

6/4.

VC/M

CONFERENCIA DE LAS ESCUELAS DE SALUD PUBLICA DE AMERICA LATINA SOBRE SALUD Y POBLACION

Nº 2

SANTIAGO DE CHILE, 8

004L 0013804
el 14 de noviembre de 1970.

Fecha recibida: 16/8/76

ARCHIVO de DOCUMENTOS

Original NO SALE de la oficina



DOCPAL
Celade

AUSPICIADA POR:
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - O.M.S.
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA - NU.
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA Y MEDICINA SOCIAL
UNIVERSIDAD DE CHILE

Con - Esp - AL / 008 ISIS: 01502

SP Publica

SALUD PUBLICA Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN AMERICA LATINA

osad

Hugo Behm, Héctor Gutiérrez y Mariano Requena

5272

RESUMEN

1. Se analizan las relaciones entre los problemas de salud y las principales características y tendencias demográficas de América Latina.
2. La situación demográfica de esta región se caracteriza por:
 - a) elevada tasa de crecimiento, en aumento,
 - b) estructura joven de la población,
 - c) fuerte migración rural a las grandes ciudades,
 - d) persistencia de baja densidad de población en extensas áreas geográficas.Características que se prevé perduren en las próximas décadas.
3. Aunque las condiciones de salud han mejorado, principalmente, a causa de la prevención de algunas enfermedades, y la disminución de las tasas de mortalidad, los niveles de salud siguen siendo deficientes, dados los extensos grupos de población que viven en condiciones precarias. Además los recursos sanitarios son escasos y no se aprovechan en forma eficaz.
4. Es razonable esperar que los programas de salud conducirán a un descenso de las tasas de mortalidad en varios países; pero no parece posible reducir la fecundidad de una manera significativa en la próxima década, por lo que el resultado sería la mantención o el aumento del crecimiento de la población.
5. Es urgente la formulación de planes de salud, basados en el estudio de la situación local, teniendo presentes las variables demográficas.
6. Tanto los profesionales médicos como otros profesionales de la salud, deberán encarar el problema de la alta fecundidad y aumento de la población, relacionado directamente con la salud de los países de Latinoamérica.
7. La cambiante situación demográfica y sanitaria de América Latina requiere una cuidadosa investigación que proporcione mejor información básica para encontrar soluciones adecuadas a estos problemas.

S U M M A R Y

1. It is an analysis of the relationship between health problems and the main characteristics of demographic trends in Latin America.
2. The characteristics of the demographic conditions of this region are:
 - a) High and progressively increasing rates of growth,
 - b) Young age structure,
 - c) Heavy emigration from the rural to the urban areas,
 - d) Prevailing low density in wide geographical areas.

Characteristics that are supposed to prevail for the next decades,

3. Though health conditions have improved due mainly to the prevention from diseases, and the decline of mortality rates, health levels are still deficient considering the great number of conglomerations that live under miserable conditions. Besides sanitary resources are not used to a profitable advantage.
4. It is reasonable to expect that health programs will bring forward a decrease of mortality rates in several countries, but there is no much possibility of reducing fertility in an important degree for the next decades, therefore as a result we would have an unalterable population growth or an increasing one.
5. It is necessary the planification of health based upon the study of local conditions bearing in mind the demographic variables.
6. Doctors as well as other professionals concerned with health, must confront problems of high fertility and population growth, closely connected with health in Latin America countries.
7. The changing demographic and sanitary conditions require a careful inquiry to afford a better basic information for an appropriate solution to these problems.

SALUD PUBLICA Y TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN AMERICA LATINA

La finalidad de este estudio es destacar las interrelaciones entre los problemas de salud y la situación demográfica de América Latina, considerando principalmente el crecimiento de la población, la fecundidad, la mortalidad, la estructura por edad y la urbanización. La región incluye 20 países, 10 de los cuales bordean el Océano Pacífico en una extensión de 7 700 millas.

Del complejo proceso de cambio que implica el desarrollo socioeconómico y político, consideraremos sólo dos componentes: salud y dinámica de población. Demás está decir, que dado el carácter de este trabajo no se abordará una amplia gama de situaciones que afectan a los diferentes países de la región.

Crecimiento demográfico y salud

A comienzos de este siglo, la población de Latinoamérica alcanzaba aproximadamente los 63 millones; en 1966, se estimó en 244 millones.(1) El crecimiento de la población se puede apreciar en el cuadro 1.

Cuadro 1

POBLACION TOTAL Y TASA DE CRECIMIENTO DE AMERICA LATINA, 1900-1965

Años	Millones de habitantes	Tasa anual de crecimiento (por ciento)
1900	63	
1910	73 <u>a/</u>	1,5
1920	87	1,6
1930	104	1,8
1940	126	1,9
1950	158	2,3
1960	207	2,7
1965	238	2,8

a/ Valor interpolado.

Si la tendencia actual se mantiene, es decir, si continúa disminuyendo la mortalidad y la fecundidad permanece alta, la población podría llegar a 387 millones en 1980 y a 756 millones en el año 2000. En cambio, si de acuerdo con la hipótesis media de Naciones Unidas, (3) bajaran tanto la mortalidad como la fecundidad, la población llegaría a 374 y 624 millones en los años 1980 y 2000, respectivamente.

Como se pudo apreciar en el cuadro 1, la tasa de crecimiento no sólo es alta sino que ha aumentado de 1,5 a 2,8 por ciento en los últimos 60 años. Para los países tropicales de América del Sur (Brasil, Colombia, Venezuela, Ecuador y Bolivia) la tasa es de 2,9 por ciento, y para los países de la región continental de América Central (México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá) la tasa de crecimiento llega al 3,3 por ciento anual.

Este crecimiento sin precedentes que, si se mantiene, duplicará la población de América Latina en 25 años, se produce en un área del mundo donde las condiciones de vida y de salud son notoriamente deficientes. Aun después de considerables reducciones de la mortalidad, las tasas crudas eran superiores al 12 por mil en 15 de los 20 países, en el período 1955-1960 (véase el cuadro 2). En 17 países, las muertes de los menores de 5 años suman el 42,5 por ciento del total de defunciones, constituyendo este grupo de edad sólo el 16,3 por ciento de la población total. Durante el período 1955-60, en 13 de los 20 países la expectativa de vida al nacer era de 55 años o menos, y en 10 de los 15 países para los cuales se cuenta con información las tasas de mortalidad infantil son superiores a un 70 por mil nacidos vivos.

Los recursos médicos son escasos en relación con la magnitud de los problemas de salud. En 12 países, el número de médicos es inferior a 5 por diez mil habitantes, y en 17 países, las camas hospitalarias son menos de 5 por cada mil habitantes. Por otra parte, el subdesarrollo induce a un aprovechamiento deficiente de estos escasos recursos, lo que reduce más aún la disponibilidad de servicios médicos, tanto en cantidad como en calidad.

Como indicador de la deficiente satisfacción de las necesidades sanitarias, señalamos el hecho de que en el año 1956, 9 de 15 países para los que se contaba con información tenían una proporción inferior a un 50 por ciento de muertes con certificación médica. (4) Promedios que, además, ocultan un hecho sustancial: la distribución desigual de la atención médica en la población, de la cual grandes sectores con bajo nivel de vida y, consecuentemente, con mayor morbilidad y mortalidad, cuentan con menor acceso a la atención médica. Aun en Chile, donde los servicios de medicina estatal tienen un extraordinario desarrollo, el Servicio Nacional de Salud, bajo cuya responsabilidad está la atención del 70 por ciento de la población, en especial de los grupos de bajos ingresos, disponía en 1963 sólo del 43 por ciento del gasto médico total. (5)

El impacto directo del acelerado crecimiento demográfico en el sector de la salud, es el aumento de la demanda de atención médica, ya insuficientemente satisfecha, y la cual se ve incrementada, además, por una progresiva conciencia de la población en cuanto a sus derechos a la salud, y por el mejoramiento de los programas sanitarios.

Más aún, el crecimiento demográfico acelerado se vincula con el persistente subdesarrollo social y económico. Este es un factor importantísimo en Salud Pública, ya que está asociado con bajos niveles de salud y escasas disponibilidades de recursos para la aplicación de los programas sanitarios.

Las relaciones entre crecimiento de la población y desarrollo socioeconómico constituyen un complejo problema que no cabe abordar en este trabajo. Se ha hecho notar (6) que en los países latinoamericanos el ingreso regional real aumentó anualmente en un 4,8 por ciento entre 1950-1955; en 4,3 por ciento entre 1955-1960 y en 3,5 por ciento entre 1960-1963, con una ganancia anual per cápita, que ha ido disminuyendo de 1,9 por ciento entre 1950-1955 hasta un 0,6 por ciento entre 1960-1963. Hauser (7) estima que "de persistir el acelerado crecimiento de la población, América Latina tendría que cuadruplicar sus entradas en 1975 y octuplicarlas en el año 2000, para alcanzar el nivel de ingreso per cápita europeo de 1950 (380 dólares, excluida la URSS)".

Desde el punto de vista de la salud pública, lo importante es que -salvo contadas excepciones- en los países de la región no están operando medidas que constituyen un plan armónico y global para modificar las deficientes estructuras sociales y económicas y elevar el bajo nivel de vida de la población. Dadas estas condiciones, el aumento demográfico acelerado viene a ser un factor que amenaza entorpecer el mejoramiento de la situación sanitaria en un plazo razonablemente corto.

Sin embargo, los programas sanitarios deberán perseguir mejorar el nivel de salud en lo futuro y es razonable pensar que el perfeccionamiento de estos programas tenderá a reducir la mortalidad, la que aún es muy alta en algunos grupos de edad y en ciertos sectores de la población. Por otra parte, todo hace pensar que la alta fecundidad actual no se reducirá significativamente en un futuro próximo, por lo que el efecto neto de los programas sanitarios en el crecimiento demográfico será mantenerla alta y, eventualmente, aumentarla.

Fecundidad y salud

Basándose en los deficientes registros de nacidos vivos en América Latina, la situación de la fecundidad puede resumirse en la siguiente forma: (2)

- a) Con excepción de la Argentina, Uruguay, Chile y Cuba, los países de la región tienen tasas de natalidad tan altas que exceden el nivel de 40 por mil y, en algunos casos, llegan a 50 por mil o más.
- b) A lo largo de este siglo, excepto en los países anteriormente mencionados, no se han registrado descensos significativos en la natalidad.
- c) Las alzas que se registran pueden atribuirse, en general, a perfeccionamiento de los registros, aunque en algunos casos podrían estar reflejando aumentos de la fecundidad.

Cuadro 2

INDICADORES DEMOGRAFICOS Y DE SALUD EN AMERICA LATINA, ALREDEDOR DE 1960

Países	Población (en miles) (1960)	Tasas (por mil habitantes)		Tasas de crecimiento anual (%) 1955-1960	Esperanza de vida al nacer	Número de médicos por 10 000 hab.	Número de camas hos- pitalarias por 1 000 hab.	Porcentaje de defunciones de menores de 5 años con res- pecto al total de defunciones	Tasa de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos
		Natalidad	Mortalidad						
	a/	b/	c/	d/	e/	f/	g/	h/	i/
Argentina	20 669	22,3	8,1	1,8	66,0	14,9	6,2	20,1	59,0
Bolivia	3 696	41-45	20-25	2,2	42,5	2,6	1,9	-	-
Brasil	70 309	43-47	11-16	3,1	54,0	3,8	3,0	38,81/	-
Colombia	15 468	43-46	14-17	2,8	50,5	4,6	2,9	49,8	68,5
Costa Rica	1 206	50,2	8,6	4,2	59,0	4,4	5,8	52,2	76,7
Cuba	6 797	35,1	6,8	2,1	59,0	8,3	5,9	-	-
Chile	7 791	34,8	12,0	2,4	57,1	5,9	4,7	42,7	119,3
Ecuador	4 317	45-50	15-20	3,2	50,5	3,5	1,9	56,8	104,0
El Salvador	2 490	49,9	11,0	3,0	50,0	2,0	2,5	50,0	72,5
Guatemala	3 765	49,5	17,5	2,9	43,0	2,4	2,6	50,5	91,3
Haití	4 140	42-50	20-28	2,2	40,5	0,9	0,6	-	-
Honduras	1 950	45-50	15-20	3,3	47,5	2,1	1,7	44,8	43,6
México	36 046	46,0	11,5	3,1	59,0	5,5	0,8	46,2	71,3
Nicaragua	1 477	45-52	12-17	3,5	52,5	3,5	2,3	45,1	54,6
Panamá	1 021	41,0	9-13	2,7	56,5	4,6	4,1	40,8	42,7
Paraguay	1 768	45-50	12-16	2,5	54,0	5,8	2,3	33,8	86,3
Perú	10 025	42-40	13-18	2,6	51,5	5,7	2,3	46,9	83,4
Rep. Dominicana	3 030	48-54	16-20	3,2	47,0	1,5	4,1	57,7	102,3
Uruguay	2 491	21,5	8,6	1,2	66,5	10,6	4,9	13,5	-
Venezuela	7 331	45-50	10-15	3,9	55,0	7,3	3,5	40,3	48,0

Fuentes: a/ Comisión Económica para América Latina: Boletín Estadístico de América Latina, Vol. III, Nº 1, febrero, 1966.

b/ y c/ Miró, Carmen A.: La población de América Latina en el siglo XX. Centro Latinoamericano de Demografía, Serie A, Nº 48, agosto, 1965.

d/ Naciones Unidas: El desarrollo económico de América Latina en la post-guerra. Naciones Unidas, Nueva York, nov., 1963.

e/ Somoza, Jorge: Argentina, Chile y México, 1960: Niveles y tendencias de la mortalidad en América Latina, expresados en función de la edad. Congreso Mundial de Población, Belgrado (Yugoslavia), 20 agosto-10 septiembre 1965. Documento WPC/MP/98. Para los restantes países, estimaciones de la Comisión Económica para América Latina para el período 1955-1960.

f/, g/, h/ e i/ Organización Panamericana de la Salud: Las condiciones de salud en las Américas 1961-1962. Publicaciones científicas Nº 104, Washington, agosto, 1964.

j/ Estado de Sao Paulo.

Salvo en la Argentina y el Uruguay, en todos los demás países de América Latina las tasas brutas de reproducción son superiores a 2, y para 11 de ellos, este indicador es superior a 3.(8)

Los factores que regulan el nivel y las diferencias de la fecundidad en los países latinoamericanos son objeto de un estudio intensivo desde hace pocos años. Publicaciones de las Naciones Unidas (8) han señalado que en algunos países la fecundidad alta puede vincularse en parte a la persistencia de valores sobre la fecundidad de las culturas aborígenes, en tanto que en otros países ha habido una asimilación de culturas europea y africana, aportadas por la inmigración.

Nuestro conocimiento actual del problema es restringido y se limita en general a las poblaciones urbanas. Una encuesta de fecundidad (9) realizada en siete ciudades capitales en 1963-64, confirma que el nivel de fecundidad es alto, haciendo abstracción de Buenos Aires, ya que la Argentina es un país de avanzada transición demográfica. El promedio de nacidos vivos oscila entre 2,7 y 3,3 alcanzando al 3,2 - 4,6 en los grupos de población de menor nivel educativo. En ninguna de las ciudades estudiadas parece existir una definida relación entre el grado de religiosidad y la fecundidad. De un 37,5 por ciento a un 65 por ciento de las mujeres declararon haber utilizado alguna vez anticonceptivos; pero los métodos usados son, en general, los menos eficaces. Los valores sobre fecundidad siguen siendo, en la mayoría de las ciudades, aquellos propios de sociedades tradicionales: el número ideal de hijos para cinco ciudades fluctúa entre 3,5 y 4,2.

Es evidente que en algunos países el aborto ilegal se está extendiendo como expresión del deseo de limitar la natalidad. En Chile, entre 1937 y 1960, el número de partos hospitalarios aumentó en 1,7 veces, en tanto que los abortos hospitalizados subieron 4,4 veces. Encuestas especiales efectuadas en Santiago de Chile (10) (11) demostraron que el 23,4 por ciento de los embarazos terminan en aborto. De acuerdo con las encuestas hechas en tres ciudades urbanas se estima que en Chile por cada dos nacidos vivos se induce un aborto.

Una recopilación de los estudios acerca de la incidencia del aborto inducido en América Latina, revela en todos ellos una tasa variable. En general, como se aprecia en el cuadro 3, los países que tienen una tasa de natalidad más alta son los que muestran cifras menores. A medida que este índice de la fecundidad disminuye, la incidencia del aborto inducido aumenta. Aun cuando estos estudios tienen limitaciones, se puede en general suponer que el principal método de control de natalidad en práctica es el aborto voluntario.(12) Lo que, además, que la motivación en favor del planeamiento de la familia puede ser mayor de lo que se cree.

Desde otro punto de vista, el aborto ilegal ha llegado a constituir un serio problema de salud pública en varios países latinoamericanos. Un estudio de abortos hospitalarios, realizado en Chile en 1962, (13) demostró que ellos alcanzan al 8,1 por ciento de los egresos hospitalarios del Servicio Nacional de Salud. Por cada 100 partos hospitalarios, hubo 24,3 abortos en Santiago, mientras en otras provincias esta cifra se eleva al 34,4 por ciento.

Por otro lado, puede suponerse un futuro aumento del aborto ilegal en aquellas comunidades donde se desee el control de la natalidad y no se disponga de medios y conocimiento para el uso de anticonceptivos. (14)

De acuerdo con los patrones culturales de la región, especialmente en lo relacionado con creencias religiosas, parece improbable que la legalización del aborto pueda ser una solución factible para este problema, en contraste con la experiencia obtenida en algunos países europeos y asiáticos. Esta es la principal razón para la promoción de programas de difusión de anticonceptivos, a pesar de que la experiencia ha demostrado que dichos programas no bastan para eliminar totalmente el aborto ilegal. En todo caso, estimamos que la legalización del aborto -en aquellos países en que fuera posible- debería considerarse como medida complementaria.

Más allá de la prevención del aborto, la difusión del uso de anticonceptivos es necesaria por respeto al derecho indiscutible de los padres para decidir libremente sobre el número de hijos que deseen tener y oportunidad de su nacimiento. Para extensos sectores de América Latina, este derecho no ha sido una realidad y el uso de medios anticonceptivos eficaces ha sido privilegio de las clases media y alta, beneficiadas de un mayor nivel educativo y económico.

Es muy diferente proponer el planeamiento familiar como un medio para reducir la natalidad y, así, favorecer el desarrollo socioeconómico. Los bajos niveles de vida que prevalecen en la mayor parte de América Latina están determinados por ineficientes estructuras económicas, sociales y políticas que condicionan, entre otras características, una muy desigual distribución del ingreso, una concentración del poder económico en pequeños grupos, la persistencia de una estructura feudal y una baja productividad en la agricultura, condiciones desfavorables de intercambio en el mercado internacional, desarrollo industrial insuficiente, etc.

En este contexto, los programas de control de la natalidad son de efecto muy limitado como para alcanzar un aumento sustancial del bienestar de toda la población. En todo caso, no subsanan el problema de la desigualdad en la distribución de este bienestar y de oportunidades, el cual es uno de los problemas fundamentales de Latinoamérica. El control de la natalidad alcanza un significado real si se acompaña de los cambios de fondo en la estructura socioeconómica de estos países y de una efectiva política de desarrollo.

Más aún, si tales condiciones fueran posibles, deberíamos esperar que el mejoramiento del nivel de vida de los sectores mayoritarios -que en la actualidad es muy bajo- se acompañe, naturalmente, de una reducción de la fecundidad. Por otro lado, la experiencia ha demostrado la dificultad de establecer programas eficientes de planeamiento familiar en comunidades de muy bajo nivel de educación, ya que una acción eficaz implica la inducción de complejos cambios de actitud hacia la fecundidad.

Quadro 3

TASAS DE NATALIDAD, TOTAL DE EMBARAZOS, NUMERO Y PROPORCION DE ABORTOS INDUCIDOS EN DIVERSOS PAISES LATINOAMERICANOS CON ESTUDIOS NO HOSPITALARIOS Y HOSPITALARIOS

Países	Tasa de natalidad ^{a/}	Tasa bruta de reproducción	Total embarazos	Abortos inducidos	
				Número	Porcentaje
<u>No hospitalarios</u>					
México	46,0	3,1	6 118	797	13,0
Perú	46,0	3,1	1 662	84	5,0
Colombia	44,0	2,9			
Cali			10 284	1 303 ^{c/}	12,6
Candelaria			885	109 ^{c/}	12,3
Manizales			9 838	1 351 ^{c/}	13,7
Popayán			5 404	571	10,4
Cartagena			10 223	231	2,3
Chile	35,5	2,2			
Armijo-Monreal			4 577	762	16,6
Requena			2 617	608	23,2
Uruguay ^{b/}	22,1	1,3	200 000	150 000	75,0
Argentina	22,3	1,4	1 522	741	48,7
<u>Hospitalarios</u>					
Honduras	54,0	3,6	16 896	2 786 ^{d/}	16,5
Costa Rica	50,2	3,5	72 549	5 570	7,7 ^{f/}
Guatemala ^{e/}	49,5	3,4	34 284	4 937	14,4-17,2 ^{e/}
Venezuela	45,1	3,1	35 934	8 888	24,7
Brasil	43,0	3,0	10 457 ^{g/}	1 594	15,2
Panamá	41,0	2,7	1 683	585	34,8

a/ Boletín de Población de Naciones Unidas, N° 7, 1963, cuadro 5.1.

b/ Cifras estimadas basadas en datos forenses y policiales de consumo de anestésicos y de información de pacientes en maternidades públicas y privadas.

c/,d/ No se ha hecho distinción entre abortos inducidos y espontáneos. Es el total de abortos.

e/ Incluye todo el país. La cifra para áreas urbanas sube a 12,4 y la de los cantones rurales baja a 6,0 por 100 embarazos.

f/ El autor estimó que se podría aceptar como subestimados los abortos en 50 por ciento y esta cifra es el cálculo acorde con esa suposición.

g/ Los datos sobre aborto y embarazos provienen de estadísticas de egresos hospitalarios, excepto los datos correspondientes a Panamá que fueron obtenidos de encuesta retrospectiva a mujeres que ingresaran por aborto.

Nada de lo dicho debe interpretarse como una opinión en contra de la extensión del uso de anticonceptivos en América Latina, sino como una clarificación del alcance y el propósito de tales medidas. Desde el punto de vista de la Salud Pública, la planificación de la familia es una respuesta al problema del aborto ilegal y una medida para satisfacer el derecho de los padres a regular su propia familia. Si, por otra parte, se alcanza una real disminución de la natalidad, esta reducción contribuirá a mejorar la atención de muchas necesidades sanitarias de la población, que en la actualidad no son atendidas adecuadamente.

Situación y perspectivas de la mortalidad

Naciones Unidas ha hecho notar que "el gran campo de variación de lastasas de mortalidad es una de las manifestaciones de la amplia diversidad en que vive el pueblo latinoamericano. Esta región no está tan subdesarrollada como desigualmente desarrollada".(15)

Somoza (16) ha demostrado que en algunos países de la región se han alcanzado niveles de mortalidad moderadamente bajos, con expectativas de vida de 63 años para hombres y 69 años para mujeres. Sin embargo, en otros países, prevalecen altas mortalidades, con esperanza de vida al nacer de 43,5 años, con poca diferencia entre ambos sexos.

Recientemente se ha observado un marcado descenso de la mortalidad en algunos países de la región, a menudo desde niveles altos, siendo superior este descenso en las edades tempranas. La disminución de la tasa cruda de mortalidad entre 1950-54 y 1955-60, fue de un 20 por ciento o más en 12 de los 20 países.

Si consideramos que las tasas de mortalidad son aún altas en algunos países, especialmente en edades tempranas, podemos esperar todavía su reducción. Naciones Unidas (15) opina que en los países insuficientemente desarrollados, los progresos que se hagan en la década 1960-70, podrían ser equivalentes a los realizados desde la segunda guerra mundial.

En algunos países, sin embargo, en donde se ha alcanzado un nivel intermedio de mortalidad, se ha observado un estancamiento o una disminución importante en la rapidez del descenso de estas tasas, a pesar de que persiste una proporción significativa de defunciones debidas a causas evitables; lo cual señala la importancia de mejorar las condiciones de vida, como se comenta más adelante.

Estructura por edades de la población y salud

La persistencia de una alta fecundidad y, en menor medida, la reducción de la mortalidad temprana en América Latina, condiciona una estructura joven de la población. Prácticamente el 40 por ciento de la población corresponde a menores de 15 años; proporción que en algunos países, sube hasta un 48 por ciento.

En este aspecto, existe una doble interacción de factores sanitarios y demográficos. Van den Boomen (17) ha demostrado que en los países latinoamericanos, existe una relación entre el aumento de la población menor de 15 años —entre dos censos— y la reducción de las tasas de mortalidad infantil en los dos períodos inmediatamente anteriores al censo. Esto señala, hasta cierto punto, una repercusión demográfica de los programas de salud.

A la inversa, la estructura joven de la población significa que millones de niños, en la edad más vulnerable de la vida, se exponen a un ambiente físico y social especialmente dañino para la salud, lo que se traduce en altas mortalidad y morbilidad. Por ser muy numerosos y porque enferman mucho, la población infantil en Latinoamérica crea una necesidad de atención médica que pesa severamente en los servicios de salud, a los cuales se les asigna recursos limitados a consecuencia del propio subdesarrollo.

La mayoría de los países de la región no ha logrado resolver este problema. En Chile, por ejemplo, el Servicio Nacional de Salud destinaba, en 1961, para la atención de niños y embarazadas, el 27 por ciento de su presupuesto, el 23 por ciento de sus camas y el 48 por ciento de sus consultas médicas. A pesar de ello, la mortalidad infantil alcanzó a 99,8 por mil en 1965 y el 27 por ciento de los partos no registra atención profesional.

Las propias condiciones de subdesarrollo imponen restricciones a la extensión y efectividad real de los programas sanitarios. Se ha demostrado que en Chile la mortalidad infantil que es de 57 por mil en la clase media, sube a 102 por mil en la clase obrera y alcanza a un 157 por mil en los hijos de obreros que no reciben atención médica. (18)

Distribución geográfica de la población y salud

Aproximadamente el 54 por ciento de la población de América Latina vive en localidades de menos de 2 000 habitantes. (19) Desde el punto de vista de la Salud Pública, esto significa que más de 110 millones de personas tienen el bajo nivel de vida y salud de nuestras comunidades rurales en regiones donde, generalmente, la baja densidad y las dificultades de transporte hacen más difícil proporcionar atención médica adecuada. La verdad es que la América Latina rural sigue viviendo, en su mayor parte, en el pasado, sin compartir los beneficios del desarrollo económico y social moderno.

Además, la población rural ha crecido en un 1 por ciento anual en la última década en tanto que la población urbana ha aumentado en un 4,2 por ciento.(20) El crecimiento desmesurado se concentra en las grandes ciudades: si Bogotá y Caracas siguieran aumentando de 6 a 7 por ciento anual, como ha estado sucediendo, podrían duplicar su población en sólo 10 años. En 1940, sólo cuatro ciudades latinoamericanas sobrepasaban el millón de habitantes; en 1960 sumaban 10, de las cuales 9 eran capitales de sus respectivos países.(21)

Las encuestas efectuadas demuestran que este crecimiento urbano se origina en las fuertes migraciones desde el campo y ciudades menores. Aparentemente, los migrantes llegan a las grandes ciudades en busca de oportunidades, dadas la baja productividad agrícola y la alta natalidad rural. Por otra parte, los migrantes tienen un nivel educativo inferior y la proporción de mano de obra no calificada es superior en ellos que en los nacidos en medios urbanos. Desgraciadamente, las ciudades no han experimentado un progreso tan rápido como el aumento de esta migración. De acuerdo con los datos de Naciones Unidas,(22) del 10 por ciento al 30 por ciento de las viviendas de las principales ciudades de la región no disponen de agua potable, luz y alcantarillado. En la periferia de las grandes ciudades se han levantado poblaciones marginales, cuyas condiciones de saneamiento son increíblemente precarias.

Desde el punto de vista de la salud pública, el crecimiento desmesurado de las grandes ciudades ha significado un incremento enorme en la demanda de atención médica urbana, difícil de satisfacer a pesar de la concentración de recursos sanitarios en las grandes ciudades latinoamericanas. Por otro lado, existe la posibilidad de que los migrantes rurales a las grandes ciudades -aun viviendo en inferiores condiciones que la población nacida en el lugar- tengan acceso a mejores niveles de vida y salud del que podían alcanzar en sus atrasadas comunidades rurales de origen.

Todo señala el enorme problema al que deben enfrentarse los servicios de salud de América Latina, para el mejoramiento adecuado de los niveles de salud, tanto de las grandes ciudades como de las postergadas comunidades rurales.

Consideraciones generales

Estas breves consideraciones sobre la situación demográfica y sanitaria de América Latina, muestran la compleja interrelación existente entre los dos aspectos. Ante la magnitud del problema -tanto actual como futuro- es urgente la necesidad de planes nacionales de salud efectivos y realistas, como parte de los programas globales de desarrollo socioeconómico, teniendo siempre presente la cambiante situación demográfica.

Más aún, se hace necesario que la profesión médica -entre otras- tenga conciencia de las múltiples interrelaciones entre la salud y las tendencias demográficas como, también, del desarrollo de investigaciones multidisciplinarias en lo que a estos aspectos se refiere. Con este propósito, la Escuela de Salubridad de Chile, la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano de Demografía han aunado sus esfuerzos para el desarrollo de la enseñanza y programas de investigación en Salud y Dinámica de Población en Santiago de Chile, los que están en plena acción desde 1966.

REFERENCIAS

1. NACIONES UNIDAS, Comisión Económica para América Latina, Boletín Estadístico de América Latina, Vol. III, N° 1, febrero de 1966.
2. Miró, Carmen A., La población de América Latina en el siglo XX. Primera Asamblea Panamericana de Población, Cali, Colombia, agosto de 1965. CELADE, Serie A, N° 48, 1965.
3. NACIONES UNIDAS, Preliminary report on world population prospects as assessed in 1963. ST/SQA/Ser.R/7, 1964.
4. Oficina Sanitaria Panamericana, Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones sanitarias en las Américas, Washington, D.C., junio, 1958.
5. Díaz, S.; Montoya, C. y Vera, M., El gasto médico en Chile. Primera Asamblea Regional de la Asociación Médica Mundial. Santiago de Chile, 1965.
6. NACIONES UNIDAS, Comisión Económica para América Latina. Economic Survey of Latin America, 1963. E/CN.12/696, Nueva York, 1964, cuadro 1.
7. Hauser, Philip M., "War Population and the War for Men's Minds", in Birth Rate and Birth Right, edited by Marian Maury, Macfadden-Bartell Corporation, New York, 1963.
8. NACIONES UNIDAS, Boletín de Población de las Naciones Unidas, N° 7, 1963, Nueva York, 1965.
9. Miró, Carmen A., Un programa de encuestas comparativas de fecundidad en América Latina: refutación de algunos conceptos erróneos. Conferencia sobre Planeamiento Familiar, Ginebra, 1965. CELADE, Serie A, N° 49, 1965.
10. Armijo, R. y Monreal, T., Epidemiología del aborto provocado en Santiago, Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, 1963.
11. Requena, M., "Social and Economic Correlates of Induced Abortion, Santiago, Chile", Demography, Vol. 2:33, 1965.
12. Entre el material de estudios hospitalarios debe mencionarse:
 - a) Angulo-Arvelo, L., "Incidencia del aborto en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas" en Tribuna Médica, Vol. 100, julio 1965, Caracas, Venezuela.
 - b) Lavergne, H. y Médica, V., Estudio preliminar del aborto en la clase popular de Panamá. Publicación limitada.
 - c) Santeso, R., El aborto ilegal como problema de salud.

- d) Bustamante, J., El aborto como problema de salud individual y pública.
- e) Castillo, A.E., Aborto criminal como problema social.
- f) Faraj, E., El aborto ilegal como problema de salud en Honduras.

Los trabajos c), d), e) y f) fueron presentados al Seminario de Planificación Familiar de Panamá y Centroamérica, junio 1966, Tegucigalpa, Honduras.

Los estudios no hospitalarios, realizados no con muestras de la comunidad son:

- g) Aldana, A., El aborto provocado. Problema de salud pública. Presentado a la XVI Reunión Anual de los Higienistas Mexicanos.
- h) Rozada, I., La situación del aborto voluntario en Uruguay. Posibles soluciones.
- i) Gómez, F.N., Investigación sobre aborto ilegal y planificación de familia en el Centro Municipal de Sexología (Hospital Rawson, Buenos Aires, Argentina).

Los trabajos h) e i) fueron presentados a la IV Conferencia de la International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region, en San Juan, Puerto Rico, abril 1964.

- 13. Plaza, S. y Briones, H., "El aborto como problema asistencial". Revista Médica de Chile, Vol. 91:294-297, Santiago, abril, 1963.
- 14. Requena, M., Condiciones determinantes del aborto inducido. CELADE, Serie A, N° 62, 1966.
- 15. NACIONES UNIDAS, Boletín de Población de las Naciones Unidas, N° 6, 1962. Nueva York, 1963.
- 16. Somoza, J., Niveles y tendencias de la mortalidad en América Latina, expresados en función de la edad. Congreso Mundial de Población, Belgrado (Yugoeslavia), 30 de agosto al 10 de septiembre de 1965, WPC/WP/98.
- 17. Van den Boomen, J., Population and Labour Force in Selected Latin American Countries. Congreso Mundial de Población, Belgrado (Yugoeslavia), 30 de agosto al 10 de septiembre de 1965, WPC/WP/437.
- 18. Hehm R, H., Mortalidad infantil y nivel de vida. Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago, 1962.
- 19. NACIONES UNIDAS, Comisión Económica para América Latina. El desarrollo económico de América Latina en la post-guerra. Nueva York, noviembre, 1963.
- 20. Population Reference Bureau, Inc., "Urbanismo en marcha en la América Latina". Population Profile, Washington, 5 de julio, 1963.
- 21. Elizaga, J.C., Urban-Rural Pattern of Population Distribution in America and Changes in this Pattern during the last two Decades. CELADE, Serie A, N° 14, 1964.
- 22. NACIONES UNIDAS, Report on the World Social Situation. New York, 1957.