



13/marzo/86
Día de la
Población

INDICE

Página

José L. Vázquez Calzada, Población y Salud.....	1
Carmen G. García Laguerre, Patrones Migratorios en Puerto Rico y su Efecto sobre la Distribución de la Población y el Crecimiento Urbano.....	7
Zoraida Morales Del Valle, Pronosticadores de la Fecundidad en Puerto Rico.....	16
Severo Rivera Acevedo, El Desempleo y la Ociosidad en Puerto Rico, 1940-1985.....	26
Melba Sánchez Ayéndez, El Efecto del Envejecimiento de la Población sobre la Demanda de Servicios de Salud de Puerto Rico.....	36
Nilsa Pérez Cruz, El Registro Demográfico como Fuente de Datos para el Análisis de la Salud.....	47

José L. Vázquez Calzada*

La salud es el determinante de la probabilidad de sobrevivencia del hombre y por ello ha sido el valor prioritario en toda su existencia. Hace unos 2,500 años, Heráclito escribió: "Cuando falta la salud, la sabiduría no puede revelarse, la cultura no puede manifestarse, la fuerza no puede luchar, la riqueza carece de utilidad y la inteligencia tiene las manos atadas." El refrán popular, "salud, dinero y amor" recoge claramente el lugar prioritario de la salud en nuestro esquema de valores.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de enfermedad. Aunque este estado de bienestar óptimo probablemente sea de naturaleza asintótica; esto es, que uno puede ir aproximándose a él sin jamás alcanzarlo, lo cierto es que no puede haber salud o bienestar si se vive con hambre, si no se tiene una vivienda adecuada, si no hay fuentes de ingreso decorosas, o cuando se vive acorralado por presiones económicas y sociales. No puede haber salud, tampoco, en una sociedad donde el hombre vive en constante temor por la seguridad de su vida.

No hay duda de que el bienestar y la salud de la población es la meta de todo nuestro quehacer. El gobierno, la economía, la fábrica, la educación, la recreación, etc., son sólo medios para lograrla. Es evidente, por lo tanto, que el nivel de salud de una sociedad habrá de depender grandemente del nivel de desarrollo económico y social de esa sociedad. Pero también es cierto que los fenómenos poblacionales condicionan el desarrollo, y el que se puedan alcanzar niveles de salud adecuados.

Esta interrelación entre población y desarrollo no puede perderse de vista, pues es en un estado de equilibrio dinámico entre estas dos variables que una sociedad puede ir aproximándose progresivamente a un estado óptimo

*Catedrático, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

de salud y bienestar. Tan equivocados están los que creen que el desarrollo y la salud puede lograrse independientemente de las tendencias de las variables demográficas como los que piensan que el rápido crecimiento de la población es el mayor, o el único obstáculo al desarrollo en las sociedades más atrasadas. Esta es la bien conocida controversia entre los llamados neomathusianos y los pronatalistas. El vertiginoso aumento de la población durante el Siglo XX ha sido una gran preocupación para muchos demógrafos, economistas y otros científicos sociales, como también para algunos políticos. Durante este siglo, la población del mundo aumentó de 1,600 millones a casi 5,000 millones, duplicándose entre 1950 y 1985.

Este incremento de la población mundial ha sido el producto de una rápida reducción en los niveles de la mortalidad en los países más atrasados desde el punto de vista económico. La reducción drástica en la mortalidad en estos países ha sido posible gracias a la adopción de medidas sanitarias de bajo costo, desarrolladas en los países más adelantados. Contrario a lo ocurrido en los países más desarrollados, este descenso no respondió a cambios sociales y económicos, sino a lo que ha llamado el demógrafo francés, Alfredo Sauvy, injertos de culturas. Además, el aumento en el ritmo de crecimiento poblacional registrado en los países más atrasados es más notable que el observado en el Siglo XIX en los países más adelantados. Las circunstancias son también diferentes. En el Siglo XIX, Europa tuvo una América donde vaciar gran parte del excedente demográfico. Los países menos desarrollados de hoy día no pueden ir más allá de sus fronteras.

Esta explosión demográfica del Siglo XX tiene serias implicaciones para la humanidad. En primer lugar, existe un problema de aritmética elemental. En un mundo finito, la población no puede crecer a un ritmo tan elevado indefinidamente, y en algún momento ese crecimiento tendrá que detenerse. Esto ocurrirá cuando la natalidad y la mortalidad estén en balance y desde una perspectiva actual, o se reduce la natalidad o sube la mortalidad. Si el hombre inteligentemente, no controla su fecundidad, la naturaleza impondrá su fuerza a través de la mortalidad. Porque en un mundo finito no existen otras alternativas.

En segundo lugar, el precipitado aumento de la población tiene efectos funestos sobre el ecosistema. El aumento de la población, aún manteniendo inalterado los modos de producción de bienes y servicios conlleva, entre otras cosas, más fábricas, más viviendas, más ciudades, más automóviles y más carreteras. Y como colorario, más

deforestación, más erosión de los terrenos, menos caudal en los ríos y un progresivo envenenamiento de nuestra biósfera. Si a esto se le añade el hecho de que los países subdesarrollados tratan de copiar los modelos económicos de los más desarrollados, incluyendo su consumismo y su desperdicio de recursos no renovables, entonces el problema de serias alteraciones a nuestro ecosistema se agrava.

La posición de algunos pronatalistas de que el argumento sobre las amenazas al ecosistema son sólo una excusa de los países explotadores que no desean que los demás se desarrollen para poder continuar con su explotación, es una verdad a medias. Es evidente que el desarrollo económico y social de los países menos desarrollados representan una amenaza para la opulencia y el consumismo de los más desarrollados. La materia prima y los productos que los países ricos obtienen de los países pobres a precios irrisorios y que utilizan para alimentar las extravagancias de sus habitantes, se reducirían considerablemente. Un ejemplo de lo que podría ocurrir en estos casos lo tuvimos cuando los países productores de petróleo trataron de cobrar lo justo por su producto. Aunque esto es cierto, no menos cierto es el hecho de que aumentos drásticos en la población constituyen una seria amenaza para el ambiente y para la salud de la población.

El desarrollo de los países más atrasados es posible sin tener que hacer daños irreparables al ambiente si se reduce el ritmo de crecimiento de la población. Bajo estas condiciones, el desarrollo no sólo es posible, sino que es más viable. En términos de inversiones sociales (educación, salud, vivienda, medios de transportación, etc.) no es lo mismo un país cuya población crece a razón de tres por ciento por año que uno cuya tasa es de sólo uno por ciento. Estas inversiones que hay que utilizar tan solo para mantener las condiciones de vida en "status quo" podrían desviarse hacia programas para el desarrollo si el ritmo de crecimiento de la población se redujera.

A mi entender, Puerto Rico es un vívido ejemplo de un país sumamente atrasado que cometió el error de querer impulsar un crecimiento económico capaz de sobrepasar el crecimiento poblacional sin darle la debida consideración a la cuestión demográfica. Para ello ha tenido que hacer grandes sacrificios políticos, económicos y sociales. Como resultado, ha tenido que permitir que el ambiente en que vivirán las generaciones futuras sea el triste legado de unas nefastas chimeneas que a cambio de unos pocos empleos envenenaron nuestro aire, nuestro

suelo, nuestros ríos y nuestros acuíferos subterráneos. Y tal vez, sin quererlo, hemos tenido que ceder a manos de absentistas los pocos medios de producción, y convertirnos en un pueblo de dependencia.

Los opositores al control de la población a través de la planificación familiar, esgrimen argumentos muy diversos. La mayor objeción de la Iglesia Católica, por ejemplo, es en cuanto a los métodos anticonceptivos a utilizarse. Otros grupos están reaccionando al poco tacto y a la imposición que ha demostrado los Estados Unidos para tratar de impulsar el control poblacional en los países menos desarrollados. En Puerto Rico, la actuación de algunos grupos y de algunos intelectuales resulta decepcionante y un tanto irresponsable. Tengo que decirlo así, porque mientras condenan los programas de planificación familiar que van dirigidos a la población, ellos han logrado limitar su prole utilizando los métodos que condenan. Cuando uno los confronta con los hechos, las explicaciones son aún más decepcionantes. Muchos alegan que ellos lo han hecho así porque saben por qué y para qué se debe limitar la prole, mientras que los programas para los pobres son una imposición del gobierno que sólo responde a motivaciones políticas. Es como decir, que como ellos tienen el conocimiento, pueden disfrutar del privilegio de tener pocos hijos, mientras los ignorantes deben tener muchos. ¡Que razonamiento más cruel!

Para mí no existe duda alguna de que la limitación de los hijos en un país como Puerto Rico es una necesidad para el bienestar y la salud de la población. En nuestra sociedad una familia numerosa se enfrenta a serios problemas económicos y sociales que pueden tener serias consecuencias para el bienestar, tanto de los padres como de los hijos. Y desde el punto de vista puramente físico, la multiparidad representa grandes riesgos para la salud de la madre y del infante. Estos son hechos comprobados científicamente.

Desde el punto de vista comunal, una alta natalidad representa una población extremadamente joven que requiere de inversiones elevadas en las áreas de la salud, de la educación, de la vivienda, etc. En estas comunidades de por sí pobres, este tipo de estructura demográfica limita las inversiones que se necesitan para elevar las condiciones de vida de la población en general. Sin embargo, los opositores al control poblacional alegan

que el envejecimiento de la población como consecuencia del descenso en la natalidad, es un mal mayor, ya que una sociedad de viejos es menos saludable, menos productiva y más conservadora. No conocemos ningún país donde la natalidad se haya mantenido por debajo de la mortalidad por un período prolongado de tiempo como para poder aceptar o rechazar esta congetura. Si sabemos que Suecia, con una estructura de edad de las más viejas del mundo es uno de los países más desarrollados, y sus niveles de salud son también de los más elevados del mundo.

Los que en Puerto Rico se preocupan por la posibilidad de que la pirámide poblacional se asemeje a la de Suecia o a la de otros países donde la natalidad y la mortalidad han estado por algún tiempo más o menos balanceadas, no tienen motivos para preocuparse por largo tiempo. Para que esta situación pueda darse en la Isla habría que esperar muchos años. Al presente, la mujer puertorriqueña procrea, en promedio, 2.8 hijos al completar su ciclo reproductivo. Para que una población alcance un nivel estacionario (natalidad y mortalidad en balance) el promedio debe ser de aproximadamente 2.0 hijos, de tal manera que los dos hijos reemplacen a sus padres. Pero ese promedio de dos hijos es muy difícil de alcanzar si examinamos lo que ese promedio significa. Por debajo de dos hijos, los únicos valores posibles son un hijo o ningún hijo. Pero por encima, puede ocurrir cualquier valor mayor de dos. Para que se produzca un promedio de dos, las mujeres con tres o más hijos tienen que ser contrabalanceadas por las que tienen 0 ó 1 hijo. Pero prácticamente todas las parejas quieren tener hijos y muy pocas se conforman con uno.

Los que se oponen al control de la fecundidad en Puerto Rico, aduciendo que el problema en nuestro país es un problema exclusivo de estrategias de desarrollo equivocado, solayan la cuestión migratoria y el efecto que ésta ha tenido sobre el crecimiento poblacional. Como sabemos, en los Estados Unidos residen en la actualidad más de dos millones de puertorriqueños (emigrantes e hijos de emigrantes nacidos en ese país). De no haber sido por ese movimiento poblacional, hoy día habrían en Puerto Rico más de cinco millones de habitantes. Y si la natalidad se hubiese mantenido como en los niveles de 1940 la población de Puerto Rico estaría actualmente cerca de los 7 millones de habitantes. ¿Cómo serían las condiciones de vida en Puerto Rico con ese número de habitantes aún con las más ingeniosas estrategias de desarrollo?

Para mí no cabe duda alguna de que el control de la población en Puerto Rico era, y es, una necesidad para el logro de un desarrollo más racional, equilibrado y duradero, y por ende, para el logro de un mayor bienestar para la población.

Además de aceptar que la planificación familiar es uno de los medios para propiciar el mayor grado de bienestar para nuestra sociedad, creo en ella porque la considero un derecho humano. Toda pareja tiene ese derecho. Este no puede ser un privilegio exclusivo de las clases más acomodadas.

Así como creo firmemente en el control de la población, rechazo la tesis de que el crecimiento de la población es el mayor obstáculo para el desarrollo de los países más atrasados desde el punto de vista social y económico. La experiencia de las últimas décadas demuestra que en muchos países donde se ha logrado reducir la natalidad de forma significativa, las condiciones de vida no han mejorado, y en algunos hasta han empeorado.

La reducción del ritmo de crecimiento poblacional podría ser una condición necesaria en algunos casos, pero obviamente, no es suficiente. La desgraciada frase del Presidente Johnson de que cinco dólares invertidos en planificación familiar eran más efectivos que cien dedicados a programas de desarrollo, es un absurdo. El desarrollo concebido para mejorar el bienestar y la salud de una sociedad, requiere en muchos casos de cambios radicales en las estructuras políticas, sociales y económicas. En muchos países subdesarrollados, incluyendo a Puerto Rico, este probablemente sea hoy día, el mayor obstáculo al desarrollo. La cuestión demográfica no puede seguir siendo el chivo espiatorio del subdesarrollo.

Si bien es cierto que la salud y el bienestar de la población dependen grandemente del desarrollo social y económico de la comunidad, no menos cierto es el hecho de que la salud es una de las palancas del desarrollo. No puede haber desarrollo en una sociedad enferma. La salud es un requisito para el desarrollo, pero es a su vez algo concomitante a él. Como bien ha señalado, Halfdan Mahler, Director de la Organización Mundial de la Salud, "la energía humana es el combustible que anima el desarrollo, la fuente, no tan sólo del trabajo físico o de cualquier otra actividad económica, sino también de la esperanza del futuro, la consciencia social y la capacidad para absorber y aplicar nuevos conocimientos, todos ellos esenciales para el progreso."

PATRONES MIGRATORIOS EN PUERTO RICO Y SU EFECTO SOBRE
LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION Y EL
CRECIMIENTO URBANO

Carmen G. García de Laguerre*

Introducción

La migración es una forma de movilidad geográfica o espacial que envuelve un cambio de residencia habitual entre unidades geográficas definidas. Para propósitos demográficos, se identifican dos tipos de migración, a saber: la migración internacional o externa y la migración interna. La primera envuelve movimientos a través de fronteras nacionales y la segunda implica movimientos dentro de la frontera del país. Un individuo es emigrante respecto a su lugar de origen e inmigrante respecto al lugar de destino.

No obstante, los movimientos migratorios envuelven unos cambios muy significativos y muchas veces, difíciles, que van mucho más allá de una escueta definición técnica. Las migraciones muchas veces suponen la separación de miembros de una familia, ruptura con el medio cultural, con el idioma, hábitos, patrones y muchos otros aspectos que conforman a las personas como seres sociales; para enfrentarse, particularmente en el caso de la migración externa, a culturas extrañas y hasta ambientes hostiles en el lugar de inmigración.

Los migrantes no sólo influyen en el tamaño de la población, sino que debido a las características demográficas, sociales, culturales y económicas, afectan también la composición de la población, tanto de origen como de destino.

En un gran número de países, la migración interna ha generado notables transformaciones claramente visibles en el crecimiento de las áreas urbanas. Sin embargo, en una gran mayoría de los países, la migración internacional no ha ocasionado grandes problemas, ya que su

*Demógrafo, Negociado de Análisis Social y Programación de Recursos, Junta de Planificación.

¹U.S. Department of Commerce Bureau of the Census, The Methods and Materials of Demography. Vol. 2, Chapter 20, p. 579.

influencia sobre el tamaño, crecimiento y composición de la población ha resultado insignificante. El caso de Puerto Rico, podría decirse que es extraordinario, ya que los movimientos migratorios, tanto internos como externos, han tenido un impacto enorme, no sólo en el crecimiento, distribución y composición de la población, sino en casi todos, por no decir todos, los aspectos de nuestra vida de pueblo.

LA MIGRACION EN PUERTO RICO

Veamos primeramente, la migración externa o internacional. La migración externa no es un fenómeno nuevo en Puerto Rico. Inmediatamente después de la llegada de los norteamericanos, muchos puertorriqueños emigraron a Hawaii. La Isla atravesaba por una crítica situación económica y llegaron, además, "agentes de empleo" que venían a reclutar obreros para trabajar con las compañías azucareras de esas islas. También hubo movimientos emigratorios hacia Cuba y Santo Domingo. Según el Gobernador Allen, para el 1901¹ habían emigrado entre 5,000 y 6,000 personas de la Isla.

Desde principios de siglo, como resultado de las nuevas relaciones con los Estados Unidos, los puertorriqueños comenzaron a moverse a ese país. Se estima que entre 1900 y 1944, emigraron unos 90,000 puertorriqueños. Durante ese período, la década de los años '20, fue la de más alta emigración, cuando alrededor de 40,000 personas se movieron a los Estados Unidos. Para los años de la depresión, no sólo se redujo el movimiento emigratorio, sino que muchos puertorriqueños regresaron a la Isla.

Una vez terminada la Segunda Guerra Mundial, comenzó en Puerto Rico, uno de los mayores éxodos poblacionales de nuestros tiempos. La abundancia de oportunidades de empleo, acompañada por la expansión en la transportación aérea y la reducción en los costos de los pasajes, se mencionan como factores responsables del aumento extraordinario en los movimientos emigratorios. Durante el período de 1945-49 se estima emigraron unas 135,000 personas.

¹First Annual Report of the Governor of Puerto Rico, Washington, 1901, P. 175.

Para la década de 1950, los estimados, según varias fuentes, fluctúan entre 391,000 y 502,000 emigrantes. Los años 1952 y 1953 fueron los de mayor emigración, con 59,000 y 69,000 emigrantes respectivamente. Para la década de 1960, los estimados fluctúan entre 193,000 y 225,000 emigrantes. Si a esto se agregan los hijos de los puertorriqueños que nacieron en los Estados Unidos, la población de Puerto Rico para 1970 hubiera sobrepasado los cuatro (4) millones de habitantes, en lugar de los 2.7 millones que se registraron en el censo de ese año. Para esa fecha vivían en Estados Unidos 1.4 cuatro millones de personas de origen o ascendencia puertorriqueña.

Según el censo de 1980, la población de puertorriqueños en los Estados Unidos ascendió a 2,014,000 habitantes y se estima que para 1985, esté aproximadamente en 2,562,000 habitantes que en una década, el número de puertorriqueños en Estados Unidos aumentó en 600,000, mientras en cinco años ha aumentado en 548,000. Cabe señalar que la emigración ha cobrado un nuevo ímpetu durante estos últimos años. Según datos del movimiento de pasajeros, el balance neto para estos últimos cinco años asciende a 155,000 emigrantes, luego de descontar, claro está, los inmigrantes que han llegado a la Isla, los cuales en su mayoría son puertorriqueños, ya sea por origen o por ascendencia.

Todas estas emigraciones han tenido una motivación económica. Diferentes estudios han demostrado que el móvil principal para emigrar ha sido conseguir mejores oportunidades de empleo. En términos generales, los emigrantes constituyen una población joven, concentrada en las edades más productivas y poseen en promedio niveles educativos más altos que los de la población no migrante.

¹U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, Puerto Rican in the United States. PC (2)- 1e.

Juan A. Sánchez Viera, "El Crecimiento Poblacional, sus Consecuencias y Posibles Soluciones en Puerto Rico". U.P.R., Recinto de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, 1973. (mimeografiado).

José L. Vázquez Calzada, Ph.D. "Las Causas y Efectos de la Emigración Puertorriqueña" U.P.R., Recinto de Ciencias Médicas, octubre, 1968.

No obstante, no es ningún secreto que los puertorriqueños en los Estados Unidos constituyen el grupo más deprivado entre la población de origen hispano. Los puertorriqueños en los Estados Unidos tienen el nivel de desempleo más alto, el ingreso mediano más bajo, el mayor por ciento de familias bajo el nivel de pobreza y el nivel educativo más bajo, exceptuando en este último aspecto, a los mejicanos. Sin embargo, los puertorriqueños continúan emigrando hacia los Estados Unidos.

Recientemente, se ha especulado mucho sobre una aparente "fuga de talento" o "fuga de cerebros" como resultado de los movimientos emigratorios de los últimos años. Movida por esta preocupación, la Junta de Planificación inició una encuesta en el Aeropuerto en el año 1982, con el propósito de conocer algunas características tanto de los emigrantes, como de los inmigrantes. En términos generales, los resultados de los primeros dos años bajo estudio confirman muchos hallazgos, de estudios anteriores, y entre los más importantes debemos mencionar los siguientes:

1. Ocurren simultáneamente las dos corrientes: inmigración y emigración, predominando por supuesto, esta última.
2. En ambos grupos migratorios predominan los varones y se considera una población relativamente joven, concentrada mayormente entre las edades de 16 a 24 años.
3. La mayoría de los emigrantes va a trabajar o a buscar trabajo, aunque la mayoría de ellos no estaba desempleada en Puerto Rico.
4. Tanto los inmigrantes como los emigrantes tienen niveles educativos más altos que el promedio de la población de Puerto Rico.
5. La mayoría de los emigrantes se cataloga como trabajadores de cuello azul y la proporción de profesionales es baja comparada con otras ocupaciones.

Como hemos podido apreciar, las corrientes de migración externa, especialmente el movimiento emigratorio, ha sido muy significativo en Puerto Rico. Es preciso señalar, que aunque en un volumen menor, Puerto Rico recibe una corriente inmigratoria que se deja sentir en el quehacer

de día a día. A modo de ejemplo y utilizando datos de los censos de población tenemos que:

1. Entre 1955 y 1960 llegaron unos 62,200 inmigrantes de los cuales un 90 por ciento residía en los Estados Unidos.
2. Entre 1965 y 1970 llegaron unos 245,000 inmigrantes de los cuales un 53 por ciento residía en los Estados Unidos.
3. Entre 1975 y 1980 llegaron unos 213,000 inmigrantes de los cuales un 65 por ciento residía en los Estados Unidos.

En estudios que se han realizado en diferentes momentos se ha encontrado que la mayoría de los inmigrantes que viene de los Estados Unidos son puertorriqueños que regresan o puertorriqueños que han nacido allá. Tenemos, además, una corriente inmigratoria de extranjeros que es muy difícil cuantificar debido a limitaciones que nos presentan los datos de los censos. Según el Censo de 1970, en Puerto Rico había unas 52,800 personas nacidas en el extranjero y 43,100 de ascendencia extranjera para un total de 95,900 habitantes de origen y ascendencia extranjera. Para el 1980, el censo sólo no presentaba la cifra de personas nacidas en el extranjero y que asciende a 63,300. Sin embargo, extranjero y que asciende a 63,300. Sin embargo, expertos en la materia, como el Dr. Vázquez Calzada asegura que la cifra de extranjeros residentes en Puerto Rico es mucho mayor. Esto, claro está, sin tomar en consideración la cifra de extranjeros indocumentados, que se sabe es considerable, pero realmente nadie sabe a cuánto asciende. Las últimas cifras que han salido a la luz pública provienen del Servicio Federal de Inmigración y Naturalización y reflejan un estimado de 150,000 extranjeros indocumentados.

Ahora bien, ¿qué ha pasado en Puerto Rico en términos de migración interna? Para finales del Siglo 19, el cultivo del café se había convertido en una industria importante en Puerto Rico, por lo que una buena parte de la población de la Isla se había movido hacia los municipios del interior, especialmente hacia el Interior Oeste, donde se cultivaba este producto. Con el cambio de soberanía, se desvía la actividad agrícola hacia el cultivo de la caña de azúcar y el tabaco. El cultivo y procesamiento de la caña se concentró en las costas de la Isla y el tabaco se concentró en la Región Interior Este. Al mismo tiempo, comienza a desarrollarse San Juan como una zona industrial y comercial importante.

Esta transformación convierte las costas y la región noreste, particularmente a San Juan y municipios adyacentes, en lugares de atracción por lo que reciben un gran número de inmigrantes. Los municipios de la región cafetalera, por el contrario, tuvieron una gran emigración, especialmente los pertenecientes a la Región Interior Oeste.

La década de los años '30 estuvo plagada de crisis debido a la gran depresión y a los huracanes que azotaron la Isla en 1928 y 1932. Había mucha pobreza y los municipios del interior, que ya antes estaba en muy malas condiciones económicas, continuaron perdiendo población, que se movía hacia los centros urbanos, especialmente hacia San Juan, que era el municipio de mayor inmigración. Otros municipios como Mayaguez, Guayama, Guaynabo, Arroyo y Ponce tuvieron alguna inmigración. En resumen, los pocos municipios que tuvieron balances inmigratorios en esa época, estaban localizados en las costas de la Isla.

Ya para los años cuarenta, particularmente para la segunda mitad del decenio, comienzan a registrarse las emigraciones masivas hacia los Estados Unidos, pasando a un segundo plano las migraciones internas. De acuerdo al Dr. Vázquez Calzada, para esa época, sólo un 28 por ciento de la población que perdieron los municipios, fue ganado por otros municipios, el restante 72 por ciento emigró a los Estados Unidos. Tanto así, que sólo 6 municipios tuvieron balances inmigratorios, entre los que se destaca San Juan con unos 60,000 inmigrantes.

Para los años '50 la situación se torna aún más dramática. Sólo un 3 por ciento de las personas que emigraron, se movieron a otros municipios, el restante 97 por ciento emigró a los Estados Unidos. En 58 municipios la tasa de emigración fue de 20 por ciento o más. Por otro lado, únicamente cuatro (4) municipios tuvieron saldos inmigratorios: Bayamón, Carolina, Guaynabo y Trujillo Alto (el cual tuvo un balance muy modesto). Sin embargo, como Región de San Juan, esta zona también experimenta un balance emigratorio, ya que aunque estos municipios ganan unos 14,400 inmigrantes, el municipio de San Juan, pierde unos 22,000 emigrantes.

1

Vázquez Calzada, José L. La Población de Puerto y su Trayectoria Histórica, U.P.R., R.C.M., 1978.

En la década de los años '60, la migración interna vuelve a cobrar preponderancia al reducirse las corrientes emigratorias externas. Para este período, el 41 por ciento de la población que perdieron los municipios, fue ganado por otros municipios, el restante 59% emigró a los Estados Unidos. Hubo doce municipios que tuvieron saldos inmigratorios, de los cuales ocho (8) se encuentran en la Región Noreste. Entre estos sobresalen Bayamón y Carolina los cuales recibieron entre ambos 104,000 inmigrantes. Por su parte, San Juan perdió 84,500 emigrantes.

Durante este período comienza a perfilarse el municipio de Caguas como un centro urbano de atracción. Ponce y Mayaguez continúan teniendo emigración, aún cuando siguen siendo centros urbanos importantes. Los municipios del centro de la Isla continúan con elevados balances emigratorios, algunos de ellos con tasas sobre el 30 por ciento.

Por otro lado, todo parece indicar que San Juan va perdiendo su fuerza de atracción para los inmigrantes y otros municipios adyacentes van tomando su lugar. Sin embargo, debemos señalar que este es un aspecto muy normal en el proceso de urbanización, donde por un lado, la disponibilidad de terreno impone unas limitaciones, y la conversión de antiguas zonas residenciales en áreas comerciales, empujan a la población a moverse a lugares más residenciales. Este fenómeno ha sido muy evidente en grandes centros urbanos, como la ciudad de Nueva York.

La década de los años '70 se presenta un tanto diferente en lo que a migración se refiere. Durante este período los movimientos migratorios estuvieron mejor distribuidos. Para 1980, un 34 por ciento de la población, residía en el Area Metropolitana de San Juan que comprende el ocho (8) por ciento del territorio total de la Isla. Sin embargo, esta era la misma situación que prevalecía en 1970.

Una medida que se utiliza para medir el grado de concentración de la población es el coeficiente de concentración de Gini. Este coeficiente fluctúa entre un valor mínimo de cero (0) que indica una distribución uniforme de la población y un valor máximo de uno (1) que indica que toda la población se concentra en un solo lugar. En esta década dicho índice tendió a estabilizarse, ya que en 1980 resultó ser .45, comparado con .44 en 1970. Este coeficiente era de .19 a principios de siglo.

Durante esta década, el 68 por ciento de la población que perdieron los municipios fue ganado por otros municipios, sólo el 32 por ciento emigró fuera de Puerto Rico. Sin embargo, esta migración interna se distribuyó mucho mejor que en períodos anteriores. En este período, 38 municipios tuvieron balances inmigratorios, concentrándose siempre, por supuesto, las tasas más altas en la región de San Juan, pero con ciertas peculiaridades. Exceptuando el caso de Carolina, que dicho sea de paso, fue el municipio que más inmigrantes recibió, ya no son los municipios más inmediatos a San Juan los que reciben la mayor inmigración. Bayamón y Guaynabo van perdiendo importancia que a su vez van cobrando Toa Alta, Trujillo Alto, Río Grande y Toa Baja. (Este último se mantiene como centro de atracción desde la década anterior). Este es el fenómeno del que tanto oímos hablar y que se conoce como desparramiento urbano.

Una situación parecida aunque en magnitud más limitada, comienza a observarse en la zona de Caguas. El municipio de Caguas, por primera vez desde los años '50, tuvo un leve balance emigratorio, dando paso al municipio de Gurabo, que por primera vez, registra un balance inmigratorio.

Los municipios que tuvieron balances inmigratorios forman prácticamente una cadena por la costa, partiendo desde Humacao y subiendo por la costa este hacia la costa norte, que la cubre casi completa, para luego bajar por la costa oeste hasta Cabo Rojo y un poco de la costa sur hasta Guánica. Las excepciones o municipios de emigración fueron sólo seis (6) a saber: Naguabo, San Juan, Cataño, Aguadilla, Añasco y Mayaguez. San Juan vuelve a ser el municipio de más alta emigración, con 98,000 emigrantes.

Es de suponer que el mejoramiento en las vías de comunicación, el establecimiento de Colegios Regionales Universitarios, de facilidades médico-hospitalarias, centros comerciales y otras facilidades fuera del Area Metropolitana de San Juan, han contribuido a que se distribuyera mejor la migración durante este último decenio.

No podemos perder de vista, que en Puerto Rico se está dando un proceso de sustitución de población: tenemos una corriente emigratoria externa que en parte es contrabalanceada por una corriente inmigratoria, compuesta mayormente por puertorriqueños que vienen de los Estados Unidos.

Debido a limitaciones de los datos, no podemos precisar dónde se ubican estos inmigrantes, pero es de suponer que muchos regresan a los municipios de donde emigraron inicialmente, donde quizás aún tienen algunos familiares, un pedazo de terreno o hasta una casa. Es importante señalar que la migración de puertorriqueños hacia los Estados Unidos, contrario a las migraciones de otros pueblos, en su mayoría no es de carácter permanente, y sí transitorio. La mayoría de los puertorriqueños emigró con la idea de regresar "cuando su situación mejorara". El constante ir y venir y el continuo contacto con la familia y amistades que se quedaron en la Isla, probablemente sirve para afianzar aún más, la idea del regreso a la patria.

Ahora bien, ¿qué efectos han tenido estos movimientos migratorios en la distribución de la población y en el crecimiento de las áreas urbanas?

Hemos visto cómo a través de este siglo la población puertorriqueña, procedente en mayor o menor volumen, de todos los municipios de la Isla, ha emigrado masivamente a los Estados Unidos y que parte de esos emigrantes ha comenzado a regresar. Por otro lado, la migración interna ha sido responsable de grandes cambios que hemos observado en la distribución de nuestra población. Para 1980, el 52 por ciento de la población vivía en un municipio distinto al lugar de su nacimiento. Se ha desarrollado un enorme centro urbano alrededor de San Juan que se extiende como una gran masa desde Fajardo hasta Dorado. Han surgido otros núcleos urbanos como Ponce, Mayaguez y Caguas, pero sigue siendo la zona de San Juan la más importante. A modo de ejemplo, para 1950 el Area Metropolitana de San Juan tenía el 18 por ciento de la población de la Isla; hoy tiene el 34 por ciento. Tenemos un municipio de San Juan con una densidad de 9,250 habitantes por milla cuadrada y municipios como Vieques, Culebra, Maricao y Las Marías con densidades de menos de 200 habitantes por milla cuadrada.

Las concentraciones moderadas de población, son beneficiosas en términos de la prestación de muchos servicios. Sin embargo, cuando dejan de ser moderadas, cuando el crecimiento se da en forma acelerada, desordenada y desarticulada, comienzan a surgir los graves problemas que hoy padecemos como son los problemas de vivienda, salud, transportación, disposición de desperdicios, contaminación, criminalidad y tantos otros que nos son muy familiares y cuya solución constituye el gran reto de las generaciones actuales y futuras.

PRONOSTICADORES DE LA FECUNDIDAD EN PUERTO RICO

Zoraida Morales Del Valle*

Los altos niveles de fecundidad que existen hoy día en muchos países subdesarrollados del Mundo, constituyen el factor principalmente responsable de las altas tasas de crecimiento poblacional que se registran en estos países. Esto es así, a pesar de que en algunos de estos países la fecundidad ha declinado rápidamente en los últimos años. Este hecho ha llevado a los estudiosos de la población a todo un debate teórico sobre las implicaciones de este acelerado crecimiento poblacional y de estos niveles de fecundidad en el desarrollo socioeconómico de estos países. Como resultado de este debate, se ha generado toda una serie de análisis empíricos que han tratado de identificar qué factores determinan diferencias y cambios en la fecundidad para, de esta forma, poder desarrollar las políticas poblacionales más adecuadas para regular los nacimientos.

Los esquemas teóricos que se han desarrollado señalan que las diferencias en fecundidad entre las mujeres residentes en cualquier área geográfica en un momento dado; van a ser el resultado del balance entre aquellos factores que determinan la exposición a riesgo del coito, y aquellos factores que regulan la fecundidad dentro del matrimonio. Estos, según el Esquema de Davis y Blake¹ se conocen como las variables intermedias. Ambos grupos de factores van a estar a su vez determinados por una serie de variables socioeconómicas y culturales como la educación, la participación de la mujer en la fuerza obrera, la ocupación, la religión y el lugar de residencia, entre otras. Estas interrelaciones se ilustran con el esquema que se presenta en la siguiente página.

*Catedrática Asociada en la Escuela de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

¹William F. Pratt, et.al., "Understanding U.S. Fertility", Population Bulletin, Vol. 39, No. 5, December, 1984.

VARIABLES INTERMEDIAS

Factores Sociales

- . Religión
- . Participación en la fuerza laboral
- . Educación
- . Ocupación
- . Lugar de residencia



Variables Relativas al Coito:

- . Por ciento de mujeres que nunca han tenido coito.
- . Duración del matrimonio (separación, divorcio)



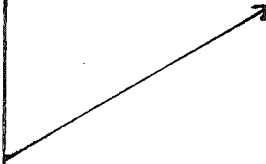
Variables Relativas al embarazo:

- . Uso de métodos anticonceptivos
- . Esterilización
- . Infecundidad
- . Período de lactancia



Variables Relativas al resultado del embarazo:

- . aborto y nacimientos muertos
- . aborto inducido



Fecundidad (nacimientos vivos)

Puerto Rico no ha sido la excepción a estos cambios en la fecundidad ni a este análisis de sus pronosticadores de fecundidad. A principios de la década del 1950, la natalidad en Puerto Rico estaba en los alrededores de los 40 nacimientos por mil y su mortalidad en los alrededores de 9. Esto representaba una tasa de crecimiento poblacional de alrededor de 3 por ciento. De no haber sido por la emigración hacia los Estados Unidos registrada durante esa época y de haber continuado esa tasa de crecimiento poblacional, la población del país se hubiese duplicado en 25 años. La natalidad en Puerto Rico comenzó a descender desde la década del 1950 y ya para el año 1983 se había reducido en poco menos de un 50 por ciento (38.5 en 1950 y 20.1 en 1983).¹ Como resultado, la tasa de crecimiento natural (diferencia entre los nacimientos y las muertes)² fue de 1.5 por mil para principios de la década de 1980; lo cual todavía representa un crecimiento poblacional por sobre el nivel de reemplazo.

El análisis de los factores que han sido responsables de las diferencias en la fecundidad de la mujer puertorriqueña, también han sido motivo de seria preocupación. Los estudios realizados a esos efectos indican una relación estrecha entre la fecundidad con casi todas las variables que determinan el tiempo de exposición a riesgo de concebir y con algunas variables socioeconómicas.

La edad al casarse por primera vez, por ejemplo, muestra una relación inversa fuerte con la fecundidad. Es decir, el promedio de hijos procreados por la mujer disminuye significativamente a medida que aumenta esta edad. Esto sugiere que un aumento en la edad al casarse tiene un efecto reductor en la fecundidad. Este efecto se puede dar de dos formas. En primer lugar, reduce el tiempo de exposición a riesgo; esto es, los años de vida matrimonial. En segundo lugar, el casarse un poco más tarde evita que la mujer esté en riesgo de procrear en las edades más fértiles.³

¹Departamento de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, 1983. Tabla 1

²Se refiere al período de 1980-83.

³Vázquez Calzada, José L. La Población de Puerto Rico y su Trayectoria Histórica, Cap. 5.

Mientras que la entrada a una unión sexual, sea ésta legal o consensual, va a determinar el comienzo de los riesgos de procrear, el tipo de matrimonio puede determinar la magnitud de esta procreación. Los datos analizados demuestran que las mujeres puertorriqueñas que viven en uniones consensuales tienen una fecundidad más elevada que las que están casadas legalmente. Los análisis de correlación múltiple realizados indican que esta mayor fecundidad de las mujeres casadas consensualmente se debe que éstas se casan más jóvenes, tienen mayor número de esposos, tienen niveles educativos¹ más bajos y usan métodos anticonceptivos en menor cantidad.

El divorcio y otras formas de disolución marital, se cree tienen un efecto reductor en la fecundidad.² Esto es así, ya que mediante el divorcio se reduce el tiempo de exposición y debido al hecho de que el tener pocos hijos facilita la decisión de divorciarse. Sin embargo, el efecto de las disoluciones matrimoniales en la fecundidad va a depender de la frecuencia y la velocidad con que se entra a una nueva unión sexual.

Los estudios realizados en Puerto Rico indican que el divorcio no parece tener impacto alguno sobre la fecundidad de la mujer puertorriqueña, ya que aunque el mismo tiene un efecto reductor en la fecundidad, según lo evidencia el hecho de que las mujeres divorciadas tienen en promedio menos hijos que aquellas que continuaron en su primer matrimonio, este efecto es contrabalanceado por el aumento en la fecundidad que ocurre entre aquellas mujeres que vuelven a casarse. Esto es así, ya que cada nuevo esposo desea tener hijos propios independiente de si su esposa tuvo hijos o no en matrimonios anteriores. El efecto positivo del número de esposos en la fecundidad se mantiene aún después de controlar por la duración del matrimonio.

¹ Morales Del Valle, Zoraida, et.al., "El tipo de matrimonio y su relación con la fecundidad en Puerto Rico" Revista Review Interamerican, Winter/Invierno 1981/82.

² Cunningham, Ineke, et.al., "Las disoluciones matrimoniales y su efecto sobre la fecundidad en Puerto Rico, Revista/ Review Interamerican, Vol. XII, No. 2, Summer/Verano, 1982.

La regulación de la fecundidad en el matrimonio ha sido un factor determinante de las diferencias en fecundidad entre las mujeres puertorriqueñas. En Puerto Rico, esa regulación se ha logrado mediante la esterilización y mediante el uso de otros métodos anticonceptivos. Los hallazgos de distintos estudios indican que, en general, el promedio de hijos procreados por mujeres esterilizadas era mayor que el procreado por las no esterilizadas. Esto sugiere que una alta fecundidad es un factor motivante para esterilizarse.

Aunque una alta fecundidad lleva a la esterilización, ésta tiene a largo plazo, un efecto reductor en la fecundidad de la mujer puertorriqueña. Esto lo demuestra el hecho de que al finalizar su vida reproductiva, las mujeres esterilizadas tienen una fecundidad menor que las no esterilizadas.²

El efecto del uso de otros métodos contraceptivos (incluyendo la esterilización) en la fecundidad han sido poco estudiados en Puerto Rico. Los coeficientes de correlación Pearson calculados entre el uso de estos métodos y la fecundidad, sin embargo, no han sido estadísticamente significativos.

Los resultados de los estudios que han relacionado la fecundidad con la zona de residencia y con variables socioeconómicas tales como niveles de instrucción, ingreso, participación de la mujer en la fuerza obrera y ocupación del esposo tienden a indicar lo mismo; la fecundidad de la población rural es más elevada que la de la zona³ urbana y varía inversamente con el nivel socioeconómico.

¹Vázquez Calzada, José L. y Zoraida Morales Del Valle, Female Sterilization in Puerto Rico and its Demographic Effectiveness, Puerto Rico Health Sciences Journal, Vol. 1, No. 3, June 1982.

²Vázquez Calzada, José L. op.cit.

³Vázquez Calzada, José L. op.cit.

La mayor fecundidad en las zonas rurales que en las urbanas se debe a una menor edad al casarse y una educación más baja en las primeras que en las segundas. Por otro lado, la mayor fecundidad entre las mujeres con niveles menores de ingreso y cuyos esposos tienen ocupaciones en el escalafón más bajo de la escala ocupacional, se explica principalmente por los bajos niveles educativos que existen en estos grupos.

La fecundidad de la mujer que participa en la actividad económica remunerada es menor que la de aquellas que se dedican exclusivamente a los quehaceres del hogar. No se ha podido determinar todavía si el hecho de trabajar fuera del hogar tiene un efecto depresor en la fecundidad o si lo que ocurre es que la mujer con menos hijos tiene mayores posibilidades de trabajar fuera.

No se han encontrado diferencias significativas entre la fecundidad de los católicos y la de otros grupos religiosos en Puerto Rico. Todos estos grupos hacían uso de la contracepción en forma similar.

Los estudios realizados indican que todas las variables socioeconómicas ejercen su influencia sobre la fecundidad a través de las variables de riesgo (años de matrimonio, edad al casarse, número de matrimonios y uso de métodos anticonceptivos). De las variables socioeconómicas estudiadas, el nivel de instrucción de la mujer parece ser la más importante. Aún cuando esta variable está estrechamente asociada con la edad al casarse y con el volver a casarse, tiene un efecto independiente sobre la fecundidad. Gran parte de este efecto se debe, entre otras cosas, a que a través de la educación se aumenta la motivación para lograr el número deseado de hijos y el conocimiento que se tiene sobre los métodos anticonceptivos y a que estos métodos se utilizan con mayor frecuencia y efectividad.

Según los hallazgos preliminares de un estudio realizado en 1982, los años de matrimonio, el número de esposos tenidos, los años que llevaba esterilizada y los años de escuela completados explican el 37 por ciento de las diferencias en fecundidad entre las mujeres puertorriqueñas.

Si esos cinco factores explican más de una tercera parte del hecho de que algunas mujeres en Puerto Rico tengan una fecundidad alta mientras otras tengan una fecundidad baja, los cambios que se vislumbran o que pueden lograrse en el futuro con relación a estos factores pueden ser determinantes en el futuro descenso de la fecundidad del país.

La experiencia del pasado sugiere que cambios en la mediana de edad al casarse por primera vez, han tenido muy poco efecto en el descenso en la natalidad de la Isla que se ha registrado desde mediados de la década del 1950. Esta mediana se mantuvo constante en los alrededores de los 20 años hasta 1950 ascendió sólo hasta 21.4 en 1980.¹

En Puerto Rico, la proporción de mujeres casadas aumentó de 55 por ciento en 1940 a sólo 61 por ciento en 1960 (incluye uniones consensuales).² Paralelo a esto el por ciento de divorcios entre matrimonios aumentó de 17.5 en 1950 a 46 en 1980.³ El efecto de esta tendencia del divorcio en la fecundidad hubiese sido de reducirla si los demás factores se mantienen constantes, ya que la población expuesta a riesgo se ha reducido.

La proporción de matrimonio de personas viudas y divorciadas aumentó de 5.9 en 1940 a 21.6 en 1980. Esto ha resultado en un aumento en el número de matrimonios que posiblemente sólo ha servido para contrabalancear el efecto reductor que ha tenido en la fecundidad el aumento considerable observado en la tasa de divorcio.

¹Vázquez Calzada, José L., op.cit.

²Vázquez Calzada, José L., op.cit. Cap. 3

³Departamento de Salud, op.cit.

Un alto por ciento de las mujeres que entran en matrimonios de segundo o más orden entran en una relación de tipo consensual. Además, se observa un aumento en los años recientes en los matrimonios consensuales especialmente, entre la población joven. Estos dos factores podrían tener un efecto positivo en la fecundidad, ya que los matrimonios consensuales tienen una fecundidad más alta que los matrimonios legales y una entrada a uniones sexuales a edades más jóvenes aumenta el tiempo de exposición. Sin embargo, estas parejas jóvenes provienen hoy día de niveles instruccionales más altos que anteriormente y es de esperarse que una gran proporción de estas tengan un mayor conocimiento de métodos anti-conceptivos que en el pasado. Por consiguiente, no creemos que este factor tenga en ocasiones aumentos futuros en la fecundidad en Puerto Rico.

La esterilización ha sido un factor altamente responsable del descenso observado en la natalidad del país. Estudios realizados indican que alrededor de un 50 por ciento del descenso en la tasa bruta de natalidad de Puerto Rico de 1940 a 1976 se debió a la esterilización. Esto es explicable, ya que alrededor de un 7 por ciento del total de mujeres de 15-49 años en 1947, estaba esterilizada, mientras que en 1982 este por ciento fue de 39.²

Se ha encontrado también una menor fecundidad y una mayor proporción de esterilización entre las mujeres puertorriqueñas que tienen nacimientos por cesárea que entre aquellas que tienen nacimientos vaginales. Dado el aumento tan grande en el por ciento de mujeres que tienen nacimientos por cesárea, es de esperarse que esto tenga un efecto significativo en reducir la fecundidad en Puerto Rico.

¹Vázquez Calzada, José L., et.al., "Patrones de Nupcialidad de la Mujer Puertorriqueña," Revista/Review Interamerican, Vol. XI, No. 3, Fall/Otoño.

²Vázquez Calzada, José L., et.al., "El Extraordinario Aumento en los Partos por Cesárea en Puerto Rico y su Impacto sobre la Fecundidad". Presentación Hallazgos del Estudio. Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, U.P.R. (noviembre de 1985).

Es evidente que la mujer más educada tiene a su disposición un mayor número de alternativas en el uso de anticonceptivos debido a sus mayores conocimientos, a la mayor accesibilidad a los métodos y al mayor grado de comunicación que existe entre ella y su esposo con relación a asuntos sobre el sexo.

Las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos (incluyendo la esterilización) entre los diversos grupos sociales y económicos se ha reducido considerablemente. Según un estudio realizado en 1976, no existían diferencias significativas en el uso de métodos por nivel de instrucción.

Muchas mujeres casadas que no han tenido hijos o que han tenido únicamente un hijo, utilizan métodos anticonceptivos sólo para planificar el momento adecuado para tenerlos. Muchas de ellas no comenzaron a utilizar métodos hasta no haber completado o estar cerca del número deseado de hijos.

El uso de contraceptivos (excluyendo la esterilización) también ha sido frecuente entre las mujeres puertorriqueñas. Los distintos estudios realizados indican que del total de mujeres casadas de 15-49 años que eran usuarias activas un 41¹ por ciento usó otros métodos distintos a la esterilización. En 1982 este por ciento fue de 34.² Esta disminución en el uso de estos métodos se debe, en gran medida, al descenso registrado en el uso de la píldora.

¹José L. Vázquez, "Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Puerto Rico", Sección de Estudios Demográficos, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

²Centro de Investigación y Evaluación Sociomédica, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas; "Family Planning and Maternal-Child Care Health Services, Puerto Rico"; Presentación resultados preliminares del Estudio. Hotel Caribe Hilton, Puerto Rico (febrero, 1985).

Entre mujeres jóvenes y con pocos años de matrimonio, la píldora anticonceptiva es el método preferido, pero su uso disminuye a medida que aumenta la edad y los años de vida matrimonial. Una tendencia opuesta se observa con relación a la esterilización femenina.

Por otro lado, se ha encontrado que el uso de la píldora y otros métodos está asociado de forma directa con el nivel de instrucción, mientras que la esterilización es más frecuente entre mujeres menos instruidas.

Nuevamente, surge la educación como el factor que mejor puede predecir el comportamiento de la fecundidad en P.R. Su efecto se deja sentir no sólo a través de un mayor conocimiento, accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos, sino a través de otras variables. La mediana de años de escuela completados para la población femenina puertorriqueña fue de 9.4 en 1980. Un aumento en estos niveles de instrucción, posiblemente resulte en un aumento en la edad al casarse por primera vez. Se ha encontrado una correlación alta y significativa entre la educación y la edad al casarse por primera vez. Ver estudio de Bergeos Pichot.

Un aumento en los niveles de educación de la mujer, resultará en una mayor realización de sus habilidades para contribuir efectivamente en la actividad económica y en la toma de decisiones de su país. Realización que la ayuda a decidir en forma inteligente el número de hijos que desea tener, cuándo y cómo tenerlos, teniendo ante sí todos los elementos y las alternativas necesarias para tomar esta decisión.

Esto, unido a la existencia real de oportunidades para poder llenar sus aspiraciones, será el factor determinante para que la pareja a través del uso de métodos contraceptivos regulen en forma efectiva su fecundidad futura. Será de esta forma, y no mediante la implantación aislada de programas de planificación familiar que se podrán acortar las diferencias entre las mujeres que tienen muchos y pocos hijos, reduciendo significativamente los niveles de fecundidad de la población puertorriqueña.

EL DESEMPLEO Y LA OCIOSIDAD EN PUERTO RICO 1940-1985

Severo Rivera Acevedo*

Para comenzar con el tema que me ocupa, les señalaré la organización de esta presentación:

- 1) Primero presentaré el cuadro general histórico de la participación por edad y sexo de la población en Puerto Rico.
- 2) Luego presentaré el cuadro histórico del desempleo por algunas características socio-demográficas de los desempleados y datos breves sobre la ociosidad.
- 3) Por último, señalaré algunos datos sobre la fuerza trabajadora en Puerto Rico por lugar de nacimiento.

La fuente de los datos utilizados por la última parte fue la muestra del uno por ciento del Censo de Población de Puerto Rico para 1980 y la primera parte de mi presentación es una reseña del trabajo que escribiera el Dr. José L. Vázquez Calzada sobre el tema de la ociosidad en Puerto Rico.

Para propósito de esta presentación el grupo trabajador o fuerza laboral se define como los empleados y los desempleados de 16 años y más de edad. Los empleados comprenden aquellos que están trabajando y los que tienen un trabajo, pero al momento de preguntarle su "status" se encontraban temporalmente ausentes por enfermedad, vacaciones, etc. Los desempleados son aquellos que, al momento de entrevistarlos, no están trabajando, pero están activamente buscando trabajo. Las personas que no están trabajando ni buscando trabajo activamente, se consideran fuera de la fuerza laboral.

Por otra parte, la tasa de desempleo representa el por ciento de desempleados de la fuerza laboral.

* Catedrático Asociado, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Director Centro de Datos Censales, Recinto de Río Piedras, Universidad de Puerto Rico.

La población económicamente activa es el por ciento que representa la fuerza laboral de la población total (fuerza laboral + fuera del grupo trabajador).

Los ociosos o económicamente inactivos (no trabajan ni buscan trabajo) son aquellos que se clasifican como en la escuela, en oficios domésticos (no remunerados), incapacitados para trabajar y los ociosos voluntarios que incluyen retirados y jubilados (pensionados).

Después de aclarar estos conceptos, pasemos a la discusión del tema:

El análisis de la trayectoria histórica de la participación económicamente activa para ambos sexos demuestra, que entre 1950 y mediados del lustro del 1980-85, ésta ha bajado en 30 por ciento, de 60 por ciento a 42 por ciento (Véase Cuadro 1). Al analizar dicha información por sexo se encuentra que el descenso en los varones fue más alto que en las hembras; 31 por ciento versus 15 por ciento. Se observa que la disminución en participación del hombre representa el doble del de la mujer.

Cuando se analiza dicha participación por edad y sexo conjuntamente, se evidencia que en el caso de los varones en todos los grupos de edad (7 de 7) ha ocurrido un descenso en la participación durante dicho período. En la población femenina, sin embargo, 3 de los 7 grupos de edad experimentaron un aumento en la participación en la actividad económica (25-34; 23%; 35-44; 16%; 45-54; 20%).

En ambos grupos la participación de los jóvenes de 16 a 24 años y los envejecientes (65 años y más) presentan los por cientos más altos de disminución. Esto, sin lugar a dudas, puede estar explicado, en los casos de los jóvenes, por el momento en la asistencia a las aulas universitarias y por el retiro y la jubilación en el caso de la población envejeciente (Cuadro 1).

Es obvio que si este descenso ocurre en el aspecto positivo (participación en la fuerza laboral) debe estar ocurriendo lo opuesto en el aspecto negativo, i.e., el aumento en el desempleo.

Al estudiar los datos sobre este componente de la fuerza laboral: el desempleo, se puede considerar este como la primera causa de morbilidad de la población puertorriqueña; o quizás mejor la primera enfermedad crónica y degenerativa de la Isla.

CUADRO I

TASAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA PARA LA POBLACION
 DE 16 AÑOS O MAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD
 PUERTO RICO: 1950, 1960, 1970,
 1980 Y 1983

SEXO Y EDAD	1950	1960	1970	1980	1983	POR CIENTO 1950-1983	
AMBOS SEXOS	59.5	48.9	48.0	43.3	41.8	-	29.7
VARONES	83.8	76.4	70.8	60.7	58.2	-	30.5
16-19	54.2	38.6	34.3	24.0	19.7	-	63.7
20-24	89.3	81.4	78.2	69.5	63.4	-	29.0
25-34	89.0	91.5	91.7	86.8	83.2	-	5.8
35-44	96.1	93.0	90.3	85.2	84.1	-	12.5
45-54	95.3	91.1	85.7	75.8	77.7	-	18.5
55-64	87.0	84.1	73.8	50.6	51.7	-	40.6
65 y más	57.7	37.5	28.6	15.1	12.8	-	77.8
HEMBRAS	32.8	24.5	28.0	27.0	27.8	-	15.2
16-19	32.9	14.3	14.1	9.9	7.6	-	76.9
20-24	39.1	35.2	41.3	36.1	31.5	-	19.4
25-34	37.3	32.3	40.5	45.5	46.0	+	23.3
35-44	36.9	28.1	37.8	39.8	42.7	+	15.7
45-54	26.2	21.6	26.7	30.0	31.3	+	19.5
55-64	15.4	14.2	16.1	13.4	13.8	-	10.4
65 y más	6.3	4.2	4.1	2.4	1.9	-	69.8

FUENTE: José L. Vázquez Calzada. "El Problema de la Ociosidad en Puerto Rico." (Mimeografiado: Conferencia presentada en la Universidad del Sagrado Corazón, diciembre, 1985).

Al observar los datos del Cuadro 2, desde el 1940 al presente, estos señalan que el desempleo aumentó de 15 por ciento a 22 por ciento en el 1985; de 1940 a 1975 ha promediado aproximadamente un 13 por ciento y desde esa fecha hasta el momento actual alrededor de un 20 por ciento. Países industrializados, como por ejemplo, los Estados Unidos de Norteamérica, cuando tienen más de un 5 por ciento de desempleo consideran dicha situación altamente preocupante y alarmante.

CUADRO 2

TASAS DE DESEMPLEO PARA LA POBLACION DE 16 AÑOS O MAS^a
 PUERTO RICO, PROMEDIOS ANUALES PARA LOS AÑOS
 NATURALES DE 1940 A 1985

AÑO	TASA DE DESEMPLEO
1940 ^b	14.9
1950	14.6
1960	11.6
1970	10.7
1971	11.6
1972	11.9
1973	11.6
1974	13.2
1975	18.1
1976	19.5
1977	19.9
1978	18.1
1979	17.0
1980	17.1
1981	19.9
1982	22.8
1983	23.4
1984	20.7
1985	21.8

^aPara 1940, 1950 y 1960 se refiere a la población de 14 años o más.

^bPara el 1ero. de abril de 1940.

FUENTE: José L. Vázquez Calzada. "El Desempleo y la Ociosidad en P.R." (Mimeografiado: Conferencia presentada en la Univ. Sagrado Corazón, Dic./85).

Es significativamente importante comentar que la emigración hacia los Estados Unidos de alrededor de medio millón de puertorriqueños durante la década de 1950-60 y mayormente en edades de trabajar, no ha podido aliviar el problema de esta "enfermedad crónica y degenerativa" que cada año que pasa cobra mayor "cronicidad" y visos de "incurabilidad".

Cuando se examina el desempleo por sexo, se encuentra que entre 1970 y mediados del lustro de 1980-85 el desempleo aumentó en ambos grupos, pero el por ciento de aumento fue mayor en los varones, 143 por ciento versus 67 por ciento en las mujeres. (Véase Cuadro 3).

CUADRO 3

TASAS DE DESEMPLEO PARA LA POBLACION DE 16 AÑOS O MAS
POR SEXO, PUERTO RICO: AÑOS NATURALES 1970-1983

AÑO	VARONES	HEMBRAS
1970	11.0	10.2
1971	11.8	11.0
1972	12.4	10.8
1973	12.2	10.4
1974	14.0	11.6
1975	19.8	14.5
1976	21.9	14.4
1977	22.1	15.5
1978	20.2	13.8
1979	19.5	12.0
1980	19.5	12.3
1981	22.6	16.6
1982	26.3	16.0
1983	26.7	17.0

FUENTE : José L. Vázquez Calzada. "El Problema de la Ociosidad en Puerto Rico". (Mimeografiado: Conferencia presentada en la Universidad del Sagrado Corazón, diciembre, 1985).

Por otro lado, si se analiza el desempleo por edad y sexo, el aumento en el desempleo fue mayor en el caso de los varones del grupo de 25 a 44 años, lo que se conoce como "prime working ages," o sea, las edades de mayor productividad; 217 y 183 por ciento. En las mujeres el aumento fue mayor en el grupo de 20 a 24 años (113.3 por ciento). (Véase Cuadro 4).

CUADRO 4
TASAS DE DESEMPLEO POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD:
PUERTO RICO, 1970, 1980 Y 1983

VARONES	1970	1980	1983	POR CIENTO AUMENTO 1970-1983
16-19	30.0	48.0	19.3	97.7
20-24	20.4	35.1	46.5	127.9
25-34	9.3	20.4	29.5	217.2
35-44	7.5	13.2	21.2	182.7
45-54	6.7	11.6	16.3	143.3
55-64	7.3	11.6	15.3	109.6
HEMBRAS^a				
16-19	30.1	36.7	55.0	82.7
20-24	16.5	22.6	35.2	113.3
25-34	8.5	11.5	15.8	85.9
35-44	6.5	7.6	11.3	73.8

^aEn los grupos de edad de 45 años en adelante no había suficientes casos para producir estimaciones confiables.

FUENTE : José L. Vázquez Calzada. "El Problema de la Ociosidad en Puerto Rico." (Mimeografiado: Conferencia presentada en la Universidad del Sagrado Corazón, diciembre, 1985).

Estos indicadores demuestran que el desempleo no sólo es crónico en la población total sino que está concentrado en la población joven tanto para hombres como para mujeres. Este grupo de 25 a 44 años de edad no solo está compuesto por la población más productiva sino proporcionalmente tiene el por ciento más alto de formación de familia por lo que un nivel tan alto de desempleo implica altos riesgos de problemas sociales y económicos para la familia puertorriqueña.

Asimismo, si se analiza el desempleo por categorías de años de escuela completados en el 1970 y 1982, se encuentra lo siguiente: en el 1970, aumenta desde la escuela primaria hasta la categoría de 10-11 años de la escuela superior, luego disminuye en las categorías de 12 años alcanzando el nivel de desempleo más bajo en 13 años y más de escuela completados. Este mismo patrón se observa en el 1982. (Refiérase al Cuadro 5).

CUADRO 5

TASA DE DESEMPLEO PARA LA POBLACION DE 16 AÑOS O MAS
POR AÑOS DE ESCUELA COMPLETADOS, PUERTO RICO:
1970 Y 1982

AÑOS ESCUELA COMPLETADOS	1970	1982	POR CIENTO AUMENTO 1970-1982
0-3	11.8	25.8	118.6
4-6	11.6	30.1	159.5
7-9	14.4	31.4	118.1
10-11	14.5	32.8	126.2
12	10.3	22.9	122.3
13 ó más	3.5	12.1	245.7

FUENTE: José L. Vázquez Calzada. "El Problema de la Ociosidad en Puerto Rico. (Mimeografiado: Conferencia presentada en la Universidad del Sagrado Corazón, diciembre 1985).

En el mismo Cuadro 5, si se analiza el desempleo por categorías de años de escuela completados a través del tiempo, 1970 a 1982, se encuentra que en todas las categorías de educación el desempleo aumentó fluctuando el aumento entre 118 por ciento y 246 por ciento, siendo el por ciento de aumento mayor para el grupo con mayor educación (13 años y más de escuela completados).

Con relación a la ociosidad del puertorriqueño, los datos sobre la población masculina de 25 a 64 años de edad demuestran que ésta aumenta con la edad y está aumentando a través del tiempo como se observa en el Cuadro 6. Como los ociosos son personas "desesperanzadas", quienes luego de buscar activamente trabajo por meses y meses deciden abandonar la búsqueda quedando inmediatamente fuera del grupo trabajador; si se consideraran estos como desempleados, la tasa de desempleo aumentaría en 12 puntos, de 21 a 33 por ciento, o sea, que 1 de cada 3 personas de la fuerza trabajadora de Puerto Rico estaría desempleada.

CUADRO 6

POR CIENTO DE VARONES QUE INFORMARON SER "OCIOSOS VOLUNTARIOS" DEL TOTAL DE VARONES EN CADA GRUPO DE EDAD, PUERTO RICO: 1966, 1970 Y 1981

GRUPO DE EDAD	1966	1970	1981
25-34	3.4	3.7	6.2
35-44	4.3	5.8	7.4
45-54	6.7	8.3	12.8
55-64	15.3	18.4	34.4

FUENTE: José L. Vázquez Calzada. "El Problema de la Ociosidad en Puerto Rico. (Mimeografiado: Conferencia presentada en la Universidad del Sagrado Corazón, diciembre 1985).

CUADRO 7

DISTRIBUCION DE POR CIENTO DE LA FUERZA TRABAJADORA POR
SEXO Y LUGAR DE NACIMIENTO PARA LA POBLACION
DE 16 AÑOS Y MAS DE PUERTO RICO,
1RO. DE ABRIL DE 1980¹

FUERZA TRABAJADORA	SEXO Y LUGAR DE NACIMIENTO ²					
	VARONES			HEMRAS		
	Puerto Rico	Extranjeros	EE.UU.	Puerto Rico	Extranjeros	EE.UU.
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
FUERZA TRABAJADORA	53.4	73.4	49.7	29.2	35.1	32.1
Empleados, trabajando	44.3	68.4	39.2	23.7	29.6	24.3
Con empleo, no trabajando	1.4	0.8	0.2	0.8	0.7	0.6
Desempleados	7.7	4.2	10.3	4.7	4.8	7.2
FUERA DE LA FUERZA TRABAJADORA	46.6	26.6	50.3	70.8	64.9	67.9

¹No incluye Fuerzas Armadas.

²Comprende lugar de nacimiento irrespectivo de la ascendencia.

FUENTE: Negociado del Censo Federal, Departamento de Comercio. Censo de Población y Vivienda de Puerto Rico. (Muestra B). 1ro. de abril de 1980.

En resumen, la situación de empleo y desempleo, según lo ilustran los datos presentados, es verdaderamente "crónico y degenerativo." Alarmante, por demás, ya que ha seguido en aumento y el análisis señala que los varones, los jóvenes (menos de 25 años) y los adultos jóvenes, (25 a 44 años) y los grupos de más alto nivel educativo padecen en mayor proporción esta "enfermedad". Un dato significativo que le añade mayor seriedad a este asunto es que la muestra del 1 por ciento del censo de población de 1980 reveló, según refleja el Cuadro 7, que tanto en los varones como en las hembras la situación laboral de los puertorriqueños parece ser más desfavorable que la de otros grupos poblacionales en Puerto Rico. La diferencia, sin embargo, es más notable en los varones, especialmente los extranjeros comparado a los puertorriqueños. La distribución de por ciento de la población de 16 años y más demuestra que en los varones puertorriqueños sólo se encontraban empleados y trabajando 44 de cada 100; mientras que en los extranjeros, 68 de cada 100 estaban empleados y trabajando. Asimismo, el por ciento de los puertorriqueños varones fuera del grupo trabajador (ni trabajando ni buscando trabajo) representaron casi el doble que los extranjeros (47 por ciento versus 27 por ciento).

Definitivamente, la situación de empleo, desempleo y ociosidad de los puertorriqueños necesita de un estudio y análisis profundo, principalmente por medio de estudios de encuestas, de manera de diagnosticar claramente esta situación. Interrogantes tales como descifrar, ¿cómo está respondiendo el currículo universitario a las exigencias del mercado de recursos humanos en Puerto Rico? y ¿cuál es la verdadera situación del recurso humano puertorriqueño versus el no-puertorriqueño? exigen esfuerzos de investigación científica, fuera de lineamientos político-partidistas que propendan a desarrollar política pública seria, ágil y eficiente para resolver la situación de empleo, desempleo y ociosidad del factor trabajo puertorriqueño.

EL EFECTO DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION SOBRE
LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD
EN PUERTO RICO

Melba Sánchez-Ayéndez*

A. Datos Generales

La población de 65 años o más en Puerto Rico ha aumentado de forma dramática durante las últimas ocho décadas. En 1899, este grupo de edad constituía el dos por ciento de la población de Puerto Rico, mientras que para 1980 había aumentado a ocho por ciento. El crecimiento poblacional en Puerto Rico durante esos 81 años fue de 1.5 por ciento (de 953,000 a 3,196,000), mientras que el del grupo poblacional de 65 años o más reflejó un aumento de 3.2 por ciento; de 19,000 a 253,000 personas (Carnivali y Vázquez Calzada, 1985:1).

Los impresionantes cambios ocurridos en cuanto al tamaño y a la proporción de este subgrupo poblacional en Puerto Rico han sido el resultado de los descensos en la mortalidad y la natalidad, así como de la migración a los Estados Unidos (Vázquez Calzada, 1978). No se puede negar el efecto que la tecnología y la ciencia ha tenido en el descenso de la mortalidad durante este siglo. A pesar de que los cambios en mortalidad han tendido a ser proporcionales para todos los grupos de edad, a la misma vez, han causado un aumento substancial en el número de personas de 65 años o más. Durante el período comprendido entre los años 1902 y 1980, el descenso en la mortalidad para este grupo de edad produjo un incremento numérico de más de 220 por ciento (Carnivali y Vázquez Calzada, 1985:2).

El descenso en la natalidad (según Vázquez Calzada) ha sido la causa principal para el aumento proporcional de la población de edad avanzada. La reducción en la natalidad durante las últimas décadas ha tenido un efecto inmediato en la estructura de edad de la pirámide poblacional, ya que ha reducido la base de ésta. En otras palabras,

*Catedrática Auxiliar, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

se ha reducido el número de personas en los grupos de edades más jóvenes, mientras que ha aumentado la proporción en el de 65 años o más. La emigración a los Estados Unidos también ha influido en el aumento experimentado en la proporción de personas de edad avanzada. Al reducirse los grupos poblacionales de edades intermedias, aquellos que generalmente emigran, se incrementa el por ciento en los de edades avanzadas. Además, la migración de retorno de puertorriqueños residentes en los Estados Unidos durante las últimas dos décadas se ha caracterizado, en parte, por el masivo regreso de una población mayor de 55 años de edad. Ello contribuye al aumento en la proporción de personas en las edades de 65 años o más (Carnivali y Vázquez Calzada, 1985:2).

Para planificar e implementar servicios de salud para la población de 65 años de edad o más en Puerto Rico es necesario tener una idea de algunas características sociodemográficas de la misma. Las que discutiremos aquí brevemente, forman parte de un análisis sobre los datos censales de 1980 llevado a cabo por Carnivali y Vázquez Calzada (1985). Aunque una mayor proporción de las personas de edad avanzada vive en las ciudades, particularmente en San Juan, no obstante no existe un patrón de distribución geográfica claramente definido.

Existe una diferencia en expectativa de vida de más de 7 años a favor de las mujeres. Para cada 100 mujeres en Puerto Rico de 65 años o más en 1980, había 91 hombres. Este desequilibrio aumenta según va incrementando la edad y trae como consecuencia que la viudez sea más común en las mujeres que en los hombres. Además, los viudos tienden más que las viudas a casarse nuevamente. De acuerdo a los datos del censo de 1980, dos terceras partes de los hombres de 65 años de edad o más vivían con sus esposas en comparación al 31 por ciento de las mujeres en esas edades. La mayoría de las mujeres en este grupo de edad eran viudas (49% en comparación al 17% de los hombres). Estos detalles deben ser considerados en la prestación de servicios de salud a esta población, particularmente en lo referente a salud mental. Estudios hechos en otros países señalan que la mujer vieja tiende a sufrir más pobreza, soledad y denigración simbólica que el hombre (Lopata, 1973, 1979; Makson y Hess, 1980; Matthews, 1979) y lo asocian con

la diferencia en expectativa de vida y con la subordinación social que experimentan las mujeres.

Para 1980, un 70 por ciento de los varones de 65 años o más eran jefes de familia y la mayoría (63%) vivía con sus esposas. Un 16 por ciento vivía solo y el 12 por ciento vivía con un hijo(a) u otro pariente. En comparación, 57 por ciento de las mujeres en este grupo de edad vivía en el hogar de un hijo(a) u otro pariente, 19 por ciento vivía sola, y 22 por ciento era jefe de familia.

Los estudios sobre ancianos puertorriqueños en la Isla y los Estados Unidos señalan que la mayoría prefiere vivir cerca de sus hijos, pero no con ellos. Dado el caso de que más de la mitad de la población femenina en este grupo en Puerto Rico vive con un hijo o hija, sería interesante y útil estudiar las causas que llevan a esta tendencia, al igual que indagar sobre posibles relaciones entre este hecho y algunos aspectos de salud mental.

Treinta por ciento de las personas que tenían 65 años o más en 1980 eran analfabetos. El 33 por ciento de las mujeres no sabía leer ni escribir; en los hombres, la proporción correspondiente era de 25 por ciento. El nivel de instrucción de las personas de edad avanzada en 1980 era mucho más bajo que el de los adultos entre las edades de 20 a 24 y de 25 o más. El promedio de nivel de instrucción alcanzado por aquellas era de 3.8 años de escuela completados, mientras que para las otras dos poblaciones era de más de 12 y de 9.4 años, respectivamente. Hay que recordar que la instrucción escolar en la época de formación de los adultos de edad avanzada hoy en día, era limitada, ya que muchas de las escuelas solamente ofrecían los primeros cuatro años de instrucción.

En 1980, la mediana de ingreso de los adultos de edad avanzada en Puerto Rico estaba por debajo de la de la población de 15 años o más. La mediana de ingreso para los varones en el grupo de edad de 65 o más fue de \$2,400; y para las mujeres, fue de \$1,700. El ingreso promedio de los adultos viejos en ese año fue equivalente al 60 por ciento

del ingreso promedio de la población de 15 años o más. El Seguro Social fue la fuente de ingreso primordial para las familias cuyos jefes tenían 65 años o más; constituyendo más de una tercera parte del ingreso económico (Carnivali y Vázquez Calzada, 1985: 9). Las pensiones (13%) y el ingreso devengado por trabajo (25%) constituían otras de las fuentes de ingreso para esta población. En el resto de las familias de Puerto Rico, el trabajo era la principal fuente de ingreso (65%), mientras que los beneficios obtenidos del Seguro Social representaban un 11 por ciento del ingreso total. En otras palabras, la población de edad avanzada en Puerto Rico durante 1980 tenía una mediana de ingreso mucho menor que la del resto de la población adulta y dependía más de los beneficios del Seguro Social.

Carnivali y Vázquez Calzada señalan en su estudio que 63 por ciento de la población de edad avanzada en 1980 vivía bajo condiciones de pobreza, siendo ello más común en la zona rural (79%) que en la urbana (56%). Enfatizan que, no obstante, el bajo nivel de ingreso de las personas en este grupo de edad en relación al de la población total, la comparación entre ambas poblaciones en cuanto a proporción que vive bajo el nivel de pobreza refleja cifras similares (62% para la población total). Esto se debe, señalan, a que acorde a las definiciones del censo "una persona de edad avanzada puede vivir adecuadamente con un ingreso menor que el que necesitaría una persona promedio" (1985: 9).

Según el Informe de Estadísticas Vitales del departamento de Salud de Puerto Rico (Carnivali y Vázquez Calzada, 1985: 9-10), el 50 por ciento de las muertes para la población de 65 años o más en 1982 se debió a enfermedades del corazón y al cáncer. Las cinco principales causas de muerte, en orden descendente, para este grupo de edad fueron:

- a. las enfermedades del corazón (34.2%)
- b. el cáncer (15.7%)
- c. las enfermedades cerebrovasculares (8.2%)
- d. la diabetes mellitus (4.0%)
- e. la arterioesclerosis (2.0%)

De acuerdo al Departamento de Salud (1981), durante el año de 1981, la tasa de altas de hospital de la población de 65 años o más sobrepasó por poco más de un 100 por ciento a la de la población en su totalidad. La tasa de altas de hospital de la población de 65 años de edad o más fue de 188 (por cada 1,000 personas) en comparación con 92 para toda la población. Esto significa más hospitalizaciones para el grupo de 65 o más. La estadía promedio de hospitalización para las personas de edad avanzada fue de 11.5 días; la de toda la población, de 8.0 días. Los días de hospitalización por cada 1,000 personas para el grupo de 65 años o más fueron 2,172; unos 2 días por persona. Para toda la población fue de 739; menos de un día (.7 día) por persona. La estadía promedio en el hospital para las mujeres de edad avanzada fue menor (10.2 días) que para los hombres en el mismo grupo de edad (13.1 días).

El promedio de visitas a médicos por persona fue de 5.5 para aquellas de 65 años o más, y de 4.1 para toda la población. Hay que considerar que en este último grupo están incluidos los niños. No existen diferencias significativas en tasas de morbilidad por condiciones infecciosas entre el grupo que nos interesa y la población en general. No obstante, existen diferencias marcadas en las tasas de morbilidad por condiciones crónicas. La tasa de morbilidad por enfermedades crónicas durante el año 1981 (por cada 1000 personas) para las personas de edad avanzada fue de 260.0 y de 90.6 para toda la población. Más adultos viejos que toda la población padecen de impedimentos y defectos, con tasas de 43.6 y 14.8, respectivamente.

La población de edad avanzada en P.R. presenta un reto al sistema de prestación de servicios de salud. Las condiciones crónicas, por definición, son de larga duración. Por ende, las tasas de morbilidad por condiciones crónicas que presenta este grupo señalan que es una población que necesita utilizar más, y por períodos de tiempo más prolongados, los servicios de salud. Ello conlleva más gastos para el sector de prestación de servicios en donde la subvención de la mayor parte de los costos en salud proviene de fondos públicos. La mayoría de nuestros viejos son pobres y, por lo tanto, hacen mayor uso de los servicios públicos de

Centros de Diagnóstico y Tratamiento y de hospitales del gobierno. La actual población de 65 años o más en Puerto Rico representa el sector más empobrecido y de menos instrucción formal en nuestra sociedad. Ello puede resultar en detrimento de la capacidad para seguir, y a veces de entender la necesidad de seguir, los tratamientos prescritos.

Para las mujeres, esta situación se recrudece aún más: reciben menos ingresos, tienen menos educación formal y viven más. En adición, pasan más años de su vida sin un cónyuge que pueda brindarle su asistencia en las ocasiones necesarias y que le provea compañía diaria.

B. Los sistemas de apoyo de la población de edad avanzada.

En algunos sectores en Puerto Rico, al igual que en muchos otros países, ha prevalecido la noción de que el anciano se encuentra aislado y que es rechazado por su familia y los miembros de su comunidad. No obstante, la evidencia empírica a nivel internacional señala lo contrario. Las investigaciones sobre las redes de sostén del adulto de edad avanzada demuestran que el mismo depende más del apoyo de su familia, amigos y vecinos que de los servicios que ofrecen las diversas agencias sociales y médicas (Gelfand, 1982; Guttman et.al., 1979; Lopata, 1979; Sussman, 1976). No sólo depende más, sino que prefiere acudir primero a estos sistemas informales de apoyo que a los formales.

La familia sigue siendo la institución primaria en términos de ayuda para el anciano. Brinda al adulto de edad avanzada apoyo de tipo material, emocional y social durante tiempos normales y de crisis. La mayoría de las personas ancianas considera que su familia constituye su principal sistema de apoyo.

Los rápidos cambios sociales y económicos por los que ha pasado la sociedad puertorriqueña durante los últimos 30 años han afectado los patrones de interacción familiar y comunitaria de sus habitantes. El urbanismo y la industrialización han afectado la estructura de la familia puertorriqueña. Se dice que nuestro patrón de familia ha cambiado de uno extendido a uno nuclear en el que los ancianos no encuentran cabida. No obstante, los estudios sobre ancianos puertorriqueños en Puerto Rico y en los Estados Unidos,

señalan que la familia continúa ejerciendo una función vital en la prestación de ayuda al adulto de edad avanzada (Cantor, 1975; Carrasquillo, 1982; Cruz, 1980; Delgado, 1981; Irizarry, 1983; Sánchez, 1984; Sánchez-Ayéñez, 1984, 1986).

Los limitados hallazgos empíricos tienden a señalar que en nuestra sociedad existe un sistema de familia nuclear extendida en el cual la familia nuclear no se encuentra aislada, sino que mantiene patrones de interacción social y de ayuda mutua con otras familias nucleares. Estos patrones de interacción y de ayuda operan de manera bilateral y vertical, y afectan a varias generaciones. La asistencia que el anciano puertorriqueño recibe de su familia proviene principalmente de sus hijos y su cónyuge. La misma incluye funciones tales como: alojamiento; transportación; adquisición de medicinas, alimentos, ropa y otros artículos necesarios; compañía en tiempos normales y de crisis; cuidado durante enfermedad; demostración de afecto; y la prestación de ciertos servicios que necesita el adulto de edad avanzada. La extensión, frecuencia y tipo de la asistencia que se le brinda al adulto de edad avanzada, al igual que la manera en que ésta se ofrece, están sujetas a la dinámica particular de cada unidad familiar, y a factores socio-estructurales tales como nivel socioeconómico, área de residencia y número de hijos disponibles. El estado de salud del anciano también influye en la particularidad distintiva de los patrones de asistencia.

El exagerado culto a la juventud, así como los rápidos cambios tecnológicos y socioeconómicos que se han producido en Puerto Rico, han modificado la posición social y algunas de las funciones de la persona de edad avanzada. La proporción y el número de familias puertorriqueñas en donde ambos cónyuges trabajan fuera del hogar o en donde la mujer es el jefe de la unidad familiar ha aumentado. Ello ha hecho sentir su efecto en el número de personas con capacidad para asistir a los adultos de edad avanzada, así como en el tiempo disponible para brindar tal asistencia. El anciano de hoy se enfrenta a cambios en diversos aspectos de su vida, algunos de los cuales han impuesto la necesidad de ajuste a una realidad y a unos estilos de

interacción social diferentes de aquéllos a los que estaba acostumbrado. Trata de ajustarse a los cambios, pero no siempre logra hacerlo de manera que le satisfaga plenamente en el ámbito emotivo. Como todo individuo adulto, en la mayoría de las ocasiones trata de valerse por sí mismo. Sin embargo, cuando recurre a otros puede albergar el temor de sumar tensión y presiones a la compleja vida diaria de aquéllos que le asisten.

Ya que la evidencia empírica señala que la mayoría de las personas de edad avanzada no viven enajenadas de sus familias, debemos asumir que cualquier problema, crisis o cambio que afecte a aquéllos habrá de afectar también a su familia. La prestación de servicios de salud debe considerar no sólo las características sociodemográficas y las tasas de morbilidad y hospitalización de esta población, sino las relaciones familiares de los mismos. La planificación e implementación de tales servicios debe hacerse en función de integrar a las familias en el tratamiento necesario y de facilitarle a las mismas las esenciales funciones de apoyo que brindan al anciano.

C. Implicaciones

Los adelantos de la medicina, los cambios en los patrones alimentarios y el mejoramiento de las condiciones económicas y de salubridad han contribuido al aumento de la expectativa de vida en Puerto Rico. Se espera que en el futuro el anciano puertorriqueño contará con un nivel de educación formal más elevado y que gozará de mejor salud física. La planificación de los servicios de salud en los diversos niveles de intervención, tanto a largo como a corto plazo, tendrá que considerar estas diferencias en los grupos de cohortes. No obstante, no podrá pasar por alto las funciones de asistencia que ejerce la familia y la preferencia del anciano para recurrir a la misma en sus momentos de crisis. La efectividad de los programas diseñados dependerá, en gran medida, del entendimiento que hayamos logrado sobre los problemas de salud y las circunstancias psicosociales de la persona de edad avanzada. Se hace necesario adiestrar al personal a cargo de los diversos programas de salud sobre los problemas característicos y necesarios de este grupo poblacional.

Las tasas de incidencia de condiciones crónicas y de hospitalización de las personas de edad avanzada de Puerto Rico, al igual que los problemas económicos que confrontan, nos llevan a enfatizar la necesidad de un modelo de servicios de salud que incorpore a la familia en el mantenimiento y rehabilitación de esta población. Demás está decir, cómo la misma influye en el nivel de intervención primaria para toda la población.

Hay que darle, además, prioridad a la implementación de coordinación interagencial que conduzca a una mejor utilización de servicios médicos, sociales y de la comunidad y que pueda permitir al anciano, en la manera en que sea posible, llevar una vida independiente, donde no se sienta que es una "carga" para todos. Los estudios señalan la prevalencia del valor de interdependencia en la familia puertorriqueña. La coordinación interagencial efectiva ayudará no sólo a que el anciano no sienta ser una carga para otros, sino que promoverá el bienestar de aquellos familiares que desean, y sienten obligación de, ayudar a sus parientes de edad avanzada, especialmente, sus padres. No podemos asumir que la familia puede satisfacer plenamente las necesidades de sus miembros ancianos. Tenemos que establecer mecanismos y programas que ayuden en la medida en que sea posible y recomendable, a mantener al anciano en el ámbito familiar.

REFERENCIAS

- Cantor, Marjorie H. The Informal support system of New York's inner city elderly: Is ethnicity a factor? En Ethnicity and Aging. Donald L. Gelfand y Alfredo J. Kutzik (eds.) New York: Springer, 1979.
- Carnivali, Judith y José L. Vázquez Calzada. Perfil Socio-demográfico de la población de edad avanzada de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico: Programa Graduado de Demografía, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, 1985.
- Carrasquillo, Héctor A. Perceived Social Reciprocity and Self-Esteem Among Elderly Barrio Antillean Hispanics and Their Familial Informal Networks. Disertación doctoral, Syracuse University, 1982.
- Cruz, Miguel. Puerto Rican Elderly: Analysis of the Support Systems of Two Age Cohort Groups. Disertación doctoral, Syracuse University, 1980.
- Delgado, Melvin. Hispanic Elderly and Natural Support Systems: A Special Focus on Puerto Ricans. Ponencia presentada en The Scientific Meeting of the Boston Society for Gerontological Psychiatry, Boston, Massachusetts; noviembre de 1981.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. Informe de Estadísticas Vitales. San Juan, Puerto Rico: Estado Libre Asociado, 1981.
- Gelfand, Donald E. Aging: The Ethnic Factor. Boston: Little, Brown and Co., 1982.
- Guttmann, David et.al., Informal and Formal Support Systems and Their Effects on the Lives of the Elderly in Selected Ethnic Groups. Washington, D.C.: The Catholic University of America, 1979.
- Irizarry, Annabelle. Estudio de características demográficas de los envejecientes en Cabo Rojo, Puerto Rico. Manuscrito inédito, 1983.
- Lopata, Helena Z. Widowhood in an American City. Cambridge, Mass.: Schenkman, 1973.
- Women as Widows: Support Systems. New York: Elsevier, 1979.

Markson, Elizabeth W. y Beth B. Hess. Older women in the city. Signs, 1980, 5: 127-141.

Matthews, Sarah H. The Social World of Older Women. Beverly Hills, Ca.: Sage Publications, 1979.

Sánchez, Carmen Delia. Strengthening the Informal Support System of the Puerto Rican Elderly. Disertación doctoral, City University of New York, 1984.

Sánchez-Ayéndez, Melba. Puerto Rican Elderly Women: Aging in an Ethnic Minority Group in the United States. Disertación doctoral, Universidad de Massachusetts en Amherst, 1984.

Puerto Rican Elderly Women: Shared Meanings and Informal Supportive Networks. En All American Women: Lines that Divide and Ties that Unite. J.B. Cole (ed.) New York: The Free Press, 1986.

Sussman, Marvin B. The family life of older people. En Handbook of Aging and the Social Sciences. Robert Binstock y Ethel Shanas (eds.). New York: Van Nostrand, 1976.

EL REGISTRO DEMOGRAFICO COMO FUENTE DE DATOS PARA EL ANALISIS DE LA SALUD DE LA POBLACION

Nilsa Pérez Cruz*

A continuación, nos proponemos hacer una breve exposición en torno a la información estadística, útil para el análisis de la salud, existente en el Registro Demográfico. Hemos querido destacar el hecho de que una gran mayoría de los datos que se recogen en los certificados vitales están directamente relacionados con la salud; desde datos sobre salud de la madre y el niño, hasta las principales causas de muerte en nuestra población. También señalaremos algunos de los principales usuarios de los datos y la utilidad que le están dando en la actualidad. Se hace énfasis en la vinculación estrecha que existe entre el Registro Demográfico y el personal de la salud, sobre quienes recae, en gran medida, la responsabilidad por la cumplimentación de los certificados; y quiénes utilizan estos datos para la planificación de los servicios de salud al pueblo.

Se describe cuál es la ubicación de las oficinas del Registro Demográfico en los Estados Unidos y otros países, y cuáles son las recomendaciones de organizaciones internacionales respecto a la ubicación de los Registros Demográficos.

Consideramos relevante comenzar con varias definiciones de lo que es un Sistema de Registro de Eventos Vitales. De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas:

"Un sistema de estadísticas vitales puede definirse como incluyendo el registro legal y contabilidad e informe estadístico de la ocurrencia de, y la recolección y análisis, presentación y diseminación de las estadísticas pertinentes a eventos vitales, que incluyen nacimientos vivos, defunciones, muertes fetales, matrimonios, divorcios, adopciones,

*Demógrafo, Oficina de Estadísticas e Informes, Departamento de Salud de Puerto Rico.

legitimaciones, reconocimientos, anulaciones y separaciones legales. El producto final del sistema que es utilizado por los demógrafos es, por supuesto, las estadísticas vitales, y no los asuntos legales de los documentos."¹

En su libro *The Methods and Materials of Demography*, los autores Shryock y Siegel señalan:

"En general, las estadísticas vitales son productos principales de procedimientos relativamente complejos diseñados principalmente para conseguir el registro de los eventos vitales. A veces han sido llamados "by-products" de los sistemas de registro, pero este término da una impresión confusa. Es cierto que el registro de nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios se originaron para satisfacer necesidades públicas y privadas, para tener evidencia legal permanente de estos eventos, y esas necesidades seguirán siendo muy importantes. Sin embargo, igual de importante es la demanda por estadísticas vitales útiles que han venido de los campos de la salud pública, seguros de vida, investigación médica y análisis demográfico."²

El Instituto Internacional para el Registro Civil (National Institute for Civil Registration) indica:

"El registro civil o los registros vitales son el proceso por el cual los hechos relacionados con los eventos vitales son registrados por alguna agencia gubernamental como documentos oficiales. Los eventos vitales pueden definirse como los nacimientos vivos,

¹ Shryock & Siegel, *The Methods and Materials of Demography*, U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census. 3 ed. Sept., Vol. I, Chapter 2, año 1975, pág. 27.

² Ibid. Page 75.

divorcios, adopciones, legitimaciones, reconocimientos, anulaciones; en resumen, todos los eventos que tienen que ver con la entrada y salida de un individuo, junto con los cambios en estado civil que le ocurren durante su vida. Los documentos producidos por este proceso sirven para dos grandes propósitos. El primero, los documentos individuales establecen el estado civil (la identidad) de la persona. Segundo, la información en los documentos forman colectivamente, las estadísticas vitales."³

El Registro Demográfico de Puerto Rico, está ubicado desde su creación en 1932, dentro del Departamento de Salud, lo que evidencia que desde el comienzo la visión o concepción que se tuvo del mismo, fue de vinculación estrecha con la salud de la población. La información que se recopilaba sobre nacimientos, defunciones y muertes fetales, era provista por personal sobre el cual el Departamento tenía ingerencia (comadronas, médicos, embalsamadores y agentes funerarios). En aquel momento, los padres proveían una parte sustancial de la información sobre nacimientos, dado el gran número de estos, ocurridos en el hogar. Los datos recopilados, aunque pocos, si los comparamos con todos los que hoy tenemos disponibles, sirve para la "identificación" del ciudadano y para fines legales, y también para la salud; en alguna medida. Con el tiempo, las deficiencias en cobertura y confiabilidad, se han ido tratando de superar, hasta contar en la actualidad con gran cantidad de información; la mayor parte de la cual es sobre salud.

El certificado de nacimiento, por ejemplo, cuya última revisión data de 1978, consta de 50 apartados. De estos, unos 22 datos pueden considerarse como datos sobre salud (44%); que nos permiten conocer las características de los niños al momento de nacer, y de la madre durante el embarazo y parto.

³International Institute for Vital Registration and Statistics, Improving Civil Registration, Bethesda, Maryland. Page 1.

El Departamento de Salud, el Recinto de Ciencias Médicas y diferentes usuarios del sector público y privado tienen necesidad de conocer y utilizar esta información para poder determinar prioridades y desarrollar las medidas y/o programas que se estimen necesarios. Algunas variables son: el mes que comenzó el cuidado prenatal, el total de visitas prenatales, último ciclo menstrual, Apgar Score, complicaciones del embarazo y parto, quién atendió el parto, en cuál institución, el peso al nacer, la duración de la gestación, la edad, escolaridad, ocupación, industria, historial reproductivo y el estado civil de la madre.

El certificado de defunción, cuya última revisión fue en 1979, contiene 38 apartados, de los cuales 15 están íntimamente relacionados al análisis de la salud (34%). El conocimiento de cuáles son las causas de muerte entre nuestra población y las edades en que se concentran las mismas es posible obtenerlo utilizando como fuente los certificados de defunción. Otros datos tales como el tipo y nombre de la institución en que ocurrió el deceso, la duración de la estadía, el status del paciente (ambulatorio, emergencia, muerte al llegar), la ocupación e industria, quién lo asistió en su enfermedad, tipo de tratamiento recibido, y otros se recogen en el certificado de defunción.

La información en los certificados de nacimientos, defunciones y muertes fetales es provista, en mayor medida, por personal estrechamente vinculado al campo de la salud. En el certificado de nacimiento, por ejemplo, nueve (9) de los 22 apartados antes mencionados, deben ser cumplimentados por personal médico y/o por personal autorizado por la institución tales como personal de Record Médico. Es importante considerar en este punto, que el 99.7% de nuestros nacimientos ocurren en hospitales, y que de estos, el 52% son hospitales del gobierno. Por otra parte, 81 de las 85 oficinas locales del Registro Demográfico están ubicadas en instituciones de salud (Hospitales, CDT, Centros de Salud) del estado.

La responsabilidad de las instituciones de salud, por la información que aparece en los certificados, se evidencia con el hecho de que el seguimiento a ciertos datos sobre salud materno infantil (A. Score, peso al nacer, visitas prenatales), se hace directamente entre el Registro y el Departamento de Record Médico de la institución en muchas ocasiones. En las defunciones,

el seguimiento es a médicos, medicina forense, etc.

La responsabilidad por cumplimentar los certificados de defunción la comparten registradores, agentes funerarios, embalsamadores, médicos forenses y administradores de hospitales. Todos están estrechamente ligados y algunos de ellos, como médicos y embalsamadores, licenciados por el Departamento de Salud. Es el médico, el que provee el dato más importante en este certificado, la causa y circunstancia que causaron la muerte.

Además de los documentos originales, la información en los certificados se procrea y mantiene en cintas magnéticas para la producción de índices y de informes o tablas estadísticas.

A pesar de las limitaciones en la recolección y procesamiento de algunos datos y de las omisiones y/o inconsistencias que puedan todavía existir, estos son utilizados por numerosos usuarios: agencias estatales y federales, y privados, universidades, estudiantes y público en general. Al Recinto de Ciencias Médicas, por ejemplo, y mediante acuerdo, se le proveen los archivos estadísticos de nacimientos y defunciones. Con el Registro del Cáncer se mantiene una relación recíproca, de manera que se localicen los casos de defunción por cáncer. También se le proveen datos al Instituto Nacional del Cáncer, a la Organización Panamericana de la Salud, al Centro Latinoamericano de Enfermedades Sexualmente Transmisibles, a la Organización de las Naciones Unidas, al Centro Nacional de Estadísticas de Salud, División de Estadísticas Vitales, al Centro de Control de Enfermedades en Atlanta y otros. Al Centro Nacional de Estadísticas de Salud, por ejemplo, se le proveen cintas con datos estadísticos de nacimientos y defunciones que son utilizados por su División de Estadísticas Vitales en publicaciones mensuales y análisis estadísticos. A estos se les proveen, además, cintas de defunciones que forman parte de un índice de defunciones utilizado para investigaciones epidemiológicas por universidades, industrias y agencias gubernamentales, bajo un programa llamado "National Death Index."

El Centro de Control de Enfermedades en Atlanta, utiliza también nuestros datos vitales. Los datos sobre suicidios y homicidios de todos los E.U. están siendo analizados por el Centro de Control de Enfermedades (C.D.C.). Estos incluyen los de Puerto Rico.

La mortalidad infantil, está siendo objeto del estudio más abarcador que se ha hecho sobre el tema

en los últimos años, mediante el National Infant Mortality Surveillance, NIMS, y es conducido por el C.D.C. en coordinación con el National Center for Health Statistics. Los datos de Puerto Rico han sido incluidos en el estudio, mediante solicitud del C.D.C. habiéndose suministrado a estos los archivos estadísticos de muertes infantiles del cohorte de nacimientos de 1980. Los primeros resultados serán presentados por el C.D.C. próximamente; donde representantes de todas las áreas de Registro de E.U., incluyendo a Puerto Rico, en las áreas de estadísticas vitales y mortalidad materna, discutirán los primeros hallazgos así como aspectos metodológicos y técnicos del pareo de los certificados de muertes infantiles y sus nacimientos.

Si partimos de que gran parte de los datos recopilados en los certificados vitales son esenciales para el análisis y la planificación en el área de la salud, y que son precisamente los profesionales e instituciones de salud los responsables de proveer los datos que nutren el sistema, deberíamos entonces esperar que sea el organismo gubernamental a cargo de la salud, la estructura a la cuál esté adscrito un sistema de registro de eventos vitales. No estamos, por ello, restando importancia a los datos que establecen el estado civil y la identidad de nuestros ciudadanos, necesarios para todo tipo de trámite y para el reclamo de derechos y beneficios. Por el contrario, entendemos que un buen sistema con controles sobre la calidad de los datos, que tenga acceso y relación directa con los proveedores de los datos, no sólo logrará una mayor y mejor cobertura de los datos estadísticos, sino también de aquellos que establecen la identidad y procedencia del individuo (nombre, sexo, fecha y lugar de nacimiento, residencia habitual y nombre de los padres).

Ubicado dentro del organismo a cargo de la salud del país, el Registro Demográfico puede tener el contacto y la autoridad necesaria con las instituciones y personas que generan los datos, darle seguimiento y tratar de poner los controles que sean necesarios para lograr que los datos sean lo más completos y precisos posibles. Dentro de un mismo campo-salud- está el custodio, los proveedores y el principal usuario de los datos. Son personas del campo de la salud quienes no sólo recogen el dato, sino que lo registran, lo procesan y los utilizan. Los datos sobre identidad se recogerán de la misma forma que los datos médicos.

No consideramos saludable invertir o alterar esta relación. Es decir, la función de proveer datos que identifican al ciudadano, para fines de pasaportes, votación, declaraciones legales y de herencia, etc., son algunos de los muchos servicios que presta un registro demográfico. Deben estos ser prestados con la mayor diligencia y garantía, de manera que los derechos de los ciudadanos no se vean afectados adversamente por errores, retrasos o manejos deficientes en los sistemas. Estos servicios "legales" pueden y deben ser prestados por un Registro Demográfico o Civil, independientemente de las agencias u organismos a los que estén adscritos. No así, aquellos datos e información propiamente estadística, cuya fuente de origen radica en las instituciones y personal de salud, cuyas definiciones y clasificaciones son establecidas por agencias o divisiones del campo de la salud, y cuyo fin último es tener disponibles para la planificación de los servicios de salud unos datos cuyos mejores mecanismos de recolección son los certificados vitales. Nos es muy difícil pensar que el Registro Demográfico pueda dentro de otro organismo que no sea la agencia a cargo de la salud, llevar a cabo sus funciones legales y estadísticas. Si aún siendo parte del mismo campo-salud-son muchas las limitaciones que se confrontan, es difícil pensar en que se reducirán las dificultades (ejemplo: que se reciban y procesen más rápido los documentos), siendo otro el organismo a cargo del registro, sin vinculación directa con hospitales médicos, embalsamadores, estadísticos, etc.

En los Estados Unidos de América, todos los Registros Demográficos están adscritos a las agencias gubernamentales a cargo de la salud (ver anexo). Como cuestión de hecho, la mayoría de los hospitales e instituciones cumplimentan gran parte del documento y se envía a registrar sin que tenga que pasar a manos de intermediarios.

Estos registros, de acuerdo a sus estatutos y reglamentación, suministran a diferentes usuarios la información solicitada, para fines legales y estadísticos. A pesar de que se mantienen las diferencias individuales entre los estados, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud del Gobierno Federal, establece unos criterios y guías básicas para mantener la calidad y confiabilidad de los datos, tanto desde el punto de vista legal ("Registration Methods Branch"), como el estadístico ("Technical Services Branch").

La calidad de los datos vitales y las garantías cada vez mayores que se establecen en los Registros Demográficos en Estados Unidos y otros países tecnológicamente avanzados, así como el uso creciente de las estadísticas vitales, y numerosos escritos nos señalan que se trata de un sistema de registro confiable y moderno, del cual muchos otros países podemos aprender y beneficiarnos sin sacrificar las individualidades culturales, políticas y sociales que nos diferencian. No deberíamos temer "copiar", adaptar y mantener sistemas, que tanto en nuestro contexto, como en otros han demostrado su funcionamiento.

Parece existir consenso entre los organismos internacionales de que en otros países de América Latina, "no se puede aseverar que el registro civil funcione con efectividad. Muchos países aceptan el hecho de que el registro no cubre el territorio nacional en su totalidad, ni la población total... En muchos, el problema del doble registro se ha diseminado."⁴

La Oficina Sanitaria Panamericana en su Boletín de enero de 1984, al analizar los sistemas de estadísticas vitales de algunos países de América Latina y el Caribe señala que:

"los funcionarios de las direcciones de estadísticas de la región al parecer estaban convencidos de que el subregistro de nacimientos era elevado; el 10 por ciento de ellos estimaron que había omisiones de más de 21 por ciento y 25 por ciento señalan que estas oscilaban entre el cinco y el 14 por ciento..."⁵ En muchos países de la región aún se conoce el nivel que

⁴Internacional Institute for Vital Registration and Statistics, op. cit., page 70.

⁵Natali Susana, Sistemas de Información de Natalidad y Mortalidad en Países de América Latina y del Caribe, Boletín de la Asociación Sanitaria Panamericana, Vol. 96, #1- enero 1984, pág. 49.

presentan algunos fenómenos demográficos por regiones".⁶ "Se observó, además, que la mayoría de los países no utilizaban las recomendaciones o sugerencias de organismos internacionales en cuanto al uso de definiciones o a la aplicación de conceptos y que el control de calidad de los datos era inadecuado o incipiente."⁷

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud, al referirse a la ubicación y organización de los Registros en América Latina y el Caribe:

"Por lo general, carece de una infraestructura organizativa, capaz de garantizar el cumplimiento de las funciones que le han sido asignadas y se rige por normas legales que no responden a las necesidades demográficas."⁸

Esta conclusión de la Organización Panamericana de la Salud, debería advertirnos sobre la importancia que tiene para un buen sistema de registro, el contar con la organización y estructura que le permita funcionar, que responda a las necesidades demográficas y que, por el contrario, no quede supeditado al aspecto puramente legal.

El "Institute for Vital Registration and Statistics," por su parte, al señalar que:

"Los países con una sola agencia nacional responsable tanto por el registro civil como las estadísticas

⁶ Ibid. Page 53.

⁷ Ibid. Page 54.

⁸ Ibid. Page 47

vitales deben tener el mínimo de problemas organizacionales y que el carácter heterogéneo de los patrones de organización ha inhibido la evolución de principios internacionales ampliamente aceptados para los sistemas de registros vitales."

debería prevenirnos en cuanto a las ventajas existentes en nuestro sistema de registro y a los pasos que hemos venido dando para colocar nuestras estadísticas vitales en un lugar a tono con los tiempos. Estos pasos, no tan rápidos como se deseara, y a veces, para muchos imperceptibles, representan muchos esfuerzos.

Sería lamentable, a estas alturas, revertir todo el proceso, ubicar el sistema dentro de una estructura organizativa distinta a la que siempre ha estado y que es la que los grandes organismos internacionales recomiendan porque ha probado funcionar.

Los esfuerzos de todos deberíamos dirigirlos hacia pasos más rápidos que hagan definitivamente del Registro Demográfico nuestra fuente continua de datos para el bien de la salud de nuestra población: cada día más confiables, más a tiempo, satisfaciendo a todos los usuarios del sistema y a su vez cuidando por la integridad y buen uso de los mismos.

⁹International Institute for Vital Registration and Statistics, Op.Cit., pages 20, 23.

UBICACION DE LOS REGISTROS DEMOGRAFICOS EN LAS AREAS DE
REGISTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS

1. Alabama- State Department of Public Health
2. Alaska-Department of Health and Social Services
3. Am. Samoa-Department of Health
4. Arizona-Arizona Department of Health Services
5. Arkansas-Arkansas Department of Health
6. California-Department of Health Services
7. Colorado-Colorado Department of Health
8. Connecticut- State Department of Health Services
9. Delaware- Division of Public Health
10. District of Colombia-Department of Human Services
11. Florida-Department of Health and Rehabilitative Services
12. Georgia-Department of Human Services
13. Guam-Division of Public Health
14. Hawaii-Hawaii Department of Health
15. Idaho-Department of Health and Welfare
16. Illinois- Illinois Department of Public Health
17. Indiana-State Board of Health
18. Iowa- Iowa State Department of Health
19. Kansas- State Department of Health and Environment
20. Kentucky-Department of Human Resources
21. Louisiana-Department of Health and Human Resources
22. Maine-Maine Department of Human Services
23. Maryland-Department of Health and Mental Hygiene
24. Massachusetts-Massachusetts Department of Public Health
25. Michigan-Michigan Department of Health
26. Minnesota-State Department of Health
27. Mississippi-State Board of Health
28. Missouri-Division of Health State Center for Health Statistics
29. Montana-State Department of Health and Environmental Sciences
30. Nebraska-State Department of Health

31. Nevada-Department of Human Services, Division of Health
32. New Hampshire-Division of Public Health
33. New Jersey-State Department of Health
34. New Mexico-Health and Environment Department
35. New York City-City of New York Department of Health
36. New York State-New York State Department of Health
37. North Carolina-Division of Health Services
38. North Dakota-State Department of Health
39. Ohio-Department of Health
40. Oklahoma-Department of Health
41. Oregon-State Health Division
42. Pennsylvania-Department of Health
43. Puerto Rico-Department of Health
44. Rhode Island-Department of Health
45. South Carolina-Department of Health and Environmental Control
46. South Dakota- State Department of Health
47. Tennessee-Department of Public Health
48. Texas-Department of Health
49. Trust Territory of the Pacific-Bureau of Health Services
50. Utah-Department of Health
51. Vermont- Department of Health
52. Virginia-Department of Health
53. Virginia Islands- Department of Health
54. Washington-Center for Health Statistics
55. West Virginia- Department of Health
56. Wisconsin-Department of Health and Social Services
57. Wyoming-Department of Health and Social Services

Fuente: Listing of Personnel for State Vital and Health Statistics Offices U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Center for Health Statistics.