

AMERICA LATINA: TENDENCIAS DEMOGRAFICAS CON ENFASIS EN LA MORTALIDAD

Juan Chackiel (CELADE)

Renate Plaut (OPS, Washington, D.C.)

RESUMEN

El objetivo del artículo es presentar un marco general de la situación y de las tendencias demográficas de los países de América Latina desde 1950, con especial énfasis en la mortalidad, haciendo hincapié en la diversidad de situaciones entre los países y al interior de ellos. De acuerdo a la posición que ocupan en el proceso de transición demográfica al final de la década de 1980, se identifican cuatro grupos de países: con transición incipiente, moderada, en plena transición y avanzada.

Los importantes descensos en la mortalidad, principalmente en las edades tempranas, están ligados a cambios en los perfiles epidemiológicos que se caracterizan por una mayor importancia relativa de las muertes por enfermedades no transmisibles y causas externas, propias de edades adultas, y un menor peso de enfermedades infecciosas y parasitarias. También el proceso de envejecimiento de la población contribuye a estos cambios epidemiológicos, por la importancia cada vez mayor de la población en edades adultas y avanzadas. Sin embargo, en la mayoría de los países de la región existen aún excesos de muertes, que afectan principalmente a los sectores más desfavorecidos de la sociedad, donde persisten causas de muertes que son totalmente evitables en la actualidad.

En los comentarios finales se anota que los responsables de las políticas de salud enfrentan el doble desafío de tratar con las causas y consecuencias de una creciente y cada vez más costosa carga de mala salud en una población adulta en aumento y, al mismo tiempo, de tener que seguir luchando contra los problemas de la infancia, los que a la luz del conocimiento actual y la tecnología disponible deberían haber sido resueltos tiempo atrás.

(TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD) (TRANSICION DEMOGRAFICA)
(MORTALIDAD DIFERENCIAL) (CAUSAS DE MUERTE)
(COMPOSICION DE LA POBLACION)

LATIN AMERICA: DEMOGRAPHIC TRENDS WITH EMPHASIS ON MORTALITY

SUMMARY

The paper presents the Latin American demographic situation and trends since 1950, with special emphasis on differential mortality across and within countries. Four groups of countries are identified, according to the stage of the demographic transition in the late 1980s: incipient, moderate, full and advanced transition countries.

The large declines in mortality, specially those at young ages, are linked to changes in epidemiological profiles which imply a greater relative importance of non-transmissible diseases and a lesser role of infectious and parasitic diseases. Population ageing also contributes to these changes due to the increased fraction of adult and elderly population. In the majority of countries, excessive mortality due to avoidable causes is still present among the poor.

Health policy-makers must confront the double challenge of improving adult health in the face of increasingly costly treatments, and continuing to deal with infant and child health problems which should have been solved by now with the help of currently available technologies.

(MORTALITY TRENDS)
(DIFFERENTIAL MORTALITY)
(POPULATION COMPOSITION)

(DEMOGRAPHIC TRANSITION)
(CAUSES OF DEATH)

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como propósito analizar la situación y tendencias demográficas con el fin de servir de marco de referencia global para situar de mejor manera el contexto en el que se desarrollan los procesos de evolución de la mortalidad, sus causas y la formulación de lineamientos para el diseño de políticas para su prevención.

En el capítulo I, se describen las tendencias generales y los cambios más importantes que han ocurrido en las últimas décadas, destacando la diversidad de situaciones entre los países de la región, lo que lleva a la confección de una tipología de los mismos en función de la etapa que atraviesan en el proceso de transición demográfica.

Luego, en el II, se realiza un análisis de la situación de América Latina en cuanto a la distribución actual de la población por edades y sus perspectivas futuras.

El capítulo III está dedicado a analizar el fuerte proceso de urbanización que ha ocurrido en la región, el cual se relaciona estrechamente con el proceso de transición demográfica, siendo considerado incluso como uno de los factores importantes para comprender los cambios de la fecundidad y la mortalidad.

Así como se observa un comportamiento demográfico heterogéneo entre países, también existen fuertes contrastes al interior de ellos. Las desigualdades sociales se expresan en diferencias en las tendencias demográficas según sectores de población, lo que se pone de manifiesto en el capítulo IV. Estas diferencias se ilustran a través de las variables más documentadas: la fecundidad y la mortalidad infantil.

A partir del V, se profundiza el análisis de las tendencias de la mortalidad. Se describen los comportamientos de esta variable tanto en su tendencia general, medida a través de la esperanza de vida al nacer, como de las estructuras por sexo, edades y causas de muerte, señalando los patrones de evolución y las situaciones emergentes.

En el capítulo VI, se tratan los excesos de mortalidad en países de la región con diferentes niveles de esperanza de vida al nacer, respecto a un modelo compuesto con las más bajas tasas de mortalidad observadas.

Finalmente, se incluye un capítulo de comentarios que tienen como propósito rescatar algunas ideas que surgen del diagnóstico presentado.

I. SITUACION GENERAL

El 11 de julio de 1987, nuestro planeta alcanzaba la cifra de 5 000 millones de habitantes y desde entonces se han incorporado otros 480 millones. La población de América Latina, con 447 millones en 1992, constituye, entonces, menos de un 10 por ciento del total mundial. Esta situación no variará sustancialmente hacia el final del siglo, en que su población alcanzará alrededor de 510 millones, creciendo a una tasa un poco superior al promedio mundial. Solamente seis países de Latinoamérica concentran casi el 80 por ciento de su población, o sea 351 millones de personas. Ellos son: Brasil con un poco más de 153 millones, México con 88 millones, Argentina y Colombia con más de 33 millones, Perú con 22 y Venezuela con 20 millones. Los otros 14 países se distribuyen los restantes 95 millones (cuadro 1).

Por tanto, América Latina se encontraría en la tercera etapa de la transición demográfica, en que la mortalidad ya ha tenido descensos importantes y donde ahora lo está haciendo la fecundidad. Esto explicaría que su tasa de crecimiento medio anual haya alcanzado el máximo a comienzos de la década de 1960 (2.9%) y que luego haya descendido a 2.1% en el decenio de 1980. El crecimiento esperado para la década en curso será de 1.7 por ciento anual, lo que implica que se agregarán 80 millones de habitantes hasta el año 2000. El hecho de que la región continúe creciendo a tasas relativamente elevadas se debe a que, por la alta fecundidad del pasado, existe una inercia producida por el fuerte contingente de mujeres en edades de procrear lo cual conduce a un elevado número de nacimientos, pese al menor número de hijos por mujer que se observa en la actualidad.

Las tendencias demográficas desde 1950 hasta la década de 1970 fueron acompañadas de un crecimiento sostenido de la economía en la mayoría de los países, lo que se expresa a través del aumento del producto interno bruto per cápita que pasó de U\$S 950 en 1950 a U\$S 2 070 en 1980. Este hecho creó importantes expectativas de mejoría en las condiciones de vida de los diversos sectores de la sociedad. Es en este contexto en el que, debido entre otros factores a políticas más o menos explícitas de planificación familiar, se inicia la reducción del número promedio de hijos por mujer.

La crisis económica que afecta la región desde finales de la década de 1970 lleva entre 1980 y 1989 a un descenso sostenido del producto interno bruto per cápita. Esta situación, que por supuesto no es homogénea entre los países, generó un deterioro en los niveles de vida de la población y un aumento de los niveles de pobreza e indigencia (CEPAL, 1990). Cabe destacar que en los momentos en que se produce con más fuerza la crisis, la mayor parte de los países ya se encontraba pasando por un proceso de transición demográfica, el que aparentemente no sufre alteraciones por ese hecho.

Cuadro 1

POBLACION TOTAL POR PAISES 1980-2000
(en miles)

Países	1980	1985	1990	1995	2000
América Latina	349 198	389 520	430 182	471 025	510 939
Argentina	28 237	30 331	32 322	34 264	36 238
Bolivia	5 581	6 342	7 171	8 074	9 038
Brasil	121 286	135 364	149 042	161 382	172 777
Colombia	26 525	29 481	32 300	35 101	37 822
Costa Rica	2 284	2 642	3 034	3 424	3 798
Cuba	9 679	10 078	10 608	11 091	11 504
Chile	11 145	12 122	13 173	14 237	15 272
Ecuador	8 123	9 309	10 547	11 822	13 090
El Salvador	4 525	4 739	5 172	5 768	6 425
Guatemala	6 917	7 963	9 197	10 621	12 222
Haití	5 353	5 865	6 486	7 180	7 959
Honduras	3 662	4 383	5 138	5 968	6 846
México	67 046	75 594	84 486	93 670	102 555
Nicaragua	2 802	3 229	3 676	4 443	5 169
Panamá	1 956	2 180	2 418	2 659	2 893
Paraguay	3 147	3 693	4 277	4 893	5 538
Perú	17 295	19 417	21 550	23 854	26 276
Rep. Dominicana	5 697	6 416	7 170	7 915	8 621
Uruguay	2 914	3 008	3 094	3 186	3 274
Venezuela	15 024	17 164	19 321	21 483	23 622

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

La disminución significativa de la mortalidad y posteriormente también de la fecundidad, ha ocurrido con cierta independencia de las condiciones socioeconómicas. Por ejemplo, el descenso de la mortalidad desde la década de 1930 a la de 1970 se ha vinculado con los avances en la medicina (descubrimiento de insecticidas, antibióticos y vacunas), el saneamiento ambiental, el surgimiento de sistemas de salud pública (por ejemplo, Caja del Seguro Social en Costa Rica, Servicio Nacional de Salud en Chile) y los programas de atención dirigidos a grupos y problemas específicos, tales como salud materno-infantil.

Otro de los rasgos que caracteriza a la población latinoamericana es su grado relativamente alto de urbanización, hecho que la diferencia, desde hace mucho tiempo, de otras regiones de menor desarrollo. En 1950, el 60% de los latinoamericanos habitaba en áreas consideradas rurales, pero

en la actualidad sólo lo hace un 30% y se prevé que para fin del siglo las tres cuartas partes vivirán en zonas urbanas. Este proceso, que es parte del modelo de desarrollo concentrador que estuvo vigente en los países latinoamericanos, se considera como uno de los factores que facilitó el proceso de transición demográfica, pues permitió una más rápida difusión del sistema educativo, de nuevas pautas culturales y tecnologías modernas que facilitaron los descensos de la mortalidad y la fecundidad.

El otro componente del crecimiento de la población es la migración internacional, el que ha cobrado importancia en los últimos años en muchos países ligado a los conflictos sociales y políticos. Sin embargo, este aspecto quedará fuera del documento por su menor incidencia en el crecimiento y estructura de la población y por su mayor grado de incertidumbre en cuanto a su comportamiento futuro.

Tipología de países según la transición demográfica

Existe una diversidad de comportamientos demográficos entre los países de la región, la que también se expresa al interior de ellos entre áreas geográficas y sectores sociales. Por ejemplo, se observan, a nivel nacional, diferencias de más de 4 hijos por mujer en la tasa global de fecundidad y más de 15 años en la esperanza de vida al nacer. Estos hechos sugieren la conveniencia de utilizar algún criterio de agrupamiento de los países para facilitar el análisis de las tendencias demográficas. Para la construcción de una tipología de países se recurrirá al concepto de "transición demográfica", que alude al proceso observado en distintas sociedades consistente en la evolución desde niveles altos de fecundidad y mortalidad a una situación de bajos niveles en estas variables, lo que permite la clasificación en diferentes fases.

De acuerdo a la etapa de la transición demográfica que atraviesan los países latinoamericanos, podrían agruparse en forma empírica, con alguna excepción, de la siguiente manera:

Grupo I .Transición incipiente. Países con fecundidad y mortalidad elevadas (tasa de crecimiento medio anual de 2.5%): Bolivia y Haití.

La tasa global de fecundidad en este grupo es de más de 4.5 hijos por mujer, con una tendencia hacia una leve disminución durante el período (cuadro 2). Esta elevada tasa está ligada a factores socioeconómicos y culturales, expresados en el uso limitado de anticonceptivos por las parejas, falta de información, y, básicamente, de acceso a los procedimientos modernos. Por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud de Bolivia de 1989 muestra que el 68% de las mujeres en edad fértil conocían algún método moderno de anticoncepción, aunque sólo el 12% los usaba y el 30% utilizaba cualquier método, ya sea moderno o natural (Encuestas Demográficas y de Salud, 1991).

Cuadro 2

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE PAISES
ORDENADOS DE ACUERDO A LA ETAPA DE LA TRANSICION
DEMOGRAFICA. PERIODOS 1950-2000**

Países	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1985-90	1995-2000
América Latina	5.9	6.0	5.0	3.9	3.4	2.8
GRUPO I						
Bolivia	6.8	6.6	6.5	5.5	5.0	4.1
Haití	6.3	6.3	5.8	5.2	5.0	4.6
GRUPO II						
El Salvador	6.5	6.9	6.1	5.0	4.5	3.6
Guatemala	7.1	6.9	6.5	6.1	5.8	4.9
Honduras	7.1	7.4	7.4	6.2	5.6	4.3
Nicaragua	7.4	7.4	6.8	6.0	5.6	4.5
Paraguay	6.8	6.8	5.7	4.8	4.6	4.1
GRUPO III						
Brasil	6.2	6.2	4.7	3.8	3.2	2.4
Colombia	6.8	6.8	4.7	3.5	2.9	2.5
Costa Rica	6.7	7.0	4.3	3.5	3.4	3.0
Ecuador	6.9	6.9	6.1	4.7	4.1	3.2
México	6.8	6.8	6.4	4.3	3.6	2.8
Panamá	5.7	5.9	4.9	3.5	3.1	2.7
Perú	6.9	6.9	6.0	4.7	4.0	3.2
Rep. Dominicana	7.4	7.3	5.6	4.2	3.8	3.0
Venezuela	6.5	6.5	5.0	3.9	3.5	2.9
GRUPO IV						
Argentina	3.2	3.1	3.2	3.2	3.0	2.7
Cuba	4.1	4.7	3.6	1.9	1.8	2.0
Chile	5.1	5.3	3.6	2.8	2.7	2.6
Uruguay	2.7	2.9	3.0	2.6	2.4	2.3

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

La mortalidad, medida por la esperanza de vida al nacer, es aproximadamente de 56 años, lo que indica que, pese a los progresos significativos (desde 39 años a principios de la década de 1950), la situación dista aún mucho de lo que se ha logrado en los países desarrollados y en varios

Cuadro 3

**ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR GRUPOS DE PAISES
ORDENADOS DE ACUERDO A LA ETAPA DE LA TRANSICION
DEMOGRAFICA. PERIODO 1950-2000**

Países	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1985-90	1995-2000
América Latina	51.8	57.2	61.3	65.2	66.7	69.3
GRUPO I						
Bolivia	40.4	43.5	46.7	56.2	58.8	63.4
Haití	37.6	43.6	48.5	52.7	54.7	58.4
GRUPO II						
El Salvador	45.3	52.3	58.9	57.2	62.4	68.3
Guatemala	42.1	47.0	54.0	59.0	62.0	67.2
Honduras	42.3	47.9	54.0	61.9	64.0	67.5
Nicaragua	42.3	48.6	55.2	59.3	62.4	68.4
Paraguay	62.6	64.4	65.6	66.4	66.9	67.7
GRUPO III						
Brasil	51.0	55.9	59.8	63.4	64.9	67.5
Colombia	50.6	57.9	61.6	67.2	68.2	70.2
Costa Rica	57.3	63.0	68.1	73.8	75.3	76.8
Ecuador	48.4	54.7	58.9	64.3	65.4	67.7
México	50.8	58.6	62.9	67.1	68.8	71.5
Panamá	55.3	62.0	66.3	71.0	72.1	73.3
Perú	43.9	49.1	55.5	58.6	61.4	67.0
Rep. Dominicana	46.0	53.6	59.9	64.1	65.9	69.0
Venezuela	55.2	61.0	66.2	69.0	69.7	71.0
GRUPO IV						
Argentina	62.7	65.5	67.3	69.7	70.6	72.0
Cuba	59.5	65.4	71.0	74.2	75.2	76.1
Chile	53.8	58.1	63.6	71.0	71.5	72.5
Uruguay	66.3	68.4	68.8	70.9	72.0	72.8

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

países en desarrollo. Este nivel de esperanza de vida al nacer es de 20 años menos que en la mayoría de los países más favorecidos de Latinoamérica, lo que significa un retraso de entre 30 y 40 años si se consideran las ganancias medias anuales de este indicador (cuadro 3).

Grupo II. Transición moderada. Países con fecundidad elevada y mortalidad moderada (tasa de crecimiento medio anual de 3%): El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay.

Como en el grupo anterior, la fecundidad total es elevada, con más de 4.5 niños por mujer en la mayoría de los países (cuadro 2). Las Encuestas Demográficas y de Salud también revelan el escaso uso de métodos modernos de anticoncepción aunque, en algunos países, el uso es mayor que en los del Grupo I. En el Salvador (1985), el 45% de las mujeres en edad fértil usaban anticonceptivos modernos; en Guatemala (1987), el 19%; y, en Paraguay (1990), el 24%.

El aumento de la esperanza de vida al nacer, con valores mayores a los observados en el Grupo I, es típico de esta etapa de transición, aunque los niveles sean todavía característicos de los países menos desarrollados. En el período 1985-1990, este indicador se estimó en 63 años, es decir, cerca de 10 años más que en el Grupo I, pero 9 años menos que en la mayoría de los países del grupo avanzado (cuadro 3).

Grupo III. Países en plena transición. Países con una fecundidad moderada y una mortalidad baja y moderada (tasa de crecimiento medio anual de 2.2%): Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela.

Este grupo cuenta con la mayoría de la población latinoamericana, dado que está compuesto por la mitad de los países de la región y, entre éstos, aquellos con la población más numerosa. Este mismo hecho significa que hay comportamientos heterogéneos dentro del grupo, lo que puede verse, por ejemplo, en que la tasa anual media de crecimiento varía desde un 2% a un 2.6%.

Lo más notable que se detecta en este grupo, es el pronunciado descenso de la fecundidad en los últimos 25 años. La tasa global de fecundidad bajó desde 6.5 hijos por mujer a 3.5 en ese período, es decir, una disminución promedio de un 46%. En algunos casos, como en Costa Rica, Colombia y República Dominicana el descenso fue de alrededor de 50% (cuadro 2). En los países donde el cambio en las tasas de fecundidad fue mayor, el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres en edad fértil es cercano al 100%. Excepto en Perú y Ecuador, los que todavía tienen tasas globales de fecundidad de más de 4 hijos por mujer, el uso de anticonceptivos modernos es de más de un 45% (Encuestas Demográficas y de Salud, 1991).

Este grupo, que como se mencionó más arriba, es representativo del promedio latinoamericano, muestra un aumento de 14 años en la esperanza de vida al nacer en los últimos 25 años, alcanzando los 67 años. En términos de este indicador, hay gran diversidad entre los países, con algunos casos que pertenecen más apropiadamente al grupo anterior. Los países más avanzados son Costa Rica y Panamá, que de acuerdo con la es-

peranza de vida lograda, se parecen más al grupo siguiente, que está más avanzado en el proceso de transición demográfica (cuadro 3). Algunos países de este grupo alcanzarán una expectativa de vida de 70 años para fines de siglo, valor que ha sido establecido como meta por la Organización Mundial de la Salud en su plan de acción "Salud para todos en el año 2000" (OPS-OMS, 1980).

Grupo IV. Transición avanzada. Países con baja fecundidad y mortalidad baja y moderada (tasa de crecimiento medio anual de 1%): Argentina, Chile, Cuba y Uruguay.

Entre los países más avanzados en la transición, los casos de Cuba y Chile se deben distinguir claramente de aquellos de Argentina y Uruguay. Mientras que estos dos últimos han tenido bajas tasas de natalidad y tasas de mortalidad moderadas por bastante tiempo, en Cuba, y particularmente en Chile, el progreso más importante sólo se ha logrado recientemente. Esto, unido al hecho de que Cuba es uno de los países con más alta esperanza de vida en Latinoamérica (cuadro 3), explica por qué tiene una tasa bruta de mortalidad significativamente más baja, pues, además, a causa de los recientes descensos en la fecundidad (cuadro 2), su población se concentra en edades de bajas tasas de mortalidad. Por el contrario, Argentina y Uruguay tienen tasas brutas de mortalidad mayores, debido en parte al hecho de que tienen estructuras por edades envejecidas, producto de una fecundidad históricamente baja.

El valor actual de la tasa global de fecundidad en Cuba, de 1.8 hijos por mujer, lo colocaría en la posición de no poder reemplazar a su población, lo que a largo plazo podría conducir a un crecimiento natural negativo. Esto no ha ocurrido hasta la fecha, debido a la inercia de su estructura por edad que, como se mencionó, concentra muchas mujeres en edad fértil, produciendo una tasa mayor de natalidad de lo que su valor intrínseco pareciera indicar.

Es importante notar que la esperanza de vida al nacer, de alrededor de 75 años, lograda por algunos países de la región, es similar al promedio en los países desarrollados. De especial interés es el hecho de que en algunos países esta tendencia ha ocurrido en ausencia de desarrollo económico y social que beneficie a todos los grupos de población.

II. LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDADES

La población por grupos de edades es quizás la información demográfica más significativa para la formulación de políticas y la elaboración de planes y programas destinados a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, entre ellas la atención en salud. De esta manera suele hablarse de grupos de edades funcionales, tales como menores de 6 años como

tramo de edades preescolar; 6-24 años, grupo de edad escolar (y dentro de este grupo se puede clasificar según los ciclos de la enseñanza); 15-64, grupo de edades potencialmente activas; 15-49 años como de las mujeres de edad fértil; 60 ó 65 años y más para la tercera edad. El libro *Las Condiciones de la Salud en las Américas* (OPS, 1990), en el capítulo sobre mortalidad, utiliza los grupos 0-4, 5-14, 15-39, 40-64 y 65 años y más, pero además realiza un análisis pormenorizado de los menores de 1 año y otros grupos de particular interés.

Es muy importante tomar en cuenta el crecimiento absoluto y relativo de la población total, pero para atender los déficits existentes y las nuevas demandas sociales es necesario conocer cómo se distribuye la población y cómo crece, de acuerdo a tramos de edades. La tendencia general, tal como era de esperarse, es al envejecimiento de la estructura etaria, entendiéndose por éste el proceso de disminución porcentual de niños menores de 15 años y el aumento progresivo del porcentaje de la población de 65 años y más. Existen varias definiciones de población adulta; para el propósito de este documento, adultos serán aquellos de 15-64 años.

El proceso de envejecimiento de los países de la región guarda una relación muy directa con la etapa de la transición demográfica en que se encuentra o, mejor dicho, la estructura por edades de la población expresa también la ubicación de cada país en el proceso de cambio demográfico. Así, en la fase inicial de la transición, que corresponde a fecundidad y mortalidad elevadas, se tiene una población con alta representatividad de niños y jóvenes y con una muy baja presencia de personas en la tercera edad. En el Grupo I, el porcentaje de menores de 15 años es de alrededor de 42 por ciento, mientras que el de 65 y más es del 4 por ciento. En este caso la población adulta es de alrededor de 55% del total (cuadro 4).

Al pasar a la etapa siguiente de la transición, en que se observan descensos de la mortalidad mientras que la fecundidad desciende muy poco (Grupo II), la población se rejuvenece, aumentando la proporción de niños. Tal fenómeno ocurre debido a que la mortalidad que más desciende es aquella que afecta a los niños de corta edad, lo que produce el mismo efecto que un aumento en la fecundidad. Esto trae como consecuencia un porcentaje menor de población en la tercera edad (3%) y de la población adulta (52%) (cuadro 4).

Los países del Grupo III, que se ha definido como en plena transición, ya muestran un porcentaje inferior de menores de 15 años (36% para 1990). Esta proporción es aún alta por efecto de la elevada fecundidad del pasado, que origina un gran número de mujeres en edad fértil. Obsérvese que el descenso de la proporción de niños se traduce en un aumento en el tramo de edades centrales (60%), mientras que el porcentaje de mayores de 65 años es de 4%.

En los países que están en la fase más avanzada de la transición se encuentra ya un porcentaje de ancianos que duplica el de los países que

Cuadro 4

**POBLACION DE 15-64 AÑOS: TAMAÑOS (EN MILES), PORCENTAJES
Y TASA DE CRECIMIENTO (POR CIEN) PARA PAISES AGRUPADOS
SEGUN ETAPAS DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA, 1960, 1990 Y 2000^a**

Países	1960			1990			2000		
	Población	%	r	Población	%	r	Población	%	r
América Latina	112 676	53.86	2.57	255 843	59.47	2.34	321 223	62.87	1.96
GRUPO I									
Bolivia	1 850	53.95	2.25	3 942	54.96	2.88	5 217	57.72	2.62
Haití	2 112	55.53	1.34	3 612	55.69	2.10	4 480	56.29	2.32
GRUPO II									
El Salvador	1 335	51.95	2.59	2 724	52.66	3.12	3 644	56.71	2.52
Guatemala	2 034	51.32	2.65	4 726	51.39	3.19	6 519	53.34	3.25
Honduras	1 017	52.55	2.92	2 679	52.15	3.49	3 792	55.39	3.27
Nicaragua	740	49.25	2.84	1 805	49.11	4.48	2 747	53.15	3.63
Paraguay	870	49.04	2.46	2 397	56.05	2.93	3 221	58.16	2.83
GRUPO III									
Brasil	38 842	53.51	2.81	90 392	60.65	2.25	112 782	65.28	1.78
Colombia	8 032	50.39	2.82	19 541	60.50	2.35	24 540	64.88	1.82
Costa Rica	611	49.40	3.49	1 799	59.29	2.77	2 347	61.80	2.39
Ecuador	2 259	51.19	2.93	6 001	56.89	2.98	7 986	61.01	2.45
México	18 377	50.31	3.01	49 227	58.27	2.63	63 247	61.67	2.19
Panamá	580	52.50	2.72	1 457	60.26	2.39	1 826	63.11	1.98
Perú	5 288	53.25	2.54	12 621	58.57	2.65	16 247	61.83	2.19
República Dominicana	1 626	50.31	2.94	4 212	58.74	2.37	5 332	61.85	2.15
Venezuela	3 860	51.45	3.38	11 417	59.09	2.80	14 914	63.13	2.17
GRUPO IV									
Argentina	13 180	63.68	1.52	19 070	60.97	1.53	22 809	62.94	1.26
Cuba	4 239	60.69	1.45	7 299	68.80	0.60	7 737	67.26	0.64
Chile	4 253	55.86	2.05	8 347	63.36	1.49	9 756	63.88	1.62
Uruguay	1 624	64.00	1.05	1 938	62.62	0.81	2 078	63.47	0.70

Fuente: CELADE, estimaciones vigentes y proyecciones de población.

^a Tasas de crecimiento correspondientes al quinquenio iniciado en el año que se menciona.

recién la inician. De acuerdo al cuadro 4, los países de este grupo tienen, en general, menos de 30% de menores de 15 años y cerca de un 10% de población perteneciente a la tercera edad; por lo tanto, alrededor de un 62% entre 15 y 64 años.

La composición de la población por edades se ha venido modificando en forma lenta. Durante la década de 1950, la región tenía una proporción de 41% de niños (primera fase de la transición), luego en el decenio de 1960 se rejuveneció por la disminución de la mortalidad en la niñez, y en la actualidad cuenta con un 36% de menores de 15 años de edad y un elevado porcentaje de adultos jóvenes (tercera fase de la transición). Por su lentitud, este proceso conduce a pensar, aun considerando que en el futuro la fecundidad continuará descendiendo en forma rápida, que todavía en el año 2010 América Latina tendrá un poco menos de 30% de niños y los países de los Grupos I y II más de 35%.

Los efectos de los cambios demográficos se notan más cuando se considera el crecimiento en valor absoluto o relativo de los distintos tramos de edades. En los países que están en la etapa incipiente y moderada de la transición, la tasa de crecimiento anual es alta y similar en todas las edades, mientras que en cifras absolutas los niños crecen hasta diez veces más que la población de la tercera edad. En los países más adelantados en la transición, se encuentra que la tasa de crecimiento de los mayores de 64 años es cuatro veces superior a la de los menores de 15 años (2% y 0.5%, respectivamente), lo que en valores absolutos significa un 30% más de aumento de personas de la tercera edad que de los niños. La población adulta (15-64), por mantener aún tasas altas de crecimiento, y por comprender un tramo más amplio de edades, es la que aumenta en un contingente mayor de personas (cuadro 4).

En términos de las demandas sociales que habrá que afrontar en la próxima década, esto significa que de la población total que aumentará América Latina en la década en curso, un 80% lo hará en el tramo central de edades (65 millones de personas). El grupo de menores de 15 años absorberá el 10% del crecimiento (8 millones) y la tercera edad una cifra similar. En este sentido, la característica más relevante del momento actual para la región es la coexistencia de demandas, por el hecho de que mientras aún no se dejan de sentir los efectos de la alta fecundidad del pasado, ya se comienzan a percibir los síntomas de las poblaciones más envejecidas. Además, es importante prever los cambios que se darán en el largo plazo y que deben ser considerados para no sufrir las experiencias negativas de países que han avanzado en la transición, pero no han podido enfrentar cabalmente las exigencias de una demanda, cada vez mayor, en relación a la seguridad social y la salud de la población adulta y de la tercera edad.

Uno de los impactos interesantes es el de la asociación que existe entre la estructura por edades de la población y el nivel y perfil epidemioló-

gico de la mortalidad que le corresponde. Más adelante, en las secciones V y VI, se analiza la asociación existente entre la distribución relativa por edades de la población y las defunciones, así como de la estructura por causas de muerte. Allí se concluye que el envejecimiento de la población es uno de los factores que inciden en el aumento de la proporción de defunciones por enfermedades crónicas.

III. URBANIZACION

El proceso de transición demográfica de América Latina se ha dado en forma paralela a un pronunciado proceso de urbanización. En pocos años, la región ha pasado de ser eminentemente rural a tener su población concentrada en áreas urbanas. En 1950, el 60 por ciento de la población vivía en áreas rurales, mientras que en la actualidad sólo lo hace un 30 por ciento y se prevé que para fin de siglo las tres cuartas partes de la población residirán en áreas consideradas como urbanas. En cifras absolutas, esto significa que en los últimos cuarenta años la población urbana se ha quintuplicado, mientras que la población rural no llegó a triplicarse.

Esta característica de alta urbanización diferencia el proceso latinoamericano del que presenta el resto del tercer mundo. Aquellos países de Asia que han tenido un fuerte proceso de transición demográfica, caracterizado por una pronunciada baja de la fecundidad, no han tenido un proceso de urbanización tan acelerado. Esto es un hecho importante, pues estaría mostrando que en Latinoamérica el proceso de transición está muy ligado a la migración hacia las ciudades, donde se adoptan nuevas pautas culturales y se tiene acceso a mayores recursos, mientras en las zonas rurales, en muchos casos, se conservan condiciones propias de altas tasas de mortalidad y fecundidad.

Las tasas de crecimiento de la población urbana han sido, y continúan siéndolo, claramente superiores a las observadas en el ámbito rural. El elevado incremento urbano proviene del crecimiento vegetativo de la población, el cual fue particularmente alto en las décadas del 50 y 60 debido al descenso pronunciado de la mortalidad, a los movimientos migratorios del campo a la ciudad y a la reclasificación de localidades, que pasaron de rurales a urbanas, de acuerdo a los criterios utilizados en cada país.

Si bien se menciona la alta urbanización como una característica de la región, al igual que los otros aspectos analizados, éste es un fenómeno promedio que expresa una tendencia general, pero dentro del cual existe una fuerte diversidad. En 1950 sólo cuatro países mostraban una condición predominantemente urbana (Uruguay, Argentina, Chile y Venezuela), mientras que en 1990 aproximadamente la mitad de los países tienen un porcentaje de población urbana superior al 70 por ciento. Solamente

cinco países se mantienen con mayor población viviendo en áreas rurales. Ellos son Haití, Guatemala, El Salvador, Honduras y Paraguay, a los cuales podrían agregarse Bolivia, Costa Rica, Panamá y Ecuador con aproximadamente la mitad de su población residiendo en dichas áreas. Brasil, Colombia, México, con alrededor de 70 por ciento de población urbana, marcan la pauta del promedio de América Latina. Como se ha mencionado, salvo excepciones, existe una alta relación entre la urbanización y el proceso de transición demográfica. De esta manera, se tiene que mientras el Grupo I muestra menos de un 40 por ciento de población urbana, en el Grupo IV se encuentra más del doble (82 por ciento de población urbana).

El ritmo de crecimiento de la población urbana, en general, ha ido disminuyendo. Este hecho podría estar ligado a los descensos de la fecundidad, que afectan el crecimiento vegetativo, y a cambios en los sentidos de la migración interna de los países. Es probable que en muchos países la tradicional migración rural-urbana esté dando paso a otro tipo de movimientos, ya sea movimientos entre áreas urbanas e incluso de tipo rural-rural. Sin embargo, las tasas de incremento urbanas son todavía muy altas, en desmedro de las tasas rurales, ya que estas últimas son, para la región, siete veces más bajas y en muchos países se mantienen negativas por un largo período. Por estos hechos, en la próxima década, de los 80 millones de personas que crecerá América Latina, 77 millones se incorporarán a áreas urbanas, mientras que a las rurales sólo lo harán 3 millones.

Tal vez por la cantidad de población afectada, los problemas ambientales en las áreas urbanas, en particular en aquellas grandes ciudades, parecen ser alarmantes. La concentración de la población en algunas grandes ciudades ha constituido una de las asociaciones más visibles entre la dinámica demográfica y sus consecuencias sobre el medioambiente. Ciudad de México, São Paulo y Santiago son ejemplos de aglomeraciones urbanas que enfrentan graves problemas de contaminación del aire, a la que se agregan otras situaciones que afectan la salud de sus poblaciones, tales como la contaminación de las aguas, accidentes y violencia.

IV. DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO DEMOGRAFICO

Hasta aquí se ha analizado la situación demográfica de los países de la región considerando las cifras promedio nacionales pero, como en otros campos, en la evolución demográfica se ocultan diferencias abismales. Al interior de los países conviven sectores de población que se sitúan en toda la gama de la transición demográfica, es decir subpoblaciones con fecundidad y mortalidad muy altas y otras que ya han completado el proceso de transición.

A continuación se ejemplifican estas diferencias con relación a la fecundidad y la mortalidad infantil:

a) La fecundidad

En el gráfico 1 se presenta, como ejemplo, el comportamiento de la fecundidad para países en distinta etapa de la transición, clasificando a la población según los años de estudio aprobados por el jefe del hogar. De una manera similar se comporta la fecundidad según áreas de residencia y ocupación del jefe del hogar (Chackiel y Schkolnik, 1990). En general, la fecundidad es más alta en las zonas rurales y para hogares cuyos jefes tienen bajo nivel de instrucción y trabajan en el sector agrícola. El hecho más llamativo es que en los países que están en los inicios de la transición demográfica, el número medio de hijos de los sectores sociales más postergados supera los ocho y tiene una tendencia al alza, o por lo menos está estancada. Los países que ya han avanzado en el proceso de transición, muestran por el contrario una tendencia a la convergencia en valores medianamente bajos de la fecundidad, aunque persisten diferencias.

Queda en evidencia que cualquier política de población o de salud tendiente a brindar servicios de atención maternoinfantil o a afectar la fecundidad, tiene necesariamente que extender sus servicios a sectores rurales y a mujeres de bajo nivel educativo.

b) La mortalidad infantil

Las diferencias de la mortalidad infantil existentes al interior de las poblaciones nacionales se originan en los fuertes contrastes en las condiciones de vida. Al sector salud le interesa la identificación de aquellos grupos de alto riesgo, con la finalidad de prestarles atención prioritaria.

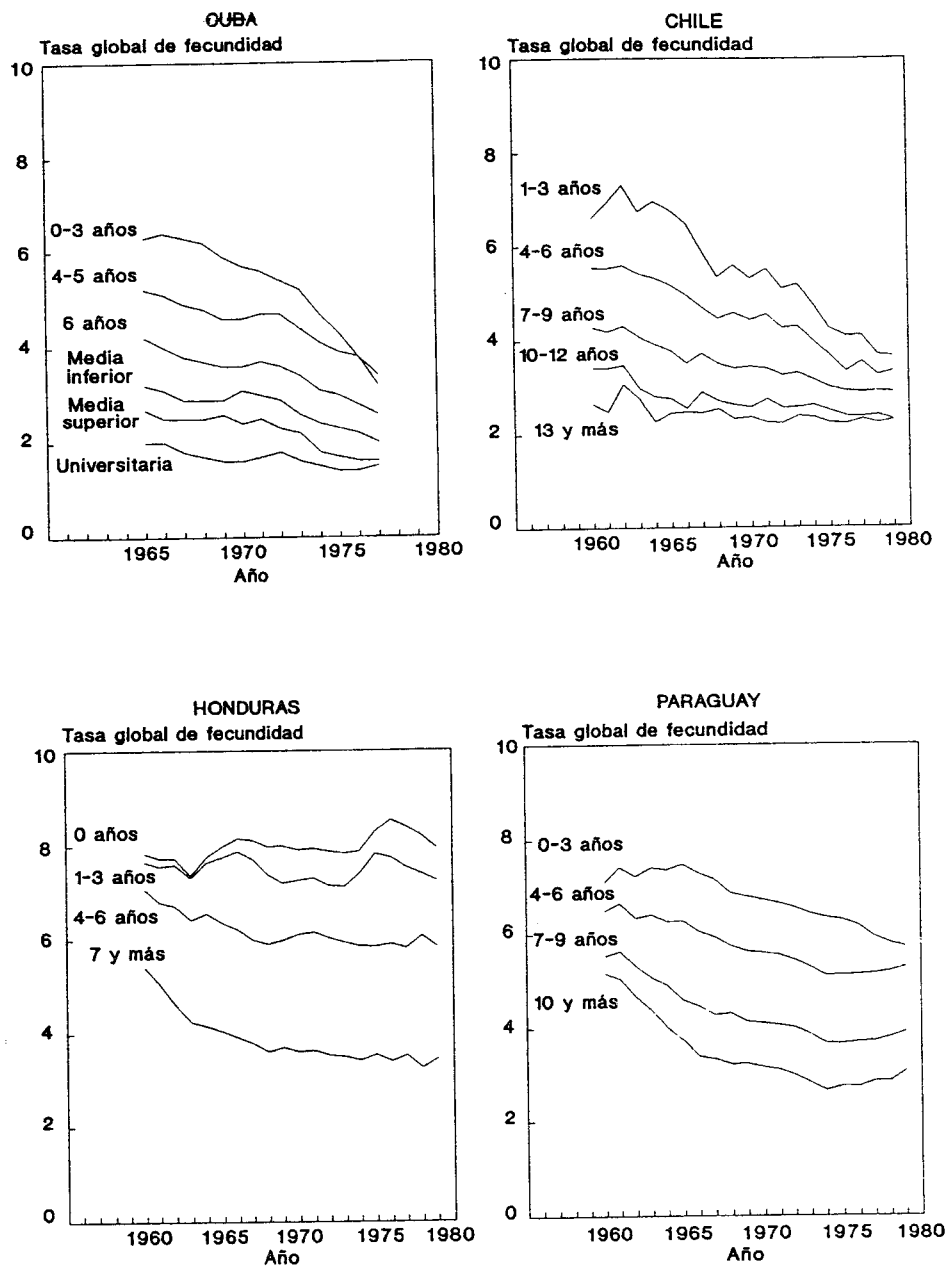
En el gráfico 2 se presentan, a título ilustrativo, las estimaciones de mortalidad infantil para países en diferentes etapas de la transición, considerando el nivel de instrucción de la madre. Los niños de mayor riesgo se ubican en las zonas rurales y proceden de madres analfabetas. Los hijos de estas últimas tienen probabilidades de morir que, en ciertos casos, cuadruplican las correspondientes a los hijos de madres con estudios universitarios. Altos contrastes se observan también en relación a otras variables, como por ejemplo el origen étnico de la población, donde la mortalidad de niños pertenecientes a pueblos indígenas presenta altas tasas.

A pesar del proceso de urbanización y debido en parte a la mayor fecundidad rural, en los países de los Grupos I y II la mitad o más de los nacimientos ocurren en la población rural. Expuestos a riesgos de muerte más elevados, ellos generan aproximadamente dos tercios del total nacional de defunciones infantiles. Además, en los países de alta mortalidad, la mayoría de las muertes infantiles ocurren en hogares de mujeres sin instrucción (entre 60 y 80 por ciento), en razón de las condiciones de atraso en que viven y de su mayor fecundidad.

El hecho de que en la población más pobre nazcan y mueran más niños, produce una dramática situación en términos de la fuerte demanda

Gráfico 1

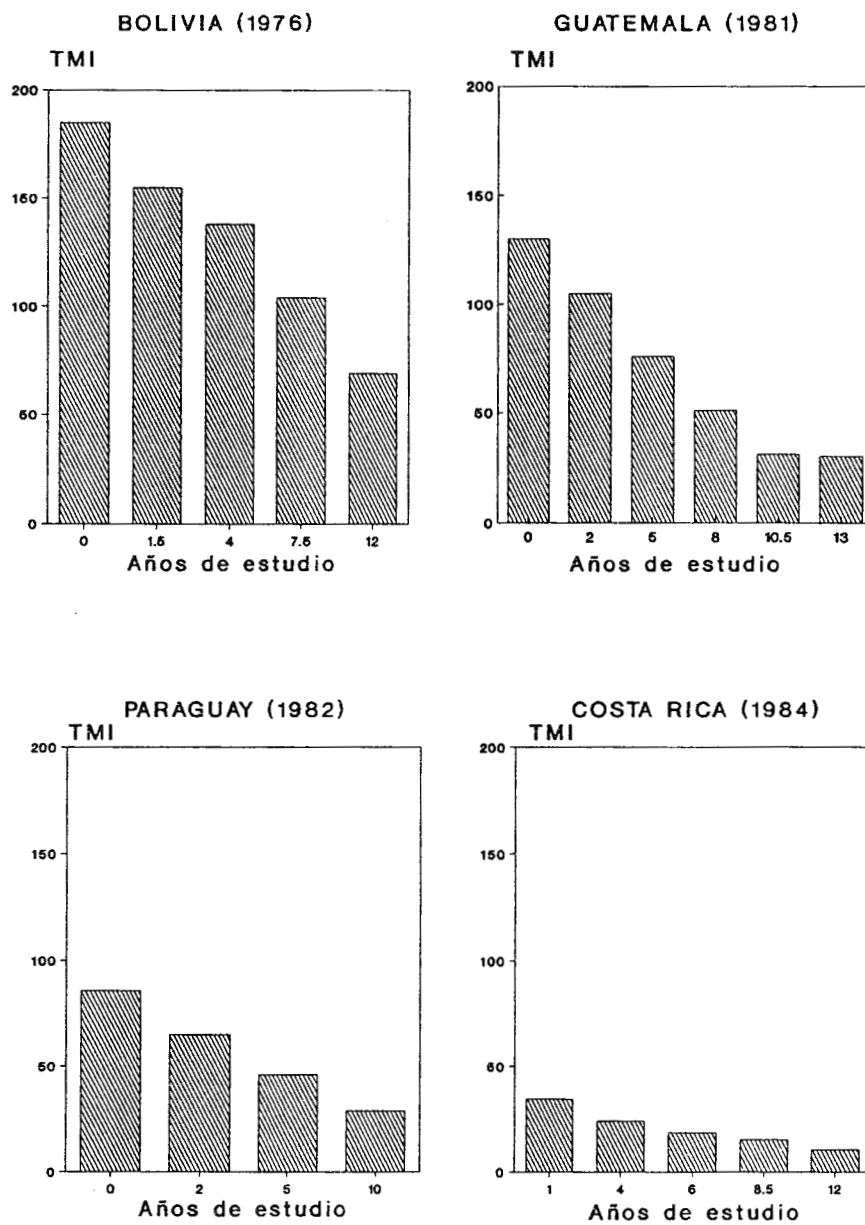
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
SEGUN AÑOS DE ESTUDIO DEL JEFE DE HOGAR. 1960-1980**
(Países seleccionados)



Fuente: CELADE, Proyecto IFHIPAL

Gráfico 2

**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
SEGUN AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE. CENSOS DE LOS 80**
(Países seleccionados)



Fuente: CELADE, Proyecto IMIAL

por atención en salud materno-infantil. A esto debe agregarse una cadena de problemas sociales vinculados a la alta frecuencia de embarazos adolescentes e hijos no deseados, que en muchos casos conducen a abortos, con el consecuente riesgo para la vida de la madre. Si bien no hay cifras confiables, es posible mencionar que en América Latina la mortalidad por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio es decenas de veces más elevada que en los países desarrollados, defunciones evitables en la gran mayoría de los casos.

V. CAMBIOS EN EL NIVEL Y LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD

Como se vio en el punto I, los países de Latinoamérica han experimentado una disminución considerable en el nivel general de la mortalidad durante los últimos 35 años, que se manifiesta en el aumento de la esperanza de vida al nacer, de 51.8 años en 1950-1955 a 66.7 años en 1985-1990 (cuadro 3). Esta ganancia de casi 15 años, un poco más de dos años por quinquenio, ha contribuido a estrechar de 17.3 a 9.5 años la brecha en términos de esperanza de vida entre América Latina y los países norteamericanos de habla inglesa. Dentro de América Latina, sin embargo, todavía existe una diferencia de 22.1 años entre los valores más altos y más bajos registrados (75.2 en Cuba y 53.1 en Bolivia, respectivamente) (cuadro 3).

En 1985-1990, el nivel de mortalidad en Latinoamérica era más bajo que en todas las regiones en desarrollo del mundo, con excepción de las del este de Asia. No obstante, este nivel corresponde al alcanzado por los Estados Unidos hace 40 años, en 1945-1950. Además, la magnitud de la ganancia en América Latina en los últimos 35 años es comparable a la obtenida por los Estados Unidos a partir de un nivel de mortalidad similar y en un intervalo de tiempo de igual duración, desde 1910-1915 hasta 1945-1950, vale decir, antes de que hubiesen sido desarrolladas muchas de las tecnologías para prolongar la vida disponibles hoy, y a pesar de que durante ese período este país participó en dos guerras mundiales (OPS, 1990).

Mientras en Canadá y los Estados Unidos la ganancia en la esperanza de vida por quinquenio fue mayor en el período 1970-1975 a 1985-1990 que durante los 20 años anteriores, esta situación se dio en sólo cuatro de los 20 países de Latinoamérica (Bolivia, Honduras, Chile y Uruguay). Si no se realizan esfuerzos substantivos para acelerar el ritmo actual de la disminución de la mortalidad, América Latina no alcanzará ni en 35 años más la esperanza de vida que los Estados Unidos tiene hoy en día (OPS, 1990).

El aumento de la esperanza de vida al nacer ha sido el resultado de una disminución de la mortalidad en todas las edades; pero las ganancias

más importantes, e históricamente las primeras, resultaron de la reducción de la mortalidad en niños menores de cinco años y de la mortalidad infantil en particular. La disminución mayor del riesgo de morir a una edad temprana se refleja en el hecho de que la estructura por edad de la mortalidad envejece más rápido que la estructura por edad de la población, como puede observarse en el cuadro 5, que muestra algunos indicadores demográficos para Guatemala, México, Argentina, Chile, Cuba y Costa Rica, ordenados según su esperanza de vida al nacer en 1985-1990.

Con el incremento de la esperanza de vida y a medida que la población envejece, la carga de la mortalidad se desplaza progresivamente desde los grupos de edades más jóvenes hacia los más viejos, como consecuencia de la prevención de la mortalidad prematura. Así, en Guatemala, con una esperanza de vida al nacer de 62 años, el 45% de la población es menor de 15 años y más de la mitad de las muertes ocurren en este grupo de edades. En lugares donde la esperanza de vida sobrepasa los 75 años, como en Cuba, la proporción de niños menores de 15 años ha disminuido a 23%, pero las muertes en este grupo han declinado aún más y corresponden a sólo 5% del total (en Canadá, 21% de la población y 2% de las muertes se ubican en el grupo de menores de 15 años). En el otro extremo, los grupos de población de edad más avanzada sobrellevan cargas desproporcionadamente mayores a medida que declina la mortalidad general: donde la esperanza de vida es baja, 3% de la población y 19% de los fallecidos tienen 65 años de edad o más, mientras que en los lugares donde la esperanza de vida al nacer es de 75 años, este grupo constituye alrededor de 9% de la población pero contribuye a casi dos tercios de todas las defunciones. Por lo tanto, a pesar de estar determinada fundamentalmente por la fecundidad, la estructura por edad de la población también responde a cambios de la mortalidad según edad y, como se verá más adelante, según la causa, aunque su efecto se nota después de un intervalo de tiempo más prolongado (OPS, 1990; Naciones Unidas, 1991a).

La relación entre los cambios en el nivel y la estructura de la mortalidad pueden ser ilustrada por el modelo presentado en el cuadro 6, el cual está basado en el comportamiento histórico de la mortalidad de Costa Rica y Cuba y representa adecuadamente la experiencia de la mortalidad en los países de América Latina. Se puede observar que la mayor disminución en términos absolutos y relativos ha sido lograda por el grupo de edades más bajas; cuando la esperanza de vida aumenta de 50 a 75 años, el riesgo de morir de los niños menores de 5 años de edad disminuye en 37 muertes por 1 000 nacidos vivos, de 40.8 a 3.9: una reducción del 90%. Para los dos grupos de edades siguientes la mortalidad es más baja y las ganancias absolutas han sido también más bajas: 2.5 muertes por 1 000 niños de 5-14 años de edad, y 4.4 muertes por 1 000 adultos de 15-39 años de edad. De todos modos, estas tasas representan mejorías de 89% y 80%, respectivamente. Para el grupo de adultos mayores (40-64 años), las tasas son

Cuadro 5

**INDICADORES DEMOGRAFICOS EN PAISES SELECCIONADOS
DE AMERICA LATINA**

Indicador	Países ^a					
	Guatemala	México	Argentina	Chile	Cuba	Costa Rica
TGF						
1985-1990	5.8	3.6	3.0	2.7	1.8	3.4
1950-1955	7.1	6.8	3.2	5.1	4.1	6.7
Esperanza de vida						
al nacer						
1985-1990	62.0	68.8	70.6	71.5	75.2	75.3
1950-1955	42.1	50.8	62.7	53.8	59.5	57.3
Tasa de crecimiento						
anual (%)						
1985-1990	2.9	2.2	1.3	1.7	1.0	2.8
1950-1955	2.9	2.8	2.0	2.2	1.8	3.5
Población urbana (%)						
1990	38.1	72.7	85.9	84.6	74.8	46.7
Estructura por edad de la población (%)						
0-14	45.4	38.0	29.9	30.6	22.7	36.5
15-44	41.3	47.4	42.8	48.6	51.4	47.6
45-64	10.1	10.9	18.2	14.8	17.4	11.7
65 y más	3.2	3.7	9.1	6.0	8.5	4.2
Estructura por edad de la mortalidad (año)						
0-14	(1984) 54.5	(1986) 23.3	(1987) 9.1	(1987) 9.8	(1988) 5.1	(1988) 15.0
15-44	14.9	18.5	8.1	11.7	11.8	13.2
45-64	12.0	19.2	22.8	21.3	19.3	17.9
65 y más	18.7	39.1	60.1	57.2	63.8	53.9

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes; OPS, Sistema de Información Técnica.

^a Estos países fueron seleccionados porque representan diferentes patrones de mortalidad y distintas etapas de la transición demográfica, y porque poseen información de aceptable confiabilidad, ya que cada uno registra sobre 5 000 muertes por año y el subregistro estimado es inferior a 20%.

Cuadro 6

**TASAS DE MORTALIDAD POR EDAD,
DE ACUERDO A LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER,
MODELO CUBA-COSTA RICA**

Esperanza de vida al nacer (edad en años)	Tasas de mortalidad por edad (por mil)				
	0-4	5-14	15-39	40-64	65+
50	40.8	2.8	5.5	16.9	91.0
55	33.5	2.2	4.3	14.2	84.0
60	26.2	1.6	3.2	11.5	77.1
65	18.5	1.0	2.2	9.2	72.1
70	10.6	0.6	1.6	7.6	66.3
75	3.9	0.3	1.1	6.1	59.7

Fuentes: CELADE (1989), en OPS (1990), *Las condiciones de salud en las Américas*, Edición de 1990, Vol. I, Publicación Científica N° 524, Washington, D.C.

más altas, pero el progreso ha sido relativamente más lento, con una disminución de 64%. Después de la infancia, el riesgo de muerte aumenta sostenidamente con la edad y, por lo tanto, es más alto para el grupo de 65 años y más que para los adultos menores de 65 años, aunque para este grupo también se puede esperar importantes ganancias (OPS, 1990).

A fin de determinar el progreso alcanzado, las tasas de mortalidad según edad de la actualidad, representadas por el promedio de las tasas registradas para los tres últimos años, fueron comparadas con las tasas registradas para 1965, como puede observarse en el gráfico 3. Para visualizar los desafíos que todavía deben ser superados, estos gráficos también muestran como referencia un conjunto de tasas más favorables, constituido por las tasas de mortalidad según edad más bajas registradas para cada sexo desde 1978, en aquellos países de las Américas que registran por lo menos 5 000 muertes por año, y cuyo subregistro de defunciones es estimado en menos de 10%. Las tasas de referencia se encuentran en la tabla A del Anexo (Uemura, 1989).

Se puede observar que los caminos que conducen a una mayor esperanza de vida han sido bastante distintos en los países presentados. En Cuba, la mayoría de los avances para ambos sexos han sido alcanzados

antes de 1965. En los otros cinco países, a partir de 1965 se pueden observar ganancias para todos los grupos de edades, a excepción de los hombres de 25-30 años en Guatemala. En general, estas ganancias han sido más marcadas para las mujeres que para los hombres, especialmente en Chile y en Costa Rica. Las tasas actuales en Costa Rica son similares a las tasas más bajas registradas en las Américas para hombres y mujeres adultos, mientras que en términos de riesgo de morir Guatemala enfrenta la brecha más impresionante a ser superada.

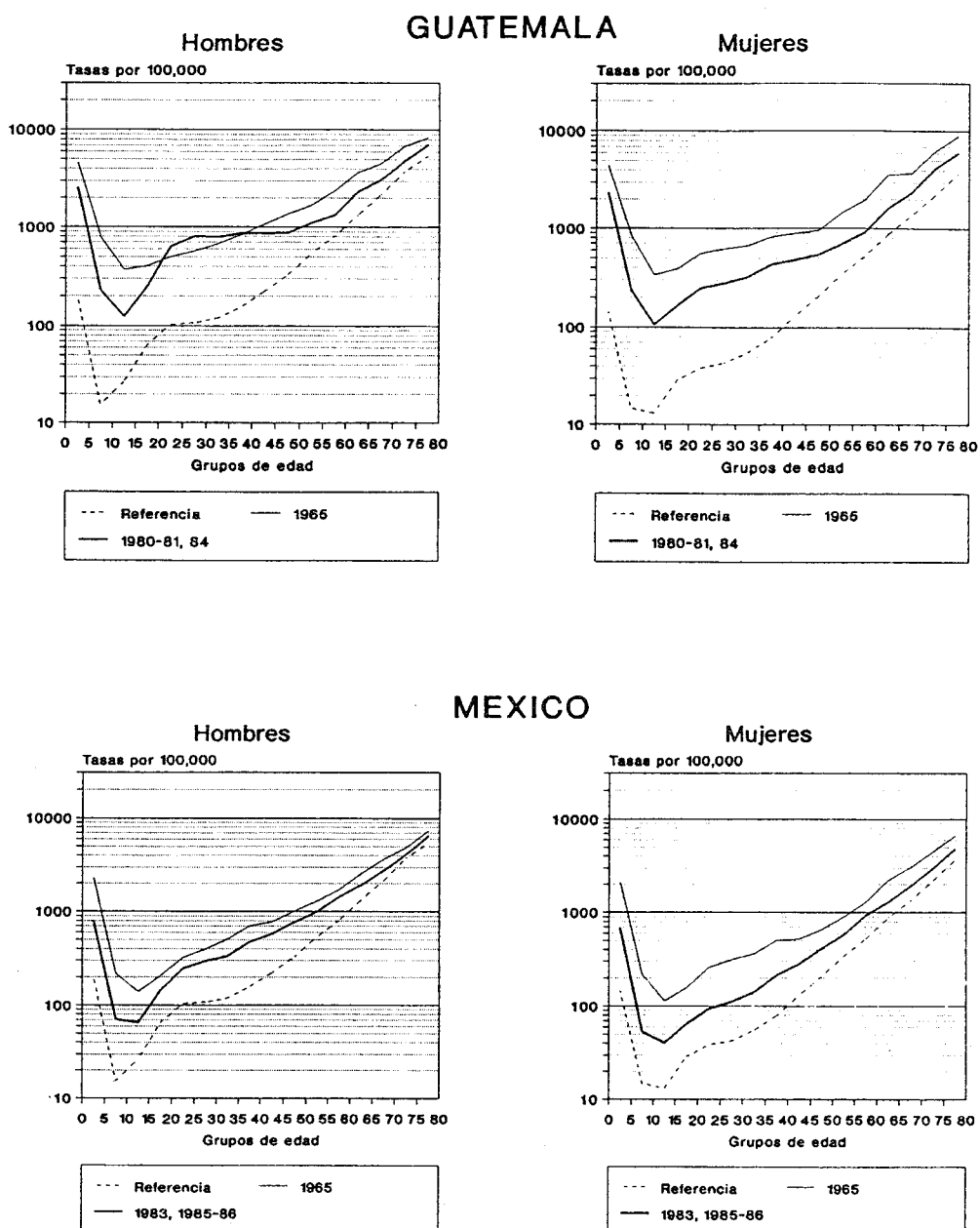
Los cambios en el nivel y estructura de la mortalidad por sexo y edad están estrechamente vinculados con los cambios en la mortalidad por causas específicas. Cuando la esperanza de vida al nacer era inferior a 50 años, más de dos tercios de las muertes se debían a enfermedades transmisibles (las enfermedades infecciosas y parasitarias, las meningitis, las infecciones respiratorias agudas, y la neumonía y la influenza), y más del 60% de las muertes debidas a estas enfermedades ocurrían antes de los 15 años de edad. Las enfermedades transmisibles eran la prioridad número uno en salud, y siguen siéndolo en muchos países en desarrollo. Con el tiempo, la mejoría de las condiciones generales de vida y los avances biomédicos específicos contribuyeron a una drástica reducción de la mortalidad debida a estas enfermedades, particularmente en el grupo de edades de la población más vulnerable a ellas, es decir, los niños menores de 5 años de edad. En los países donde la esperanza de vida al nacer se acerca a los 75 años de edad, más de dos tercios del total de las muertes son causadas por enfermedades crónicas no transmisibles y por causas externas.

En el grupo de las enfermedades transmisibles, las causas de defunción más importantes son las infecciones intestinales (diarreas), seguidas por las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades evitables por inmunización. Como un grupo de causas específicas, la mortalidad por enfermedades diarreicas ha disminuido con mayor rapidez que la mortalidad por todas las otras causas en conjunto. Este descenso ha contribuido más que las disminuciones en todos los demás grupos de causas a la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años y de la mortalidad en todas las edades y, por lo tanto, al aumento de la esperanza de vida al nacer. Sin embargo, las diarreas persisten como un problema de enfermedad y muerte para grandes segmentos de la población, reflejando una nutrición y un saneamiento ambiental deficientes (OPS, 1991b). Los recientes brotes de cólera constituyen un testimonio adicional de esta situación (OPS, 1991).

Hoy en día, la persistencia de una alta mortalidad debida a las enfermedades transmisibles como grupo, y a las enfermedades diarreicas en particular, se ha convertido en un sinónimo de subdesarrollo y pobreza. En Canadá, el país con la mayor esperanza de vida en las Américas, las enfermedades transmisibles son ahora responsables de alrededor del 4%

Gráfico 3

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD POR EDAD

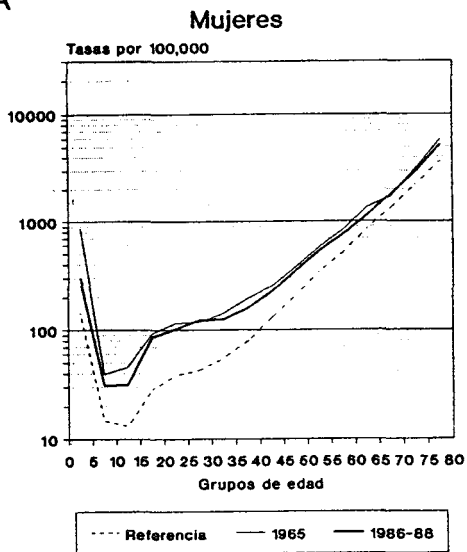
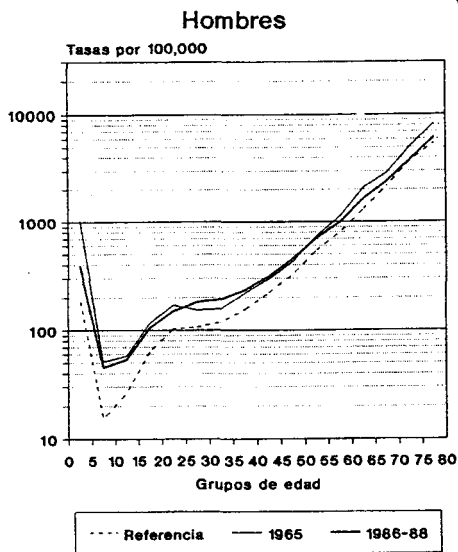


Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica.

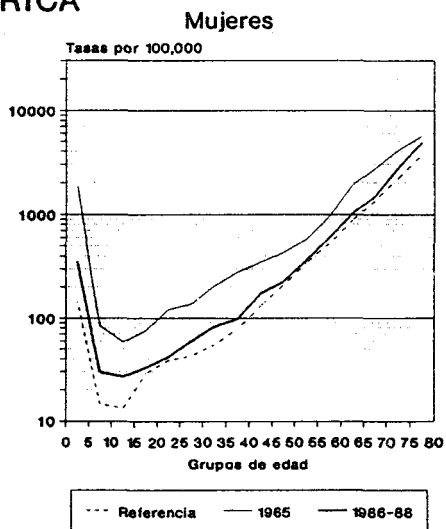
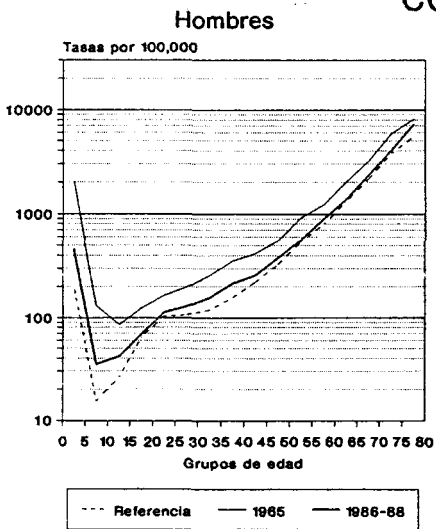
Gráfico 3 (continuación)

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD POR EDAD

CUBA



COSTA RICA

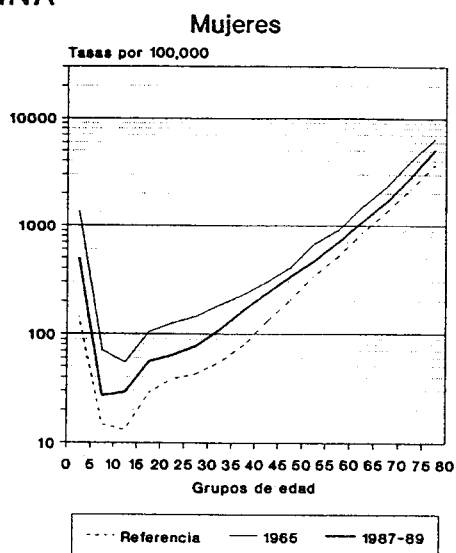
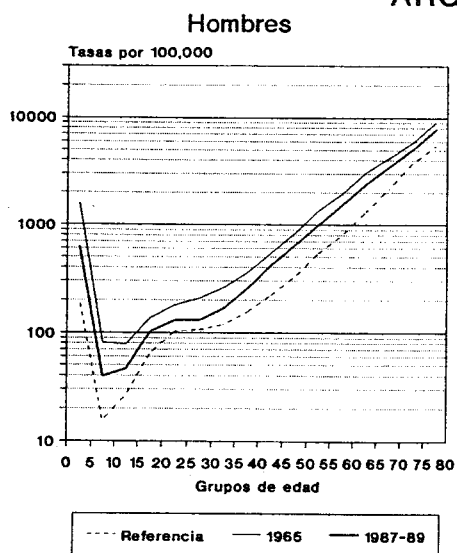


Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica.

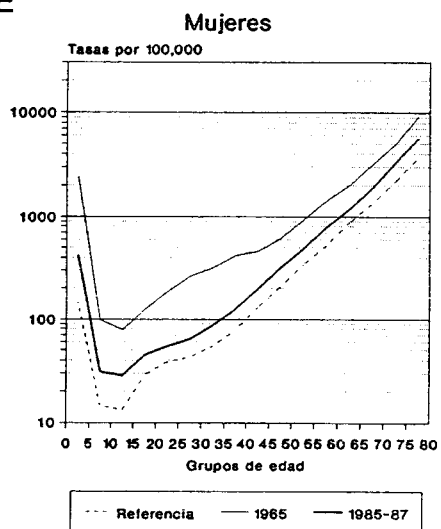
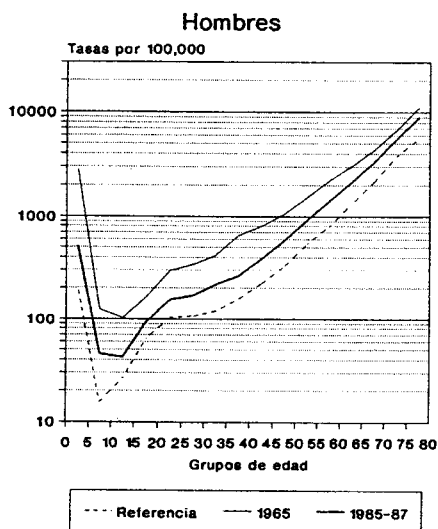
Gráfico 3 (conclusión)

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD POR EDAD

ARGENTINA



CHILE



Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica.

de las muertes en todas las edades, y del 2% o menos de las muertes en adultos (15-44 y 45-64 años), pero en muchos países de América Latina estos avances están lejos de ser logrados. En Guatemala, casi la mitad del total de las defunciones se deben todavía a enfermedades transmisibles y la mayoría de ellas ocurren antes de los 5 años de edad, situación que probablemente persista en varios países de la región, donde la esperanza de vida al nacer sigue siendo baja y donde todavía prevalecen condiciones de vida precarias para la vasta mayoría de la población. El impacto del SIDA, un problema emergente entre los adultos jóvenes, no se refleja aún en los datos presentados.

La estructura de la mortalidad según grandes grupos de causas (como fueron definidos por la Organización Panamericana de la Salud para comparaciones internacionales) se presenta en el cuadro 7 para defunciones de todas las edades, y para adultos de 15-44 y 45-64 años de edad. Las definiciones de estos grupos de causas y sus códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se presentan en la tabla B del Anexo. La importancia relativa de los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y las causas externas por traumatismos y envenenamientos está aumentando en forma coherente con la estructura por edades de la población. En su conjunto, estos grupos de causas explican más de dos tercios del total de las muertes en los países donde la esperanza de vida al nacer ha alcanzado o sobrepasado los 75 años.

La mayoría de las defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles ocurren en la población de 65 años y más, pero su curso, con frecuencia prolongado y a veces conduciendo a la incapacidad, comienza a edades mucho más tempranas. A pesar de que su importancia relativa sobre el total de las muertes ha aumentado, para la mayoría de estas causas las tasas muestran una tendencia a declinar, por lo menos hasta los 44 años de edad. El riesgo de morir por enfermedad cardiovascular parece estar empezando a disminuir en varios países, pero no sin antes haber alcanzado proporciones de epidemia en el grupo de 45-64 años, especialmente entre los hombres. Por otra parte, en su conjunto, las tasas por cáncer están aumentando, especialmente en los grupos de 45 años de edad y más. Especial preocupación merece el cáncer de los órganos reproductores de la mujer, así como el cáncer pulmonar en los hombres, el cual también está empezando a aumentar en la mujer. Las muertes por accidentes y violencia están adquiriendo una prominencia progresiva entre los adultos jóvenes, especialmente hombres. Casi la mitad de las defunciones por causas externas ocurren entre los 15 y 44 años, pero su proporción es también crecientemente elevada en los menores de 15 años de edad.

La utilización de estos grandes grupos de causas obedece al propósito de facilitar una visión general del cambiante perfil epidemiológico de los países, hasta donde ello sea posible utilizando solamente datos de mortalidad. Por su naturaleza, esta agrupación no hace justicia a aquellas

Cuadro 7

**ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS
DE CAUSAS EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA,
ALREDEDOR DE 1987**

Grupos de causas ^a	Países					
	Guatemala 1984	México 1986	Argentina 1987	Chile 1987	Cuba 1988	Costa Rica 1988
	Todas las edades					
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1. Enfermedades transmisibles	44.7	17.8	6.4	12.2	6.6	6.9
2. Neoplasmas	4.2	9.7	18.5	20.8	19.6	21.9
3. Enfermedades del sistema circulatorio	7.5	19.1	46.0	29.9	43.7	29.6
4. Condic. originadas en el período perinatal	16.3	5.0	3.8	2.7	1.4	5.2
5. Causas externas	6.8	16.3	6.9	13.0	12.2	11.4
6. Todas las otras enfermedades	20.6	32.0	18.5	21.4	16.6	25.0
	15-44 años					
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1. Enfermedades transmisibles	33.1	8.9	6.7	7.4	2.9	3.7
2. Neoplasmas	5.3	7.2	16.5	15.8	13.1	20.0
3. Enfermedades del sistema circulatorio	6.9	8.2	23.9	8.6	14.1	12.2
5. Causas externas	29.1	50.2	33.7	50.6	52.7	43.0
6. Todas las otras enfermedades	25.7	25.5	19.2	17.6	17.2	21.0
	45-64 años					
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1. Enfermedades transmisibles	33.2	8.7	4.8	7.6	3.4	3.4
2. Neoplasmas	11.5	16.3	27.8	31.1	28.0	32.7
3. Enfermedades del sistema circulatorio	15.1	19.9	41.9	25.0	40.7	27.4
5. Causas externas	8.9	14.3	7.1	12.2	10.9	11.2
6. Todas las otras enfermedades	31.2	40.8	18.4	24.1	17.0	25.3

Fuente: OPS (1991), *Estadísticas de salud de Las Américas. Edición de 1991. La mortalidad desde 1960*, Publicación Científica N° 537, Washington, D.C.

^a Porcentajes basados en el total de muertes por causas definidas solamente. Las definiciones de grupos de causas y los códigos de la CIE aparecen en la tabla B del Anexo.

enfermedades que por sí solas pesan poco en la estructura de la mortalidad. Muchas de ellas son volcadas en el último grupo, "todas las demás enfermedades", donde se incluyen la diabetes mellitus, la bronquitis crónica y otras enfermedades crónicas del pulmón, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, las enfermedades del aparato urinario, y otras enfermedades cuya importancia va en aumento a medida que envejece la estructura por edad de la población. En este último grupo también está incluida la mortalidad materna, la cual, aunque está disminuyendo y a pesar de estar sumamente subregistrada, sigue siendo excesivamente alta en casi toda Latinoamérica. La mortalidad materna ha sido casi completamente eliminada en el mundo desarrollado; su persistencia a niveles altos refleja una cobertura y calidad deficientes en el cuidado de la mujer embarazada; también sirve como un indicador indirecto de la falta de una atención adecuada de la salud para la población en general.

VI. LOS EXCESOS DE MORTALIDAD

De acuerdo con la población actual y las proyecciones para la mortalidad, puede estimarse que ocurrirán en América Latina 34 millones de muertes en la última década del siglo XX. Más de la mitad de éstas excederán aquellas que ocurrirían si en cada país hubieran prevalecido las tasas de referencia (Anexo, tabla A).

Una forma de estimar los excesos de mortalidad ya fue ilustrada mediante la comparación de las tasas de mortalidad por sexo y edad actuales con las tasas más bajas observadas en países de este mismo hemisferio (gráfico 3). Pero las tasas sólo cuentan una parte de la historia, pues un exceso moderado de las tasas puede ser responsable de una gran carga de excesos de mortalidad cuando afecta a una elevada proporción de la población y, por lo tanto, tener importantes implicaciones para la salud pública. Este aspecto se ilustrará mediante las razones estandarizadas de mortalidad (REM), definidas como el cociente entre el número de muertes observado en una población dada, relativo al número de muertes esperadas en una población de la misma estructura según sexo y edad, bajo una hipótesis específica, en este caso representada por las tasas más bajas por sexo y edad. El cálculo de las REM se restringió a la población de menores de 80 años, porque después de esta edad la muerte es más difícil de postergar y los datos son progresivamente menos confiables (Plaut y Roberts, 1989).

Según muestra el cuadro 8, Guatemala tiene una REM general de 446%, lo que quiere decir que en la población de Guatemala actualmente ocurren 446 muertes por cada 100 que hipotéticamente ocurrirían si las tasas de referencia se aplicaran a esa misma población. La situación es aún más mala para los niños menores de 15 años y es peor para las niñas que

para los niños: más de 12 niños y casi 16 niñas mueren de acuerdo con las tasas reales, por cada niño o niña que moriría según las tasas de referencia. A pesar de ser más baja que en Guatemala, en otros países la REM también es más alta para esta edad que para todos los demás grupos de edades, reflejando simultáneamente la gran proporción de niños menores de 15 años y sus altas tasas de mortalidad.

Las REM son también muy altas para los adultos jóvenes, sobre todo en Guatemala. En este país, así como también en México y Chile, son más altas para los hombres que para las mujeres, reflejando el impacto de los accidentes y la violencia, en especial en los asentamientos urbanos. Después de los 45 años, la mayoría de las REM disminuyen para ambos sexos y las diferencias entre los países pasan a ser menos marcadas, principalmente porque los adultos mayores representan una proporción relativamente más pequeña de la población, a pesar de que los excesos de mortalidad pueden ser bastante altos.

El análisis de las causas responsables de los excesos de mortalidad adulta y los planteamientos para su prevención se encuentran más allá del enfoque de este documento, así como la estimación de la mortalidad que podría ser evitada si las tecnologías eficaces que ya existen fuesen puestas al alcance de todos aquellos que lo necesitan (Taucher, 1978). Sin embargo, se puede observar que el enfoque general presentado aquí permite identificar y estudiar los excesos de mortalidad en considerable detalle.

VII. COMENTARIOS

El resumen presentado intenta proporcionar una visión aproximada de la diversidad de los países de Latinoamérica en términos de algunas de sus características demográficas. Las diferencias dentro de los países son aún más marcadas. Con pocas excepciones, la distribución del ingreso y el acceso a los recursos sociales continúan siendo altamente inequitativos y grandes segmentos de la población viven en condiciones extremadamente precarias.

Para superar esta situación, se deberá proceder desde ya a tomar medidas tendientes a satisfacer las necesidades de una población cada vez más numerosa, más envejecida y progresivamente concentrada en áreas urbanas. Habrá que considerar las tendencias demográficas y comenzar prontamente a planear las acciones para que se disponga de suficientes oportunidades de trabajo, así como de acceso a vivienda, educación, seguridad social y servicios de salud adecuados para todos los grupos de la población.

La persistencia de condiciones de vida precarias se refleja en problemas de salud tales como las diarreas y otras enfermedades de la pobreza,

Cuadro 8

**RAZONES ESTANDARIZADAS DE MORTALIDAD (%)
POR SEXO Y GRANDES GRUPOS DE EDADES
EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA.**

Estimaciones para 1990^a

Países	Grupos de edades				
	Menos de 80	Menos de 15	15-44	45-64	65-79
	Ambos sexos				
Guatemala	445.7	1 362.1	559.2	193.7	149.9
México	200.0	414.8	257.2	174.0	125.8
Argentina	157.8	305.1	165.9	165.1	138.1
Chile	164.2	261.9	161.3	159.1	151.6
Cuba	135.1	205.4	178.6	135.2	119.1
Costa Rica	130.1	229.4	123.8	110.3	119.2
	Hombres				
Guatemala	415.1	1 217.4	564.8	191.2	133.4
México	199.5	389.0	263.5	177.8	118.1
Argentina	166.2	293.5	154.9	186.0	144.2
Chile	168.9	250.0	165.4	170.6	153.8
Cuba	124.3	202.0	154.7	128.1	108.0
Costa Rica	126.8	222.5	121.0	108.6	115.8
	Mujeres				
Guatemala	494.8	1 572.1	547.1	197.6	175.0
México	200.8	452.5	243.8	168.5	135.5
Argentina	146.6	321.8	189.2	135.2	130.9
Chile	157.9	279.2	152.6	143.4	149.2
Cuba	152.3	210.4	229.4	146.1	136.0
Costa Rica	135.3	239.3	129.9	112.9	123.8

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes; OPS, Sistema de Información Técnica.

^a Todas las muertes estimadas para la población de 1990, utilizando el promedio de las tasas de los tres años más recientes disponibles para las muertes actuales (numerador) y las tasas de referencia para las muertes esperadas (denominador).

que continúan prevaleciendo en la mayoría de los países de América Latina, pero que han sido controladas en sociedades desarrolladas. Por otra parte, en todos los países existen signos de que está aumentando el peso de la mortalidad por causas asociadas con la edad adulta como resultado de la creciente proporción de adultos en una estructura de la población en proceso de envejecimiento. De ninguna forma éstas deberían ser consideradas como "enfermedades del desarrollo"; el riesgo de morir por enfermedades crónicas no transmisibles y, más aún, el riesgo de una muerte violenta o accidental son considerablemente más altos entre los pobres que entre aquellos que cuentan con una mejor situación social.

Los cambios en el nivel y la estructura de la mortalidad por edad y sexo están estrechamente relacionados con los cambios en las probabilidades según causa de estar expuestos a una enfermedad o lesión, a padecerla y, finalmente, a morir como consecuencia de ella. Un alto nivel de mortalidad refleja el impacto biológico de fuerzas adversas que actúan sobre los grupos de la población más vulnerables, ya sea por sus propias circunstancias biológicas o como resultado de un ambiente físico y social adverso. Una mejor comprensión del exceso de mortalidad desde el punto de vista de quién muere prematuramente, dónde, cuándo y por cuáles causas, debería facilitar el diseño de intervenciones dirigidas a lograr vidas más largas y más saludables.

Es un principio básico de la epidemiología que ni la exposición a las agresiones a la salud ni la vulnerabilidad a ellas están distribuidas al azar en toda la población sino, más bien, que algunos grupos de la población corren mayor riesgo que otros debido a circunstancias generales o específicas. La identificación de las circunstancias y factores que influyen sobre la salud y la enfermedad, así como la de los grupos de la población más expuestos a ellos, requiere esfuerzos redoblados de la epidemiología y muchas otras disciplinas si se desea lograr una mejor comprensión de los mecanismos involucrados. Es preciso que los hallazgos en esta materia provean mayores insumos para el diseño de estrategias tendientes a fortalecer la resistencia de la población a las enfermedades y promover la salud en general, así como de intervenciones capaces de contrarrestar los factores que contribuyen a la enfermedad (y lesión) o, por lo menos, para reducir la gravedad de la enfermedad y su letalidad. No cabe duda que la efectiva promoción de la salud y prevención de las enfermedades deberían hacer los mayores aportes posibles para mejorar la calidad de la vida y evitar el sufrimiento debido a enfermedades innecesarias. Sin embargo, la enfermedad y la lesión nunca serán completamente eliminadas, por lo que asegurar la disponibilidad de una adecuada atención de la salud para aquellos que lo necesitan constituye un desafío adicional para la salud pública. La muerte prematura no es sino la expresión última del fracaso en alguno o todos los posibles puntos de intervención.

Quienes formulan y promulgan las políticas y los administradores responsables por la salud de la población en los países de la región, enfrentarán el doble desafío de tratar con las causas y consecuencias de una creciente y cada vez más costosa carga de mala salud en una población adulta creciente, al mismo tiempo de tener que seguir luchando contra los problemas de la infancia, los cuales, a la luz del conocimiento actual y de la tecnología disponible, deberían haber sido resueltos tiempo atrás.

BIBLIOGRAFIA

- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (1991), América Latina: porcentajes urbanos 1990, *Boletín Demográfico*, Año XXIV, N°47, Santiago, Chile.
- (1990), América Latina: proyecciones de población, 1950-2025, *Boletín Demográfico*, Año XXIII, N°45, Santiago, Chile.
- Chackiel, J. y S. Schkolnik (1990), *América Latina: transición de la fecundidad en el período 1950-1990*, Seminario sobre la transición de la fecundidad en Latinoamérica, CELADE/IUSSP/CENEP, Buenos Aires.
- Comissão interministerial para a preparação da Conferencia das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CIMA) (1991), *Subsidios técnicos para elaboração do relatório nacional do Brasil para CNUMAD*, Versión preliminar, Brasilia.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1991), *La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: un estudio de casos sobre la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile*, Santiago, Chile.
- (1990), *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta*, Santiago, Chile.
- (1988), *La reproducción biológica y social de los hogares de Montevideo*, CEPAL, Montevideo.
- Encuestas Demográficas y de Salud (1991), *Newsletter*, Vol 4, N° 1, Columbia, U.S.A.
- Naciones Unidas (1991a), *World Population Prospects 1990*, Departamento de Asuntos Internacionales Económicos y Sociales, Estudios de Población N° 120, Nueva York.
- (1991b), *World Urbanization Prospects 1990*, Departamento de Asuntos Internacionales Económicos y Sociales, Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1987), *World Statistics Annual 1987*, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991a), *Estadísticas de salud de las Américas, Edición de 1991. La mortalidad desde 1960*, Publicación Científica N° 537, Washington, D.C.
- (1991b), *La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en América Latina y el Caribe en el período 1965-1990*, Programa de análisis de situación de salud y sus tendencias, *Boletín Epidemiológico* 12(3): 1-6.
- (1991c), *La situación del cólera en las Américas. Una actualización*, Programa de análisis de situación y salud y sus tendencias, *Boletín Epidemiológico*, 12(4): 11-13.
- (1990), *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*, Vol. I, Publicación Científica N° 524, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980), *Salud para todos en el año 2000, Estrategias*, Documento oficial N° 173, Washington D.C.
- Plaut, R. y E. Roberts (1989), Preventable Mortality: Indicator or Target? Applications in Developing Countries, *World Health Statistics Quarterly*, 42(1): 4-15.
- Taucher, E. (1978), *Chile: mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas*, CELADE, Serie A, N° 162, Santiago, Chile.
- Uemura, K. (1989), Excess Mortality Ratio with Reference to the Lowest Age-sex-specific Death Rates among Countries, *World Health Statistics Quarterly* 42(1): 26-41.

ANEXO

Tabla A

TASAS DE REFERENCIA PARA LA ESTIMACION DE LA MORTALIDAD EVITABLE^a

Edad en años	Hombres			Mujeres		
	País	Año	Tasa ^b	País	Año	Tasa ^c
Menos de 5	Canadá	1988	200.2	Canadá	1985	144.4
5-9	Puerto Rico	1986	15.4	Puerto Rico	1989	14.7
10-14	Canadá	1989	26.4	Puerto Rico	1987	13.2
15-19	Costa Rica	1986	64.1	Costa Rica	1987	28.8
20-24	Costa Rica	1986	103.3	Costa Rica	1985	38.4
25-29	Uruguay	1985	107.3	Canadá	1987	43.0
30-34	Costa Rica	1983	119.3	Canadá	1987	55.1
35-39	Canadá	1985	155.5	Canadá	1987	78.8
40-44	Canadá	1989	222.0	Canadá	1988	130.9
45-49	Costa Rica	1983	328.9	Costa Rica	1986	207.7
50-54	Costa Rica	1983	542.1	Canadá	1989	342.3
55-59	Costa Rica	1988	807.7	Costa Rica	1988	522.7
60-64	Costa Rica	1987	1 327.1	Canadá	1989	869.6
65-69	Cuba	1978	2 177.9	Canadá	1989	1 354.8
70-74	Cuba	1983	3 763.5	Canadá	1989	2 206.6
75-79	Puerto Rico	1979	5 479.3	Canadá	1989	3 678.1
80 +	Cuba	1983	12 174.0	Canadá	1989	9 713.3

Fuente: OPS, Sistema de Información Técnica.

^a Valores inferiores para las tasas de mortalidad según sexo y edad, reportadas a partir de 1978 en países de las Américas con al menos 5 000 muertes informadas por año y un subregistro estimado inferior a 10%.

^b Tasas específicas según edad por 100 000 hombres.

^c Tasas específicas según edad por 100 000 mujeres.

Tabla B

**ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD SEGUN CAUSAS
(Códigos CIE-9)**

-
1. *Enfermedades transmisibles:* Todas las categorías del capítulo I, es decir todas las enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139) y, además, las meningitis (320-322), las infecciones respiratorias agudas (460-466) y la neumonía y la influenza (480-487).

 2. *Tumores:* Todas las categorías del capítulo II, es decir todos los tumores malignos y benignos, el carcinoma *in situ*, los tumores de evolución incierta y los de naturaleza no especificada (140-239).

 3. *Enfermedades del aparato circulatorio:* Todas las categorías del capítulo VII, es decir fiebre reumática aguda, enfermedades reumáticas crónicas del corazón, enfermedad hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los capilares, de las venas y de los vasos linfáticos, y otras enfermedades del aparato circulatorio (390-459).

 4. *Ciertas afecciones originadas en el período perinatal:* Todas las categorías del capítulo XV, es decir enfermedades en la madre y complicaciones obstétricas que afectan al feto o al recién nacido, crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal, traumatismo del nacimiento, hipoxia, asfixia, otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido, infecciones propias del período perinatal, y otras afecciones y las mal definidas que se originan en este período (760-779).

 5. *Causas externas de traumatismos y envenenamientos:* Todas las categorías del capítulo XVII, código E, es decir todos los accidentes, suicidio, homicidio, intervención legal, lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas, y lesiones resultantes de operaciones de guerra (E800-999).

 6. *Todas las demás enfermedades:* Todas las causas de defunción definidas, no incluidas en los grupos 1 a 4 (el resto de 001-779).

Fuente: OPS (1990), *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*, Vol. I, Publicación Científica N° 524, Washington D.C.

Nota: La mortalidad proporcional por causa se basa en el total de muertes por causas definidas; es decir, el denominador excluye las muertes codificadas como debidas a síntomas, signos y estados morbosos mal definidos de la enfermedad (CIE-9: 780-799).