

**7**

---

**Consideraciones**

---

**sobre la**

---

**demografía**

---



## Conciliación de una visión de país y visión moral en el control de la natalidad

BRENDA LIZ ROCHA

Se piensa con razón que muchos de los problemas que se enfrentan ahora en Colombia tienen como centro digamos de desventaja, unos grados altísimos de ignorancia e indiferencia.

Habría que, obviamente, salir de esa ignorancia y de esa indiferencia para poder dar resultados.

Si se habla de visión moral con relación al control de la natalidad, es obligatorio referirse a la paternidad responsable, ese es el punto centro y eje al hablar de cualquier tipo de condición moral con relación a este tema. Y hablar de paternidad responsable, desde luego, lleva a pensar cuál es el número ideal de hijos y no es posible contestar rápidamente a esta pregunta, desde el punto de vista de la paternidad responsable, sin tener en cuenta condiciones como la parte física, la económica, la parte psicológica y la parte social, todas pilares supremamente importantes al decidir sobre esto.

En ningún momento se dice que hay que venir a traer muchachitos al por mayor y detal, eso, desde el punto de vista moral, nadie lo ha dicho. La moral ¿qué es lo que dice?, caramba, tenga en cuenta estas condiciones para traer sus hijos al mundo; y esto es como el centro de esta charla, un hijo es un buen número, habrá otros que pueden con tres, ya existirán aquellos que puedan tener un número mayor de niños. O sea, que la invitación es a tener en cuenta varias características, para decidir cuál va a ser ese número de niños a traer acá. ¿Qué nos dice la paternidad responsable?, permítanme les leo textualmente: “En relación con los procesos bioló-

gicos, paternidad responsable significa conocimiento y respeto de sus funciones, la inteligencia descubre en el poder de dar la vida leyes biológicas que forman parte de la personalidad humana” EHV N° 10.

Entonces, ¿cuáles son los pilares de la paternidad responsable?: estar abiertos a la vida, que no es traer la cantidad de muchachitos que se quiera, sino que vengan los que se planeen y, en este sentido, “el valor verdaderamente humanizador y educativo es el conocimiento personal del cuerpo humano” EHV N° 16-21.

Si se le pudiera dar a cada familia la capacidad de buscar los niños en el momento adecuado, que estén preparados desde el punto de vista nutricional, que estén organizados. La mujer tiene capacidad de fecundidad de sólo 36 horas en un ciclo de mes a mes, incluso hay nuevos estudios que demuestran que solamente son 14 horas cada mes; esto no lo saben muchas personas y que bueno sería el tener la capacidad de conocer cuándo llegan esas catorce horas de fertilidad lo cual es perfectamente posible de saber.

No se está manejando bien lo que es la paternidad responsable; estamos de acuerdo con la doctora Castillo cuando en su exposición afirmaba que los adolescentes se están disparando en este momento en índices de embarazo. O sea que, ¿cómo está nuestra actividad y nuestra educación sexual?, creo que estamos un poco errados y tal vez es que estamos desligando algunos aspectos que la educación sexual debe tener.

Y es que depende del ángulo desde donde uno vea las cosas, desde donde uno se ubique, va a querer ver lo que quiere ver, es decir, no se está llevando la educación sexual hacia donde se debería direccional, no se está inculcando una paternidad responsable, no se le está dando el valor que se merece a la sexualidad, se la está tratando como algo más y no es algo ni tan difícil de reconocer, ¡14 horas de fertilidad!, porque es una maravilla poderlo saber desde el punto de vista científico; obviamente, a veces nos pasa lo contrario y es que al ver algunas cosas como tan parecidas creemos que son iguales y tampoco es cierto o sea que también tenemos que saber aterrizar un poco más y reconocer hasta dónde rayan las diferencias y hasta dónde rayan las similitudes: educación sexual.

La educación es la clave, se tiene que analizar si la educación que estamos dando está bien direccionada, si se le debe dar algún tipo de giro o algún tipo de cambio. En este sentido es pertinente hablar sobre el método del ABC (abstinencia, fidelidad y condones) que manejó mucho el país de Uganda, liderado por su presidente Yoweri Museveni con éxito. Se piensa que la abstinencia va directamente relacionada a no se puede, prohibición, malo y no es así, ¿sabe qué es lo que le dice a uno la abstinencia?: piense, razone, voluntad y libertad porque somos seres humanos con inteligencia. No hay que ver la sexualidad como un obstáculo, sino con el valor que tiene, con sus parámetros, para aprender a hacerlo de la manera correcta.

Hay que borrar la impresión que se tiene de que la abstinencia es sinónimo de prohibición o de obstáculo grande, hay que verla como la capacidad de inteligencia del ser humano. La campaña que el presidente de Uganda implantó en su país que tituló «amar con cuidado» lograr enseñar a las personas que la sexualidad y el amor tienen que ir siempre de la mano. Los resultados son muy interesantes: en 1986 la primera experiencia sexual en Uganda estaba más o menos a los 13 años de edad indistinto del sexo, mientras que ya actualmente, se está iniciando a los 18 años; en 1991, un año después de que se inició el trabajo, el 20% de su población pa-

decía de SIDA, y para el 2001, cuando se empezaron a recoger los resultados de la campaña, la tasa se redujo al 5%.

Ahora, obviamente los gobiernos que han manejado una educación más hedonista, más erotizante empezaron a echar para atrás y el mejor ejemplo son los Estados Unidos, donde se están incrementando los fondos para programas que tengan como fin el educar en valores y no simplemente dar una información a medias.

En Washington en este momento se está dejando un tercio de todos los fondos para prevención del VIH-SIDA hablando primero en programas que tengan que ver con el ABC, o sea, cambios en los hábitos, poner a pensar a las personas, no poner barreras o simplemente incrementar algo que no es.

“Hay que hacer hincapié en la modificación del comportamiento en la prevención del VIH-SIDA..., el comportamiento sexual responsable, incluida la abstinencia sexual voluntaria para prevenir la infección por el VIH, debería ser objeto de promoción y estar incluido en los programas de educación e información”, esta fue una de las conclusiones a las que llegó la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la conferencia de poblaciones del Cairo en 1994.

La mejor manera de prevenir el VIH-SIDA es promoviendo la abstinencia o el retraso del inicio sexual; es de pensar y, si ya se ha producido el inicio, debe de estimularse la vuelta a la abstinencia o a la fidelidad mutua con una persona sana, como la mejor forma de evitar la infección. Esta fue la conclusión certera a la que arribaron 150 científicos y políticos y que publicaron en el número de Lancet del 27 de diciembre del 2004.

Desafortunadamente, en nuestro medio no se les están dando todas las herramientas a las personas para poder planificar el número de hijos adecuadamente. No se le muestran otras oportunidades.

Hay un método, basado en el conocimiento de la fertilidad, bastante desconocido en Colombia. ¿Qué efectividad tiene este método basado en el

conocimiento de la fertilidad?: 97% de efectividad; ¿de dónde salió esa maravilla?; se han hecho varios estudios que muestran altísimas tasas de efectividad.

Un estudio resultó particularmente interesante, se tomaron cinco países Nueva Zelanda, India, Irlanda, Filipinas y El Salvador; el 45% de los sujetos incluidos en el estudio eran analfabetas lo que originó la utilización de gráficos y dibujos para poder seguir el método, gráficos relacionados con sus propios trabajos, sembrados, con el maíz; para al final obtener resultados espectaculares de efectividad (96,6%) y probabilidad de fracaso en el primer año de 3,4%.

Otro estudio, no tan reciente, también de la Organización Mundial de la Salud y en el que también alcanzan un 97% de efectividad luego de tres ciclos.

Desde el punto de vista de los costos, con este método se presentan costos bajos desde el principio, durante y a largo plazo. Se realizó en África un trabajo que mostró que al año la protección relativa con este método o el uso costaba USD26 en Zambia y USD47 en Liberia.

En China, «un grupo de obreras de una fábrica y sus esposos, quienes recibieron juntos educación de planificación familiar que hacía hincapié en la comunicación conyugal y la responsabilidad compartida en cuanto a la anticoncepción, tuvieron 97% menos de probabilidades de tener un embarazo y abortos posteriores que las parejas cuyos integrantes habían recibido educación en comunicación conyugal solamente en programas de planificación corriente”.

La Organización Mundial de la Salud en los criterios médicos de elegibilidad para el uso de los anticonceptivos en la tercera edición de 2005 de Ginebra dice «no existen condiciones médicas que empeoren debido al uso de estos métodos, en general estos métodos pueden ofrecerse sin preocupaciones sobre los efectos en la salud de las personas que lo escogen». Desde el punto de vista de la reversibilidad resulta un método completamente re-

versible, es decir, cuando la pareja ya esté buscando sus hijos no va a tener ningún riesgo para su futura reproducción.

Con relación a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, es indirecto porque se basa en la educación y acá es pertinente recordar lo de Uganda, es así de sencillo, ellos tenían como fin principal reducir sus tasas de natalidad y, con estos métodos y basándose obviamente en una educación en virtudes lograron disminuir tanto las tasas de natalidad como los índices de VIH-SIDA.

En el caso de la aceptabilidad hay una clara relación de esta efectividad con la motivación, ¿cómo estamos nosotros motivando a nuestros jóvenes en cuanto a la educación sexual?, hombre mira, ten todas las relaciones que quieras, utiliza este método o ven y hablamos, por qué son esas relaciones sexuales, metámosle un poco más de conciencia, valoremos más al ser humano, recordemos que nosotros somos una unidad, nosotros no solamente somos un cuerpo aquí parado, tenemos muchos componentes; cómo estamos protegiendo sus componentes o cómo los estamos unificando o cómo los estamos ayudando a que los unifiquemos o también estamos como más bien separando brechas dentro de la propia unidad. Ese es el punto.

Entonces, la motivación es super importante, mucha gente se desmotiva; ese método no me va a ayudar, ya que hablamos de abstinencia me va a disminuir el número de relaciones. Pero no es así, en estudios revisados se demuestra que los usuarios de este método están satisfechos con las frecuencias de las relaciones sexuales.

Inclusive, las relaciones se pueden incrementar. No se desmotiva a los usuarios con este método, las estrategias recomendadas para mejorar la comunicación de las parejas incluyen los esfuerzos para obtener la cooperación de los hombres al prestarle servicios de educación, planificación, familia y comunicación.

Cierro esta charla con una frase que nos dejó Sigmond Freud desde 1898: «sería uno de los más grandes triunfos de la humanidad el hacer posible

elevar la responsabilidad del acto de la reproducción a nivel de una acción voluntaria e intencional». Debemos pensar el número de hijos, debemos prepararnos para tenerlos y no todos los que vengan a buenas y siniestras, esa no es la idea. No se debe olvidar que la fuerza y la potencia de un país está

en su población, en sus personas, en la capacidad que tengamos obviamente de mantenerlas felices; entonces, ¿estamos manteniendo felices a nuestra población o queremos controlar para mantenerlas calladitas e infelices?, démosle buenas opciones.

## Salud sexual y reproductiva en Colombia ENDS 2005

CELIA CASTILLO TORRES

Quiero invitarlos a que revisemos lo que ha sido la salud sexual y reproductiva en Colombia en los últimos cinco años apoyada en el documento que presenta PROFAMILIA a través de su encuesta nacional de demografía y salud, la cual hacemos cada cinco años con el apoyo del sector público, del sector privado y de entidades internacionales que apoyan con recursos para que esta encuesta se pueda dar.

Acerca de la tasa total de fecundidad. El comportamiento de esta tasa en los últimos años ha sido a la reducción constante, pues mientras que en el año 1965 se registraba una tasa de siete hijos por familia, en el año 2005 se tiene una tasa del 2,4 global.

La tasa de fecundidad varía entre zona urbana y zona rural; en la zona urbana, de 2000 al 2005, pasó de 2,3 a 2,1, mientras que en la zona rural en este mismo período pasó de 3,8 a 3,4. Aunque la tendencia en el país es a poblar más en lo urbano, se sigue observando que en lo rural la tasa de fecundidad es mucho más alta.

Sobre el tema del embarazo en adolescentes, es evidentemente una problemática de salud pública. El embarazo en adolescentes no cede con relación a las estadísticas en el período 2000-2005; en el 2000 el 19% y en el 2005 el 21% de las adolescentes está o ha estado una vez embarazada, eso es mucha población adolescente, eso es alto.

Si se agrega a lo anterior que, de esa población total de adolescentes, el 52,3% no tiene educación

y el 42,4% sólo alcanzó educación primaria, es fácil entender el vínculo entre la falta de educación, el problema de control de natalidad y este problema de embarazo en adolescentes.

Dos de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años, lo que equivale al 43%, ya han tenido relaciones sexuales. Esto no sólo genera embarazos no deseados y embarazos a temprana edad, esto también conlleva un incremento de infecciones de transmisión sexual, incremento del maltrato infantil, de violencia, variables como desnutrición, abandono, o sea, todo esto viene de la mano y cuando queremos hablar de desarrollo no necesariamente tenemos que esperar a cumplir un plan con toda una serie de metas, digamos que estrategias, indicadores para medir, se pueden ir interviniendo cosas muy puntuales y si queremos pensar en disminuir maltrato, disminuir desnutrición, muerte materna y perinatal, tenemos que intervenir en embarazos en adolescentes, porque es que los niños que más se mueren son los hijos de las adolescentes.

Si miramos las estadísticas en los hospitales infantiles la mayoría de los niños que mueren son hijos de madres adolescentes, la mayoría de niños maltratados generalmente son niños de familias incompletas, porque es que un adolescente que ya empezó a tener hogar a los 14-15 años, perfectamente a los 16 ya ese hogar no le funcionó y tiene otro y así sucesivamente vamos entrando en una serie de variables, digamos de tipo social y también de salud, que inciden en las variables económicas de hecho porque también una adolescente sin pro-

yecto de vida, sin acceso a la educación, sin posibilidades de salir adelante también igual va a incidir en la parte económica del sistema.

Como conclusiones importantes de esta encuesta nosotros encontramos, o consideramos desde el análisis hecho por PROFAMILIA, un estancamiento en salud sexual y reproductiva en los últimos cinco años. La pobreza y la falta de educación tienen una incidencia negativa en la salud sexual y reproductiva. Se detuvo el avance en los programas de planificación familiar, esto de hecho es algo muy discutido, lo hemos comentado inclusive antes de venir al panel, estábamos tocando el tema, la planificación familiar es un proceso de atención integral como cualquier proceso de salud, no lo podemos fraccionar, en el camino no podemos tener diferentes responsables de un paso de aquí hasta aquí y de otro paso de aquí hasta aquí, o sea eso hay que revisarlo porque igual eso va acompañado, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, de oportunidad, de información, de calidad y de accesibilidad a los diferentes métodos y a la tecnología. Entonces eso ha quedado dentro del sistema y dentro de las diferentes reglamentaciones que se han establecido, ha quedado fraccionado y desafortunadamente un proceso donde intervienen muchos responsables es mucho más difícil de controlar.

Sigue creciendo el embarazo en adolescentes, como lo vimos hasta el 21%, se incrementaron los embarazos francamente no deseados, esto no solamente el embarazo no deseado está en la población adolescente, tenemos mujeres ya adultas, en edad fértil, con embarazos no deseados porque no tienen información suficientemente clara, porque no tienen acceso a los servicios de manera oportuna y realmente no desean embarazarse, no desean tener ni cinco ni seis hijos, pero las circunstancias no le brindan otra opción.

Finalmente, quiero detenerme un poquito en lo que el documento Visión Colombia, Il Centenario 2019, nos plantea. Bueno, este documento plantea una estrategia para conseguir una sociedad más igualitaria y solidaria, una de estas estrategias es cerrar las brechas sociales y regionales donde el eje central es la igualdad de oportunidades en la co-

bertura, en la calidad de un conjunto básico de servicios tales como educación, seguridad social y mecanismos de asistencia social efectivos. Para el tema que nos ocupa hoy que es el control poblacional, detener el crecimiento poblacional, cómo operacionalizamos esta estrategia, aquí está lo que vamos a hacer, qué queremos hacer, pero cómo lo operacionalizamos, cómo conseguimos que esto se aterrice en la realidad que tenemos.

Nuestro sentir desde la experiencia que tenemos, es que una manera de operacionalizar esto y aterrizarlo en nuestra realidad es anteponer desde ya el desarrollo de competencias de cada uno de los responsables y corresponsables en salud y educación, donde el saldo sea de individuos empoderados como sujetos de derecho responsables de su proceso lo cual se logra con una sociedad educada e informada.

Es fundamental que la parte de salud y educación asuma la responsabilidad que tiene dentro de este proceso y que se haga de manera articulada para que se visibilice la responsabilidad de cada actor y la corresponsabilidad que nos toca a todos, porque éste es un proceso que es de todos, no es de ARS, ni de prestadores, ni de EPS, ni de IPS, esto es algo que nos compete a todos, igual le compete al Ministerio de Educación, igual le compete al de salud y en la medida que seamos capaces de articular y de reconocer las competencias de cada uno vamos a poder construir estrategias de intervención que permitan alcanzar eso que queremos visionar porque no se puede hacer de manera aislada.

Hay un vínculo claro entre el número de niños de un hogar y el nivel de pobreza, la relación es de doble vía y aquí citaré algunas apreciaciones de un libro que tuve la oportunidad de leer de Montenegro y Rivas, economistas que hablan para que entiendan los que no somos de esa profesión, si no hay expectativas de una mejor vida, de horizontes más amplios, puede parecer que una boca más para alimentar no hace mayor diferencia. Es lamentable escuchar, cuando vamos a trabajar proyectos de vida con adolescentes, que éstas nos dicen que ellas quieren tener un hijo y que sí están contentas con su hijo, porque es que nunca han tenido nada de

ellas y lo que sienten que es de ellas es ese hijo. Y cuando tú te enfrentas a esa realidad te toca darle herramientas para que disminuyan los espacios intergeneracionales, para que no tengan tantos hijos, pero igual no puedes cambiarles la panorámica que ellas traen y es sentirse bien teniendo un hijo. Igual ocurre con las familias donde no hay claridad de una esperanza de mejorar, de crecer, de progresar, igual lo miran como uno más y donde come uno, comen dos y donde comen dos comen tres y cuando miramos están comiendo ocho.

Es algo que también hay que trabajarlo y hay que mirarlo desde la causalidad de la problemática.

En materia demográfica las metas se orientan a reducir la tasa de crecimiento poblacional a un 34%, esto no sólo se garantiza con una política de salud sexual debidamente diseñada como la nuestra donde están definidas competencias claras pero también sabemos que una política pública debe estar acompañada de voluntades de los dirigentes y de acompañamiento social, y para que una política realmente sea pública, es mi apreciación muy personal, debe estar acompañada del control social, la gente tiene que conocerla, tiene que empoderarse, tiene que manejarla, tiene que manosearla. Nosotros, que tenemos una política de salud sexual y reproductiva, cuando llegamos a escuelas encontramos que no se conoce, que los usuarios no saben a qué tienen derecho y yo creo que, en la medida en que seamos capaces de trabajar en ese empoderamiento, en esa formación, en ese darle herramientas a la gente para que actúen como sujetos de derecho, vamos a ir haciendo evidente y visible las políticas.

También se hace necesario revisar la Ley 715 del año 2000 donde la oportunidad e integralidad de las atenciones en materia de salud sexual y reproductiva se ven afectadas ya que éstas quedaron segregadas con responsables diferentes dentro de un mismo proceso de atención; era a lo que me refería ahorita, el proceso de orientar, educar y for-

mar, inducir demanda, dar respuesta al servicio, es un proceso continuo, si lo fraccionamos, si lo trasladamos de un responsable a otro, va a ser mucho más difícil que la gente acceda a los servicios y que se comprometa en sus procesos de auto cuidado que es lo que finalmente queremos conseguir.

Finalmente, y coincidiendo con expositores del día de ayer, quiero decir que se hace necesario el sistema de información, que nos permita evaluar, seguir, planear, programar; eso estamos en mora de conseguirlo pues el documento lo plantea como una de las metas a alcanzar, de las estrategias y se hace necesario porque igual para la parte del control del crecimiento de la población debemos tener cifras, debemos tener estadísticas, debemos acceder a un sistema que nos permita informarnos y poder monitorear y hacer seguimiento a lo que realmente está pasando en materia de crecimiento poblacional en el país. Yo considero que es muy lamentable el problema que se ha tenido con el censo, yo lo miro así: están perdidos 7 millones de colombianos con respecto a las proyecciones poblacionales, están en el limbo, no sabemos si están o no están y eso cambia totalmente la panorámica de planeación, organización, proyecciones económicas que yo creo que en eso sí somos muy expertos, en calcular cuántos billones y cuantos se dan a 2010 pero igual necesitamos saber cuántas personas hay, entonces yo creo que para empezar a controlar el crecimiento poblacional por lo menos debemos saber cuántos somos; si vamos a controlar el crecimiento poblacional y no sabemos cuántos somos, no sabremos si las estrategias van a ser efectivas o no, entonces yo quiero como dejar esa reflexión en ese momento.

Se hace necesario que las informaciones sean públicas, que sean publicadas con responsabilidad y que le muestren al que accede a ellas las fuentes de los datos; y es algo que estamos esperando con relación al censo. Nuevamente, gracias por la oportunidad.

## Reducción de la mortalidad en el entorno de la transición demográfica

JESÚS RODRÍGUEZ GARCÍA

### La transición demográfica

El contexto de la transición demográfica, como marco para la discusión del comportamiento de la mortalidad, resulta un ámbito estrecho. Es por ello que se presentarán también otros entornos para mejor discutir este tema.

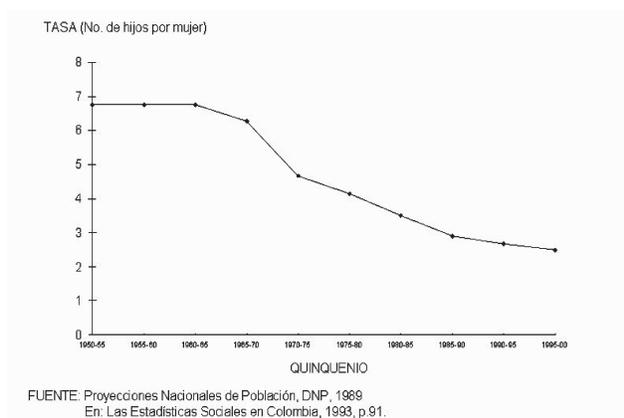
La dinámica poblacional trata del manejo o interpretación, observación, visión futuro del comportamiento de tres variables, la mortalidad, la fecundidad y las migraciones, en una mirada primero retrospectiva, después actual y finalmente hacia futuro. Las regularidades que se han identificado en esta dinámica en distintas poblaciones se ha dado en llamar transición demográfica.

A continuación se presentan las mediciones que en el tiempo se han hecho de indicadores contruados para la mejor medición de las variables que se estudian en la dinámica poblacional en Colombia.

La evolución en el tiempo de la tasa global de fecundidad en Colombia permite observar una tendencia evidente a la disminución.

El descenso de la fecundidad ha llegado hasta la cifra de 2,4 según la encuesta de PROFAMILIA del año pasado (PROFAMILIA, 2005), es decir, en promedio, las mujeres colombianas en su edad reproductiva logran tener casi 2 y medio hijos, lo cual no es alto, sobre todo si se observa la cifra para zonas urbanas donde es prácticamente de 2.

Gráfica 34. Tasa global de fecundidad. Colombia 1950-2000



La mortalidad infantil, indicador muy importante, con un componente evitable y variable, que matiza muchísimo la dinámica poblacional, muestra, por diferentes fuentes consultadas, también una tendencia muy clara a disminuir.

Resulta pertinente decir que la dinámica poblacional, medida por cualquiera de los indicadores de fecundidad, mortalidad o migración, es muy diferencial por las regiones, lo cual expresa la gran diversidad del país; uno de los objetivos del documento Visión 2019, el que se refiere a lograr la disminución de las brechas sociales, requiere en su argumentación de la presentación y discusión de indicadores medidos en estos ámbitos regionales; los valores o promedios nacionales dicen muy poco del

color que cada región tiene en la construcción de los indicadores, con valores nacionales no es posible decir nada del comportamiento regional.

La mortalidad infantil tiene por lo tanto, también un comportamiento muy diferente dentro del país; el valor nacional promedio de tasa de mortalidad infantil está cercano a los 20 fallecidos menores de un año por mil nacidos vivos y las variaciones regionales alrededor de ese promedio nacional son grandes desde 70 por 1.000, 80 y 100 por 1.000 hasta 12 ó 15.

Por otro lado, la población colombiana más vieja, de más de 60 años, va creciendo y, de 2-3% que hacían del total de la población hace 40 años, según PROFAMILIA, el año pasado hacen ya el 7% de la población (PROFAMILIA, 2005), que es más alta que el promedio de Latinoamérica y, además, con tendencia clara a seguir incrementándose.

Y, como una consecuencia del incremento de la población más vieja, se tiene el aumento de su participación en la mortalidad; como los más viejos son los de más riesgo para morir, definitivamente, es lógico pensar que, con su crecimiento, cada vez este grupo poblacional contribuya más a las muertes.

Las migraciones generalmente son muy difíciles de medir, sobre todo las migraciones internas; por consiguiente, a la hora de tomar decisiones sobre las proyecciones, se presentan muchísimas dificultades para identificar indicadores válidos sobre la migración.

La transición demográfica, que establece, por supuesto esquemáticamente, las regularidades que se dan en la dinámica poblacional, llega hasta ahí, la evaluación de determinados indicadores de fecundidad, natalidad y mortalidad. Colombia se inscribe entre los países que mantienen una dinámica poblacional hacia el envejecimiento, con disminución sostenida de la mortalidad infantil y de la fecundidad y una migración tanto interna como externa que se sabe es muy activa pero con indicadores poco confiables.

## La transición epidemiológica

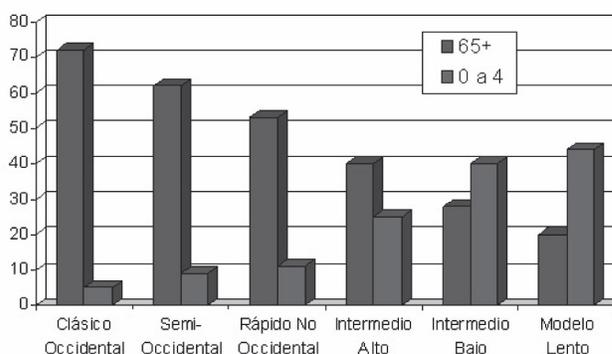
El concepto de transición epidemiológica fue definido por primera vez por Omran quien lo sacó a la luz en 1971 y, veinte años más tarde, lo amplió con más elementos empíricos (Omran, 1996).

Las sociedades evolucionan, según este concepto, desde un estadio con alta mortalidad y fecundidad, expectativa de vida al nacer muy baja, estructura poblacional joven y predominancia de enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y nutricionales, a uno de baja mortalidad y fecundidad, incremento importante de la esperanza de vida y de la población mayor de 60 años con predominancia de las enfermedades degenerativas y desarrollo desigual de las producidas por el hombre.

En los modelos de transición postulados por Omran se observan muchos elementos de la transición demográfica con la inclusión del comportamiento del proceso enfermedad y muerte.

Modelos de transición epidemiológica según mortalidad proporcional en <5 y 65+ años

**Gráfica 35. Modelos de transición epidemiológica según mortalidad proporcional en <5 y 65+ años**



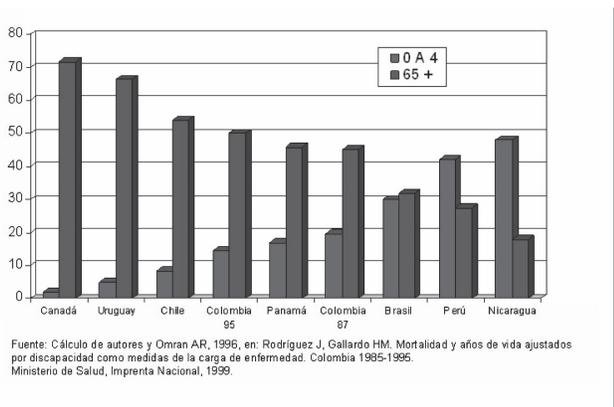
Fuente: Omran AR. The epidemiological transition in the Americas. PAHO, WHO, The University of Maryland at College Park, 1996

En el gráfico siguiente, se tienen datos de muertes proporcionales para esos dos grupos de de edad, para distintos países americanos. Los países más

desarrollados se comportan como los modelos clásico y semioccidental, con proporciones de muertes mucho más importantes en las personas de más de 65 años que en las menores de cinco años; al movernos hacia la derecha del gráfico vemos cómo gradualmente el peso de las muertes en los de menos de cinco años va incrementándose lo que ya va correspondiendo al patrón de los países más pobres.

Al insertar en ese gráfico el comportamiento de Colombia se tiene lo siguiente: en el año 1987 mostraba un 40% de peso de las muertes en mayores de 65 años y un 20% en menores de cinco años, pero ya en el año 1995, Colombia mejoró su posición, y ya mostraba un 50% de muertes en mayores de 65 años y 12% en los menores de cinco años (Rodríguez y Gallardo, 1999).

**Gráfica 36. Mortalidad de <5 y 65+ Colombia 1987 y 1995 vs. otros países de América 1987**



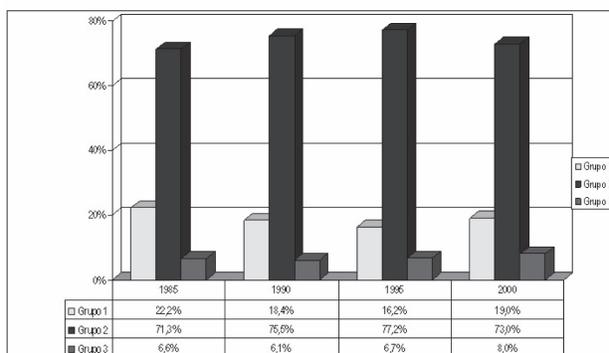
Con la inclusión en sus modelos de transición de la dinámica salud-enfermedad-muerte, Omran describió una regularidad que hoy ya ha sido aceptada como válida: con el desarrollo de las poblaciones las enfermedades prevenibles disminuyen (enfermedades transmisibles, las maternas y las enfermedades nutricionales) -grupo I-; al incrementarse la población más vieja, las enfermedades crónicas, degenerativas como los problemas cardiovasculares, endocrinos, los distintos tipos de cáncer, empiezan a prevalecer cada vez más -grupo II- y las lesiones de causa externa, accidentales o intencionales, producidas por el hombre directamente, -grupo III-, tienen un comportamiento variable.

En el gráfico que sigue, para mujeres y hombres, se muestra la comparación de la mortalidad proporcional de los grupos de causas trasmisibles, crónicas y lesiones (grupos I, II, III, respectivamente) para los años 1985, 1990, 1995 y 2000 (Rodríguez, 2005).

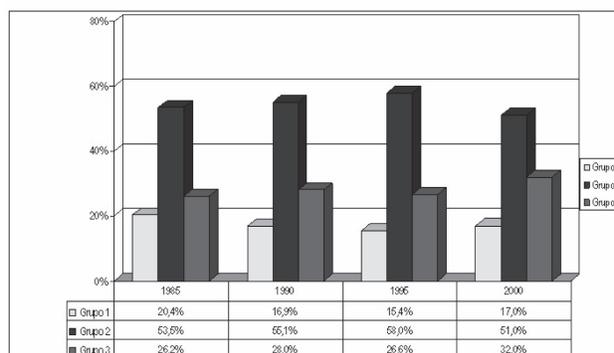
En mujeres, se observa un incremento en la proporción de muertes correspondientes a causas del grupo II a expensas de la disminución atribuible al grupo I, entre el año 1985 y el 1995, mientras que para el año 2000 se incrementa la proporción del grupo I y disminuye la del grupo II. En hombres, el perfil de comportamiento proporcional de muertes es similar al que se observa en mujeres pero con proporciones superiores atribuibles al grupo III, muy estable en los cuatro momentos descritos.

**Gráfica 37. Mortalidad proporcional por grupos de causas y sexo, Colombia 1985, 1990, 1995 y 2000**

**Mortalidad proporcional por grupos de causas en mujeres. Colombia 1985, 1990, 1995 y 2000**



**Mortalidad proporcional por grupos de causas en hombres. Colombia 1985, 1990, 1995 y 2000**



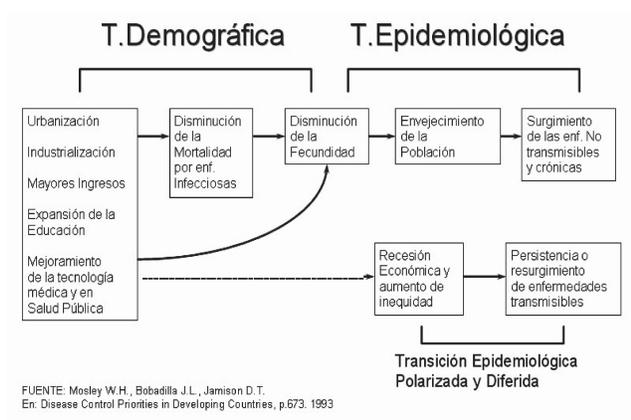
## La transición en salud

Con este concepto se retoma la discusión sobre el proceso de la dinámica poblacional mirado a través del prisma de los profesionales que estudian los problemas de salud en un ámbito poblacional.

Los aportes de la transición demográfica y la epidemiológica ahora se ven en el contexto del desarrollo socioeconómico y tecnológico desigual entre países. Se habla así de la transición epidemiológica polarizada y diferida de los países menos desarrollados.

En el gráfico o cuadro, a continuación, se explica de manera resumida la transición en salud. Este cuadro apareció publicado en el año 1993 en un libro del Banco Mundial (Mosley y otros, 1993).

**Gráfica 38. Transición en salud**



En él se describe, de una manera sintética, cómo participan y modulan el tránsito demográfico y el epidemiológico los componentes del desarrollo socioeconómico, especificando el fenómeno de polarización diferida que ocurre con la recesión económica y la aparición de enfermedades transmisibles supuestamente superadas por la transición epidemiológica que han alcanzado países con menos desarrollo.

## Desigualdades en indicadores de mortalidad entre departamentos

A propósito de la disminución de las brechas sociales entre las regiones del país que se propone en el documento Colombia Visión 2019, a continuación se discuten los resultados alcanzados con la medición en ámbitos departamentales de indicadores de mortalidad como el Coeficiente de Gini para tablas de vida y mortalidad proporcional, por un lado y, por otro el resultado de indagar por el grado de asociación entre indicadores de mortalidad y socioeconómicos para ilustrar las diferencias entre estos ámbitos geográficos (Rodríguez, 2007).

A partir del registro de defunciones ajustado por cobertura para Colombia en el año 2000 se han construido indicadores de mortalidad que a continuación se presentan para unos departamentos seleccionados.

El subregistro de mortalidad igual que otros indicadores de salud, es muy diferencial por regiones. En este trabajo se obtuvo, por ejemplo, para el departamento del Chocó, una cobertura del registro de defunciones del 35%, lo cual quiere decir que de cada cien muertes que ocurren sólo se registran 35, mientras que, en el departamento del Valle del Cauca se estimó la cobertura en 86%, es decir, de cada cien se registran 86 muertes.

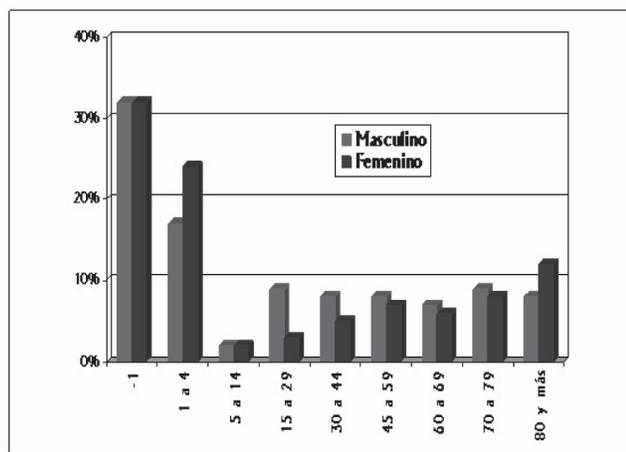
Se han descrito indicadores de desigualdad, como el Coeficiente de Gini para tablas de vida, que en este estudio ha demostrado ser de los más sensibles para la identificación de diferencias entre departamentos. El Coeficiente de Gini, conocido por su utilización para identificar desigualdades en la distribución de la riqueza entre distintos grupos poblacionales, en el contexto de tablas de vida refleja la distribución proporcional de las muertes, de manera de que, teóricamente, el valor de uno del Coeficiente de Gini indicaría que prácticamente todos

los individuos fallecen antes de cumplir el primer año de vida, mientras que un valor de cero señalaría que todas las personas fallecen a la misma edad. En el orden práctico, los valores que se acercan a la unidad corresponderían a una distribución de muertes con proporciones muy elevadas de muertes en los menores de cinco años y los valores más próximos al cero indicarían distribuciones de muertes más altas en las edades más avanzadas.

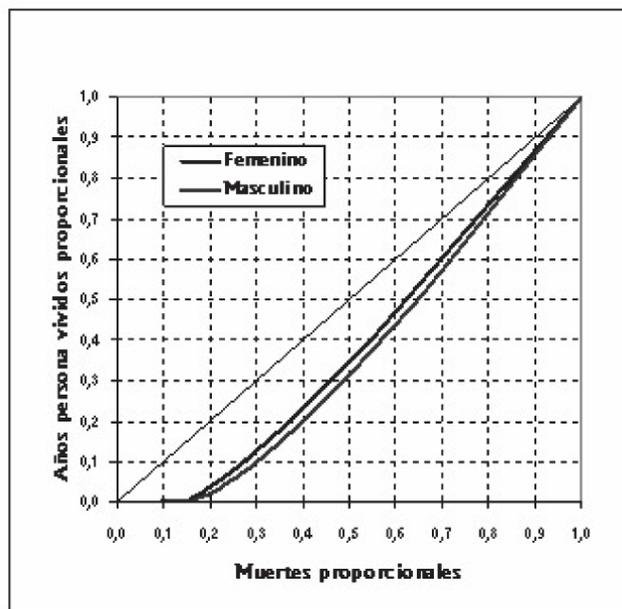
La representación gráfica del Coeficiente de Gini se obtiene mediante la curva de Lorenz que se inscribe en un sistema cartesiano de coordenadas "x" y "y"; mientras más cerca de la diagonal esté la curva más cercano a cero el valor del Coeficiente de Gini y viceversa.

En el gráfico a continuación, se presenta el perfil de mortalidad por edad y sexo para el departamento del Chocó, departamento con el Coeficiente de Gini más alto. Se puede observar que las muertes están muy aumentadas en los primeros años lo que se traduciría en un valor del Coeficiente de Gini más cercano a la unidad. Y se tienen los valores por sexo del Coeficiente de Gini y las curvas de Lorenz correspondientes.

**Gráfica 39. Muertes proporcionales por edad y sexo, Chocó 2000**



**Gráfica 40. Curva de Lorenz y Coeficiente de Gini para medir desigualdad en la distribución de años vividos hasta la muerte en la tabla de vida según sexo. Departamento de Chocó, año 2000**



Coeficiente de Gini Femenino	0,22
Coeficiente de Gini Masculino	0,26

En contraste con el departamento del Chocó se tiene al departamento del Atlántico, que muestra un comportamiento bastante bueno; las muertes ocurren más hacia los últimos grupos de edad y en este caso las curvas de Lorenz están más cerca de la diagonal, con muy poca diferencia entre sexo.

En este mismo trabajo se midió la correlación entre indicadores de tipo socioeconómico y de mortalidad calculados en cada departamento. Entre los de mortalidad se incluyeron tasas específicas de mortalidad por causa estandarizadas por edad y el Coeficiente de Gini en tablas de vida y, entre los indicadores socioeconómicos, fueron incluidos el índice de desarrollo humano, el índice del PIB por habitante ajustado, la inversión social por habitante y la proporción de personas afiliadas a la seguridad social.

En el cuadro, que se muestra abajo, se identifica el grado de asociación que los indicadores de mortalidad presentaron con los indicadores socioeconómicos. Como medida de correlación se empleó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman, el cual resultó estadísticamente significativo cuando tomó valores mayores a 0,35.

Se puede observar en este cuadro que de todos los indicadores de mortalidad empleados, el

Coefficiente de Gini en tablas de vida y las tasas de mortalidad por desnutrición y por diarreas fueron los más sensibles en su relación con los indicadores socioeconómicos pues correlacionaron significativa-mente con todos. Una recomendación que surgió de este trabajo fue la de emplear estos indicadores, por su alta correlación con los indicadores socioeconómicos, como trazadores de las brechas interdepartamentales.

**Gráfica 41. Coeficiente de correlación de Spearman (r) entre indicadores de mortalidad y socioeconómicos por departamentos. Colombia 2000**

	Personas afiliadas al SGSS (%)	Inversión social x hab.	I-Gini en distrib. del Ingreso	Índice del pilo x hab. ajust.	Índice de desarrollo humano ajust.
Tasa de muerte global	-0,24	-0,24	-0,29	-0,19	-0,49
Gini en tabla de vida	-0,43	-0,53	-0,36	-0,34	-0,59
Tasa de muerte por desnutrición	-0,49	-0,35	-0,22	0,46	-0,41
Tasa de muerte por enfermedades diarreicas	-0,70	-0,57	-0,27	-0,52	-0,45
Tasa de muerte por cardiografía isquémica	0,22	0,10	0,47	0,30	0,36
Tasa de muerte por diabetes mellitas	0,43	0,40	0,36	0,52	0,36
Tasa de muerte por agresiones	-0,07	-0,28	0,07	0,19	-0,09
Tasa de muerte por accidentes de tránsito	0,46	0,13	0,15	0,45	0,05

$r \geq 0,35$  (significativo al nivel 0,05 bilateral)

Fuente: Rodríguez García J. Desigualdades socioeconómicas entre departamentos y su asociación con indicadores de mortalidad. Colombia, año 2000.  
Rev. Panam Salud Pública. 2007.

## ***A manera de conclusiones***

La tendencia que se muestra en la dinámica poblacional hacia la disminución de la fecundidad con el consiguiente incremento proporcional de la población más vieja hace pensar que resulta innecesario plantearse metas en este sentido. Más bien, se tendría que considerar cómo enfrentar el enveje-

cimiento de la población y el aumento de las enfermedades y muertes que acompañan a este proceso. Por otro lado, las evidentes diferencias entre departamentos exigen que se incluyan indicadores de diferencias entre regiones y metas de su disminución y cómo alcanzarlas para hacer válida la intención que se tiene de disminuir las brechas sociales que se dan el país.

