse si las condiciones ambientales socioeconómicas y familiares no han actuado aquí para que en esta época la madre no haya podido o querido prestar a sus niños

los cuidados maternos necesarios. Por otra parte, a medida que esta mortalidad infantil se reduzca dentro del proceso lógico de los programas de salud, surge el interrogante de cómo esta reducción va a incidir sobre el rápido aumento demográfico.

Fertilidad y fecundidad

La investigación nacional del Estudio de Recursos Humanos, realizada en 1965 y 1966 por el Ministerio de Salud, precisó que la tasa general de embarazos era de 198.3 por cada 1,000 mujeres en edad fértil, con una tasa mayor de 237.7 por 1,000 en el medio rural, en relación con el área urbana que era de 168.0 por 1,000 y con regiones como la del Atlántico, con tasas aun más altas: 244.9 por 1,000. La tasa general de fecundidad, correspondiente al número de nacidos vivos por 1,000 mujeres en edad procreativa, era de 165.0. La zona urbana mostró una tasa de 129.4 por 1,000 y la rural de 211.3 por 1,000, siendo mayor en las regiones Atlántica y Oriental. Expresado en otra forma, se puede decir que el tamaño de la familia era mayor en la zona rural, con un promedio de 5.4 hijos vivos, en comparación con 4.7 en la zona urbana (3).

Los datos tomados de una encuesta en el programa posparto—aunque el grupo no es representativo del país sino únicamente de la población hospitalaria en cuestión—se encontró que el 46.7% de las mujeres había tenido su primer embarazo antes de cumplir los 18 años. La edad en que tuvieron sus primeras relaciones sexuales era también bastante temprana. El 64% de las mujeres incluidas en la encuesta nacional de fecundidad tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, pero más sorprendente fue que el 11% la tuvieron antes de los 15. Si se compara esto con el escaso conocimiento de las nociones más elementales de la fisiología de la reproducción, se encontrará una explicación al número de embarazos en edades jóvenes.

Las cuatro grandes causas sobre las que

se asienta la morbimortalidad femenina en el país son: las infecciones, generalmente de posparto; hemorragia durante el embarazo o el aborto; toxemias, es decir, la enfermedad intoxicante hipertensiva o convulsiva originada en la preñez; y el aborto mismo. El cuidado prenatal, o sea, la atención médica rutinaria que se da a la madre durante el embarazo, es indispensable en la prevención de estas grandes causas de enfermedad. Para ilustrar con un solo ejemplo: la frecuencia de toxemia es casi nula en el grupo de embarazadas que tienen un control periódico riguroso, mientras que es alta en el grupo sin atención prenatal. Sin embargo, de los embarazos que terminan cada año en el país solo un 48.2% recibe atención médica en algún momento y la atención profesional del parto mismo es aún menor (36.8%). Aquí las diferencias entre el medio rural y el urbano son más acen tuadas.

Los niveles altos de fertilidad y fecundidad tienen de por sí efectos, muchas veces no bien dilucidados, sobre la salud de la madre y el niño, que constituyen riesgos inherentes aun con los mejores recursos médicos. Diversos estudios han mostrado que la mortalidad materna es mayor en las grandes múltiparas y que la mortalidad infantil aumenta cuando el número de nacimientos es elevado (5).

Dentro de las altas tasas de fertilidad de la población colombiana solo un 83.5% de los embarazos culmina con un hijo vivo. Casi la quinta parte de estos embarazos constituye un gasto inútil de salud, energía física y mental femenina, puesto que corresponde a defunciones del producto de la concepción. De este total de defunciones un 82.4% son abortos. Por otra parte, por cada 1,000 nacidos vivos, 2.53 mujeres mueren por complicaciones involucradas en el proceso de maternidad.

Dadas las características sociales y sus implicaciones legales, es bien comprensible que la magnitud del problema del aborto varíe de acuerdo con la fuente del estudio.

Su incidencia, no obstante, es siempre alta.

La frecuencia del aborto inducido es difícil de determinar por las implicaciones penales que este ha tenido en el país. El número de abortos provocados en un año, según la citada encuesta de morbilidad, sería de 65,000. En otro estudio de aborto hospitalario esta cifra corresponde a una tasa de 76 por 1,000 embarazos y equivale al 65% de los abortos ocurridos antes de las 20 semanas. El porcentaje de abortos provocados sobre 7,004 casos fue de un 18.1%; las razones que adujeron las mujeres que confesaron haberse provocado el aborto fueron de orden económico en un 65%, social en un 17.2%, médico en un 4.0% y otros en un 13.8%.

Las mujeres de las zonas rurales y las de bajo nivel socioeconómico tienen una alta fertilidad que se atribuye al empleo limitado de los mecanismos que la controlan. Las de las zonas urbanas y de nivel socioeconómico intermedio tienen una fertilidad menor a causa de un incremento en las tasas de aborto provocado y de embarazos prevenidos. Las de nivel socioeconómico alto presentan la más baja fertilidad, una menor tasa de abortos y la mayor tasa de embarazos prevenidos. La frecuencia encontrada de 1959 a 1964 por el Instituto Materno Infantil de Bogotá fue aproximadamente de un aborto por cuatro embarazos, y en la Investigación sobre Aborto Séptico de Santamaría y Castro, realizada en la misma institución, se encontró una mortalidad de 4.65%. Una de las mujeres que falleció confesó que el aborto había sido provocado por su marido en cuatro ocasiones, incluyendo la última que determinó después su muerte. En este Instituto, las estadísticas obtenidas por las Religiosas mismas ilustra el drama social de la clientela hospitalaria (6).

El aborto es, pues, en gran número de casos, el resultado de esta maternidad indeseada. El número ideal de hijos es mantenido por medio del aborto al cual en ciertos estratos se agrega el infanticidio abierto,

observado en las noticias que se encuentran a diario sobre muertes criminales de neonatos; o el infanticidio encubierto, reflejado en el descuido de los padres que abandonan a sus hijos o los someten a condiciones de peligro o no recurren al cuidado hospitalario sino en casos extremos. Varias son las razones para recurrir al aborto: en un gran grupo de mujeres es la ignorancia y el desconocimiento de cómo planear la familia o la falta de accesibilidad a los recursos. En ocasiones, por falta de información o por ausencia de un cambio de actitudes, la mujer utiliza métodos anticonceptivos tradicionales o técnicamente deficientes y se encuentra sorpresivamente embarazada (7).

Nutrición

Los aspectos nutricionales de los países latinoamericanos constituyen otra gran área que merece atención cuando se trata de correlacionar los problemas de salud y los aspectos demográficos.

Los requerimientos alimentarios varían necesariamente con numerosos factores, pero el consumo de calorías perdidas per cápita es un indicador significativo: 3,090 calorías en las zonas desarrolladas, en contraste con 2,200 en promedio o menos en las llamadas zonas en desarrollo en el mundo. El consumo diario per cápita de proteína animal muestra diferencias similares: 56 g comparado con 13 g. Si bien, en general el mundo entero presenta hoy día un ascenso impresionante en la curva de producción agregada de alimentos, esta no guarda relación al observar la cifra per cápita. Así, el 50% de incremento global en la producción total de 1968 sobre la cifra del período básico 1952-1956, representa sólo un aumento per cápita del 14% (8).

En Colombia es frecuente la malnutrición debida a deficiencia proteico-calórica permanente. Las necesidades de calorías sólo están satisfechas en un 85% y las proteicas en un 78%. (Las cifras correspondientes a los estratos más bajos son de 77 y 65%).

En una muestra de 862 niños menores de cinco años, seleccionada al azar por los investigadores del Instituto Nacional de Nutrición en una de las áreas correspondientes a un Centro de Salud de Bogotá, se encontró que el 75% sufría de algún grado de desnutrición (50% de I grado, 24% de II grado y 1.5% de III grado) (8).

Esta situación es tanto más alarmante si se recuerda que la desnutrición en los primeros años de vida puede provocar trastornos irreversibles en el desarrollo de las funciones cerebrales y disminuir el cociente intelectual futuro.

De acuerdo con algunas características de los recursos sanitarios colombianos en relación con la población, puede anotarse que ha habido una mejoría en las condiciones de salud del país que se refleja en el descenso observado en la tasa de mortalidad materna al igual que en la de mortalidad general y de mortalidad infantil. Sin embargo, a pesar de estas mejoras, los servicios de salud se han visto proporcionalmente disminuidos debido al crecimiento y a la redistribución de la población. En 1966 se realizaron 389 consultas médicas por cada 1,000 habitantes, mientras que en 1969 se registraron 369 consultas por los mismos 1,000 habitantes (3).

Si bien las camas hospitalarias aumentaron en números absolutos, la proporción de camas por 1,000 habitantes disminuyó ligeramente entre 1958 y 1967 (9).

Estructura futura, envejecimiento de la población y salud

La relación entre el tamaño y el bienestar de la población ha sido preocupación del hombre en todas las épocas. No obstante, un enfoque global del problema indica que el tamaño de la población no es en forma alguna el único factor determinante de la calidad de la vida y de la salud. El que las presentes y futuras generaciones de colombianos obtengan un mejor nivel de vida y bienestar, depende no sólo del tamaño de

la población sino de la tasa de consumo, del empleo que se haga de los recursos naturales y de muchas otras variables.

Si utópicamente se pudiera proyectar que desde mañana las mujeres colombianas sólo tuvieran dos hijos, la población continuaría creciendo sustancialmente por varias décadas porque ya han nacido las que serán madres en los próximos 20 años. Si todo lo que se hiciera fuera suspender bruscamente el aumento de la población, aun así, el uso inadecuado de los recursos podría llevar a los habitantes a tasas ruinosas de consumo.

Si se acepta que el hombre vive en un mundo finito y que la población en algún momento tiene que dejar de crecer y estabilizarse, quizá sea importante considerar la otra cara de la medalla y dedicar algunos minutos a especular sobre cuál sería la estructura por edades si las tasas de crecimiento de la población colombiana descendieran a través de un número "n" de años hasta llegar a una población estacionaria con una tasa de remplazo de 1, en que la tasa neta de reproducción descendente alcance hasta el nivel de 1, es decir, una población que aunque por un tiempo siga creciendo debido al remanente anterior, mantenga estacionaria su estructura por edades y eventualmente conserve en 0 su crecimiento.

Es indudable que dentro de estas condiciones, una población estacionaria sería una población más vieja. La morbilidad relevante sería la de las enfermedades de tipo degenerativo y los recursos principalmente necesarios no serían ya los de salud materno-infantil, sino los dedicados a los aspectos geriátricos y de la edad adulta o madura. Algunos han afirmado que las consecuencias de este envejecimiento de la población harían perder el elemento esencial de la savia demográfica; que tal población sería radical, aferrada y poco receptiva al cambio (10). Sin embargo, la estructura por edades de esta población estacionaria sería de hecho muy similar a la de la mayoría del continente europeo y en especial a la de la Suecia

actual. Parecería difícil afirmar que tales comunidades, en relación con otras más jóvenes como la colombiana, son mucho más conservadoras y reacias a aceptar cambios en la conducta, en los procedimientos educacionales, en la situación de la mujer, etc. Así, pues, en Colombia no es posible generalizar en base a las condiciones sociales actuales, las actitudes futuras de una población más vieja, porque la manera en que se comporta un grupo después de la edad de la infancia, depende esencialmente de su ubicación en la sociedad y la forma como haya sido criado, educado y de cómo se haya desarrollado.

Se ha aseverado también un tanto a la ligera, que el envejecimiento de la población reflejado en la estructura por edades resultaría en una población en la que unos pocos jóvenes que forman un grupo económicamente activo, sostendrían a un número grande de pensionados de edad avanzada y económicamente dependientes. Sin detenerse a considerar que estos últimos ya han sido productores y han contribuido a la economía, que las condiciones biológicas y de salud que determinaban una edad de retiro temprana han mejorado en forma tal que esta es cada vez más tardía, su favorable repercusión económica es un hecho establecido en los países que se orientan hacia una población estacionaria, ya que de tal envejecimiento deriva el aumento de la población económicamente activa. Es claro que el incremento proporcional de la población mayor de 65 años representa en conjunto una tasa de dependencia muy inferior a la que corresponde a una población exagerada de menores de 15 años. Es, pues, innecesario extenderse acerca de los efectos que una mayor población económicamente activa pueda tener sobre los recursos, demandas y prestación de los servicios en salud.

Resumen

La salud y la dinámica de población están estrechamente relacionadas. Cualquier cambio que se produzca, ya sea en el tamaño,

composición o distribución geográfica de la población, influye grandemente en la salud y en la enfermedad, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Según el último censo de 1964, la población de Colombia ascendía a 17,484,508 habitantes. De estos, el 50.7% estaba constituido por mujeres y el 46.6% por menores de 15 años.

A mediados de 1970 la población del país sumaba 21,632,000 habitantes; en 1972, 23,048,000; en 1975 aumentará a 25,278,000 y, según los estimados para 1985, llegará de 33 a 35 millones de personas.

En 1965-1970, la tasa de crecimiento fue de 3.21%, lo cual significa que Colombia duplica su población cada 22 años. Es importante señalar que las cinco ciudades más grandes del país: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena han crecido a ritmos aún mayores, con tasas que varían del 5.8 al 7%.

Las tasas brutas de mortalidad han descendido rápidamente, aunque en la población infantil los niveles son todavía altos. En 1965 la tasa de mortalidad era de 9.8 defunciones por cada 1,000 habitantes. Se reconoció, sin embargo, que hubo un subregistro importante de defunciones.

En 1965 y 1966 la tasa general de embarazos era de 198.3 por cada 1,000

mujeres en edad fértil, con una tasa mayor de 237.7 por 1,000 en el medio rural, en relación con el área urbana que era de 168.0 por 1,000. Es decir que el tamaño de la familia era mayor en la zona rural, con un promedio de 5.4 hijos vivos, en comparación con 4.7 en la zona urbana.

Dentro de las altas tasas de fertilidad de la población colombiana solo un 83.5% de los embarazos culmina con un hijo vivo. Del total de las defunciones fetales un 82.4% corresponde a abortos.

En cuanto a la malnutrición, esta es frecuente y se debe a deficiencia proteico-calórica permanente. En una muestra de 862 niños menores de cinco años, seleccionados al azar, se encontró que el 50% sufría de desnutrición de I grado, 24% de II grado y 1.5% de III grado. Esta situación es tanto más alarmante, pues la desnutrición en los primeros años de vida puede provocar trastornos irreversibles de las funciones cerebrales y disminución del cociente intelectual futuro.

El que las presentes y futuras generaciones de colombianos obtengan un mejor nivel de vida y bienestar depende, entre otros factores, no solo del tamaño de su población sino también de las tasas de consumo y del empleo que hagan de sus recursos naturales. □

REFERENCIAS

- (1) Pérez Cede, E. *Proyecciones de la población colombiana, 1965-1985*.
- (2) Gustafson, H. *Colombian profile* (Inédito).
- (3) Ministerio de Salud. ASCOFAME. *Estudio de recursos humanos*. Bogotá, 1970.
- (4) Arriaga, E. *Movimiento migratorio interno en Colombia durante el período intercensal, 1951-1964*. *Revista de Planeación y Desarrollo*, Vol. IV, enero-marzo, 1972.
- (5) Eastman, N.J. *NY State J Med* Vol. 40, pág. 1708, 1940.
- (6) Santamaría, L., G. Castro y A. Lozano. *Aborto séptico*. *Rev. Colombiana Obstet Ginecol* 18(6):381, 1967.
- (7) Aguirre, A. *Análisis de las primeras 100 encuestas realizadas en 100 mujeres pertenecientes al programa Centro Piloto de Salud de Calendaria*. II Seminario sobre Demografía, La Coza, Antioquia, octubre de 1965. Bogotá, Antares, Tercer Mundo, S.A. Editora, Bogotá, 1965.
- (8) Lathman, M. *Project on malnutrition and mental development*. Instituto Nacional de Nutrición, 1969.
- (9) Dane. *Boletín mensual de estadística*. No. 19, junio de 1969.
- (10) Citado por Viel, B. *La explosión demográfica*. Publicaciones PRB-ASCOFAME, México, Editorial Pax, 1970.

Health and population in Colombia (Summary)

Health and population dynamics are closely linked. Any change that takes place in the size, the composition or the geographical distribution of the population has a marked influence on health and sickness, both qualitatively and quantitatively.

At the last census, taken in 1964, the population of Colombia numbered 17,484,508 inhabitants, 50.7 per cent being women and 46.6 per cent youngsters under 15 years of age.

By mid-1970 the population of the country was 21,632,000; in 1972 it was 23,048,000; by 1975 it will have risen to 25,278,000, and it is estimated that by 1985 it will have risen to between 33 and 35 million.

In 1965-1970, the birth rate was 3.21 per cent, which means that Colombia doubles its population every 22 years. It is important to point out that the largest towns in the country: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla and Cartagena have grown in population even more rapidly, with rates varying between 5.8 and 7 per cent.

Crude mortality rates have dropped rapidly, although in the child population the levels are still high. In 1965 the death rate recorded was 9.8 deaths per 1,000 inhabitants; however, it was recognized that there was considerable under-registration of deaths.

In 1965 and in 1966 the general rate of pregnancies was 198.3 per 1,000 women of child-bearing age, with a higher rate (237.7 per 1,000) in the rural areas as against 168.0 per 1,000 in the urban areas. In other words the size of families was greater in the rural areas, with an average of 5.4 living children as compared with 4.7 in the urban areas.

The Colombian population has a high fecundity rate, but only 83.5 per cent of pregnancies result in a live birth. Of the total fetal deaths, 82.4 per cent are attributable to abortions.

Malnutrition is common and is due to a permanent protein-calorie deficiency. In a sampling of 862 children under five years of age, selected at random, 50 per cent were found to be suffering from grade I malnutrition, 24 per cent from grade II, and 1.5 per cent from grade III. This situation is all the more alarming when we consider that malnutrition in the first few years of life can cause irreversible disorders in the cerebral functions and a decline in the future intelligence quotient.

If present and future generations of Colombians are to achieve a higher level of living and well-being, this will depend not only on the size of the Colombian population but also on such factors as rates of consumption and the use made of Colombia's natural resources.

Saúde e população na Colômbia (Resumo)

Estreita é a relação entre a saúde e a dinâmica da população. Qualquer modificação que ocorra no tamanho, na composição ou na distribuição geográfica da população influi grandemente na saúde e na doença, tanto qualitativa como quantitativamente.

De acordo com o último censo, realizado em 1964, a população da Colômbia elevava-se a 17.484.508 habitantes. Desse total, 50,7% eram mulheres e 46,6% menores de 15 anos.

Em meados de 1970 a população do país era de 21.632.000 habitantes; em 1972, subira para 23.048.000; em 1975, será de 25.278.000, calculando-se que chegará de 33 a 35 milhões de habitantes em 1985.

No período 1965-1970, a taxa de crescimento foi de 3,21%, o que significa que a Colômbia dobra de população cada 22 anos. É importante assinalar que as cinco maiores cidades do país: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla e Cartagena, cresceram em ritmo ainda mais acelerado, com taxas que variam entre 5,8% e 7%.

As taxas brutas de mortalidade têm baixado rapidamente, embora os níveis da população infantil continuem altos. Em 1965, a taxa de mortalidade era de 9,8 óbitos por 1.000 habitantes. Reconheceu-se, porém, que houve importantes deficiências no registro de óbitos.

Em 1965 e 1966, a taxa geral de grávidas era de 198,3 por 1.000 mulheres, a qual se elevava a 237,7 por 1.000 no meio rural, contra 168 por 1.000 na área urbana. Em outras palavras, o tamanho da família era maior na zona rural, com uma média de 5,4 filhos vivos, contra 4,7 na zona urbana.

Dentre as altas taxas de fertilidade da população colombiana, apenas 83,5% das grávidas dão à luz filhos vivos. Dos óbitos fetais totais, 82,4% correspondem a abortos.

A desnutrição é freqüente e se deve a uma permanente deficiência de proteínas e calorias. Verificou-se, dentre uma amostragem de 862 menores de cinco anos selecionados ao acaso, que 50% sofriam de desnutrição de grau I, 24% de grau II e 1,5% de grau III. A situação

é tanto mais alarmante quanto a desnutrição pode provocar, nos primeiros anos de vida, perturbações irreversíveis das funções cerebrais e diminuição do futuro quociente intelectual.

A obtenção, pelas atuais e futuras gerações

de colombianos, de melhor nível de vida e bem-estar depende, entre outros fatores, não só das dimensões de sua população, como também das taxas de consumo e do uso que façam de seus recursos naturais.

Santé et population en Colombie (Résumé)

La santé et la dynamique de population sont étroitement interdépendantes. Tout changement, qu'il touche aux dimensions, à la composition ou à la distribution géographique de la population, influe considérablement sur la santé et la maladie, d'un point de vue tant qualitatif que quantitatif.

D'après le dernier recensement de 1964, la Colombie comptait 17.484.508 habitants dont 50,7 pour 100 de femmes et 46,6 pour 100 de jeunes de moins de 15 ans.

Au milieu de 1970, le pays comptait 21.632.000 habitants; en 1972, 23.048.000. En 1975, il en aura 25.278.000 et selon les estimations, il atteindra de 33 à 35 millions en 1985.

En 1965-1970, le taux de croissance démographique a été de 3,21 pour 100, ce qui montre que la population de la Colombie double tous les 22 ans. Il importe de signaler que le taux de croissance démographique des cinq villes les plus grandes du pays (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla et Cartagène) a été plus élevé encore, variant entre 5,8 et 7 pour 100.

Les taux bruts de mortalité ont rapidement diminué bien qu'ils soient encore élevés chez les enfants. En 1965, il était de 9,8 décès pour 1.000 habitants. Les pouvoirs publics admettent cependant que le nombre des décès enregistrés est loin du nombre réel.

En 1965 et 1966, le taux général de grossesse était de 198,3 pour 1.000 femmes en âge de procréer—de 237,7 pour 1.000 en milieu rural contre 168 pour 1.000 en milieu urbain. En d'autres termes, la famille était de plus grande dimension dans la région rurale (5,4 enfants vivants) que dans la région urbaine (4,7).

Eu égard aux taux de fécondité élevés de la population colombienne, 83,5 pour 100 seulement des grossesses se terminent par une naissance vivante. D'un total des décès fœtaux, 82,4 pour 100 correspondent à des avortements.

La malnutrition quant à elle est fréquente et due à une carence protéico-calorique permanente. Une étude de 862 enfants de moins de 5 ans choisis au hasard a révélé que 50 pour 100 souffraient de dénutrition du I degré, 24 pour 100 du II degré et 1,5 pour 100 du III degré. Cette état de choses est d'autant plus alarmant que la dénutrition peut au cours des premières années de la vie provoquer des troubles irréversibles des fonctions cérébrales et une diminution du quotient intellectuel futur.

Pour que les générations actuelles et futures de colombiens puissent bénéficier d'un niveau de vie et d'un bien-être meilleurs il convient de se préoccuper non seulement des dimensions de la population mais aussi des taux de consommation et d'utilisation de leurs ressources naturelles.