

POBLACION: ASPECTOS MEDICOS

RICARDO SUBIRIA

El tema Población, que es complejo, tiene algunas aristas o puntos saltantes. Una de esas aristas es la situación de salud, y más concretamente los problemas relacionados con la salud de la madre y del niño en una mayoría de países de América Latina. Es esta situación —realmente crítica, como veremos enseguida— la que sirve de mordiente, de justificación para que no pocos expertos señalen que es necesario ofrecer a la comunidad en general, servicios médicos para la planificación familiar.

LA SITUACION

En una mayoría de países latinoamericanos el nivel de sanidad y de salud en las grandes masas de población es deplorable. Debemos reconocer que en la base de esta situación están la pobreza y el analfabetismo. Pero en tanto se implementan las políticas para salir del sub-desarrollo, continúa operando un factor de presión demográfica que incrementa sin pausa la demanda por servicios médicos. Se ha establecido así una espiral cada vez más amplia, que traduce el desequilibrio entre las necesidades de asistencia médica y los recursos financieros y humanos para atenderla.

Veamos algunos datos. En la Tabla I, al lado de las cifras de población total en ocho países, aparecen porcentajes relativos al grupo de mujeres en edad fértil y al grupo de población menor de 15 años.

TABLA I*

Población Total, Porcentaje de Mujeres de Edad Fértil (15-44) y Porcentaje de Menores de 15 años. Ocho países latinoamericanos.

País	Población Total	Población Femenina 15-44 años	Población Menores de 15 años
		(porcentaje)	(porcentaje)
1. Colombia	19.215.071 (1)	17,7	46,9
2. Costa Rica	1.811.190 (3)	20,0	47,6
3. Cuba	8.553.395 (2)	20,7	36,7
4. Chile	10.122.700 (4)	22,1	38,5
5. Ecuador	6.092.900 (2)	19,8	47,5
6. Honduras	2.686.500 (4)	20,8	46,7
7. Panamá	1.523.500 (4)	20,5	43,5
8. Perú	14.126.724 (4)	22,0	45,0

(1) Datos año 1967 (4) Datos año 1972
 (2) Datos año 1970 * Fuente: Referencia (1)
 (3) Datos año 1971

* Presidente del Consejo Regional Lima-Callao, del Colegio Médico del Perú. Profesor Asociado de Medicina, en la Universidad "Cayetano Heredia". Director del "Programa de Paternidad Responsable en los barrios marginados de Lima", del Movimiento Familiar Cristiano.

TABLA II*

Natalidad y Tendencia de las Tasas de Natalidad. Ultimo Decenio. Ocho Países Latinoamericanos. Tasas por 1.000 habitantes.

País	Tasas de Natalidad	Tendencia de Tasas Ultimo Decenio
	(porcentaje)	(porcentajes)
1. Colombia	34,8 (1)	40,5 - 34,8
2. Costa Rica	31,1 (3)	45,4 - 31,1
3. Cuba	30,1 (3)	33,3 - 30,1
4. Chile	27,9 (4)	37,2 - 27,9
5. Ecuador	37,8 (2)	46,8 - 37,8
6. Honduras	42,7 (2)	- - (5)
7. Panamá	37,2 (3)	41,1 - 37,2
8. Perú	41,0 (4)	44,1 - 41,0

(1) Datos año 1967 (4) Datos año 1972
 (2) Datos año 1970 (5) Sin datos disponibles
 (3) Datos año 1971 * Fuente: Referencia (1)

Es de interés observar que las mujeres en edad fértil constituyen aproximadamente 1/5 de la población total (22 por ciento en Perú), lo cual representa un importante potencial de fertilidad si asumimos cuán tempranamente inician la función reproductora muchas mujeres en nuestros países. De otra parte, la magnitud del grupo poblacional menor de 15 años (en promedio, 45 por ciento de la población total) es un hecho demográfico de la mayor significación: en efecto, ellos representan ciertamente un potencial de fertilidad, pero también un grupo altamente susceptible frente a acciones educativas de orientación para la vida familiar, incluida la regulación de la fecundidad. En la Tabla II aparecen las tasas de natalidad registradas en años recientes en ocho países, y la tendencia de estas tasas en el último decenio: en Colombia, Costa Rica, Chile y Ecuador se ha registrado un descenso en dichas tasas, mientras que las mismas no han variado de modo importante en los otros países.

Estas cifras, dan un marco de referencia para evaluar la situación. Pero ésta es mucho más grave si atendemos a la "variable" mortalidad en el primer año de vida: en Perú mueren entre 120 y 130 niños por cada 1.000 nacidos vivos (en el primer año de vida); la tasa en países desarrollados es tan baja como 14 por mil. Esta brecha indica la situación drá-

mática en que nos encontramos muchas naciones del tercer mundo, en cuanto al riesgo de enfermedad y muerte para los niños en el primer año de vida.

Sobrevivir al primer año de edad significa para millones de nuestros niños superar un proceso de selección natural sumamente drástico, en que la concurrencia de desnutrición, exposición a los elementos, la privación de inmunizaciones protectoras (vacunas), el parasitismo y las infecciones, retan duramente sus defensas. Los que lo superan, viviendo en condiciones de marginación, deben ser considerados verdaderos supervivientes. Y estos supervivientes ¿qué expectativas de calidad de vida, de vida digna, tienen? Yo creo que este es un punto que debe mover a reflexión: la expectativa de calidad de vida que se ofrece a estos niños supervivientes.

Algunos datos respecto a las madres gestantes: en Perú sólo 18,6 por ciento de las embarazadas tienen atención médica antes del parto; mientras 81,4 por ciento carecen de todo tipo de asistencia médica. Respecto al parto mismo, éste se realiza en instituciones de salud sólo en un 25 por ciento de los casos, mientras casi las tres cuartas partes de las parturientas carecen de cama obstétrica, carecen de atención profesional, carecen de atención de matronas, es decir, el parto se realiza en las condiciones más empíricas, lo que agrega considerable riesgo para la madre y el niño. Esta situación, según la encuesta de FLASOG (1) se repite en casi todos los países de Latinoamérica.

Hay otro fenómeno significativo que afecta a las mujeres en edad fértil: la multiparidad. En Perú más del 35 por ciento de las mujeres han tenido seis o más hijos nacidos vivos; a esto se denomina "multiparidad". Tal fenómeno probablemente se repite en una mayoría de nuestros países, y tiene efectos médicos importantes.

Se denomina "embarazo de alto riesgo" a la gestación que conlleva mayor riesgo que el habitual para la madre, debido a la concurrencia de diversos factores: por ejemplo, la madre soltera abandonada, la madre analfabeta, la madre agobiada por la miseria —de acuerdo con estadísticas fidedignas— soporta más riesgos de complicaciones y de muerte al momento del parto que otras gestantes en condiciones socio-económicas más favorables; la gestante muy joven (menor de 15) y la añosa (mayor de 40) conllevan por este sólo factor "edad" un riesgo mayor en el momento del parto; la multiparidad agrega mayor riesgo de complicaciones y de muerte con cada nuevo embarazo y parto; los antecedentes de complicaciones previas y la concurrencia de condiciones patológicas agrega ciertamente riesgos al embarazo y al parto.

Existe relación entre multiparidad y cáncer del cérvix uterino. En un estudio realizado en Perú sobre 475 pacientes con cáncer incipiente del cérvix, 37 por ciento tenían entre 4 y 6 hijos, 39 por ciento tenían más de 6 hijos. Ciento setenta de estas pacientes habían iniciado relaciones sexuales antes de cumplir 17 años de edad. El grupo etario mayoritario entre las 475 pacientes era el de 30-39 años (2). Ciertamente estos datos deben gravitar en cualquier campaña educativa destinada a prevenir esta grave enfermedad, que en el Perú constituye la más importante causa de muerte entre las mujeres en edad fértil.

Otro hecho preocupante que afecta a la salud de millones de mujeres es el aborto provocado. Las cifras disponibles en diversos países son "estimadas" y señalan como número de casos de aborto provocado, entre 20 por ciento y 50 por ciento del número total de embarazos. Para México, esta cifra fue estimada en 400.000 casos de aborto provocado, en 1972.

EL RETO

Si colocamos en una imaginaria balanza, de una parte la situación crítica que hemos comprobado en la salud materno-infantil y la creciente demanda por servicios médicos por parte de una población en continuo aumento, y de otra los recursos financieros, humanos y de capacidad instalada disponibles, sin duda el primer platillo gravitará mucho más que el segundo. Es este desequilibrio dramático, que crece cada año, cada mes, cada semana, cada día, el que ejerce presión sobre las autoridades de salud para implementar soluciones. Los planificadores de salud en muchos de nuestros países, bajo el peso tremendo de es-

ta realidad macro-social, imaginan soluciones, y dentro de estas soluciones se ubica la planificación familiar.

De hecho tal posibilidad se plantea en forma concreta en la estrategia elaborada en la 3a. Reunión de Ministros de Salud Pública de las Américas —Santiago de Chile, 2 al 9 de octubre de 1972— de cuyo Documento Oficial extractamos lo referente a "Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar" (3):

"Formular una política intersectorial de protección a la familia, la maternidad y la infancia, en la que se incluyan aspectos relacionados con disposiciones que garanticen sus derechos cívicos y jurídicos y reglamentaciones que aseguren su protección económico-laboral; y con la promoción en la niñez y juventud, de actividades de recreación, educación y orientación vocacional, en la que finalmente se considere la ejecución de actividades programadas de salud materno-infantil y bienestar familiar"

"Elaborar el programa como un todo continuo, en el que se incluyan las diversas actividades de protección de la familia y en especial de la madre y el niño: la orientación hacia la vida familiar, en particular en la adolescencia; la atención de las enfermedades ginecológicas, incluyendo las venéreas; el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los cánceres cervicouterino y mamario; la regulación de la fecundidad para evitar los riesgos médico-sociales originados por la procreación frecuente y/o temprana y el aborto ilegal; la atención médica integral durante la gestación, tanto de la madre como del feto; la atención en el parto y en el puerperio; el control del recién nacido y durante todas las etapas de la vida del niño, y con énfasis especial en el primer año de vida"

¿ENFRENTAREMOS SOLO LOS EFECTOS?

Reconozco que, ante el peso de la realidad macro-social, el Estado se sienta exigido a implementar acciones de salud destinadas a la "protección familiar" y la "regulación de la fecundidad". Entre paréntesis, podemos cuestionar qué significan estos términos en la mente de un planificador de salud, sobre todo en sus implicaciones prácticas. Bien, pero el punto crucial es que hasta ahora las acciones médicas para la planificación familiar, desarrolladas en diversos países, han constituido remedios-para-los-efectos.

El asunto población no debe enjuiciarse exclusivamente ni como problema de salud ni como realidad macro-social. Los datos estadísticos, siempre impresionantes, pueden distorsionar la realidad. Por ejemplo: ¿qué hay detrás de la multiparidad? Una enumeración rapidísima de causas señalaría: ignorancia, un patrón cultural de sobrevaloración de la fecundidad y de la maternidad; pero también: opresión de la mujer, su identificación como "objeto-sexual" para una mayoría de varones, machismo, egoísmo —en suma inmadurez— y subdesarrollo humano. Debemos cuidarnos mucho de las soluciones simplistas. A la luz de ciertos fenómenos sociales que ocurren en las sociedades permisivas, ¿no es cierto el riesgo de que algunos países latinoamericanos nos embarquemos en otra espiral que se abre más y más: la de despertar una conciencia antinatalista sin educar para la paternidad responsable, de tal suerte que aumenten los embarazos no deseados y los abortos provocados?

Detrás del crecimiento poblacional están el varón y la mujer con su carga cultural, sus actitudes y motivaciones, sus creencias religiosas, sus sentimientos de valor y los modos de comportamiento sexual que todo aquello determina. Aquí tenemos un universo micro-social lleno de significación. Debemos asumir que para influir sobre este universo micro-social no basta difundir información, no basta con mostrar una película o una novelita gráfica. Para modificar el substrato humano hay que educar, es decir inducir en las personas una toma de conciencia de ciertos valores humanos, a partir de los cuales surge el comportamiento sexual responsable. Queremos insistir en esta idea-fuerza: examinar sólo la realidad macro-social, insistir en las variables puramente demográficas, distorsiona el tema

Población. Debemos asumir la dimensión que tiene en un contexto poblacional, la persona, la pareja, la familia, es decir el universo micro-social. Y es ante este universo, donde el subdesarrollo se hace más dramático aún, ante el cual tenemos una responsabilidad de actuar, ineludible.

COMO IMPLEMENTAR UNA RESPUESTA INTEGRAL

1.- Papel de los médicos

Por diversas razones, los médicos aparecen hoy a la cabeza de quienes pretenden resolver el problema poblacional. Creo que detrás de esta actitud existe una motivación en la que se mezclan la sensibilidad afectada y el deseo de aplicar cierta praxis científica a la solución o alivio de una situación que afecta el bienestar de millares de mujeres y niños.

Sin embargo, el papel del médico deviene diminuto cuando se lo pretende reducir a un técnico en fecundidad. El médico por su formación de hombre de ciencia, por su sensibilidad y por su vocación a orientar y educar, puede aportar mucho más en la problemática de población. Pienso honestamente que muchos colegas que trabajan en todo el mundo en planificación familiar sufren de una distorsión de su identidad: al estrechar su ángulo de visión, al perder de vista al ser humano integral y al declararse "neutros" desde el punto de vista ético, están renunciando a una parte sustancial de su identidad profesional. El médico es fundamentalmente un servidor del hombre y un consejero nato de la comunidad. Entonces, necesariamente tiene que asumir unos valores.

En la década del 70 mucho de la ética hipocrática puede expresarse en dos proposiciones:

- El principio moral supremo al cual está sometido el médico es el cuidado de la vida humana; y
- Debe ser preocupación fundamental del médico la calidad de la vida humana.

De otra parte, existe una ética que debe normar la oferta de servicios médicos para regular la fecundidad:

- Garantizar una correcta atención médica en la que la disminución de la natalidad no sea el valor absoluto;
- Asociar a la asistencia médica acciones educativas (no meramente informativas), procurando comprometer a la pareja en un proceso de toma de conciencia sobre su situación familiar, conyugal y personal;
- Salvaguardar siempre el respeto a la libertad, a la conciencia y a la dignidad de quienes por decisión propia se acercan a los servicios médicos.

2.- Participación de la comunidad

Cualquiera sea el tipo de solución que se considere para la problemática de población, es esencial para su éxito la participación de la comunidad.

Por participación entendemos fundamentalmente una "toma de conciencia"; éste es el primer paso para adherir libremente al programa propuesto. El fracaso de muchos programas de control de la natalidad se ha debido a la coacción abierta o subliminal, que ha determinado a la larga el abandono o el rechazo de esos programas. Este peligro se halla siempre presente en las soluciones que ofrecen a grandes masas de población, servicios de planificación familiar. Estos servicios, generalmente en manos de una densa burocracia, a menudo instrumentalizan a las usuarias, ofrecen a éstas información pero no educación, y al no comprometer al cónyuge les resulta imposible suscitarse una toma de conciencia y un cambio de actitudes en el nivel de pareja, que es lo que realmente cuenta.

Varias experiencias —entre otras, las que se llevan a cabo actualmente en Perú, en Colombia, en Costa Rica y experiencias similares en Mauritius— han demostrado que es posible una transformación personal y una modificación de las actitudes y de las formas previas de conducta sexual conyugal entre los marginados, a través de una pedagogía adecuada. En virtud de estas experiencias, estamos seguros que la educación constituye el medio más eficaz para comprometer a la comunidad en

programas de promoción familiar que incluyen regulación de la fecundidad.

La nueva Ley de Educación, en el Perú, dispone la participación de promotores autóctonos de las diversas comunidades en programas de capacitación para la vida familiar, y actualmente está en marcha en Lima un programa de capacitación para "parejas conyugales promotoras" provenientes de los Núcleos Educativos Comunales Seleccionados (NECS), quienes trabajarán luego en el seno de las Asociaciones de Padres de dichos NECS. Este es el primer ensayo que se realiza en el Perú de capacitación en gran escala de "parejas promotoras", y constituye un ejemplo de fructífera cooperación entre el Ministerio de Educación y una institución del sector privado.

3.- Participación de las instituciones privadas

Las asociaciones y grupos privados con fines de servicio tienen un papel significativo en la problemática de población. Estas asociaciones aportan una motivación madura, lo que asegura perseverancia y acierto en la consecución de los objetivos propuestos. Sus recursos humanos a menudo pertenecen al voluntariado y sienten una mística que les permite desplegar un esfuerzo constante y desinteresado.

La iniciativa privada en el campo de población tiene un doble papel: es testigo —o sea da testimonio de presencia y de acción, para sensibilizar a la comunidad en general— y constituye un patrón o estándar —un término de referencia para comparar calidad y eficacia en el trabajo.

En muchos países de América Latina existe un considerable potencial de recursos humanos privados para trabajar en población. En el Seminario Internacional sobre Población, para Centroamérica, México y el Caribe, —precedente al realizado en Lima en noviembre del año pasado y que sirvió de marco al presente artículo— surgió en los participantes enrolados en diversas instituciones y grupos de servicio, un deseo espontáneo de organizar y coordinar programas de acción en población en las áreas: médica, de educación y comunicaciones —a escala regional. Este es un ejemplo de la vitalidad e iniciativa del sector privado, cuyo aporte no puede desaprovecharse al encarar una tarea tan ingente como la que plantea el problema poblacional en nuestros países.

4.- Participación de la juventud

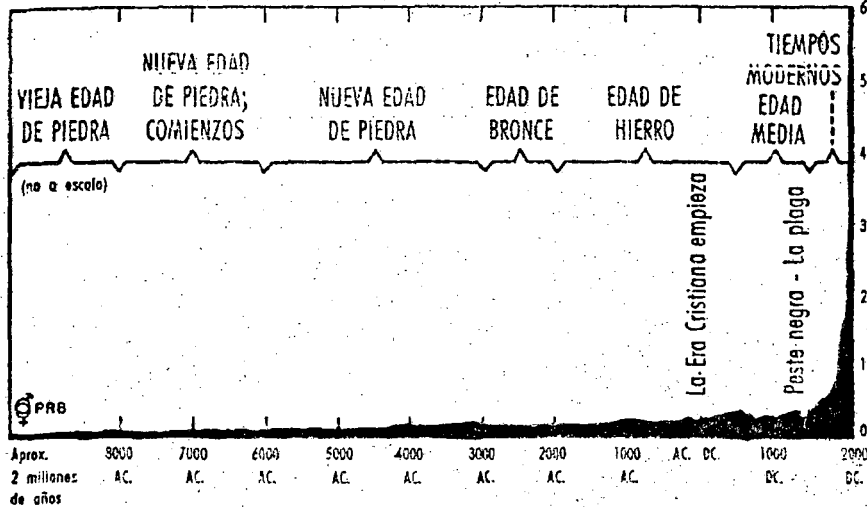
En la mayoría de países de América Latina la población menor de 15 años constituye un grupo muy importante, cuya magnitud varía entre 38 y 48 por ciento del total. No se ha reparado suficientemente en el significado de este grupo que debe constituirse en el "blanco" de acciones educativas adecuadas. Hay que plantear desde ahora la necesidad urgente de estudiar los problemas de convivencia sexual (es decir, las actitudes, juicios de valor, formas de comportamiento sexual) entre la juventud, para inducir cambios en el sentido correcto y utilizando una pedagogía eficaz. Es a través de un mejoramiento integral de las condiciones de salud, de higiene y de los niveles de educación en este grupo, que se logrará en el futuro inmediato una modificación de hábitos y de patrones de conducta que hoy afectan negativamente la salud materno-infantil y el bienestar familiar.

REFERENCIAS

- 1.- Asistencia de la Madre y del Recién Nacido en América Latina. Informe preliminar sobre la Encuesta básica para evaluar la situación en los países miembros de FLASOG (Federación Latino-Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología). Coordinador Prof. Onofre Avendaño. Año 1973.
- 2.- Barriga, O., Diagnóstico y tratamiento del cáncer del cuello uterino (Curso de post-grado de Cáncer Ginecológico, Lima, enero de 1971).
- 3.- Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar. Documento Oficial de la 3ra. Reunión de Ministros de Salud de las Américas, Santiago de Chile, 2-9 octubre de 1972.

GRAFICOS DE POBLACION

FIG. 1.- LA POBLACION A TRAVES DE LA HISTORIA



(ahora sólo en 45 años): cuatro mil millones. Y para el año 2000 pasará de los seis mil millones (probablemente cerca de los siete mil).

Nótese que en los 350 años de este tercer período, la familia humana ha subido desde 500 hasta 6.000 millones; se ha vuelto doce veces mayor.

CAUSAS DEL CRECIMIENTO

Hay dos factores principales:

1) Aumento de la fecundidad (sin aumento de la mortalidad); es decir, que se tienen más hijos y no aumenta el número de muertes.

2) Una disminución del porcentaje de muertes (sin que disminuyan los nacimientos).

Desde luego, también pueden darse los dos factores juntos, y entonces el crecimiento es mucho mayor.

La Figura 2 nos muestra que no se da

Este artículo se limita a una sencilla introducción en forma visual (1), con breves explicaciones para facilitar la comprensión de los datos.

La Figura 1 nos muestra el crecimiento de la población a lo largo de la historia y prehistoria (ya que incluye la Edad de Piedra). Está dividida la visión de conjunto en tres periodos:

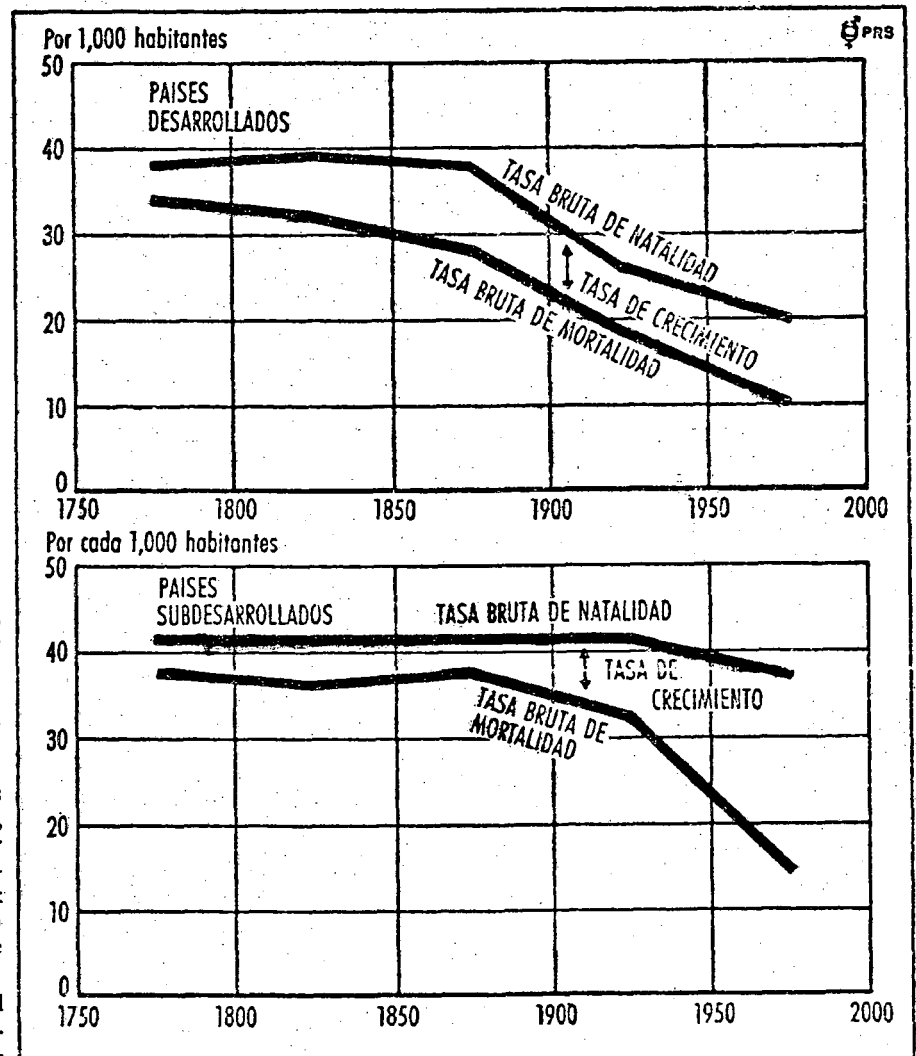
El primero comprende unos dos millones de años, durante los cuales el hombre cazaba, pescaba y tomaba los frutos silvestres que encontraba a su paso. La población mundial se calcula que jamás pasó de diez millones.

El segundo periodo se inicia hacia el año 6.000 antes de Cristo, cuando el hombre aprendió a sembrar, mantener animales domésticos, construir casas, pueblos y ciudades. Al asegurar una alimentación estable por medio de cosechas y ganados, la familia humana aumentó considerablemente: de diez millones, en unos cinco mil años subió a 300 millones, y hacia 1650 antes de Cristo se calcula que había unos 500 millones.

Después de comenzar la Era Cristiana, hubo fuertes altibajos en la población, debido a guerras, epidemias y otras causas de muertes masivas. El hecho es que en 1650 después de Cristo había otra vez unos 500 millones.

Tercer periodo: 1650 - 2000. En los primeros doscientos años de este periodo, la población mundial se duplicó y por primera vez llegó a los mil millones. Después volvió a duplicarse en sólo 80 años: dos mil millones. Para el año próximo (1975) se espera que vuelva a duplicarse

2.- CALCULO DE LAS TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD, 1770-1970



(1) Los gráficos han sido tomados del "Boletín de la Población", Vol. II, núm. 6, publicado en Bogotá (octubre 1971).

el primer factor (aumento de la fecundidad) en los países subdesarrollados ni, desde luego, en los desarrollados. En ambos ha disminuído. En los desarrollados bajó desde cerca de 40 nacimientos por cada mil habitantes, hasta la mitad, 20 nacimientos. En los subdesarrollados la disminución ha sido escasa.

El segundo factor (disminución de la tasa de muertes), si lo miramos en el conjunto de los doscientos años (1750 - 1950), viene a ser casi igual: unos 24 fallecimientos menos que hace cien años por cada mil habitantes, en ambos casos. Pero es muy de notar que la disminución en las muertes ha descendido rapidísimamente en los países subdesarrollados, precisamente durante los últimos cincuenta años (debido, en gran parte, a que mueren muchísimos menos niños). Consecuencia, que ahora en estos países -según la figura 2- nacen 38 por cada mil habitantes y mueren 14, quedando vivos 24 más cada año (por cada mil habitantes). En cambio, en los países desarrollados nacen 20, mueren 10 y quedan los otros 10.

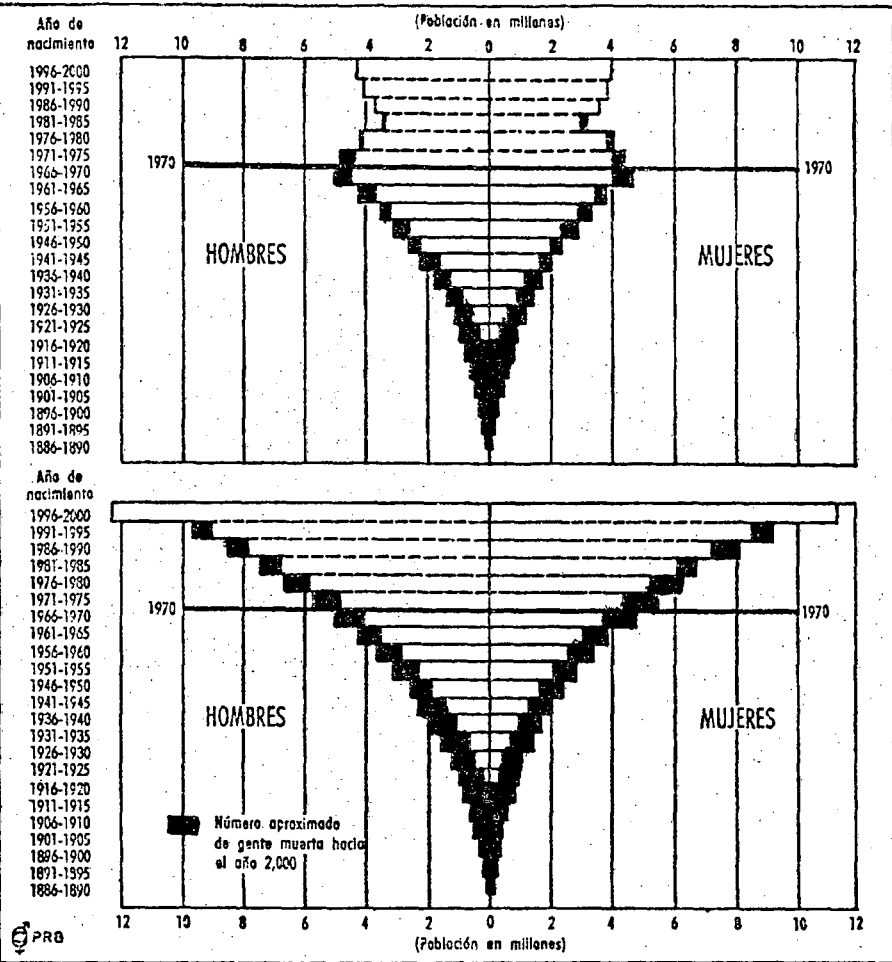
En otras palabras: ahora están creciendo los países subdesarrollados a una velocidad casi dos veces y media mayor que los otros: 24 personas por cada 10 de los desarrollados.

EL FACTOR ACELERADOR

Además del factor arriba mencionado (el que haya muchos más nacimientos que muertes), ocurre que cada año el número de jóvenes que empieza a tener hijos es mayor que el número de ancianos que dejan de tener hijos. Esto se debe a que hasta hace pocos años un 40 por ciento (y hasta un 60 por ciento en algunas regiones, incluso aquí, en Venezuela) morían antes de los seis meses de edad, y además un gran porcentaje de los restantes (hasta un 40 por ciento) fallecían antes de los doce años. Ahora se evita la gran mayoría de estas muertes infantiles, y así van llegando a la juventud en oleadas, que a su vez procrean nuevas oleadas de bebés.

La Figura 3 es la pirámide de edad de la India, y muestra claramente que es casi imposible que deje de aumentar en población desde ahora hasta el año 2000. En efecto, supongamos que quienes están en capacidad de procrear decidieran -como se ve en la parte superior de la figura- reducir su fecundidad al nivel de reemplazo, es decir, que la gran mayoría de las parejas no pasara de dos hijos, de modo que el total de los que nacen resulte igual al total de los que mueren. Los primeros quince años habría una disminución; pero después, a medida que los jóvenes llegan a ser padres, al ser mayor su número cada año, volvería a aumentar la población, y a mediados del próximo siglo llegarían a los mil millones. Peor aún sería, pues llegarían a mil quinientos millones, si continúan en las tasas anuales de nacimientos y fallecimientos, como se ve en la parte inferior de la misma figura.

3.-INDIA: PROYECCIONES DE LA DISTRIBUCION POR EDAD, AÑO 2000



4.-COMPARACION DE LOS INGRESOS Y DEL AUMENTO DE LA POBLACION

	PAISES DESARROLLADOS	PAISES SUBDESARROLLADOS
1950		
1968		

= 100,000,000 Habitantes
 = \$ 100,000,000,000 Total PNB

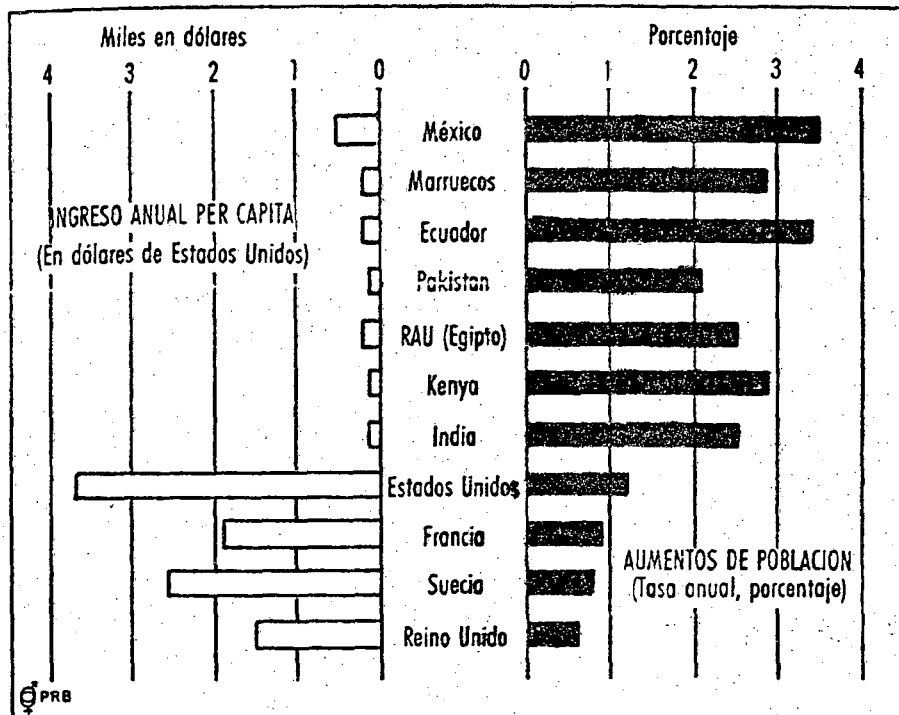
INGRESOS COMPARADOS

Los países subdesarrollados van consiguiendo aumentar su producto nacional bruto (PNB) y con ello elevan su nivel

económico. Pero este crecimiento es escaso si se compara con el aumento de la propia población.

La Figura 4 presenta en forma de una moneda cada suma de cien mil millones

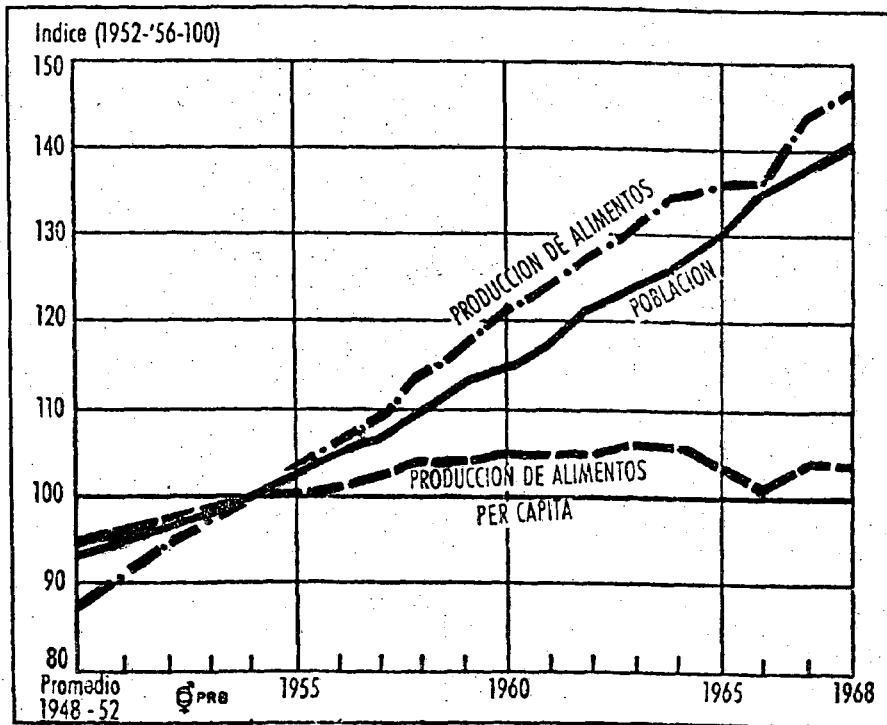
INGRESO PER CAPITA Y AUMENTO DE LA POBLACION EN ALGUNOS PAISES



Fuentes: Naciones Unidas: "Anuario Estadístico de Naciones Unidas", Nueva York, 1970.
 Naciones Unidas: "Anuario Demográfico de Naciones Unidas", Nueva York, 1970.
 Population Reference Bureau, Inc.: "Cifras de Población Mundial - 1970", junio, 1970.

Los países con bajo ingreso per cápita tienen un alto crecimiento de la población.

6.- POBLACION MUNDIAL Y PRODUCCION DE ALIMENTOS, 1948-1968



Fuente: Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO): "El Estado de la Agricultura y la Alimentación en 1969", Roma, 1969.

La producción mundial de alimentos escasamente se ha mantenido al ritmo del aumento de la población.

de PNB. Se ve que los subdesarrollados han subido, de menos de dos monedas, hasta cinco monedas y media en sólo dieciocho años (1950 - 1968): casi el triple. Proporcionalmente, es más que lo que la figura presenta respecto a los países desarrollados (que sólo duplicaron su PNB: de siete monedas y un tercio, a quince y media). Pero en total, los subdesarrollados, en 1968, sólo tienen 550 millones de PNB, mientras los desarrollados llegan a 1.500 millones.

La diferencia es más notable respecto al aumento de población: los países desarrollados aumentaron dos figuritas (equivalentes a 200 millones de habitantes), mientras los nuestros aumentaron trece (1.300 millones de habitantes).

En total, los subdesarrollados tenemos la tercera parte de ingresos anuales, para más que el triple de gente. En otras palabras: los desarrollados tienen nueve veces más PNB por persona. Esa era la diferencia el año 1968. Desde entonces ha ido aumentando.

En cuanto a la distribución proporcional comparada entre varios países más significativos, la Figura 5 nos muestra el aumento de la población, en porcentaje anual, y el ingreso per cápita (o sea, el total de ingreso anual, dividido por el número de habitantes).

Si en vez de México hubieran puesto a Venezuela, la figura sería casi igual, con sólo algo más de ingreso per cápita —debido al petróleo—, pero más o menos igual respecto al aumento de la población, ya que tenemos casi el 3,5 por ciento anual (según el estudio de "Censos y Población", basado en los cuatro últimos censos). Estamos entre los países de más alto aumento de población en el mundo.

POBLACION Y ALIMENTOS

Constante lucha se está produciendo en el mundo entre el aumento de la población y el incremento en los productos alimenticios. Cuando los alimentos disponibles no bastan para satisfacer la demanda —como está ocurriendo ahora a nivel mundial—, se produce la inflación (suben los precios) y los precios se ven en dificultades para adquirir aun lo necesario.

La Figura 6 muestra que —debido a los grandes adelantos de la agricultura— la producción mundial de alimentos va aumentando casi paralelamente al aumento de la población, o sea ambos al 2,5 por ciento aproximadamente.

Los expertos calculan que este aumento en la producción de alimentos podrá durar algún tiempo, pero no podrá sostenerse por un plazo demasiado largo. Y en países como México, Ecuador, Venezuela y algunos de Centroamérica, que tienen no un 2,5 sino 3,5 o más de aumento anual, las perspectivas son todavía más alarmantes.

MAURO BARRENECHEA