

## LOS CAMBIOS DEMOGRAFICOS Y SUS EFECTOS EN EL CAMPO DE LA SALUD

José L. Vázquez Calzada, Ph.D.\*

Planificación, organización y administración; ¿para qué?  
Aunque la respuesta a esta pregunta parece obvia muchas veces  
actuamos, en el campo de la salud así como en otros campos, como  
si nuestras metas fueran hospitales, fábricas, escuelas y  
carreteras. Ninguna de estas cosas tiene un valor intrínseco.  
Estas se planifican y se realizan para tratar de elevar los  
niveles de vida de la población, para lograr un mayor grado de  
bienestar para la gente.

Resulta, pues, absurdo que en la planificación de cualquier  
actividad o empresa ignoremos el objeto de esas acciones que es  
indiscutiblemente la población, la gente. Pero la población no es  
simplemente un objeto, es también un sujeto. Su comportamiento  
altera los planes, la organización y la administración de  
cualquier actividad o empresa.

Es por ello que en estos procesos relativos a los servicios  
de salud no basta con analizar el estado de la población; o sea,  
su tamaño, su distribución geográfica y sus características. Es  
necesario conocer su dinámica y tratar de visualizar cómo nuestras  
acciones podrían afectar el estado y la dinámica de la población.

---

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

Uno de los ejemplos más notables en el campo de la salud en Puerto Rico ha sido nuestra incapacidad para preveer las consecuencias del descenso de la mortalidad y de la natalidad sobre la estructura de edad de la población. Como resultado de nuestras acciones en el campo de la salud, y de las corrientes migratorias, el por ciento de personas de 65 años o más aumentó de cuatro por ciento en 1950 a 10 por ciento en 1987. En términos absolutos, de 86,000 a 325,000 personas. Y hoy día no sabemos qué hacer para ofrecer a esta población los servicios que necesita. Increíblemente nos tomó por sorpresa algo que era evidente desde el punto de vista de la demografía.


Otro ejemplo de la poca visión demográfica en Puerto Rico es el trato que se le dió a la variable emigración en la planificación económica. La mayoría de los economistas, especialmente los de la Junta de Planificación, creían para las décadas del cincuenta y del sesenta que la emigración iba a ser un movimiento continuo en una sola dirección. O sea, que la inmensa mayoría de los emigrantes permanecerían de por vida en los Estados Unidos. Muy pocos científicos sociales, entre ellos el que les habla, indicábamos la posibilidad de retornos masivos de emigrantes a la Isla y de la posible inmigración de hijos de estos emigrantes procreados en los Estados Unidos. Y durante la década del setenta ocurrió lo que muchos no esperaban. Durante esos años, regresaron a la Isla 283,000 emigrantes puertorriqueños. Y para 1980, habían 187,000 hijos de emigrantes nacidos en los Estados Unidos

residiendo en Puerto Rico. Este fenómeno incrementó considerablemente la población de edad avanzada, así como la de adolescentes, y agudizó los serios problemas económicos y sociales que padece Puerto Rico (desempleo, vivienda, servicios de salud, etc.).

Estos hechos demuestran que los factores demográficos tienen que ser considerados cuidadosamente en la planificación de actividades y servicios, incluyendo obviamente a los de salud.

#### El Estado de la Población:

Desde el punto de vista demográfico el examen de los cambios que ocurren en el estado de la población es el primer paso en la planificación de los servicios de salud. Hay que tomar en consideración el tamaño y el crecimiento de la población, así como sus perspectivas futuras. El análisis de los cambios ocurridos en el pasado reciente no presentan serias dificultades. Los censos y las estimaciones son en general, adecuados para estos propósitos. El determinar lo que ocurrirá en el futuro, digamos dentro de 10 ó 15 años, es una tarea mucho más difícil, especialmente en países como el nuestro donde los movimientos migratorios, casi impredecibles, juegan un papel de suma importancia. En muchas ocasiones estas proyecciones resultan ser meros ejercicios matemáticos inútiles.

Otro aspecto importante del estado de la población es su distribución geográfica, moldeada principalmente por las corrientes de migración interna. En la ubicación de hospitales, y de todos los servicios de salud, hay necesariamente que tomar en cuenta 

cómo se distribuye la población en la comunidad bajo consideración y de los posibles cambios en el futuro inmediato. Debo recalcar que esta previsión es sólo posible para un futuro inmediato, quizás no más de cinco años. Porque nadie puede preveer en qué lugar se desarrollará un complejo de viviendas o de fábricas que, como ha ocurrido en el pasado, propiciará intensas corrientes migratorias; y una redistribución de la población.

La estructura de la población es sumamente importante en el campo de la salud. La composición de los sexos, de edad, del estado marital, la estructura de la familia y las características socioeconómicas son ingredientes de gran importancia en la planificación, y como cororario en la organización y administración de los servicios de salud. Contrario a lo que muchos <sup>2</sup>crean, la distribución de los sexos no es igual en todas las edades y en todos los lugares. En casi todas partes del mundo nacen 105 varones por cada 100 mujeres, pero a medida que se avanza en la escala de edad esta proporción va reduciéndose debido a una mayor mortalidad masculina. De esta forma en las edades jóvenes hay una mayor proporción de varones mientras que en las edades avanzadas predominan las mujeres. El exceso de población femenina se agudiza en aquellos lugares donde la mortalidad es muy baja, ya que en estos casos la brecha en mortalidad entre hombres y mujeres es mucho mayor que en comunidades donde la mortalidad es elevada. En Puerto Rico, por ejemplo, la diferencia en expectativa de vida que era de 3 años en 1950 en favor de las mujeres, hoy día es de 7 años y medio.

La razón de masculinidad varía también de acuerdo al grado de urbanismo de la comunidad. El exceso de mujeres en las grandes ciudades es considerable mientras en la zona rural predominan los varones. Esto se debe a la mayor propensión de la mujer a emigrar del campo y de los pequeños pueblos a las grandes ciudades debido a grandes diferencias en oportunidades de empleo.

La estructura de edad es una de las variables demográficas de mayor importancia en la planificación. Hasta los comienzos del Siglo XIX todas las poblaciones del mundo se asemejaban en su estructura; su pirámide tenía una base amplia que iba reduciéndose rápidamente a medida que aumentaba la edad. Comenzando en algunos países europeos, y extendiéndose luego por toda Europa y por algunos lugares de América, la natalidad comenzó a descender significativamente afectando la estructura de edad. Estas poblaciones comenzaron a sufrir un proceso de envejecimiento al reducirse la proporción de infantes y de niños mientras la de personas en las edades avanzadas aumentaba.

La reducción en la natalidad y su efecto sobre la estructura de edad ha comenzado a observarse en la mayoría de los países en desarrollo durante las dos últimas décadas. Y esta tendencia continuará acentuándose en el futuro. El descenso en la mortalidad, por su parte, continuará alargando la vida del hombre y produciendo un exceso progresivo de mujeres en las edades avanzadas.

El efecto combinado del descenso de la natalidad y de la mortalidad tendrán los siguientes efectos sobre la estructura de edad:

1. una disminución en la proporción de la población de niños y adolescentes.
2. un aumento en el por ciento de personas de edad avanzada (65 años o más)
3. un exceso de mujeres en las edades avanzadas, la gran mayoría de ellas, viudas.

A medida que estos cambios vayan ocurriendo en los países, los servicios de salud tendrán que ir cambiando, tendrán que ir reorientándose.

La familia ha venido sufriendo los efectos de los cambios en la natalidad y en la mortalidad, y en muchos países de las consecuencias de las disoluciones del matrimonio. La reducción en la natalidad ha reducido el tamaño de la familia y ha aumentado la proporción de familias donde los cónyuges se quedan solos a una edad relativamente temprana. Por su parte, la reducción en la mortalidad ha incrementado el período de años en que ambos cónyuges permanecen solos.

La disolución del matrimonio, fenómeno que se ha acentuado considerablemente en los países occidentales, tiene el efecto de producir un incremento en las llamadas familias incompletas. Generalmente, estas son familias capitaneadas por una mujer muchas de las cuales se ven forzadas a buscar trabajo para lograr niveles de vida adecuados. En estos casos los hijos, cuyo padre

está ausente, disponen de muy poco tiempo para compartir con la madre, quien luego de su jornada de trabajo se ve abrumada por los quehaceres del hogar. Es evidente que en estas familias los problemas de salud ~~son~~ son más complejos que en los hogares de tipo conyugal. Todos estos cambios en el tamaño, estructura y jefatura de la familia tienen que ser atendidos en la planificación y prestación de los servicios de salud.

Los niveles de instrucción de la población es otro factor a considerarse en la planificación de los servicios de salud. En términos generales, los grupos menos instruidos requieren de más servicios de educación en salud que los más instruidos. Y como la pobreza y los bajos niveles de instrucción, generalmente andan de la mano, estos grupos requieren también de mayores erogaciones de parte del estado para el logro de mejores condiciones de salud.

El descenso en la mortalidad no solo ha afectado la estructura de la población vieja sino que ha alterado los patrones de mortalidad. La disminución de la mortalidad ha sido posible gracias al control efectivo de las enfermedades infecciosas y parasitarias. En Puerto Rico, por ejemplo, más del cincuenta por ciento de las muertes eran causadas por estas enfermedades para los comienzos de la década del cuarenta. Al presente sólo un 5 por ciento de las muertes son atribuidas a estas causas.

Hoy día, en los países desarrollados, la principales causas de muerte son las enfermedades del corazón, el cáncer y otro grupo de causas crónicas y degenerativas. En estos países este cuadro

de estadísticas de mortalidad resulta insuficiente para poder lidiar con los problemas de salud. Muchas de las enfermedades que padecemos hoy día no son letales como lo eran las infecciosas y parasitarias en el pasado. La artritis, la pérdida de visión y audición, las enfermedades mentales son algunas de las condiciones que aquejan a grandes sectores de la población en los países desarrollados y que no se reflejan en las estadísticas de mortalidad.

Desafortunadamente sobre los niveles y causas de morbilidad de la población hay muy poca información confiable. Es en esta área donde la planificación de los servicios de salud tienen que depender, al día de hoy, de juicios, de acrobacias estadísticas y de la observación casual. Se dice, por ejemplo, que las enfermedades mentales constituyen el problema principal de salud de Puerto Rico. Probablemente sea cierto; pero nadie conoce su magnitud, su distribución, y mucho menos los factores causales. Por eso, los servicios que se ofrecen no pueden basarse en un proceso de planificación científico, y en muchas ocasiones el remedio resulta ser peor que la enfermedad.

En resumen, la planificación y los ofrecimientos de las instituciones de salud van dirigidas a la gente. El proceso de planificación resultará más exitoso en la medida en que se tenga la mayor información sobre los fenómenos demográficos, y sobre las condiciones y necesidades de salud de la población.

1 de agosto de 1988