

LA POBLACIÓN Y SUS CAMBIOS.

CATEDRA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL.

Estad. Beatriz Pérez.

1. Introducción

Durante los últimos años del siglo XX, se han producido profundos cambios en el mundo tales como la automatización de la producción, los avances en genética y biotecnología y las comunicaciones electrónicas entre otros aspectos. Estos cambios junto con las inequidades y desigualdades sociales, las transformaciones de la estructura de edad de la población, de la composición de la fuerza laboral, del nivel educativo de la población, el intenso proceso de urbanización, y el rol del género han afectado las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

Al mismo tiempo las concepciones de salud, enfermedad y atención se han modificado y complejizado adquiriendo los factores del medio ambiente gran importancia por su influencia.

Cabe destacar que los procesos poblacionales, el tamaño de la población, la estructura por edad y sexo, la tasa de crecimiento, la distribución de la población urbana-rural constituyen algunas de las características relacionadas con la salud de las poblaciones y con sus necesidades.

La **Demografía**, que es una ciencia social, estudia estos **procesos dinámicos** que implican la evolución de las poblaciones. Tiene una estrecha relación con otras ciencias tales como las ciencias de la salud, la sociología, la biología y la economía, las que explican los procesos que ocurren en ésta. Es decir que, la Demografía acude a estas ciencias y a la vez los análisis demográficos son utilizados por ellas.

Desde una visión restringida, la Demografía analiza el **tamaño o volumen** de la población; **su distribución** en áreas urbanas y rurales; **su composición** según edad, sexo, condiciones socioeconómicas y los cambios que se dan tanto en el tamaño de las poblaciones como en su distribución y composición. Estos cambios es lo que constituye la **dinámica de la población**.

En una visión más amplia, la Demografía analiza las relaciones existentes entre la población y las variables sociales, económicas y de otra naturaleza.

Una población puede aumentar por nacimientos o por inmigraciones, mientras que puede disminuir por muertes o por emigraciones. En consecuencia, estas tres variables, **natalidad**, **mortalidad** y **migraciones**, constituyen las variables nucleares de la población desde la perspectiva demográfica. Estas variables son responsables del crecimiento poblacional y resultantes de la influencia de las características biológicas, de las condiciones de salud y del desarrollo socioeconómico.

Se denomina **crecimiento natural o vegetativo** a la diferencia entre nacimientos y migraciones y **crecimiento migratorio** a la diferencia entre inmigraciones y emigraciones.

La suma de ambos constituye el **crecimiento general**.

| |
|----------------------------|
| $CN \text{ o } CV = N - M$ |
| $CM = I - E$ |
| $CG = CN + CM$ |

2. Cambios y tendencias.

Inequidades y desigualdades sociales.

Entre los países del mundo se presentan inequidades y desigualdades sociales de diferente magnitud, pero también en el interior de un país existen diferenciales entre territorios y entre sectores sociales. Los porcentajes de poblaciones pobres varían considerablemente a nivel nacional, identificándose sectores que sobrepasan el valor de todo el país.

En nuestro país, en junio del 2002, el porcentaje de pobres en las poblaciones urbanas de todo el país alcanzaba el 52%; este valor era superior en áreas del Nordeste (69%) y del 36% en la Patagonia.

La población indigente en áreas urbanas, para la misma fecha llegó al 22% en todo el país, también presentando disparidades como un 39% en el Nordeste y un 13% en la Patagonia.

Cabe consignar que se considera **población pobre** a aquella cuyos ingresos no cubren el valor de la canasta familiar compuesta por distintos bienes y servicios, mientras que la **población indigente** es la que con sus ingresos no logra cubrir sus necesidades alimentarias.

Según estudios realizados por la CEPAL sobre el comportamiento de las economías y la magnitud de la pobreza en cada país, se observó que en los períodos de crecimiento económico, la pobreza se redujo en menor magnitud que el crecimiento. En los períodos de estancamiento o retroceso, la pobreza, en cambio aumentó a un ritmo mayor que el deterioro de los indicadores macroeconómicos.

Las desigualdades socioeconómicas, que pueden ser evaluadas a través del nivel y de la brecha de ingresos, constituyen los determinantes macroeconómicos de la salud, del riesgo de morir, de la cobertura de los servicios y del acceso a los mismos.

Las respuestas sociales que se ofrecen para enfrentar las necesidades y problemas derivados del aumento de la pobreza modifican las relaciones entre los cambios en las condiciones de vida y la salud. Estas intervenciones consistentes en programas coyunturales de compensación social y de acciones intensivas, de alta cobertura y bajo costo, destinadas a grupos vulnerables unidos a las estrategias de sobrevivencia desarrolladas por las poblaciones han contribuido a aminorar el impacto en el deterioro de las condiciones de vida y en la mortalidad. Sin embargo, si el mejoramiento de las condiciones de salud no es equitativo, resulta insuficiente para contribuir a la formación de capital humano, es decir de personas que posean conocimientos, habilidades y destrezas útiles para generar bienes productivos y acumular desarrollo sostenible.

El proceso de urbanización.

Aunque los criterios utilizados para definir lo que se considera población urbana son diferentes entre países, casi todas las ciudades comparten problemas comunes tales como

contaminación ambiental derivada de los vehículos, crecimiento de poblaciones marginales en áreas con condiciones de saneamiento ambiental deficientes, desempleo juvenil, aumento de la violencia y la drogadicción.

El crecimiento de las poblaciones urbanas se ha incrementado en todas las regiones del mundo pero este fenómeno es más intenso en los países en desarrollo. Aproximadamente las dos terceras partes de la población urbana mundial vive en estos países. En América Latina, Argentina y Uruguay registran los valores más altos de urbanización. En nuestro país, la población urbana alcanzó en el 2001 un 87%.

El crecimiento urbano tiene un fuerte componente migratorio que se acentúa en las grandes ciudades (las que tienen 1 millón o más de habitantes). Los efectos del proceso de urbanización en la salud son: el incremento de las demandas de atención en los servicios y la aparición de patologías propias de los lugares de origen de los migrantes, como es el caso de Chagas en las ciudades de nuestro país (por ejemplo, Rosario) a las que llegan habitantes de las zonas endémicas.

Las diferencias entre las poblaciones urbana y rural se registran en las magnitudes de población, tasas de crecimiento y comportamiento diferencial de las variables demográficas, que se caracteriza por una disminución más acentuada de la mortalidad y fecundidad en las áreas urbanas.

Otros hechos a destacar por su influencia demográfica es que las migraciones se producen principalmente en edades jóvenes, predominando las mujeres, lo cual repercute en la estructura biológica tanto de la población de origen como en la de la población de destino.

La concentración industrial y la presión demográfica sobre el medio ambiente junto con la diferencia notoria en las condiciones sociales deterioran la vida en las grandes ciudades y también constituye uno de los principales factores que modifican el medio ambiente. El crecimiento de la población pobre en las ciudades ha sido mayor, en valores absolutos que en las zonas rurales. Estos grupos habitan por lo general áreas marginales con deficientes condiciones de saneamiento ambiental.

Además los altos niveles de contaminación atmosférica debido a la actividad industrial y a las emisiones de automóviles que alcanzan niveles dañinos para la salud.

Las actividades de la población y la pobreza persistente se asocian con la contaminación de recursos y la escasez del agua potable que junto con la creciente urbanización mantienen y reproducen condiciones insalubres, principalmente para los más pobres.

Es de destacar que en la mayoría de ellas, se caracterizan por grandes contrastes e inequidades. Así, los niveles de morbilidad y mortalidad entre los distintos sectores adquieren diferencias de magnitud. Por ejemplo, en la ciudad de Rosario, en la seccional 3 la tasa de mortalidad infantil para el 2000, no llegaba al 5 %o mientras que en la seccional 11 superaba el 22%o.

Otros de los problemas que caracterizan a las poblaciones urbanas es el incremento de la violencia y consecuentemente el aumento de la inseguridad personal que han obligado a grandes sectores de la población al cambio de los estilos de vida.

Cambios en la estructura laboral.

El mercado laboral en Latinoamérica ha experimentado cambios significativos en los últimos años. La migración del área rural a la urbana trajo como consecuencia la disminución de la población dedicada al trabajo agrícola. A su vez los que quedan en el campo que combinan la producción de subsistencia y de precarias condiciones tecnológicas con la venta temporal de su trabajo en unidades productivas desarrolladas, pero en condiciones laborales riesgosas y con baja remuneración.

En las áreas urbanas, por lo tanto se produjo el crecimiento de la fuerza laboral y la reducción de mortalidad en edades tempranas. Sin embargo, las economías no pudieron incorporar a esta nueva fuerza laboral produciéndose un incremento del desempleo y subempleo, principalmente entre los jóvenes. Al mismo tiempo, parte de esta fuerza laboral constituyó una considerable corriente migratoria hacia los países desarrollados.

En general, los desempleados, subempleados y trabajadores del sector informal tienen un perfil de salud más precario que el de la población general puesto que muchos de ellos asumen las tareas de mayores riesgos, trabajan en condiciones deficientes y reciben bajas remuneraciones.

Otro rasgo a destacar con respecto a la estructura laboral es la incorporación creciente de la mujer al trabajo remunerado. Este hecho, en muchos sectores, ha constituido una estrategia de sobrevivencia frente a la crisis económica.

Estos cambios en el mercado laboral han significado modificaciones en cuanto a los riesgos laborales que deberán ser evaluados y considerados en el momento de implementar acciones de promoción y prevención de la población trabajadora.

Cambios en el nivel educativo.

En las últimas décadas en los países latinoamericanos se ha registrado un mejoramiento progresivo del nivel educativo de sus poblaciones, aunque con grandes diferencias entre países.

Este mejoramiento no sólo es beneficioso para desarrollar la capacidad de los recursos humanos en salud sino por su influencia en las condiciones de vida de la población y en las conductas de las personas frente a la salud. Ejemplo de ello son los numerosos estudios que muestran la disminución de la tasa de mortalidad infantil a medida que aumenta la escolaridad de las madres.

Sin embargo, la crisis económica de los últimos años ha detenido el crecimiento de la cobertura educativa, ha aumentado la deserción escolar y ha deteriorado su calidad, especialmente en los sectores pobres y en los rurales. Esta tendencia, de no revertirse, tendrá un impacto negativo en la salud a corto plazo.

Estructura biológica.

La población mundial, en conjunto, tiende a envejecer, aumentando el porcentaje del grupo de 65 años y más, en detrimento del grupo de menores de 15 años. En todo el mundo entre 1950 y 1995, los menores de 15 años se duplicaron mientras que los mayores de 65 años se triplicaron.

En nuestro país en 1950, los menores de 15 años constituían el 30% de la población y en 2001, el 28%. Mientras que, el porcentaje de mayores de 65 años pasó del 4% al 10%. Este fenómeno se debe a la gran disminución de la fecundidad en los últimos años, que junto con el descenso de la mortalidad hace que la importancia relativa de los menores de 15 años disminuya aumentando la de mayores de 65 años. Esta situación tiene como

consecuencia una mayor demanda de servicios de atención geriátrica y de enfermedades crónicas degenerativas.

La composición de la población según **edad** y **sexo**, se denomina **estructura biológica**. La estructura biológica de una población está, condicionada por los niveles de natalidad y mortalidad de la misma.

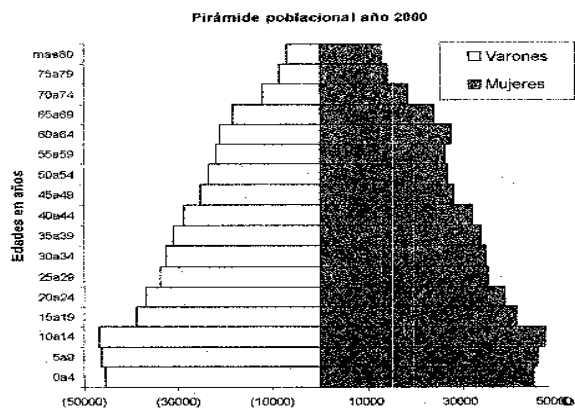
La **pirámide de población** es la representación gráfica de la estructura biológica. Representa la composición de la población por edad y sexo en un momento determinado, pero además a través de ella se puede inferir el nivel de desarrollo, las migraciones, la mortalidad infantil, las guerras. Observando la pirámide de una población en distintos momentos se puede deducir su historia demográfica y su proceso de envejecimiento.

Las elevadas proporciones de población de menores de 15 años se corresponde con elevadas tasas de fecundidad mientras que las mayores proporciones de mayores de 65 años corresponden a poblaciones con baja fecundidad y menor tasa de mortalidad en edades tempranas.

La pirámide de población se construye a partir de un eje vertical y otro horizontal. En el eje vertical se representan los grupos de edades en intervalos de 5 años: 0-4; 5-9; 10-14, etc. Las edades menores se ubican en la base y las mayores en la cúspide.

En el eje horizontal se representa la cantidad de población en cifras absolutas o porcentajes de ambos sexos: hacia la izquierda los datos de varones y hacia la derecha los datos de mujeres. La ventaja del uso de porcentajes es que pueden compararse varias pirámides. La pirámide se compone de barras, representando cada una de ellas la población de un grupo etáreo.

En la siguiente página se muestra la pirámide poblacional de la ciudad de Rosario.



Hay tres formas típicas de pirámides: **progresiva, estacionaria y regresiva.**

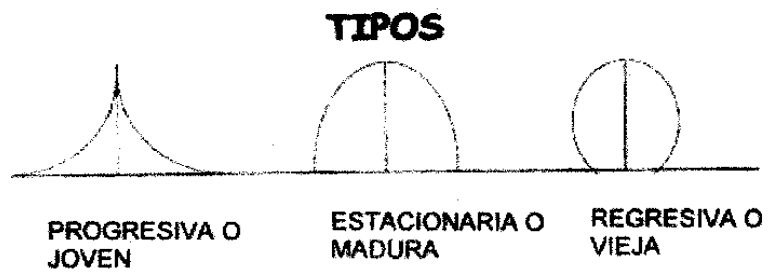
La **progresiva**, de base ancha, con altos niveles de fecundidad y mortalidad en las primeras edades, con alto porcentaje de menores de 15 años y bajo de mayores de 65, es propia de las comunidades subdesarrolladas. Corresponde a poblaciones jóvenes. En América, un ejemplo de este perfil es la población de Haití.

La **estacionaria** con niveles medios de fecundidad y mortalidad en las edades más jóvenes corresponde a poblaciones con niveles intermedios de desarrollo o bien poblaciones

compuestas por grupos de condiciones socioeconómicas bajas y otros de buen nivel de desarrollo. Corresponde a poblaciones maduras, como la de Argentina.

La **regresiva** tiene como características la baja fecundidad y la baja mortalidad en los grupos etáreos más jóvenes que se acompañan con un bajo porcentaje de menores de 15 años y alto de mayores de 65. Es propia de núcleos altamente desarrollados con poblaciones viejas. Esta estructura, en América es propia de las poblaciones nativas de Estados Unidos y Canadá.

La estructura por edad de una población se modifica debido a cambios en la mortalidad, la fecundidad y la migración. Una población se dice que es joven, cuando el porcentaje de menores de 15 años supera al 40%. Este tipo de estructura sólo la poseen las poblaciones que tienen alta fecundidad y la mortalidad moderada en edades tempranas.



La estructura biológica de una población guarda relación con el perfil epidemiológico de la misma. Así, en las poblaciones jóvenes, los problemas de salud prioritarios lo constituyen las enfermedades infectocontagiosas y todas aquellas relacionadas con deficientes

condiciones medioambientales y sociales. En las poblaciones maduras predominan las patologías cardiovasculares, las enfermedades crónicas, los accidentes y en las viejas las crónicas y degenerativas.

En América Latina, donde la composición de la población por grupos etáreos ha cambiado progresivamente como consecuencia de la reducción de las tasas de mortalidad, principalmente en edades tempranas y de la reducción de las tasas de fecundidad, en un mismo país existen grupos poblacionales con diferentes estructuras y distintos perfiles epidemiológicos lo que da lugar a una polarización, caracterizada por la coexistencia de dos perfiles: uno propio de poblaciones maduras o viejas, con predominio de patologías crónicas y degenerativas y el otro asociada a sociedades con poblaciones jóvenes, donde las enfermedades infecciosas y parasitarias son las que adquieren más relevancia. Se debe destacar, además, la importancia creciente de los accidentes y actos de violencia por su impacto en la salud.

Los cambios en la composición por edad de la población afectan la situación de salud en distintas maneras. Aquellos países, como Argentina, que iniciaron el proceso de envejecimiento hace varios años debieron realizar adaptaciones de su sistema de salud para satisfacer la creciente demanda de atención de salud de ancianos. Una característica que debe tenerse en cuenta para planificar los servicios de salud es que entre los mayores de 65 años, la relación mujer/hombre es alta, ya que los hombres fallecen antes y por lo tanto habrá una proporción importante de mujeres que requieran servicios de salud.

El aumento de la población económicamente activa y expuesta a riesgos laborales (15 a 65 años) hace necesario el incremento de acciones de promoción de la salud de los trabajadores, de prevención y atención de enfermedades y accidentes laborales. Así mismo, el incremento proporcional de la población sexualmente activa incide en la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual. También el aumento de la población femenina en edad fértil, expuesta a riesgos relacionados con el embarazo y el parto requiere definir las acciones de promoción y prevención y de atención en el campo de la salud reproductiva.

El incremento de la proporción de adultos mayores (población mayor de 65 años) trae como consecuencia un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, necesitándose mayores intervenciones relacionadas con la promoción de la salud, la prevención y la atención de dichas patologías en este grupo poblacional.

3. Variables demográficas.

Fecundidad.

El número de nacimientos es un componente importante del crecimiento de la población, junto con las migraciones y la mortalidad. Depende de la estructura por edades de la población y de los niveles de fecundidad, siendo de fundamental importancia para formular políticas y programar actividades.

La fecundidad es determinante, junto con las otras variables demográficas del volumen y estructura de la población.

En América Latina, el descenso de la fecundidad ocurrió en todos los grupos etáreos, en los últimos años, especialmente entre las mujeres mayores de 30 años. De este modo, la reducción de la fecundidad en las menores de 30 años condujeron a un aumento en la proporción de nacimientos de madres de esas edades. A partir de esto, surge la preocupación por el embarazo en las adolescentes (10 a 19 años) que si bien no han registrado aumentos en los niveles de su fecundidad, la disminución ha sido menor que en las mujeres mayores, planteándose la necesidad de mejorar tanto la situación social de las madres adolescentes como su salud y la de sus hijos.

En América, la fecundidad tiene una tendencia decreciente. Si esta reducción alcanzara un valor por debajo del nivel de reemplazo, las poblaciones pueden comenzar a decrecer, teniendo como consecuencias un envejecimiento más acelerado y una disminución de la fuerza laboral. Esta situación, a su vez, tendría como resultado, la elevación del costo en los cuidados de la salud y un deterioro en los sistemas de previsión social.

Mortalidad.

La muerte no es sólo un hecho, en general tardío, en el proceso salud-enfermedad-atención sino un acontecimiento único e inexorable en la vida de las personas que guarda relación con las condiciones de vida. Tanto las condiciones de vida como la mortalidad están afectadas por procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos que inciden al mismo tiempo en la morbilidad y en el acceso a la atención de salud.

Los riesgos de enfermar y de morir pueden ser modificados por la implementación de acciones tales como la vacunación, la detección precoz de enfermedades crónicas entre otros, aunque no se modifiquen las condiciones de vida.

En los últimos años se ha observado una disminución de las tasas de mortalidad en todos los grupos de edades, principalmente en los menores de 5 años. En este grupo etáreo, la mortalidad se asocia con las condiciones de vida y con el acceso a los servicios de salud adquiriendo una magnitud superior cuando estas condiciones son más deficientes y cuando la accesibilidad a la atención es menor .

A nivel mundial la tasa bruta de mortalidad continúa con una tendencia descendente desde hace aproximadamente cuarenta años, aunque la velocidad de disminución es menor en los últimos años.

El cambio en la estructura proporcional de la mortalidad por edades en América Latina y el Caribe se evidencia al comparar los porcentajes de defunciones de menores 15 años y mayores de 65 años, dado que la proporción de defunciones de menores de 15 años tiende a disminuir, mientras que la de mayores de 65 años aumenta.

Es importante señalar que las tasas de mortalidad para los hombres, son más altas que para las mujeres en todas las edades, siendo mínimas las diferencias en los primeros 10 años de vida y alcanzando el máximo entre los 20 y 24 años.

El número total de defunciones, componente del crecimiento demográfico, está determinado por el tamaño, estructura por edades y por los niveles diferenciales de mortalidad por edades, resultando de interés para la formulación de políticas y programas tanto de salud como sociales.

Las tasas de mortalidad indican la probabilidad de morir constituyendo una información básica para el análisis epidemiológico. En América, en las dos últimas décadas del siglo XX, se observó una disminución de la probabilidad de morir del 25% y en consecuencia un aumento promedio de la expectativa de vida al nacer de casi 6 años.

Los diferentes riesgos de morir a que están expuestos los habitantes de una población son consecuencia de complejas interacciones entre factores determinantes de la salud individual y colectiva, tales como las desigualdades socioeconómicas, el acceso a los servicios de salud, el impacto de intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

Migraciones.

La migración internacional, que parecería de creciente importancia debido a brechas demográficas y económicas entre países, sólo comprende un mínimo porcentaje de la población mundial. Sin embargo, en términos absolutos pueden llegar a alcanzar valores importantes si se analizan desde el punto de vista de los países expulsores o de los países receptores, ya que se distribuyen de manera desigual entre países.

Los inmigrantes, por lo general, tienden a concentrarse en algunas regiones, ciudades, y aún en áreas determinadas dentro de una ciudad.

El principal motivo de las migraciones ha sido la integración laboral que no ha sido acompañada de la integración social y económica.

Las estadísticas oficiales de migraciones están generalmente subestimadas, ya que la migración ilegal no se registra y tampoco los refugiados son considerados migrantes.

América Latina hasta mediados de la década del 50, recibió grandes corrientes migratorias, llegando a tener un saldo migratorio positivo, puesto que eran mayor el número de personas que llegaban que las que emigraban. En años posteriores, sin embargo, comenzaron a registrarse más emigraciones que inmigraciones.

En Argentina, debido a la crisis económica de los últimos años se ha incrementado considerablemente la emigración, especialmente de personal calificado, disminuyendo la inmigración, proveniente de los países vecinos.

Los polos de atracción para los emigrados de Argentina son los países de Europa Occidental, Estados Unidos, Canadá y Australia.

Fuentes de datos demográficos.

El **censo poblacional** es la fuente de datos de un país que provee información acerca de la población según edad, sexo, nivel de instrucción, actividad económica; de hogares y viviendas hasta los niveles geográficos más pequeños. Es una fuente periódica ya que se realizan cada diez años en los años terminados en 0 o en fechas lo más próximas posibles. En nuestro país el último censo de población se realizó en octubre del año 2001.

La información que proveen los censos es utilizada para implementar políticas y programas en distintos sectores de un país tales como salud, educación, economía, desarrollo urbano,

transporte. Constituye también la base para efectuar proyecciones de población en los años intercensales, para estudiar el crecimiento poblacional, para conocer la estructura biológica de las poblaciones, la estructura según características socioeconómicas, los cambios en la distribución entre áreas urbanas y rurales, las características de las migraciones.

Otra importante fuente de datos son las **estadísticas vitales**, información obtenida en forma sistemática acerca determinados hechos ocurridos en la población. El registro de estos hechos, que se denominan vitales y se consignan en el Registro Civil constituye una fuente de datos continua.

Los hechos vitales son de acuerdo a lo establecido por las Naciones Unidas, los nacimientos vivos, defunciones, defunciones fetales (mortinatos), matrimonios, divorcios, adopciones, en síntesis, todos los hechos relacionados con el comienzo y fin de la vida del individuo y con los cambio en su estado civil.

El médico es quien registra en primera instancia de acuerdo a las normas de cada país, los datos de dos de estos hechos vitales: nacimientos y defunciones.

Las estadísticas vitales permiten obtener información acerca de los niveles de fecundidad y mortalidad y características relacionadas con estas variables.

Los certificados de nacimiento contienen información sobre variables relativas a la madre, al parto y al recién nacido. Los informes de defunción contienen información sobre la persona fallecida en cuanto a edad, sexo, características sociales, la causa y circunstancias de la muerte, agregándose para las defunciones de menores de 1 año datos de los padres.

Las **encuestas por muestreo** se realizan mediante el estudio de algunas características específicas de la población a través de una muestra, constituyendo otra importante fuente de datos. En nuestro país la Encuesta Permanente de Hogares, que se realiza desde la década del 70, dos veces al año, en mayo y octubre, en los grandes aglomerados urbanos del país y cuyo principal objetivo es evaluar desempleo, también proporciona datos demográficos, ya que indaga además sobre características de la población y la vivienda de los encuestados.

A diferencia del censo que recaba información sobre todos los habitantes del país en un momento dado, la Encuesta Permanente de Hogares, lo hace sobre una muestra representativa de la población.

Pueden citarse además, otras fuentes de datos tales como las **estadísticas de migraciones internacionales, los censos escolares, los padrones electorales, etc.**

Transición demográfica.

El volumen de las poblaciones, su crecimiento y su estructuras biológica son el resultado de los cambios de las variables demográficas -mortalidad, natalidad y migraciones-, de su interrelaciones y de las relaciones con otras variables económicas y sociales.

El notable crecimiento de la población mundial en el siglo XX dio origen a la teoría de la transición demográfica, inspirada en lo que históricamente había ocurrido en los países desarrollados, especialmente los europeos.

Se entiende por **transición demográfica** una sucesión de etapas caracterizadas por la disminución de los niveles de la mortalidad y la fecundidad. Es el recorrido que experimenta una población desde altos niveles de fecundidad y mortalidad a niveles bajos. La transición demográfica se podría sintetizar en tres etapas: una primera con aumentos apreciables en la expectativa de vida al nacer, una intermedia con reducciones en la fecundidad más notorias que el aumento de la expectativa de vida al nacer y una etapa final con reducciones más lentas de la fecundidad y constante incremento de la expectativa de vida.

La teoría de la transición demográfica formula una explicación generalizada de estos procesos, fundamentándose en la hipótesis de la existencia de una relación inversa entre el nivel de crecimiento de una población y el desarrollo socioeconómico. Cada país tiene su propia transición demográfica pues los valores de la fecundidad que corresponden a determinados niveles de la mortalidad no siguen un ley ni biológica ni demográfica.

La tendencia a la baja en la mortalidad, principalmente en las primeras edades, unida a la disminución de la fecundidad, marca una tendencia al envejecimiento que se hará más rápida a mediano y largo plazo, incrementando las proporciones de poblaciones de adultos y ancianos. Estos cambios inciden en el perfil epidemiológico de los países latinoamericanos que reflejan cada vez más notoriamente los problemas de salud propios de adultos y ancianos que los de la población de niños.

La transición demográfica de Argentina, ha sido similar a la Uruguay, Estados Unidos y algunos países europeos, con una lenta disminución de la fecundidad y mortalidad.

Políticas de población.

Las políticas y programas que se adoptan para modificar el crecimiento de las poblaciones están condicionados por factores tales como su nivel y tendencia; la ideología política; el contexto social, histórico y cultural; el espacio físico; el medio ambiente. Estas políticas y programas están dirigidos a las tres variables demográficas: natalidad, mortalidad y migraciones.

A su vez, cada una de ellas tienen sus propios factores determinantes que son los que se pretende influenciar directa e indirectamente para modificar el crecimiento.

Actualmente las políticas de población son consideradas como inclusivas de todas las acciones que influyen directamente sobre los procesos demográficos directamente y de todas las medidas económicas y sociales que pueden ejercer una influencia indirecta sobre las características de las poblaciones y los procesos demográficos.

Ejemplos de estas políticas gubernamentales son garantizar el acceso a la educación y a la salud de toda la población, facilitar la incorporación de la mujer a las actividades de desarrollo, fomentar actividades de planificación familiar, promoción de la paternidad responsable, extender las licencias por maternidad, aumentar la remuneración por hijo, incrementar la edad legal del matrimonio, promover la emigración desde áreas urbanas a rurales, estimular el asentamiento de industrias en lugares alejados de las grandes ciudades.

Las políticas de población cobran sentido si son coherentes con el desarrollo de la sociedad y los derechos universales de las personas. Estas deben estar insertas dentro del marco histórico de desarrollo de un país y deben tener al mismo tiempo una imagen objetivo del futuro. Deben respetar, así mismo, los derechos humanos universales y aquellos derechos relacionados con las decisiones y conductas que afectan los aspectos demográficos, tales como derechos sexuales, reproductivos, de género, de salud, de movilidad, etc.

BIBLIOGRAFÍA.

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Resultados Provisionales. <http://www.indec.mecon.ar/webcenso/nacionales>. 8/12/02.

INDEC. *La Pobreza Urbana en la Argentina Actual*. <http://www.unicef.org/Argentina>. 19/03/03.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. *Cómo Hacer e Interpretar Pirámides de Población*. <http://www.educ.ar/educar/alumnos>. 9/12/02.

MINISTERIO DE SALUD. GOBIERNO DE LA NACIÓN. *Indicadores Básicos. Argentina 2001*.

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. *Anuario Estadístico de la Ciudad de Rosario. Edición 2002*.

O.P.S. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Vol. I. Edición 1994. publicación Científica Nro. 549. Washington, 1994.

O.P.S. *La Salud en las Américas*. Vol. I. Edición 2002. Publicación Científica y Técnica Nro. 587. Washington, 2002.

ORTEGA OSUNA, J.A., *Revisión de Conceptos Demográficos*. En *Contribuciones a la Economía de Mercado, Virtudes e Inconvenientes*.
<http://www.eumed.net/cursecon/colaboraciones/index.htm>. 9/12/02.

PEREZ DIAZ, J. *La Política Mundial de Población en el Siglo XX*. <http://www.ced.uab.es>. 8/12/02.

SIMANCAS, L. *Políticas de Población y Medio Ambiente. Apuntes sobre Política de Población*. FNUAP. <http://www.poam.org/articulos-estudios/politicas>. 8/12/02.