

*comité ejecutivo del  
consejo directivo*



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del  
comité regional*

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



92a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio 1984

---

Tema 17 del programa provisional

CE92/12, Corrig. (Esp.)  
22 mayo 1984  
ESPAÑOL UNICAMENTE

BASE PARA LA DEFINICION DE LA POLITICA DE ACCION DE LA ORGANIZACION EN  
ASUNTOS DE POBLACION

Corrigendum

Por favor desprenda las hojas numeradas 33-36, inclusive, del  
Documento CE92/12.



comité ejecutivo del  
consejo directivo

ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

grupo de trabajo del  
comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



92a Reunión  
Washington, D.C.  
Junio 1984

Tema 17 del programa provisional

CE92/12 (Esp.)  
1 mayo 1984  
ORIGINAL: ESPAÑOL

BASE PARA LA DEFINICION DE LA POLITICA DE ACCION DE LA ORGANIZACION EN  
ASUNTOS DE POBLACION

El informe del Director considera que las interrelaciones de la dinámica demográfica con la salud como elemento clave del desarrollo tienen importancia capital en el quehacer diario tanto del sector salud de los Países Miembros, como de la propia Organización.

Se presenta una revisión conceptual sobre el tema y se analizan las tendencias y proyecciones de las principales variables demográficas y sus efectos en salud.

Se fundamenta cómo el análisis y uso de la información demográfica no solo permite identificar y caracterizar a los grupos prioritarios enunciados en el Plan de Acción Regional, sino que también es necesario para mejorar el proceso de planificación y la asignación de recursos para la salud para ajustar los planes nacionales de salud de manera que lleguen a toda la población.

Se mencionan las relaciones entre la mortalidad, principalmente la mortalidad infantil y la fecundidad, y se hace énfasis en que las acciones necesarias para disminuir la mortalidad y para garantizar al individuo y la pareja el número y espaciamiento deseado de sus hijos a través de la planificación familiar son responsabilidad primaria del sector salud. Ello da vigencia a derechos humanos reconocidos por todos los países de la Región y, además, permite acelerar la implementación del Plan de Acción Regional y prestar servicios a toda la población, cumpliendo en esta forma con los principios de equidad, eficiencia y eficacia necesarios para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

## CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION .....	1
II. RELACION ENTRE SALUD Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN LOS PAISES DE LA REGION .....	3
1. Mortalidad .....	3
2. Fecundidad .....	7
2.1 Fecundidad y salud .....	10
2.2 Fecundidad y crecimiento poblacional .....	14
3. Distribución espacial y migración .....	16
4. Estructura de la población .....	19
III. SALUD, DESARROLLO Y POLITICAS DE POBLACION .....	24
1. Salud y desarrollo .....	24
2. Políticas de población .....	26
IV. RESPUESTA DEL SECTOR SALUD A LAS TENDENCIAS Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y A LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO .....	29

## CUADROS

<u>Cuadro 1</u> Esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil estimadas para 1980-1985 y mortalidad de uno a cuatro años de edad alrededor de 1980 en los países de las Américas .....	5
<u>Cuadro 2</u> Estimaciones de las probabilidades de morir entre el nacimiento y los dos años de edad en países seleccionados de la América Latina alrededor de 1966-1971 y diferenciales según lugar de residencia y nivel de instrucción de la madre .....	8

## CONTENIDO (cont.)

	<u>Página</u>
CUADROS (cont.)	
<u>Cuadro 3</u> Tasas de mortalidad infantil según orden de nacimiento, edad de la madre e intervalo con nacimiento previo en Costa Rica, México, Paraguay y Perú .....	9
<u>Cuadro 4</u> Tasas globales de fecundidad (TGF) para Países de América Latina 1980-1985 .....	11
<u>Cuadro 5</u> Defunciones por aborto en relación a 100,000 nacidos vivos en países de las Américas alrededor de 1978 .....	13
<u>Cuadro 6</u> Porcentajes de la población residentes en áreas urbanas en 1980 y 2000 en países de la Región .....	17
<u>Cuadro 7</u> Porcentaje de menores de 15 años, de mujeres de 15 a 49 años y de población de 65 años o más en la población total en 1980 y estimado para el año 2000 en los países de las Américas .....	21
<u>Cuadro 8</u> Porcentaje de analfabetismo por sexos en población urbana y rural de países latinoamericanos con datos disponibles ....	23

## I. INTRODUCCION

Existen evidentes relaciones entre el estado de salud, las características demográficas y el nivel de desarrollo de una población que influyen en la magnitud y el tipo de los problemas de salud y en sus soluciones.

El vínculo entre salud y población se manifiesta con mayor claridad en una de las principales variables demográficas, la mortalidad, que tradicionalmente ha sido usada como uno de los indicadores para definir el estado de salud de una población. Sin embargo, el nivel de la fecundidad, el crecimiento poblacional, la distribución espacial o la estructura por edad de la población también son factores condicionantes de la salud, aunque han sido menos utilizados en el análisis de su situación.

El conocimiento de las características descritas conduce a la definición más precisa de grupos que, por su tamaño o por la naturaleza de los problemas que los afectan, deben ser objeto prioritario de las acciones de salud.

El quehacer del sector salud a su vez modifica las variables demográficas, en especial la mortalidad y la fecundidad, y a través de ellas a la estructura por edad de la población.

Las relaciones entre las características demográficas y el desarrollo han sido reconocidas por los representantes de los Estados Miembros de las Naciones Unidas en numerosas conferencias mundiales y regionales. En la Conferencia Mundial de Población de Bucarest en 1974 se definió al "Plan de Acción Mundial sobre Población" como un instrumento que forma parte de las estrategias para lograr una mejor calidad de vida y un rápido crecimiento económico y social. Se señalaron allí las repercusiones que tienen el crecimiento de la población, su distribución y su estructura sobre el bienestar del ser humano. También se postuló el derecho de las personas a elegir libremente el número y espaciamiento de sus hijos y se hicieron recomendaciones específicas sobre metas de morbilidad y mortalidad con lo que se reconoció el papel del sector salud en el logro del desarrollo.

En la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978 se declaró que la promoción y la protección de la salud es esencial al desarrollo económico y social y contribuye a una mejor calidad de la vida. La interrelación de la salud con el desarrollo quedó claramente expresada en la Asamblea Mundial de la Salud en 1977, cuando los gobiernos de los países definen la meta de salud para todos en el año 2000 en términos de un grado de salud que permita llevar una vida social y

económicamente productiva. El reconocimiento del papel que juegan los aspectos demográficos en la salud quedó implícito, entre otros, en la definición de los grupos prioritarios y en el hecho de definir como parte de las acciones de atención primaria al libre acceso a la información y a los servicios de planificación de la familia. Se señaló también que para alcanzar el mayor nivel posible de salud es necesaria la acción de otros sectores sociales y económicos además de las del sector salud.

A pesar del reconocimiento tácito de las relaciones entre salud y población que traducen estos hechos, pareciera que los problemas que se originan en la dinámica poblacional y que continuarán en los años futuros, merecen consideraciones más explícitas por parte del sector salud, tanto para la organización de su quehacer específico como para definir su posición y su participación en la formulación de políticas de población y desarrollo.

## II. RELACION ENTRE SALUD Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN LOS PAISES DE LA REGION

Entre las características demográficas que merecen un análisis especial por su importancia en la determinación del tipo de problemas de salud están la mortalidad, la fecundidad, el crecimiento poblacional, la distribución espacial y la estructura de la población respecto a diversas variables.

También es necesario tener en cuenta de qué manera las acciones de salud afectan los niveles de mortalidad y de fecundidad y con ello repercuten en otras características tales como el crecimiento de la población y su composición por edad.

Existen grandes diferencias en la Región respecto a los niveles y las tendencias de los indicadores demográficos entre los países desarrollados y en vía de desarrollo, entre estos últimos y entre áreas geográficas y estratos socioeconómicos dentro de los países.

El principal problema para tener un mejor conocimiento de esas situaciones es la falta o la mala calidad de los datos estadísticos y el poco uso que se hace de ellos en muchos de los países. En ese sentido el papel del sector salud es importante para mejorar no solo los datos sobre los servicios que presta sino que también los de natalidad y de mortalidad. Esta información es importante para diagnosticar problemas, definir prioridades y evaluar el efecto de las acciones de salud.

### 1. Mortalidad

Entre todas las variables demográficas, la mortalidad es una de las más utilizadas para medir el nivel de salud de una población.

De acuerdo a las tasas de mortalidad estimadas por las Naciones Unidas, se calcula que en 1980 ocurrieron alrededor de 2.5 millones de muertes en Latinoamérica y el área del Caribe. Si las condiciones de mortalidad hubieran sido las mismas que en 1960, habría que sumar más de un millón de muertes a la cifra dada. Sin embargo, los niveles actuales aún son altos si se comparan con los de países desarrollados, pero más importante, si se comparan con la mortalidad alcanzada por algunos países en vía de desarrollo de la propia Región tales como Costa Rica, Cuba, Chile o Panamá. Esto indica que existe todavía un amplio campo de acción para mejorar la situación presente en el futuro.

La medida más simple, la tasa bruta de mortalidad, es la que se utiliza para conocer el crecimiento vegetativo de una población, sustrayéndola de la tasa de natalidad. Si bien en salud sirve para investigar la evolución de la mortalidad en determinado país por un

período corto, en las comparaciones internacionales tiene poca utilidad, por la gran influencia que en su magnitud tiene la composición por edad de la población. Por tal motivo las comparaciones se hacen de preferencia en términos de la esperanza de vida al nacer la que solo depende de las tasas específicas de mortalidad en cada grupo de edad, sin que la afecte la importancia relativa de esos grupos en el total. Valores bajos de la esperanza de vida al nacer se deben principalmente a alta mortalidad infantil y en la niñez. Como estas son causadas mayoritariamente por patologías evitables, es relativamente fácil lograr aumentos de la esperanza de vida al disminuirlas. El progreso se hace más lento después, porque la mortalidad en los grupos mayores se debe de preferencia a enfermedades que son difíciles de prevenir o tratar. Por otra parte, hay un límite biológico invariable de la longevidad máxima, que impide que la mortalidad prematura se compense con la tardía para elevar la esperanza de vida al nacer.

La esperanza de vida al nacer en Latinoamérica y el área del Caribe aumentó de 56.8 años en 1960-1965 a 64.4 años en 1980-1985. En este último período (ver Cuadro 1), de 31 países hay 13 que ya alcanzaron la meta de 70 años del Plan de Acción para el año 2000, hay cinco que tienen esperanzas de vida al nacer inferiores a 60 años y los restantes 12 fluctúan entre valores de 60 y 70 años. Según las proyecciones de las Naciones Unidas, para el período 2000-2005, a los países que ya tienen actualmente valores de 70 o más años, se agregarán entonces Chile, El Salvador, las Islas Barlovento, México, Suriname y Venezuela. A pesar de lo favorable que aparecen estas perspectivas, las proyecciones muestran que en el año 2000 todavía un 55% de la población de América Latina se encontrará en países con esperanzas de vida al nacer inferiores a 70 años. Esto pone de relieve la urgencia de reforzar en ellos las acciones de salud, especialmente aquellas dirigidas a reducir la mortalidad en la infancia, que es la que más incide en su magnitud. Sin embargo, tales acciones no deberán faltar en los países que, de acuerdo a las proyecciones, habrán alcanzado la meta en el año 2000 ya que dentro de ellos existen grupos poblacionales muy desfavorecidos cuya situación no queda reflejada en el promedio del país. Así, por ejemplo, un estudio de la esperanza de vida al nacer para Brasil en 1960-1970 reveló que había diferencias de 17.7 años entre las regiones con valores extremos y una diferencia de 11.6 años entre los grupos con mayores y menores ingresos.

Para obtener un conocimiento más detallado de los problemas de salud de la población será útil tener tasas de mortalidad específicas por grupos de edades, por causas de defunción, por lugar de residencia o estratos socioeconómicos. Esto es especialmente importante para la definición de grupos prioritarios y para lograr una planificación más racional y eficiente de las acciones de salud.

Especial interés reviste al respecto el conocimiento de la mortalidad infantil. Durante mucho tiempo se la ha considerado uno de



Cuadro 1

ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADAS PARA 1980-1985 Y MORTALIDAD DE UNO A CUATRO AÑOS DE EDAD ALREDEDOR DE 1980 EN LOS PAISES DE LAS AMERICAS

	Esperanza de Vida al Nacer 1980-1985 (1)	Mortalidad Infantil 1980-1985 (2)	Mortalidad de 1 a 4 años Circa 1980 (3)		Esperanza de Vida al Nacer 1980-1985 (1)	Mortalidad Infantil 1980-1985 (2)	Mortalidad de 1 a 4 años Circa 1980 (3)
<u>América Latina</u>	64.1	62.9	-	<u>América del Sur</u>			
<u>Caribe</u>	64.1	57.8	-	<u>Templada<sup>4/</sup></u>	69.0	41.8	1.8
Barbados	71.1	25.5	1.3	Argentina	69.7 <sup>a)</sup>	43.2	2.2
Cuba	73.5 <sup>a)</sup>	20.4	0.9	Chile	69.7 <sup>a)</sup>	40.0	1.3
Guadalupe	70.4	24.0	-	Uruguay	70.3	37.6	1.1
Haití	52.7	108.2	-				
Islas Barlovento <sup>1/</sup>	69.5	34.3	-	<u>América del Sur</u>			
Jamaica	71.2	26.2	-	<u>Tropical<sup>5/</sup></u>	63.0	69.7	-
Martinica	70.4	21.0	0.9	Bolivia	50.7	124.4	-
Puerto Rico	73.4	15.9	0.5	Brasil	63.4 <sup>a)</sup>	72.4	2.7
Rep. Dominicana	62.6	63.5	3.0	Colombia	63.6	53.3	5.6
Trinidad y Tabago	70.0	29.9	1.3	Ecuador	62.6	77.2	10.7
Otros del Area <sup>2/</sup>	70.2	34.3	-	Guyana	70.5	40.5	3.4
				Paraguay	65.1	45.0	4.1 <sup>b)</sup>
<u>Mesoamérica</u>				Perú	58.6 <sup>a)</sup>	81.9	5.2
<u>Continental<sup>3/</sup></u>	65.1	56.3	8.3	Suriname	68.8	33.8	1.3
Costa Rica	73.7 <sup>a)</sup>	25.7	1.3	Venezuela	69.0 <sup>a)</sup>	38.6	2.4
El Salvador	64.8	71.0	6.1				
Guatemala	60.7	67.7	12.4	<u>América del Norte<sup>6/</sup></u>	73.3	12.0	0.6
Honduras	59.9	81.5	4.3	Canadá	74.0	10.4	0.6
México	65.7 <sup>a)</sup>	52.1	4.8	Estados Unidos	73.2	12.1	0.7
Nicaragua	59.8 <sup>a)</sup>	84.5	2.0				
Panamá	71.0	32.5	2.1				

1/ Incluye: Dominica, Grenada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.

2/ Incluye: Antigua, Bahamas, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Monserrat, Antillas Neerlandesas, San Cristóbal y Nieves, Anguila, Islas Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes Americanas.

3/ Incluye: Belize y la Zona del Canal de Panamá.

4/ Incluye: Islas Malvinas.

5/ Incluye: Guyana Francesa.

6/ Incluye: Bermuda, Groenlandia, St. Pierre y Miquelón.

Col. (1): Fuente: Naciones Unidas, Demographic Indicators of Countries: Estimates and Projections as Assessed in 1980, Department of International, Economic and Social Affairs, ST/ESA/SER.A/82, Nueva York, 1982.

a) Por diferir la estimación, Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, CEPAL, Situación Demográfica de América Latina Evaluada en 1983: Estimaciones para 1960-1980 y Proyecciones para 1980-2025.

Col. (2): Fuente: Naciones Unidas, Population Bulletin of the United Nations, Nueva York: Department of International, Economic and Social Affairs, No. 14, 1982.

Col. (3): Fuente: Oficina de Estadística de la OPS, b) Area de información.

los indicadores más sensibles no sólo del estado de salud de una población sino que también de su nivel de desarrollo. En años recientes se ha advertido una disminución de la relación estricta entre indicadores económicos y los valores de la mortalidad infantil. Así, en Latinoamérica y el Caribe, los países que han logrado las cifras más bajas de mortalidad infantil no son los que presentan los mayores ingresos per cápita. Asimismo, en algunos países, sensibles deterioros de la situación económica no se han visto acompañados por incrementos de la mortalidad infantil y, por lo contrario, los descensos de esta tasa se han mantenido. Pareciera que las intervenciones de los sectores sociales y en particular de salud, hubiesen adquirido una mayor capacidad para incidir en la sobrevivencia de los niños, permitiendo el logro de niveles de mortalidad más bajos que los anteriormente esperados en determinadas condiciones económicas.

Esta observación no reduce el valor de la mortalidad infantil como indicador de desarrollo, sino que destaca la importancia de las políticas sociales y las estrategias de salud dentro de los factores determinantes de esta tasa.

La mortalidad infantil estimada por las Naciones Unidas para 1980-1985 tiene valores superiores a 60 por mil en un tercio de los países de la Región (ver Cuadro 1). Sus principales causas, para los países que tienen esa información, son invariablemente las enfermedades respiratorias agudas, las diarreas y las causas perinatales. Para todas ellas se conocen los factores condicionantes y existen técnicas para prevenirlas o curarlas. Esto significa una gran responsabilidad para el sector salud, en especial si se toma en cuenta que existen varios ejemplos de países de la Región en proceso de desarrollo que han logrado reducir significativamente la mortalidad por estas causas. En esta empresa además de la decisión política es indispensable la participación de otros sectores que puedan contribuir a evitar estas muertes aunque el desarrollo económico no se haya alcanzado.

La mortalidad de uno a cuatro años de edad es otro indicador de la salud en la niñez. Las causas de defunción más importantes en ese grupo de edad son las enfermedades respiratorias, las diarreas, las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación y los accidentes, todas ellas evitables. Las grandes diferencias entre los niveles de esta mortalidad se ven en el Cuadro 1.

El conocimiento de los problemas de salud a través de la mortalidad está limitado en la mayoría de los países que tienen niveles elevados de mortalidad, por la carencia de datos de estadísticas vitales de buena calidad. En su reemplazo se recurre frecuentemente a estimaciones basadas en datos de encuestas o de censos que pueden proporcionar un conocimiento aproximado de la mortalidad infantil y de la probabilidad de morir antes de cumplir los años de edad. Tienen la ventaja de permitir el estudio de diferenciales de mortalidad por diversas variables sobre las que simultáneamente se recogen datos.

Así, por ejemplo, en el Cuadro 2 se ve que la mortalidad rural de los menores de dos años supera a la urbana en algunos países en más de un 40%. Se ve también que la mortalidad de hijos de madres sin instrucción es entre dos y cinco veces mayor que la de hijos de madres con 10 o más años de instrucción.

Otro factor que incide en la mortalidad infantil es la alta fecundidad. En el Cuadro 3 se ve para algunos países el conocido aumento con el orden de nacimiento, cuando la madre es menor de 20 años o tiene 35 o más años de edad y cuando el intervalo con el nacimiento previo es inferior a 18 meses. La importancia de estas condiciones puede reducirse apreciablemente si dentro del programa maternoinfantil se educa a la madre respecto al riesgo que estos factores representan para su hijo y para su propia salud y se le dan la educación y el acceso a los servicios que le permitan espaciar convenientemente sus hijos o limitar su número.

El alto riesgo de mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años deberá ser objeto de acciones preventivas conjuntas con el sector educación para proporcionar a las adolescentes el conocimiento de su propia sexualidad y las responsabilidades que ella implica. Además deberá dárseles acceso a servicios adecuados a sus necesidades, incluidos los de planificación familiar.

Para otros grupos de edad los métodos de estimación indirecta de la mortalidad son menos útiles y la mortalidad por causas y la mortalidad materna sólo pueden conocerse a través de las estadísticas vitales. Esto confirma la importancia de que el personal de salud colabore en el mejoramiento de los registros continuos para obtener información sobre los grupos de alto riesgo, la naturaleza y magnitud de los problemas que debe solucionar y para poder seguir su evolución en relación a las acciones de salud realizadas para reducirlos.

## 2. Fecundidad

La fecundidad es otra variable demográfica importante por el papel determinante que juega en el crecimiento de la población y en el tamaño de la familia y también por su relación con el nivel de salud de la población.

La fecundidad se puede medir en términos de la tasa de natalidad que expresa el número de nacimientos por 1.000 habitantes en un año dado. Se usa también con frecuencia la tasa global de fecundidad que representa el número de hijos que en promedio tendría una mujer al finalizar su vida fértil.

En América Latina entre 1950-1955 y 1980-1985 la natalidad descendió de 42 a 32 por mil y se estima que para el período 2000-2005 llegará a niveles de 29 por mil. Estos valores no reflejan las grandes variaciones entre países. En 1980-1985, Barbados, Canadá, Cuba, Estados

Cuadro 2

ESTIMACIONES DE LAS PROBABILIDADES DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO  
Y LOS DOS AÑOS DE EDAD EN PAISES SELECCIONADOS DE LA AMERICA  
LATINA ALREDEDOR DE 1966-1971 Y DIFERENCIALES SEGUN LUGAR  
DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE

(Probabilidad Referida a Mil)

País y años a los que corresponde la estimación	Total	Residencia		Años de estudio de la madre				
		Urbana	Rural	0	1-3	4-6	7-9	10+
Bolivia 1971-1972	202	166	224	245	209	176	110 <sup>1/</sup>	
Perú 1967-1968 <sup>2/</sup>	169	132	215	207	136	102	77	70
Nicaragua 1966-1967	149	143	132	168	142	115	73	48
Guatemala 1968-1969	149	119	161	169	135	85	58	44
El Salvador 1966-1967	145	139	148	158	142	111	58	30
Honduras 1969-1970	140	113	150	171	129	99	60	35
Ecuador 1969-1970	127	98	145	176	134	101	61	46
Rep. Dominicana 1970-1971	123	115	130	172	130	106	81	54
Chile 1965-1966	91	84	112	131	108	92	66	46
Colombia 1968-1969 <sup>3/</sup>	88	75	109	126	95	63	42	32
Costa Rica 1968-1969	81	60	92	125	98	70	51	33
Paraguay 1967-1968	75	60	77	104	80	61	45	27

Fuente: Behm, H. y Primante, D.A. Mortalidad en los Primeros Años de Vida en América Latina. Notas de Población, Año VI, No, 16, abril de 1978.

<sup>1/</sup>Corresponde a 7 años y más.

<sup>2/</sup>Los tramos de educación son: 0-2, 3-4, 5, 6-9, 10 y más.

<sup>3/</sup>Los tramos de educación son: 0, 1-3, 4-5, 6-8, 9 y más.

Cuadro 3

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN ORDEN DE NACIMIENTO,  
 EDAD DE LA MADRE E INTERVALO CON NACIMIENTO PREVIO EN  
 COSTA RICA, MEXICO, PARAGUAY Y PERU.  
 DATOS DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE FECUNDIDAD  
 ALREDEDOR DE 1977

	Costa Rica	México	Paraguay	Perú
<b>Orden de nacimiento</b>				
1	56.7	76.2	43.7	95.6
2-3	62.1	72.8	45.1	98.4
4-6	60.6	78.5	51.4	115.4
7 y más	97.8	89.5	69.6	134.3
<b>Edad de la madre</b>				
- 20	85.6	98.5	55.4	125.6
20-24	59.3	76.8	40.8	105.9
25-29	61.6	69.9	54.1	104.1
30-34	62.1	68.0	52.4	108.4
35 y más	95.9	90.2	61.2	112.6
<b>Intervalo previo (meses)</b>				
7-11	194.0	181.2	130.4	243.4
12-17	86.4	103.5	93.5	148.2
18-23	60.0	71.9	41.9	123.4
24-35	50.3	63.3	37.4	96.7
36 y más	40.2	55.8	40.4	57.8
<b>Total</b>	<b>70.7</b>	<b>78.8</b>	<b>52.9</b>	<b>112.5</b>

Fuente: Taucher, Erica. Fertility and Mortality in Latin America.  
 POPULI, Vol. 10, No. 3. 1983.

Unidos, Guadalupe, Martinica, y Uruguay se sitúan en niveles inferiores a 20 por 1.000, mientras que Bolivia, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Suriname aparecen con valores superiores a 40 por mil. Esto significa que mientras en Cuba el promedio de hijos que tendrá una mujer, estimado por la tasa global de fecundidad es dos, en Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua o México es superior a seis (ver Cuadro 4).

Las encuestas realizadas en el programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad en varios países de las Américas permitieron apreciar la mayor fecundidad de las mujeres residentes en áreas rurales y de aquellas con bajo nivel de instrucción, lo que demuestra que también hay notables diferencias de la fecundidad dentro de los países.

## 2.1 Fecundidad y salud

Altos niveles de fecundidad con un elevado número de hijos por mujer, con escaso espaciamento y en edades extremas del período reproductivo, constituyen factores de riesgo para la salud de la mujer tal como lo son también para la supervivencia del hijo que nace en esas condiciones. Con datos de las encuestas de fecundidad de Costa Rica, México, Paraguay y Perú se ha podido comprobar por ejemplo que los niños de orden siete o superior nacidos después de un intervalo inferior a 18 meses de madres de 30 o más años tienen una mortalidad infantil alrededor de tres veces mayor que la de niños de orden dos a tres nacidos después de un intervalo superior a 18 meses de madres entre 25 y 29 años de edad (la mortalidad en los grupos correspondientes es 144 y 49 en Costa Rica; 139 y 49 en México; 140 y 42 en Paraguay, y 221 y 77 en Perú).

Los diferenciales de morbilidad y mortalidad materna y de mortalidad infantil respecto a las variables mencionadas se repiten en diferentes estratos sociales y en países con distinto grado de desarrollo. Así, por ejemplo, una mujer tendrá mayor riesgo de morbilidad y mortalidad al tener su quinto hijo que al tener el tercero o el cuarto, tanto en un país desarrollado como en uno en desarrollo. Sin embargo, en este último, su riesgo al quinto hijo es mayor que el que tiene una mujer al quinto hijo en un país desarrollado.

Otro problema de salud derivado directamente de la fecundidad es el del aborto inducido cuya importancia y gravedad se estiman como muy serias, si bien no se dispone de datos fidedignos para la mayoría de los países.

Para la familia rural tradicional, un elevado número de hijos en ocasiones representa mano de obra que contribuirá a la economía del hogar. Esta situación se modifica con los cambios que se producen en las modalidades de explotación agrícola y en la tenencia de la tierra. Por otra parte, los mismos cambios, junto con las mayores expectativas que ofrece la ciudad, especialmente durante el proceso de industrialización,

Cuadro 4

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD (TGF)<sup>1/</sup> PARA PAISES  
 DE AMERICA LATINA, 1980-1985

Países	TGF	Países	TGF
<u>Area Andina</u>		<u>Istmo Centroamericano</u>	
Bolivia	6.25	Costa Rica	3.18
Colombia	4.09	El Salvador	5.56
Chile	2.90	Guatemala	5.17
Ecuador	6.00	Honduras	6.50
Perú	5.29	Nicaragua	6.21
Venezuela	4.48	Panamá	3.57
<u>Area Atlántica</u>		<u>México y el Caribe</u>	
Argentina	1.78	Cuba	1.97
Brasil	4.02	Haití	5.74
Paraguay	4.85	México	6.06
Uruguay	2.79	Rep. Dominicana	4.25

Fuente: CELADE, Boletín Demográfico, Año XIII, No. 26, julio 1980.

<sup>1/</sup> La tasa global de fecundidad representa el número de hijos que en promedio tendría una mujer al finalizar su vida fértil suponiendo que está expuesta a las tasas de fecundidad por edad estimadas para el período y en ausencia de mortalidad.

provocan la migración rural-urbana. Tanto para los residentes urbanos como para los inmigrantes, los hijos habitualmente ya no contribuyen al ingreso del hogar y, al contrario, constituyen una carga económica. Esto, unido a las aspiraciones de un mayor nivel de vida, hacen deseable una menor cantidad de hijos para asegurar su mejor calidad. Según las investigaciones sobre el tema, esta sería una de las explicaciones de la menor fecundidad que se observa en distintos estratos sociales residentes en áreas urbanas, cuando se la compara con la de residentes en áreas rurales. Si en esas circunstancias las parejas no disponen de medios para regular su fecundidad, la limitación o el espaciamiento de los hijos se buscará frecuentemente a través del aborto inducido. Dado que en los países en que no existe fácil acceso a la planificación familiar tampoco está permitido el aborto, este se provocará en forma clandestina con los consiguientes riesgos para la salud y la vida de la mujer. Además, el tratamiento de las complicaciones del aborto inducido, ocupando camas obstétricas, compite con la atención de partos normales y constituye una carga económica para los servicios de salud.

Es difícil conocer la real magnitud de este problema. Existen datos de mortalidad por aborto para algunos países de la Región (ver Cuadro 5), pero debido a que las estadísticas de mortalidad por causas son habitualmente poco confiables, los datos deben interpretarse cuidadosamente.

A fines de la década del 60 el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) realizó encuestas sobre aborto en cuatro ciudades: Bogotá, Buenos Aires, Lima y Panamá. El número de abortos por 100 mujeres declarado por las entrevistadas varió entre 24.4 en Lima y 34.4 en Buenos Aires. Aunque no se distinguió entre abortos espontáneos y provocados, se piensa que una alta proporción era del último tipo. Se encontró también que en el último año antes de la entrevista por cada 100 mujeres en edad fértil con vida sexual activa, hubo 2.2 abortos en las que usaban anticonceptivos eficaces; 8.6 en las que usaban los menos eficaces y 10.0 en las que no usaban anticonceptivos.

Encuestas más recientes señalan que sobre todo en las áreas urbanas el aborto está adquiriendo importancia en países en que no hay fácil acceso a la planificación familiar.

El embarazo en adolescentes es otro problema relacionado con la fecundidad que pareciera ir en aumento especialmente en la población urbana. La liberalidad en las relaciones sexuales de jóvenes adolescentes ha evolucionado más rápidamente que el conocimiento de las consecuencias negativas que tiene un embarazo en esa edad, no solo desde el punto de vista biológico sino también desde el psicológico y social, tanto para la madre como para el hijo. Tampoco se han adecuado a la velocidad del cambio la educación sexual nivel del grupo familiar o en los establecimientos educacionales, o la entrega de información y de servicios adecuados a las necesidades de los adolescentes por parte del sector salud.



Cuadro 5

DEFUNCIONES POR ABORTO EN RELACION A 100,000 NACIDOS VIVOS  
EN PAISES DE LAS AMERICAS ALREDEDOR DE 1978

(Datos de Estadísticas Vitales)

País (año)	Tasa	País (año)	Tasa
Argentina (1978)	25.5	Guatemala (1978)	10.6
Chile (1979)	24.1	Honduras (1978)	2.7
Colombia (1977)	26.2	México (1976)	6.9
Cuba (1978)	3.4	Paraguay (1978)	69.6
Ecuador (19787)	13.0	Perú (1978)	13.2
El Salvador (1977)	6.7	Rep. Dominicana (1978)	4.9
Estados Unidos (1978)	0.4	Venezuela (1978)	12.7

Fuente: OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas, 1977-1980.  
Publicación Científica No. 427.

Sobre la fecundidad en adolescentes existen escasos datos para los países de América Latina. Es un hecho que es mayor en los países de alta fecundidad y se ha podido comprobar que, tal como sucede en otros grupos de edad, es mayor en estratos socioeconómicos bajos. Lo que se observa entre 1967 y 1977 en todos los países en que existe la información es que en el total de nacimientos aumentó el porcentaje de los que ocurren en madres menores de 20 años.

Otro factor relacionado con la fecundidad es la lactancia materna que, además de los beneficios que tiene en la esfera afectiva, tiene efectos positivos en la salud del niño, especialmente en los países en desarrollo, en que la desnutrición infantil y las infecciones, en particular las diarreas y neumonías, son aún causas de muerte importante en los niños pequeños. Su práctica prolongada además alarga los intervalos entre nacimientos sucesivos.

Aparte de todas estas relaciones directas que la fecundidad tiene con la salud, en especial de la mujer y del niño, el nivel de la fecundidad tiene repercusión en la salud a través del papel que desempeña en el crecimiento de la población, aumentando la demanda de servicios.

## 2.2 Fecundidad y crecimiento poblacional

Durante el proceso de industrialización y de elevación del nivel de vida de los países ahora desarrollados, la reducción de la fecundidad siguió de cerca a la reducción de la mortalidad. De esta manera el crecimiento poblacional se mantuvo a niveles relativamente moderados. La situación ha sido diferente en los países en desarrollo. La transferencia de tecnología médica ha permitido reducciones importantes de la mortalidad antes de que se produjeran grandes cambios socioculturales y económicos. Esto ha tenido por resultado que la natalidad continuara elevada, provocando un crecimiento poblacional sin precedentes el que a su vez repercute en la distribución espacial de la población y en su estructura por edad. Dado que en los últimos años el descenso de la mortalidad se ha desacelerado y la mortalidad tiende a estabilizarse una vez que ha alcanzado valores bajos, el crecimiento de la población pasa a depender predominantemente del nivel de la fecundidad.

La población de la mayoría de los países de la Región ha experimentado un crecimiento importante en los últimos decenios y seguirá creciendo en los próximos.

Para toda América Latina pasó de cerca de 159 millones de habitantes en 1950, a casi 352 millones en 1980. En el año 2000 CELADE ha estimado, según la hipótesis media de evolución de la fecundidad recientemente revisada, que la población llegará a 534 millones, lo que determinaría un aumento de 150 millones en los próximos 16 años.

Según las mismas estimaciones, el ritmo de crecimiento natural de América Latina alcanzó un máximo de más de 2.8% a mediados de la década del 60 e inició entonces su descenso hasta alcanzar en 1980 el 2.3% anual. Se estima que descenso continuará y que a comienzos del Siglo XXI el 82% de la población podría llegar a tasas de crecimiento del 1.7% para alcanzar hacia el año 2025 tasas anuales de crecimiento del 1.2% en países que en conjunto representan el 83% de la población. Existen grandes diferencias entre las tasas de crecimiento de los países. Mientras Argentina, Cuba, Chile y Uruguay en 1980-1985 presentan valores inferiores al 2% anual, Ecuador, Honduras y Nicaragua tienen tasas superiores al 3%. Al ritmo de crecimiento de 1980 la población de América Latina se duplicará en los próximos 30 años.

El crecimiento poblacional plantea no solo el desafío de un crecimiento económico de igual magnitud para que la situación actual no se deteriore sino que exige un crecimiento mayor de los recursos y una distribución más equitativa de estos si se quiere mejorar la situación y salir del subdesarrollo.

Se puede anticipar, sin embargo, que la crisis económica mundial que tan duramente ha golpeado a todos los países de América y de la cual no se vislumbra solución a corto plazo, determinará en los años por venir crecimientos económicos negativos o de poca importancia que dificultarán aún más satisfacer las necesidades de salud, educación, trabajo, etc. La solución a los problemas no vendrá por tanto de un aumento de recursos. Será necesario utilizar nuevas estrategias de acción entre las cuales destaca la de atención primaria de salud.

Los efectos del crecimiento poblacional tienen que tomarse en cuenta en la planificación a largo plazo de la infraestructura y de los recursos humanos y materiales necesarios para la atención de salud. También sería necesario prever el efecto que tendrá el crecimiento de la población sobre otras características demográficas como, por ejemplo, la urbanización o la estructura por edades.

Como las dificultades económicas también afectan al sector salud, deberán operarse cambios trascendentales en su manera de actuar. Será necesario refinar la definición de los principales problemas, enfatizar las acciones orientadas a favorecer a los grupos prioritarios y organizar las acciones de modo que lleguen en forma equitativa a toda la población. Además deberán priorizarse las intervenciones que causen impacto en el corto plazo en el nivel de salud. Estas acciones incluyen desde luego las de planificación familiar integradas a los programas de salud maternoinfantil que son específicas del sector y que ayudarán a evitar los problemas de salud ligados al escaso espaciamiento de los hijos, a su excesivo número o a la oportunidad de tenerlos.

La responsabilidad del sector, sin embargo, va más allá de las acciones directas a nivel individual. Deberá participar también activamente en la formulación de políticas de población y desarrollo, y si se llega a determinar que es necesaria la reducción de la fecundidad, contribuir directamente a ella mediante las acciones de planificación familiar. Ayudará de esta manera a reducir el período difícil del desajuste entre las necesidades de la población y las posibilidades de satisfacerlas.

### 3. Distribución espacial y migración

El análisis de la distribución espacial de la población y de los problemas de salud ligados a ella es de fundamental importancia para la adecuada organización de la atención de salud.

Hay países en que entre distintas regiones existen diferencias climáticas, ambientales, socioeconómicas y culturales muy marcadas que determinan no solo patologías diferentes sino que también diferente accesibilidad a la atención de salud. Dado que son particulares de cada país, escapan a este análisis que se limitará a las poblaciones residentes en áreas rurales o urbanas.

Las diferencias entre la población urbana y rural en cuanto a niveles de mortalidad o de fecundidad y en cuanto a otras características demográficas, que a su vez reflejan o determinan distintos problemas de salud, se deben en gran parte a diferencias sociales, económicas y culturales, factores ambientales y accesibilidad a los servicios sociales, entre otros los de salud. Sin embargo, también se observan grandes diferencias entre distintos sectores de la población rural, dependiendo de su dispersión, su cercanía a núcleos urbanos, la expedición de las vías de comunicación o su composición étnica. La heterogeneidad también se da en la población de las ciudades, en que junto a sectores de gran bienestar, se encuentran otros en condiciones de extrema pobreza.

Una de las características de los países de la Región en los últimos decenios ha sido el enorme crecimiento de la población urbana. En América Latina aumentó de 67 millones en 1950 a 238 millones en 1980, es decir, tres y medio veces. En igual período la población rural aumentó de 97 a 126 millones. Esto implica que el porcentaje de la población total que reside en áreas urbanas aumenta de 40.8% en 1950 a 65.4% en el año 1980. Las proyecciones muestran que hacia el año 2000 más del 75% de la población de América Latina residirá en áreas urbanas (ver Cuadro 6). Entre 1950 y 1975 el porcentaje de la población de América Latina que vive en ciudades de 4 o más millones de habitantes subió de 7.8 a 22.6%. Una proporción importante de este crecimiento se debe a la migración rural-urbana.

Cuadro 6

PORCENTAJES DE LA POBLACION RESIDENTE EN AREAS URBANAS  
EN 1980 Y 2000 EN PAISES DE LA REGION

	Porcentaje de población urbana			Porcentaje de población urbana	
	1980	2000		1980	2000
<u>América Latina</u>	65.4	75.7	<u>América del Sur</u>		
			<u>Templada</u>	82.2	87.8
<u>Caribe</u>	51.3	62.3	Argentina	82.4	87.9
Barbados	39.3	51.3	Chile	81.1	87.7
Cuba	65.4	75.2	Uruguay	84.0	88.2
Guadalupe	43.5	55.4			
Haití	24.9	39.3			
Islas Barlovento	0.0	0.0	<u>América del Sur</u>		
Jamaica	41.3	54.3	<u>Tropical</u>	66.2	77.6
Martinica	66.4	79.3	Bolivia	33.0	47.0
Puerto Rico	70.5	82.0	Brasil	67.0	79.2
Rep. Dominicana	51.0	66.6	Colombia	70.2	81.2
Trinidad y Tabago	21.5	31.1	Ecuador	44.6	58.0
Otros del Area	56.1	62.1	Guyana	21.9	30.0
			Paraguay	39.4	51.4
<u>Mesoamérica</u>					
<u>Continental</u>	60.7	71.6	Perú	67.4	79.0
Costa Rica	43.4	55.9	Suriname	44.8	54.1
El Salvador	41.1	52.6	Venezuela	83.3	89.7
Guatemala	38.9	51.6			
Honduras	36.0	51.6	<u>América del Norte</u>	76.9	84.0
México	66.7	77.4	Canadá	75.6	88.8
Nicaragua	53.3	65.9	Estados Unidos	77.0	83.4
Panamá	54.3	67.1			

Fuente: Naciones Unidas. Demographic Indicators of Countries: Estimates and Projections as Assessed in 1980. Department of International Economic and Social Affairs. ST/ESA/SER.A/82, Nueva York, 1982.

Aunque podría pensarse que desde el punto de vista del acceso a la atención de salud la urbanización es ventajosa, el hecho de que el crecimiento sea tan intenso implica un aumento enorme de necesidades tales como viviendas, saneamiento básico, servicios de salud y otros que, si no se satisfacen, pueden anular la ventaja de la mayor concentración y accesibilidad física de la población.

La población urbana, y particularmente aquella en urbanización, modifica sus patrones de demanda en el sentido de requerir más servicios, prestados por profesionales de mayor especialización y en establecimientos de mayor complejidad. Esto plantea en sí mismo un desafío al sector en cuanto a su capacidad para responder a esta demanda aumentada en proporción geométrica, por un número creciente de habitantes que requieren más servicios por individuo.

A su vez, la extraordinaria penetración de los medios de comunicación está introduciendo modificaciones en las pautas de vida y en los patrones de demanda de la población rural. Esta llamada urbanización cultural implica que los requerimientos de servicios por parte de la población rural, lejos de permanecer estáticos, irán creciendo en términos de cantidad total de prestaciones, concentración y complejidad de las mismas.

Las migraciones internas hacia áreas de nuevas fronteras económicas tienen una implicación bipolar para el sector salud. Por una parte, la irrupción de contingentes cuantiosos de pobladores en zonas relativamente "vírgenes" introduce epidemias (sarampión) a veces devastadoras para las poblaciones autóctonas, y difunde enfermedades físicas y psicosociales en estos nuevos ámbitos. A su vez, los emigrantes suelen contagiarse de otras endemias de alta incidencia en la región colonizada y a su regreso, transitorio o permanente, al lugar de origen actúan como focos en brotes de enfermedades que aparecen en zonas consideradas "limpias".

Un aspecto que merece mención especial, dentro de los problemas de la migración rural-urbana, es el relacionado con la mujer que migra a las ciudades para trabajar en el servicio doméstico o en el pequeño comercio. Esta migración a veces es de tal importancia que llega a modificar la composición por sexos de la población urbana causando un predominio de mujeres en grupos de edad en que normalmente hay un mayor número de hombres. Esta desproporción entre sexos, la naturaleza del trabajo y las escasas posibilidades que tiene a veces para integrarse en un grupo social, restringe sus posibilidades de contraer matrimonio o tener una unión estable. Queda así más expuesta a relaciones sexuales ocasionales que, si terminan en embarazo, la enfrentan a la alternativa del problema de la madre soltera o de recurrir al aborto clandestino.

Otro tipo de migración, la temporal en relación con los ciclos agrícolas, plantea problemas en términos de la capacidad de los servicios de salud de atender la demanda adicional. Además trae consigo los problemas epidemiológicos de enfermedades transmisibles traídas desde el lugar de origen o contraídas en el de trabajo.

Un último aspecto de la migración que merece consideración es el de la migración internacional en dos categorías diferentes: la de los que buscan las mejores oportunidades de trabajo que ofrecen países vecinos y la de los migrantes voluntarios o involuntarios por razones políticas o de conflicto armado.

Entre los que se desplazan por razones de trabajo están en situación especialmente desfavorable los que lo hacen ilegalmente, por la vulnerabilidad que implica tal condición en el país de destino. Además, habitualmente reciben menor remuneración que los trabajadores locales y no gozan de los derechos de estos a la atención de salud.

La situación de los refugiados políticos puede tener agregado el inconveniente de que para el país de destino esta inmigración no tenga la utilidad del migrante que ingresa en busca de trabajo. Por otra parte, el país receptor tiene que afrontar los gastos que significa la atención de las necesidades básicas de estos grupos, entre ellas las de atención de salud, con el consiguiente impacto en su economía.

#### 4. Estructura de la población

De las diferentes variables en cuyas categorías se puede clasificar la población, una de las más asociadas a problemas específicos de salud es la edad. Desde su concepción hasta la vejez, el ser humano recorre distintos riesgos para su salud y demanda distintas clases de servicios. Esto se traduce, entre otras cosas, en que hay varios programas de salud en que uno de los criterios para definir la población objeto es la edad.

La composición por edad de la población en un momento dado depende de las tasas de fecundidad y de mortalidad en el período previo. También se modifica cuando hay movimientos migratorios importantes. Las poblaciones con una alta proporción de niños y jóvenes se dan cuando el descenso de la mortalidad, en especial en los primeros años de vida, ha predominado sobre el descenso de la fecundidad. Es este el caso de la mayoría de los países en desarrollo de las Américas. Una vez que también se reduce la fecundidad, va adquiriendo mayor importancia relativa la población adulta y anciana. Esta es la situación que se da en Estados Unidos y Canadá y que se está iniciando también en algunos países en desarrollo de la Región.

Para programar las acciones de salud es importante conocer no solo la composición actual de la población sino también la que se espera en el futuro, con el fin de ir preparando los recursos necesarios con la debida

anticipación. De acuerdo a los datos del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en 1980-1985 hay 16 países, que en conjunto representan el 86% de la población de América Latina, que tienen una proporción de población menor de 15 años superior al 35%. En el período 2000-2005 se encontrarán en esa situación aún ocho países.

En el Cuadro 7 se ve que la población objeto de los programas de salud materno-infantil y de planificación de la familia seguirá constituyendo alrededor del 63% de la población total de América Latina y el área del Caribe en el año 2000 con grandes variaciones entre los países. Sin embargo, el programa materno-infantil debe su importancia no solo al volumen de esta población sino también a la naturaleza de los procesos que tienen lugar en este grupo, como la reproducción y el crecimiento y desarrollo, que son determinantes para la vida futura del individuo y la sociedad.

En el Cuadro 7 se advierte que la población de 65 y más años tendrá un aumento porcentual moderado en la mayoría de los países de la Región, en lo que resta de este milenio. Sin embargo, en números absolutos, su crecimiento es significativo y llegará casi a duplicarse. Este incremento numérico de un grupo que por sí es de alta demanda de atención y en especial de servicios complejos, ejercerá aún mayor presión para el sector salud de Latinoamérica y el Caribe, por cuanto deberá enfrentarse a una nueva situación psicosocial como consecuencia de los cambios que la urbanización y la modernización están provocando en la estructura familiar.

La importancia relativa de la población entre 15 y 64 años de edad no sufrirá grandes variaciones. Sin embargo, por constituir más de la mitad de la población total, aumentará considerablemente en forma absoluta de aquí al año 2000, con el consiguiente aumento de la demanda de trabajo y de servicios sociales que esto implica.

En términos de salud, en la población adulta y vieja tienen especial importancia las enfermedades crónicas. El alto costo de los medios diagnósticos y de tratamiento que se han desarrollado para estas patologías en los países avanzados significa que en los países en desarrollo una gran proporción de la población quedará marginada del acceso a tales medios. Será un desafío seleccionar las tecnologías que al mismo tiempo sean más eficaces y económicas para no privar a las poblaciones pobres de la posibilidad de ser atendida conforme al progreso científico.

A pesar de que la educación no es una variable propiamente demográfica, la composición de la población respecto a ella se analiza en este lugar por su importancia como determinante de salud. Esto se ve por ejemplo en los diferenciales de mortalidad infantil que se observaron respecto al nivel de instrucción de la madre. En parte esto se explica



Cuadro 7

PORCENTAJE DE MENORES DE 15 AÑOS, DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS Y DE  
POBLACION DE 65 AÑOS O MAS EN LA POBLACION TOTAL EN 1980 Y  
ESTIMADO PARA EL AÑO 2000 EN LOS PAISES DE LAS AMERICAS

	Porcentaje de población total en grupos de edades:					
	0 -14		Femenina de 15 - 49		65 y más	
	1980	2000	1980	2000	1980	2000
<u>América Latina</u>	40.9	37.1	23.8	25.6	4.3	4.9
<u>Caribe</u>	37.5	31.7	24.5	26.2	5.3	5.9
Barbados	27.8	23.3	26.2	28.4	8.9	7.9
Cuba	32.0	25.1	24.9	25.8	7.3	8.9
Guadalupe	32.1	24.6	25.8	27.7	6.4	9.5
Haití	43.6	43.4	23.2	23.6	3.6	3.1
Islas Barlovento	46.0	33.7	22.2	28.3	5.0	4.0
Jamaica	40.5	28.3	22.8	28.7	6.0	6.2
Martínica	31.6	24.4	24.9	27.9	7.0	9.0
Puerto Rico	30.8	23.2	29.1	29.2	6.1	7.0
Rep. Dominicana	44.8	35.5	22.9	26.3	2.6	3.7
Trinidad y Tabago	33.0	24.0	25.5	27.8	4.7	6.8
Otros del Caribe	38.4	29.8	24.5	27.2	5.1	5.5
<u>Mesoamérica Continental</u>	45.2	41.7	22.6	25.6	3.4	3.8
Costa Rica	37.9	31.7	25.3	26.6	3.7	5.0
El Salvador	45.1	40.6	22.1	24.1	3.4	3.8
Guatemala	44.1	39.5	22.7	24.2	2.9	3.8
Honduras	47.8	42.3	21.3	24.0	2.7	3.3
México	45.3	42.3	22.6	26.0	3.5	3.8
Nicaragua	48.0	44.0	22.1	23.8	2.4	2.4
Panamá	39.8	31.5	23.4	26.1	4.2	5.4
<u>América del Sur Templada</u>	29.4	26.0	25.4	25.2	8.0	9.6
Argentina	28.2	25.0	24.2	24.7	8.7	10.7
Chile	32.5	28.1	26.1	26.4	5.5	6.7
Uruguay	27.2	26.1	23.6	24.3	10.3	12.1
<u>América del Sur Tropical</u>	41.7	37.3	24.0	25.6	3.8	4.6
Bolivia	43.8	41.2	23.2	23.5	3.3	3.2
Brasil	41.5	37.3	24.2	25.8	4.0	5.1
Colombia	40.4	35.2	24.5	26.6	3.5	4.5
Ecuador	44.4	41.3	22.5	24.1	3.5	3.5
Guyana	40.1	28.7	24.3	28.7	3.9	4.9
Paraguay	44.3	39.7	23.4	25.6	3.4	3.7
Perú	42.5	38.0	23.4	24.1	3.4	3.5
Suriname	51.2	43.8	20.6	25.4	4.0	3.6
Venezuela	41.6	35.6	24.1	26.3	2.8	3.8
<u>América del Norte</u>	22.6	21.7	25.9	25.7	10.6	11.2
Canadá	23.2	20.1	26.8	26.5	8.9	10.4
Estados Unidos	22.5	21.9	25.8	25.6	10.7	11.3

<sup>a</sup>/Ref. 2

Fuente: Naciones Unidas. Demographic Indicators of Countries: Estimates and Projections as Assessed in 1980. Department of International Economic and Social Affairs. ST/ESA/SER.A/82, Nueva York, 1978.

por la calidad de indicador socioeconómico que tiene el nivel de instrucción en los países en que el acceso a la educación difiere según estrato socioeconómico. Sin embargo, también es evidente que a igualdad de condiciones económicas la educación juega un papel en sí misma. Se ha observado también que la educación se relaciona estrechamente con la fecundidad y con el uso de anticonceptivos en los países en que estos son accesibles.

Por todas estas consideraciones, la articulación intersectorial de salud y educación es de primera importancia para que toda persona además conozca desde su niñez los principios básicos de la prevención de enfermedades, de la alimentación y de otros aspectos fundamentales para lograr un buen estado de salud y tener una actitud consciente respecto a su cuidado. Esta coordinación es fundamental para un problema específico, el de los adolescentes, en especial en relación a los problemas de salud asociados a su comportamiento sexual. Solo será posible prevenirlos si la educación se imparte antes de la adolescencia.

En todos los países en desarrollo de la Región se han hecho y se siguen haciendo grandes esfuerzos por disminuir el analfabetismo y por aumentar el nivel de instrucción de la población. Entre 1960 y 1980, según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la matrícula escolar de niños entre 6 y 11 años de edad de la Región aumentó de 57.3 a 82.3%.

El acceso a la instrucción, sin embargo, tiene una gran variación entre los países de la Región y dentro de ellos por sexo y por lugar de residencia. Se ve en el Cuadro 8 que el analfabetismo es siempre mayor en las mujeres y en las áreas rurales. Si estos datos se relacionan con los de mortalidad en la niñez y con los de fecundidad presentados en otras secciones, se ve la asociación que existe entre esos niveles y la educación.

La actividad económica, por otra parte, que tampoco es una variable demográfica, está vinculada de varias maneras a la salud. Por un lado, porque incide en el ingreso familiar que condicionará el bienestar económico. Por otro, porque existen trabajos que pueden afectar la salud del que los ejecuta sin la debida protección, materia de la salud ocupacional.

En resumen, se ve que la composición de la población por las distintas variables analizadas configura un cuadro que permite predecir la situación de salud de la población además de los indicadores específicos de esta. Su conocimiento también ayuda a detectar el tipo de problemas que tendrá la población respecto a su salud y, en el caso de aspectos que son modificables, a través de acciones propias de diferentes sectores, indica el camino que debe seguirse con las políticas intersectoriales para lograr un mayor bienestar de la población y asegurar el logro de su salud.

Cuadro 8

PORCENTAJE DE ANALFABETISMO POR SEXOS EN POBLACION URBANA Y  
RURAL DE PAISES LATINOAMERICANOS CON DATOS DISPONIBLES

Países	Años	Total		Urbana		Rural	
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Bolivia	1973	24.2	48.6	6.2	23.2	37.3	68.5
Brasil	1978	22.0	25.7	12.8	18.1	40.9	43.9
Chile	1970	10.1	11.8	5.4	7.7	23.6	27.9
Colombia	1973	18.8	20.2	9.0	13.0	32.8	36.8
Costa Rica	1973	11.4	11.8	4.0	5.7	16.6	17.5
Ecuador	1974	21.8	29.6	6.9	12.2	32.3	44.4
El Salvador <sup>a/</sup>	1975	34.5	41.1	12.7	22.2	48.9	57.2
Guatemala	1973	46.4	61.5	20.0	35.5	59.9	77.6
Haití	1971	73.8	83.1	32.3	53.8	82.8	92.2
Honduras	1974	41.1	44.9	17.6	24.0	52.1	56.8
Nicaragua	1971	42.0	42.9	16.1	22.1	63.8	67.0
Puerto Rico	1970	10.8	13.4	6.9	9.6	16.4	19.7
Paraguay	1972	14.9	24.5	7.4	14.7	19.7	32.3
Perú	1972	16.7	38.2	5.9	19.1	32.9	69.2
Uruguay	1975	6.6	5.7	5.1	5.2	12.6	8.6

Fuente: UNESCO. Statistical Yearbook 1982.

<sup>a/</sup> Población de 10 o más años de edad, En los demás países, de 15 o más años.

### III. SALUD, DESARROLLO Y POLITICAS DE POBLACION

#### 1. Salud y desarrollo

Las relaciones entre población y salud expuestas en el punto anterior están situadas dentro de la relación de la salud con el desarrollo.

La definición de salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad", pone en evidencia que la salud es un elemento esencial del desarrollo dado que este, en último término, no es más que el avance en el bienestar y en la calidad de vida del ser humano.

Los componentes principales del desarrollo económico y social: la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, condiciones de vivienda adecuadas, acceso a la educación, buenas condiciones de trabajo y oportunidad de recreación, junto con el acceso a la atención de salud, también constituyen los requisitos básicos para una mejor salud de la población y esta condición a su vez permitirá disfrutar de los otros beneficios que proporciona el desarrollo.

El nivel de desarrollo se ha medido preferentemente en términos de indicadores económicos. Empero, el conocimiento del acceso a los distintos elementos del bienestar social es un complemento indispensable de esa información para tener una visión más clara de la situación.

En la década de 1950 el producto interno bruto de la Región se incrementó progresivamente hasta alcanzar un crecimiento superior al 7% durante el período 1970-1975. El crecimiento se redujo a poco más del 5% en el período 1975-1980, y continuó descendiendo después hasta llegar a una tasa negativa del 1% en 1982.

Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el proceso de desarrollo en la Región se caracteriza por dos situaciones casi extremas: mientras que por un lado demostró la capacidad de la Región para expandir su producción a un ritmo alto, por otro existió una notoria incapacidad para distribuir en forma equitativa a toda la población los frutos de ese avance acelerado. Esta insuficiencia presenta resultados diferentes al observar las diversas áreas que componen el desarrollo social.

La inequitativa distribución del ingreso, con su secuela de pobreza extrema para una parte de la población, refleja la contradicción entre los avances materiales y los sociales en los países de la Región. Estimaciones hechas por la CEPAL en el año 1975 con datos de siete países que representaban en conjunto casi el 80% de la población y poco más del 90% del producto interno bruto de América Latina, indican que el 10% de

los hogares más ricos recibía el 47.3% del ingreso total, mientras que el 40% más pobre solo recibía el 7.7% de dicho ingreso, El problema más serio de esta desigualdad es su persistencia. Después de 15 años de avances económicos, la situación de los más pobres fue peor que al comienzo del período.

En cuanto a la magnitud del problema en la Región, se estimó que a fines de la década del 70 había cerca de 110 millones de pobres de los cuales 54 millones eran indigentes. Esta situación se manifiesta en las grandes diferencias en el nivel de salud entre los países y dentro de ellos.

Las altas tasas de crecimiento económico experimentadas durante la década del 70 no trajeron consigo el aumento de los empleos necesarios para absorber la población en edad de trabajar, la que aumentó debido al elevado ritmo de crecimiento demográfico de la Región. Según el Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), entre el desempleo encubierto más el desempleo abierto existían en 1980 alrededor de 23 millones de desocupados, situación que se ha agravado en los últimos años.

Pese a lo descrito, ha habido progresos en cuanto al desarrollo social que se confirman al revisar los datos sobre matrículas escolares, consumo de energía eléctrica, incrementos en el consumo de calorías y proteínas y en el descenso del número de habitantes por médico, entre otros. Sin embargo, la misma información pone en evidencia que aún queda mucho camino por recorrer para volcar de manera equitativa al conjunto de la población, los beneficios sociales que pudieran derivar del avance económico.

Merece destacarse que en la actualidad los países de Latinoamérica y el área del Caribe se enfrentan a grandes problemas económicos derivados de sus elevadas deudas externas cuyo pago implica serias restricciones del gasto público. A su vez las altas tasas de desempleo aumentan las diferencias entre distintos grupos poblacionales. Todo esto hace predecir una detención en la posibilidad de lograr avances para un efectivo desarrollo social y económico de los países.

Se agregan a esto las elevadas tasas de crecimiento poblacional que son un impedimento para satisfacer las necesidades de la población cuando no hay un crecimiento económico paralelo. Hay además otros factores demográficos que influyen en la mantención de las desigualdades descritas entre los que están la inadecuada distribución espacial y la migración. Por reconocer el obstáculo que estas condiciones significan para el desarrollo se aprobó en 1974, en la Conferencia de Bucarest, momento en que las perspectivas económicas todavía parecían favorables, el Plan de Acción Mundial sobre Población (PAMP) en que se recomendó que los países pusieran en práctica políticas de población, dejando explícitamente establecido que "la formulación y aplicación de políticas demográficas es derecho soberano de cada nación".

2. Políticas de población y planificación familiar

Para la Segunda Reunión sobre Población del Comité de Expertos Gubernamentales de Alto Nivel (CEGAN) en Cuba, en noviembre de 1983, la CEPAL revisó la situación actual respecto a las políticas de población de los países de la Región. Se definió en ese documento como política de población "la adopción por el gobierno de un país, de medidas integradas a los programas socioeconómicos que están deliberadamente orientadas a influir sobre una variable demográfica, ya sea como efecto principal o como efecto lateral previsto, con el fin de contribuir a armonizar las tendencias de la población con las del desarrollo". La información fue proporcionada a las Naciones Unidas por los gobiernos de los países.

En relación al crecimiento de la población, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Perú y la República Dominicana tienen políticas explícitas para reducirlo, con acciones de planificación de la familia ligadas al sector salud y tanto como con actividades de educación y comunicación en la población y otras. Los Gobiernos de Argentina, Bolivia y Chile tienen políticas explícitas para aumentar la tasa de crecimiento. Por otra parte, los de Brasil, Cuba, Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay, Venezuela y parte de los países de habla inglesa del área del Caribe no tienen políticas explícitas respecto al crecimiento poblacional, pero en todos esos países existen programas de planificación de la familia con apoyo gubernamental cuyos objetivos no son demográficos sino de salud.

En cuanto a la distribución espacial y a la migración interna hay políticas explícitas en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Jamaica, México, Nicaragua y Panamá. En el resto de los países no hay políticas explícitas, pero los gobiernos están conscientes de las repercusiones negativas de la distribución espacial de su población.

En cuanto a la migración internacional se considera que la inmigración y la emigración son poco importantes en Brasil, Guatemala, Haití, Nicaragua, Panamá y Perú. Los gobiernos de la mayoría de los países estiman que es un proceso que ha alcanzado niveles significativos e insatisfactorios cualquiera sea el sentido de la migración. Están preocupados por el volumen de la inmigración los Gobiernos de Costa Rica y Venezuela. Están conformes con el número de extranjeros en sus países los de Colombia, El Salvador, Honduras, Paraguay y la República Dominicana. Tratan de estimular la inmigración los Gobiernos de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador y Uruguay, mientras que el Gobierno de El Salvador está insatisfecho por el monto reducido de la emigración.

Cabe mencionar que en el PAMP también se deja en claro que, tal como las naciones son soberanas para definir las políticas de acuerdo a las necesidades de cada país, deben respetarse en su aplicación

"la dignidad del individuo, el respeto a la persona humana y su libre determinación" de acuerdo a las "normas universalmente reconocidas de derechos humanos".

En la Reunión del CEGAN arriba mencionada se reafirmaron, entre otros, los siguientes principios:

"... que le hombre debe ser considerado el objeto y el sujeto del desarrollo, y que la finalidad fundamental del desarrollo debe ser mejorar la calidad de vida, satisfacer las necesidades materiales y no materiales de toda la población, especialmente de los grupos menos favorecidos, y permitir que toda la población participe en la riqueza socialmente generada;"

"... que la familia es la unidad básica de la sociedad y que los gobiernos deben protegerla mediante leyes y políticas apropiadas, a fin de que ella pueda asumir sus derechos y deberes en la sociedad;"

"... que las políticas de población que adopten los países para ser realmente eficaces, formen parte integrante de sus políticas de desarrollo económico y social, y no alternativas a ellas ni independientes de ellas;"

"... que para hacer efectivo el derecho fundamental de las parejas y las personas a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, los Estados, conforme a sus posibilidades, lleguen a la comunidad, asegurando a todos los grupos sociales el acceso a la información y los medios necesarios, incluidos aquellos de diagnóstico y tratamiento de la esterilidad involuntaria. El ejercicio de ese derecho deberá preservarse de toda presión, abierta o indirecta, para evitar que las personas tengan una fecundidad diferente a la que desean. Si los gobiernos consideran necesario modificar las pautas de reproducción de la población para hacerlas compatibles con los objetivos nacionales, deberán respetar los valores sociales, y adoptar las medidas económicas, sociales y culturales necesarias para que las personas puedan elegir libremente el número y espaciamiento de los hijos. Asimismo, los gobiernos deberán asegurar que se ejerza una supervisión adecuada para impedir actividades no éticas de control de nacimientos."

En la aplicación de las políticas de población el único elemento en el que tiene responsabilidad directa el sector salud es la planificación de la familia.

Desde 1965 a la fecha la posición de los gobiernos de América Latina y el Caribe ha tenido cambios trascendentales.

Mientras que en 1965 solo un país ofrecía servicios de planificación familiar en sus programas de salud, en 1975, un año después de la Conferencia Mundial de Población en Bucarest, 17 países de la Región proveían estos a través de sus estructuras gubernamentales. En 1983, a excepción de dos países, el resto reconoce y apoya, aunque con distinto énfasis, a la planificación familiar integrada a los servicios de salud maternoinfantil como una intervención valiosa en salud, con efectos claros no solo en la reducción de la fecundidad sino también contribuyendo al descenso de la mortalidad y morbilidad materna e infantil.

En este cambio de percepción de problemas y apoyo al desarrollo tanto de políticas de población como de actividades de planificación familiar ha sido importante la actividad conjunta tanto del Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población (FNUAP) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otras agencias de cooperación internacional y bilateral como el AID, IDRC, SIDA, así como de entidades no gubernamentales.

Los avances logrados han sido significativos y, de acuerdo a los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad, la prevalencia del uso de anticonceptivos en América Latina alcanza a un 33% de las mujeres casadas y en unión. Sin embargo, subsiste todavía un 40% de las mujeres que declaran no desear más hijos que no usan anticonceptivos y, por tanto, no pueden ejercer su derecho a planificar su familia.



IV. RESPUESTA DEL SECTOR SALUD A LAS TENDENCIAS Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y A LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO

En los capítulos anteriores se han planteado las relaciones entre las características demográficas, el estado de salud de la población y su interdependencia con el nivel de desarrollo.

La respuesta del sector salud exige un replantamiento de sus acciones coherente con la situación demográfica observada y con sus proyecciones a fin de poder dar cumplimiento a la meta de salud para todos en el año 2000.

Resumiendo la situación se observa que:

En varios de los países todavía persisten altas tasas de mortalidad. En un tercio de ellos la mortalidad infantil en el período 1980-1985 es superior a 60 por mil nacidos vivos. Por otra parte se estima que, si no se toman las medidas necesarias para reducir la mortalidad y sus diferencias, se corre el riesgo de que en el año 2000 el 55% de la población de América Latina todavía viva en países con esperanza de vida al nacer inferior a 70 años.

Según las proyecciones, en el año 2000 la natalidad estará en valores cercanos a 29 por mil, con grandes diferencias entre los países de la Región, dentro de ellos y entre diferentes estratos socioeconómicos. La alta fecundidad continuará siendo un factor negativo para la salud de las mujeres y de los niños y un determinante del crecimiento poblacional acelerado. Se estima que en lo que resta del siglo, la población de América Latina aumentará en 150 millones de personas.

Frente al crecimiento poblacional los gobiernos de los países tienen distintas posiciones. Algunos estiman que las tasas de crecimiento actuales o previstas son excesivas, otras desean incrementarlas y, por último, hay países que no tienen una posición explícita sobre la materia.

Sería conveniente que los estados valoraran sus tasas de natalidad, su crecimiento natural y los períodos de duplicación de su población en relación a sus planes de desarrollo y a las perspectivas de mejorar los niveles de vida y de salud de su población.

Cuando en un país se decide reducir el crecimiento de la población estableciendo metas demográficas, la planificación familiar es la medida más directa para lograrlo. Sin embargo, aunque existan diferencias políticas respecto al crecimiento poblacional, en todos los países la planificación familiar deberá ser accesible como un derecho a las personas y como una medida de salud con efectos benéficos en la madre, el niño, la familia y la comunidad. Ello implica también el tratamiento de las causas de la infertilidad en los casos indicados.

En el año 2000 las mujeres en edad fértil y los menores de 15 años, que son la población objeto del programa maternoinfantil, todavía representarán más del 60% de la población de América Latina.

Se prevé también que en América Latina seguirá aumentando la proporción de población residente en áreas urbanas, estimándose que llegará a un 76% en el año 2000. Esto aumentará, entre otras cosas, la demanda de bienes y servicios, en especial los de salud, requiriéndose la evaluación de los esquemas de atención existentes.

Un importante factor del crecimiento urbano es la migración interna. Estos migrantes, como algunos de los que se desplazan a otros países, pueden tener problemas de salud que necesitan atención especial.

En cualquier situación demográfica en que se encuentre el país, el sector salud tiene responsabilidades que no puede eludir:

Deberá promover la definición y adopción de políticas de población y desarrollo en cuya aplicación la importancia de las acciones de salud es incuestionable.

Deberá favorecer la coordinación y articulación intersectorial necesaria para asegurar que los aspectos demográficos sean considerados en la planificación nacional del desarrollo. Las intervenciones directas del sector salud para reducir la mortalidad y aquellas que influyen en la fecundidad, deben constituir parte integrante de los programas de desarrollo, lo que exige la participación del sector en la formulación de los mismos.

Deberá promover que en las actividades para concretar las políticas se consideren con especial énfasis las que puedan ordenar y modificar el crecimiento urbano y la migración, elevar el nivel de instrucción y fortalecer otros componentes del desarrollo que repercuten en la salud sin que este sector tenga las herramientas para influir en ellos, pero sí la obligación de atender los problemas que generan.

En la planificación de las acciones de salud tendrán que tomarse en cuenta las características demográficas de la población. Ello permitirá refinar el diagnóstico y valorar el volumen de la inversión necesaria para satisfacer las necesidades de salud de la población. Así se podrá adecuar la organización de las actividades para que se cumplan con los postulados de equidad, eficiencia y eficacia señalados en el Plan de Acción.

En el apoyo a la salud del grupo familiar, que es un elemento básico de la salud colectiva, son fundamentales el programa maternoinfantil y su componente de planificación familiar.

La magnitud de la población objeto del programa materno-infantil y los problemas eminentemente evitables que afectan a este grupo, para cuya prevención y tratamiento existen tecnologías eficaces y de costo razonable, no solo justifican la prioridad que el programa tiene en todos los países sino que demanda mayores recursos. Cuatro metas mínimas del Plan de Acción, las relativas a mortalidad infantil, mortalidad de 1 a 4 años, esperanza de vida al nacer e inmunizaciones, son de incumbencia del programa y tienen profundas repercusiones en el estado de salud y en el nivel de vida de la población.

Las actividades de planificación familiar permiten ejercer el derecho reconocido, de que la pareja decida el número y espaciamiento de sus hijos. Además son un importante elemento para elevar el nivel de salud de las madres y de sus hijos, al disminuir la magnitud de la morbimortalidad asociada al escaso espaciamiento y al elevado número de hijos.

La planificación familiar debe estar integrada al programa materno-infantil porque permite identificar los casos de riesgo reproductivo, posibilita una mejor utilización de los recursos disponibles, mejora la respuesta de la población a la atención integral y facilita la atención al grupo familiar. En el contexto de las acciones de salud materno-infantil, la planificación familiar es un instrumento de prevención que contribuye a elevar la calidad de vida de la mujer, el niño y la familia como un todo.

La salud familiar también implica acciones especiales dirigidas a los adolescentes en relación a aspectos de sexualidad y fecundidad que determinan problemas de salud cada vez más frecuentes. En su prevención tienen especial importancia la educación dentro de la familia y los programas específicos de educación sexual en las escuelas.

La atención de la salud debe incluir a los sectores de la población que por problemas especiales pudieran quedar postergados de sus beneficios. En ese sentido es especialmente drámatica la situación de los migrantes internacionales indocumentados, de los refugiados y de los desplazados por cualquier causa.

Los esfuerzos y gastos que se realicen en la prestación de servicios serán inútiles si estos se continúan proporcionando en formas que no toman en consideración las actitudes, necesidades actuales y futuras de los usuarios potenciales que presentan grandes variaciones entre distintos grupos. Las perspectivas de los usuarios y de los diferentes grupos influyen en la aceptación o rechazo que tengan hacia los servicios, por tanto, es necesario reiterar la importancia de la participación activa de la comunidad en la identificación de sus problemas y en el diseño, organización, operación y evaluación de las respuestas que el sector salud da a esos problemas.

Conviene que los gobiernos estén dispuestos a sumar esfuerzos y a coordinarse con otras entidades oficiales y con organismos e instituciones no gubernamentales que prestan servicios de salud. Se deben analizar y evaluar los distintos tipos y forma de entrega de servicio, incluyendo aquellos prestados por las instituciones oficiales y de seguridad social en hospitales, clínicas, centros y puestos de salud, unidades móviles, etc., y en otras formas ya probadas con éxito en la Región, como son el uso de canales de distribución comercial y los programas de base comunitaria.

Los gobiernos deberán poner a la disposición de la población y las distintas audiencias los elementos de comunicación y educación que permitan la libre elección de posibilidades.

Los datos estadísticos existentes en los países deben ser mejor utilizados en el proceso de planificación. El personal de salud además tiene la responsabilidad de contribuir al mejoramiento de la integridad del registro y de la calidad de los datos, en particular, los referentes a defunciones y nacimientos, que son sucesos en que frecuentemente está presente o es requerido para proporcionar información a través de certificados. También es importante su participación en la producción de estadísticas de servicio. De esta manera se facilitarán los procesos de seguimiento y monitoreo de las acciones de salud y del cumplimiento de sus objetivos en la población.

El sector salud también cumple un papel importante en la generación y transmisión del conocimiento. Tienen especial relevancia en el momento actual las investigaciones sobre organización y funcionamiento de los servicios, sobre los factores socioculturales y económicos que inciden en el uso o no uso de los servicios de salud y las formas de atender a grupos especiales. Por otra parte, la capacitación del personal es una de las funciones fundamentales del sector para mejorar la calidad de sus servicios.

Se espera que de la discusión del presente trabajo se generen los mandatos necesarios para que se incremente y coordine la cooperación técnica en este campo de acuerdo con las necesidades específicas y prioridades definidas por cada gobierno. Se considera que a través de la conjunción de los recursos regulares de la OPS/OMS, de las agencias del Sistema de Naciones Unidas: Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y de otras agencias no gubernamentales y de ayuda bilateral se canalice en forma coordinada por los gobiernos la cooperación con los países, no solo en la identificación de los problemas y selección de áreas prioritarias de acción, sino también en la síntesis y análisis de la información necesaria para mejorar la organización y administración de los programas, así como en la identificación y evaluación de tecnologías apropiadas a la salud maternoinfantil y regulación de la fecundidad y en la capacitación de los recursos humanos necesarios y, lo que es más importante, en el seguimiento de las tendencias demográficas que afectan a la salud y el desarrollo.

## SAVINGS

De las relaciones entre las características demográficas y el estado de salud de la población y su interdependencia con el nivel de desarrollo, se desprenden varias consecuencias para las acciones del sector salud tanto dentro de los países como en el ámbito internacional.

En los países, la primera y más general es su responsabilidad de participar en la formulación y la puesta en práctica de políticas de población y desarrollo. En ese plano debe definir la posición del sector respecto a la mortalidad y la fecundidad y asegurar que las acciones específicas que realiza para causar un impacto directo en esas variables, queden incluidas como parte de los programas de desarrollo y reciban el apoyo de los otros sectores. Debe contribuir además a que en las políticas y en las actividades para concretarlas, se considere con especial énfasis la modificación de aquellas situaciones que, como el crecimiento urbano excesivo, la migración, el nivel de instrucción u otros componentes del desarrollo, condicionan problemas de salud, sin que este sector tenga las herramientas para influir en ellas.

En el plano internacional esto se traduce en la participación de la OPS/OMS en los grandes lineamientos de las políticas de población y de desarrollo a nivel regional y mundial.

En relación a la actividad propia del sector salud en cada país su respuesta al conocimiento de las relaciones arriba señaladas, se manifestará en primer término en la utilización de la información sobre la situación demográfica y sus condicionantes, en el diagnóstico de la magnitud y tipo de los problemas, la definición de los grupos que por la naturaleza de los problemas que los afectan o su situación desmedrada deberán ser objeto de acciones específicas, del refuerzo de las acciones de los distintos programas o bien de modalidades especiales de entrega de esas acciones. Este espíritu dirigió también la definición de las estrategias para alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000 a nivel internacional.

Finalmente, la respuesta más específica del sector salud a los problemas mencionados está en las acciones que realiza. Entre éstas se pueden distinguir las acciones con impacto directo sobre las variables demográficas, acciones condicionadas por la situación demográfica y de desarrollo y acciones de apoyo.

Entre las acciones con impacto directo están todas las medidas que reducen la mortalidad a través de la prevención de enfermedades, del fomento y protección de la salud y del tratamiento de patologías. Por otra parte, pertenecen a este grupo las acciones que tendrán impacto sobre la fecundidad a través del componente planificación de la familia de los programas maternoinfantiles.

Entre las acciones condicionadas por la situación demográfica o socioeconómica están las de los programas diseñados para población rural dispersa, las acciones reforzadas en sectores urbanos marginados, las que van dirigidas a grupos de alto riesgo, las dirigidas a personas en edad avanzada y otros. Sin tender a eliminar la causa que origina los problemas, ya sea porque está fuera del alcance del sector o porque como en el caso de los ancianos, es una condición dada que define el problema, estas acciones tienden a reducir las diferencias entre el estado de salud de distintos grupos poblacionales o a aminorar los problemas específicos que afectan al grupo.

Entre las acciones de apoyo merece destacarse la colaboración al mejoramiento de los datos estadísticos, en especial los referentes a las defunciones y a los nacimientos, que son sucesos en que el personal de salud frecuentemente está presente o es requerido para proporcionar información a través de certificados. También es importante su participación en la producción de estadísticas de servicio. Son además actividades de apoyo la investigación, y con el enfoque aquí dado, en especial la investigación operacional, para evaluar la "tecnología", y la formación de personal de salud con la preparación adecuada a cada nivel de desempeño y a las funciones que debe realizar.

Aunque todos estos conceptos son subyacentes al proceso por el cual se llegaron a definir las estrategias para alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000, y que las acciones correspondientes están incluidas en el Plan de Acción conviene destacar, a la luz de lo expuesto, algunas acciones especialmente relacionadas con la situación demográfica de los países.

Las acciones de los programas de salud materno-infantil son, sin lugar a duda, el componente obligado de las acciones orientadas a mejorar el bienestar de la población, por la magnitud de la población objeto, y por los problemas eminentemente evitables que en ella se presentan. Además, son el instrumento más específico para alcanzar cuatro de las metas mínimas del Plan de Acción: las de la mortalidad infantil, de la mortalidad de uno a cuatro años, de la esperanza de vida al nacer y de inmunizaciones. Esto, y las repercusiones sociales y económicas que tiene un mejor estado de salud de la niñez y de la madre, son motivos suficientes para explicar el énfasis que en todos los países se pone en estos programas y que deberá continuar en el futuro.

Las actividades de planificación de la familia, aunque formen parte del programa, merecen destacarse separadamente por su importancia propia. Aparte de permitir el cumplimiento del derecho reconocido, de que la pareja decida el número y espaciamiento de sus hijos, son un importante elemento para elevar el nivel de salud de las madres y de sus hijos al disminuir la magnitud de hechos negativos asociados al escaso espaciamiento y al elevado número de hijos. Por último, son el único

medio directo para frenar el crecimiento poblacional cuando se ha logrado disminuir la mortalidad. La situación de la planificación de la familia en América Latina encontrada en las encuestas de fecundidad de fines de la década del 70 muestra que hay países en que más del 40% de las mujeres que declaran no desear más hijos no usan anticonceptivos y de esa manera no tienen posibilidad de ejercer su derecho a planificar la familia. Es además un medio eficaz para disminuir el problema del aborto. La integración de estas actividades en el programa materno-infantil tiene, entre otras, las ventajas de permitir la identificación de los casos que por su alto riesgo requieren de ese servicio, de que la educación impartida en relación a la planificación familiar sea mejor aceptada si viene del personal de salud quien a través de la atención a la mujer y al niño ha ganado su confianza y para atender no sólo los aspectos de espaciamiento o limitación del número de hijos sino que también los problemas relacionados con la esterilidad.

En los esfuerzos por extender los servicios de salud materno-infantiles y de planificación familiar, los países de la Región han contado con el efectivo apoyo de las agencias del sistema de Naciones Unidas (UNFPA, UNICEF, UNESCO, OPS/OMS), la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID) y agencias no gubernamentales. En el avance de estos programas en el futuro se necesitará una cooperación coordinada de estas agencias que potencialice el apoyo que prestan las mismas a los programas de salud y población.

Las actividades dirigidas específicamente a los migrantes en sus categorías de rural-urbanos, migrantes temporales en relación a ciclos agrícolas y los migrantes internacionales indocumentados y los refugiados, revisten importancia por las condiciones especialmente desfavorables que enfrentan para su salud. Por este motivo las acciones de salud que en general se otorgan a toda la población deberán ser reforzadas en esos grupos.

Los programas dirigidos a la población rural dispersa y a la población urbana marginada requieren de esfuerzos institucionales que aseguren que las acciones lleguen a ellos.

Los programas para los adolescentes y para las personas en edad avanzada, por la particularidad que estos grupos tienen, son otra responsabilidad del sector para asegurar la salud para todos.

Aunque no es una actividad de salud, la colaboración para el mejoramiento de los datos de defunciones y nacimientos y de las estadísticas de servicio cae dentro de las responsabilidades del personal de salud ya que está involucrado en la generación de esa información.

En relación a las acciones enumeradas en los párrafos anteriores, la OPS ha prestado su apoyo a través de su asistencia al proceso de

planificación en salud, a la mejoría de la base de datos, a la formación de personal, a la investigación y la asistencia técnica en los programas específicos de salud maternoinfantil, de planificación de la familia, de adolescentes, de personas en edad avanzada y en la promoción de la participación de la mujer en la salud y el desarrollo.