

---

## población y desarrollo

# **L**a dinámica demográfica en América Latina

Juan Chackiel



**CEPAL**

**Centro Latinoamericano y Caribeño de  
Demografía (CELADE) – División de Población**

Santiago de Chile, mayo de 2004

Este documento fue preparado por Juan Chackiel, Consultor del CELADE. El capítulo V, sobre migraciones internacionales, estuvo a cargo de Jorge Martínez, Experto del CELADE. Los autores agradecen a Susana Schkolnik por sus sugerencias, a Guiomar Bay que suministró la información y a Carolina Muñoz que colaboró en la confección de cuadros y gráficos.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1680-8991

ISSN electrónico 1680-9009

ISBN: 92-1-322521-0

LC/L.2127-P

Nº de venta: S.04.II.G.55

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2004. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	9
<b>I. América Latina: una transición demográfica acelerada</b> .....	11
<b>II. La fecundidad</b> .....	17
1. Niveles y tendencias .....	17
2. La fecundidad por edades .....	21
3. La fecundidad adolescente.....	23
4. Los determinantes próximos de la fecundidad .....	25
5. Los diferenciales de la fecundidad .....	31
<b>III. La mortalidad</b> .....	35
1. Niveles y tendencias.....	35
2. Mortalidad en la infancia.....	39
3. Cambios en los patrones de mortalidad por edad y causas.....	44
4. La mortalidad por causas maternas.....	49
<b>IV. El crecimiento y la estructura por edades de la población</b> .....	51
1. Tendencia del crecimiento de la población .....	51
2. La estructura por edades de la población: tendencias y perspectivas.....	58
<b>V. Patrones y tendencias de la migración internacional</b> .....	69
1. La posguerra y la migración en la región.....	70
2. Los años noventa.....	72
3. Una precisión necesaria .....	77
4. Migración internacional y remesas .....	78

<b>Resumen y conclusiones</b> .....	81
<b>Bibliografía</b> .....	87
<b>Anexos</b> .....	91
<b>Serie población y desarrollo: números publicados</b> .....	107

## Índice de cuadros

Cuadro II.1	Tasa global de fecundidad de la población del mundo por grandes regiones. 1950-2000.....	18
Cuadro II.2	Porcentajes de madres y tasas de fecundidad (por mil) de mujeres de 15-19 años de edad. Países seleccionados de América Latina .....	24
Cuadro II.3	Porcentajes de mujeres alguna vez casadas, solteras y edad mediana al casarse o unirse .....	30
Cuadro II.4	Duración media en meses de lactancia en países seleccionados de América Latina.....	31
Cuadro II.5	América Latina: Tasas globales de fecundidad por área de residencia y por nivel de instrucción. Países seleccionados.....	32
Cuadro III.1	Esperanza de vida al nacimiento de la población del mundo por grandes regiones .....	36
Cuadro III.2	América Latina: Tasa de mortalidad infantil y probabilidad de morir antes de los 5 años para 1990 y 2000 y metas para el año 2000 .....	42
Cuadro III.3	Mortalidad infantil según área de residencia y años de instrucción formal.....	43
Cuadro III.4	Distribución relativa de las defunciones por sexo y causas en países de América Latina. Períodos seleccionados .....	46
Cuadro III.5	Distribución relativa de las muertes por grandes grupos de edades. Países y períodos seleccionados.....	47
Cuadro III.6	Estimaciones de la tasa de mortalidad materna y del número de muertes maternas por grandes regiones del mundo. 1995 .....	49
Cuadro IV.1	Tasa de crecimiento medio anual de la población del mundo por grandes regiones. 1950-2000 .....	52
Cuadro IV.2	Distribución porcentual de la tercera y cuarta edad respecto al total de adultos mayores. Países seleccionados. 1950-2000 .....	61
Cuadro IV.3	Índices de masculinidad por grupos de edad para países seleccionados. 1950-2000.....	63
Cuadro IV.4	Relación de dependencia total, de niños y de adultos mayores. Países seleccionados. 1950-2000 .....	65
Cuadro V.1	América Latina y el Caribe: <i>Stocks</i> de población nacida en el extranjero y tasas de crecimiento. 1990-2000 .....	73
Cuadro V.2	Latinoamericanos y caribeños en Europa y otros países con información disponible. Circa 2000 .....	76
Cuadro V.3	España: <i>Stocks</i> de latinoamericanos y caribeños residentes por país de nacimiento y sexo. 1991 y 2001.....	76
Cuadro V.4	América Latina: Tasas de migración estimadas según quinquenios, por países. 1950-2050.....	77

## Índice de gráficos

Gráfico II.1	América Latina: Tasa global de fecundidad para países seleccionados. 1950-2000.....	19
Gráfico II.2a	Tasas de fecundidad por edades. Países seleccionados. 1950-1955 .....	22

Gráfico II.2b	Tasas de fecundidad por edades. Países seleccionados. 1995-2000.....	22
Gráfico II.3	Tasa global de fecundidad y número ideal de hijos.....	26
Gráfico II.4	Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos (MAC).....	27
Gráfico III.1	América Latina: Esperanza de vida al nacer de países seleccionados. 1950-2000 .....	37
Gráfico III.2	Esperanza de vida de mujeres menos hombres.....	38
Gráfico III.3a	Riesgo relativo de mortalidad en la niñez sobre mortalidad general. Hombres.....	40
Gráfico III.3b	Riesgo relativo de mortalidad en la niñez sobre mortalidad general. Mujeres .....	40
Gráfico III.4	Tasas de mortalidad infantil de países seleccionados. 1950-2000 .....	41
Gráfico III.5	Razón de mortalidad materna. Países seleccionados.....	50
Gráfico IV.1	América Latina: Tasa de crecimiento medio anual de la población.....	53
Gráfico IV.2a	Uruguay: Tasas brutas de natalidad, mortalidad y tasas de crecimiento total y natural. 1950-2000.....	55
Gráfico IV.2b	Cuba: Tasas brutas de natalidad, mortalidad y tasas de crecimiento total y natural. 1950-2000 .....	55
Gráfico IV.3a	Brasil: Tasa de crecimiento por grupos de edad.....	57
Gráfico IV.3b	Honduras: Tasa de crecimiento por grupos de edad.....	57
Gráfico IV.4	América Latina: Estructura por grandes grupos de edad. Países seleccionados. 1950 y 2000 .....	59
Gráfico IV.5	América Latina: Índice de envejecimiento. Países seleccionados. 1950-2000 .....	60
Gráfico IV.6	América Latina: Relación de dependencia total. Países seleccionados. 1950-2050 .....	64
Gráfico V.1	América Latina y el Caribe: Porcentaje de población inmigrante según procedencia. 1970-2000.....	71
Gráfico V.2	América Latina y el Caribe: Migrantes internacionales dentro de la región y en Estados Unidos. 1970-2000 .....	74
Gráfico V.3	Relaciones de masculinidad de latinoamericanos y caribeños en los <i>stocks</i> de migrantes según regiones de presencia. 1970-2000.....	78
Gráfico V.4	Evolución de las remesas en América Latina y el Caribe. 1990-2002 .....	79

## Índice de diagramas

Diagrama 1	América Latina y el Caribe: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica. Quinquenios 1950-1955, 1985-1990 y 1995-2000.....	14
------------	---	----



---

## Resumen

---

Este momento es particularmente interesante para revisar las cifras de las tendencias demográficas de la región, debido a que se cumplen diez años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 en El Cairo (CIPD), en la cual los países fijaron metas a cumplir para el año 2000. Además, ello coincide con la disponibilidad de resultados de los censos de población recientes, correspondientes a la ronda del año 2000, lo que conlleva a la revisión de las estimaciones demográficas vigentes.

La dinámica demográfica de los países latinoamericanos se caracteriza por profundos cambios ocurridos durante el siglo pasado y que continúan en el nuevo siglo. Aunque existe una diversidad de comportamientos entre los países y al interior de éstos, según áreas geográficas y grupos socioeconómicos, se corrobora que prácticamente toda la población se ha incorporado al proceso de transición demográfica. En términos generales, la transición se inició a partir de los descensos en la mortalidad observados en la primera mitad del siglo XX, y se acentuó en la década de 1960 a través de una pronunciada caída de la fecundidad.

En este trabajo se analiza la tendencia descendente de la fecundidad, los factores determinantes de la misma y las diferencias entre áreas y grupos sociales. Particular atención se da a la fecundidad de las adolescentes que aportan un porcentaje creciente del total de nacimientos. En cuanto a la mortalidad, se presentan los niveles y tendencias de la esperanza de vida al nacer, la diferencia por sexos, la mortalidad en la infancia y el patrón de causas de muerte, con particular

atención al VIH/SIDA como causa emergente. La información proporcionada por los censos recientes de población también permite actualizar el análisis de las migraciones internacionales, caracterizada por una emigración creciente, una mayor presencia de mujeres, una mayor diversidad de destinos y montos considerables de remesas de dinero a los países de origen.

Los cambios en la fecundidad y la mortalidad, principalmente, traen como consecuencia una tasa de crecimiento de la población en descenso y una estructura por edades cada vez más envejecida. Se presentan los rasgos más característicos del envejecimiento y los nuevos desafíos que ello implica para la sociedad. Entre ellos, la necesaria reconversión de recursos que estaban destinados para atender la importante demanda materno infantil, y que ahora debe preocuparse de una población creciente de adultos mayores.

## Introducción

---

Quizás como nunca antes los temas demográficos son motivo de debates en la sociedad actual. El alto crecimiento de la población en décadas pasadas llevó a considerar que se vivía una “explosión demográfica”, cuyas consecuencias se suponían atentatorias contra la sustentabilidad del desarrollo socioeconómico, fundamentalmente de los países en desarrollo y, entre ellos, los de América Latina. No mucho tiempo después, a fines del siglo pasado e inicios del actual, la baja de la tasa de crecimiento y el emergente envejecimiento de la población, producto en gran parte de la masiva difusión de medios para controlar los nacimientos, es visto por muchos como una amenaza. La imagen de un mundo envejecido y de una “implosión demográfica” se acentúa, probablemente por la carga que ya significa para la seguridad social que afecta a los países desarrollados de Europa y por la visión xenófoba con que se observa el alto contingente de migrantes jóvenes de países pobres.

Con el fin de contribuir a que el diseño de políticas y programas relacionados con los temas de población, tenga una base firme en términos de la información requerida, este documento analiza lo que está ocurriendo con las tendencias demográficas de la región. En él se realiza un análisis descriptivo de la evolución de las variables demográficas —fecundidad, mortalidad, migración internacional, crecimiento y estructura por edades de la población—, y la relación entre ellas. El estudio cubre principalmente desde la mitad del siglo XX hasta la actualidad y, a partir de los datos de proyecciones del Sistema de Naciones Unidas, en determinados temas se plantean las perspectivas en los próximos 50 años.

Hay dos elementos que tornan de interés revisar en este momento las cifras de la dinámica demográfica de los países latinoamericanos. Desde el punto de vista del acontecer político, en el año 2004 se cumplen los diez años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo, para lo que ya se están preparando reuniones internacionales para evaluar las metas del Plan de Acción aprobado en aquella ocasión. Ello además coincide con que ya 15, de los 20 países de la región, han levantado sus censos de población de la década del 2000 y, por lo tanto, se cuenta con información de varios de ellos que permite revisar las estimaciones y proyecciones de población. Dada las limitaciones de los datos de registros de hechos vitales, también son una fuente utilizada con frecuencia las más recientes Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and health survey/ DHS) y otras similares.

Un aspecto siempre presente es la heterogeneidad existente entre los países de la región en cuanto a su situación y tendencias sociodemográficas. Con el ánimo de sistematizar los análisis, se ha hecho uso de agrupamientos de los países según su comportamiento respecto a las variables demográficas. Inicialmente, en el capítulo I, se recurre al igual que en trabajos anteriores, a la clasificación de los países en las diversas etapas del proceso de transición demográfica y se examina la evolución que han tenido en los últimos 50 años.

El capítulo II se refiere a la evolución de la fecundidad en la región y los países, el análisis de la fecundidad según edad de las madres, particularmente lo relacionado con las adolescentes, los factores determinantes de la fecundidad y los diferenciales de la misma según áreas geográficas y características sociales. Los niveles y tendencias de la mortalidad, la diferencia por sexos, la mortalidad en la infancia, las diferencias socioeconómicas y la evolución del perfil de causas de muerte se estudian en el capítulo III. En este último aspecto se presta especial atención a las causas de muerte emergentes, como VIH/SIDA, a aquellos rebotes de causas de defunción que se consideraban eliminadas, y a la mortalidad por causas maternas que es una de las expresiones más evidentes de la inequidad social.

Las tendencias de la fecundidad y la mortalidad son generalmente los componentes decisivos de la dinámica demográfica de una sociedad. Por ello, el capítulo IV está destinado a analizar las dos expresiones de esa dinámica: el crecimiento y la estructura por edades de la población, esta última caracterizada por el proceso de envejecimiento. Se presentan los rasgos más característicos del envejecimiento, así como algunas de las consecuencias del cambio en la estructura de la población, en particular las visiones encontradas referidas al “bono demográfico” que resultaría de una baja en la relación de dependencia demográfica.

El capítulo V está dedicado al análisis de la migración internacional de los países de la región, uno de los aspectos que se ve mayormente enriquecido por contar con información de censos de población recientes.

## **I. América Latina: una transición demográfica acelerada**

---

La tendencia demográfica experimentada a partir de mediados del siglo XVIII por los países hoy desarrollados, estuvo ligada a las transformaciones económicas vinculadas a la industrialización y a los cambios en las condiciones de vida de la población. Este proceso, denominado “transición demográfica”, se caracterizó por el pasaje de altos a bajos niveles de la mortalidad primero, y posteriormente de la fecundidad, para así llegar a una nueva fase con niveles bajos en ambas variables.

En la etapa pretransicional, de alta mortalidad y fecundidad, las tasas de crecimiento de la población fueron relativamente bajas y en una segunda fase ocurrió un aumento de las mismas por efecto de la disminución de la mortalidad y la permanencia todavía de una alta fecundidad. Luego, con posterioridad al descenso de la mortalidad se produce un caída más pronunciada de la fecundidad y, como consecuencia, una reducción en la tasa de crecimiento de la población. Finalmente, se llega a un nuevo equilibrio, ahora con baja mortalidad y fecundidad y también con una baja tasa de crecimiento de la población.

Si bien es posible encontrar excepciones a este comportamiento demográfico, que en ocasiones se da con ciertas peculiaridades, resulta un concepto práctico para el análisis de las tendencias demográficas reciente de los países de la región latinoamericana.

Durante el siglo pasado los países de América Latina también experimentaron, en mayor o menor medida, este llamado proceso de transición demográfica. Sin embargo, se pueden identificar diferencias importantes entre lo que está sucediendo en la región con lo ocurrido en los países más desarrollados. Entre estas diferencias cabe anotar que los países latinoamericanos que ya están en una fase avanzada de esta transición, y aquellos que están en pleno proceso, muestran cambios en forma mucho más rápida, ya que mientras a los países desarrollados les ha tomado aproximadamente dos siglos completar el proceso, en la región ello se está produciendo en pocas décadas.

Otra característica que los diferencia, es el hecho de que en los países desarrollados la transición demográfica fue producto de la industrialización, de los avances en la medicina y del cambio de las condiciones de vida de la población, en cambio en nuestra región el proceso, vinculado inicialmente al alto crecimiento económico y a las transformaciones sociales de las décadas de 1960 y 1970, parece darse con cierta independencia de las crisis económicas de las últimas décadas e incluso en poblaciones en que la pobreza se mantiene o incluso aumenta. De alguna manera los países en desarrollo pueden incorporar tecnología ya disponible, que resulta apropiada y de bajo costo para el control de la mortalidad y la natalidad, la misma que a los países desarrollados les ha tomado mucho tiempo generarlas.

A ello habría que agregar la toma de conciencia internacional sobre los problemas de población, que se expresan a partir de 1974 en conferencias internacionales de gobiernos. En dichas instancias se aprueban metas comunes, y disponibilidad de recursos, relacionadas con la salud, la mortalidad y los derechos reproductivos que afectan la decisión del número de hijos que las parejas desean tener y, sobre todo, que crean las condiciones para un más fácil acceso a los medios de controlar la fecundidad.

En el marco del proceso de transición demográfica, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX,<sup>1</sup> la región pasó de una esperanza de vida al nacer de 52 a 70 años y de una tasa global de fecundidad de 6 a 2,8 hijos por mujer, lo que condujo a que el crecimiento de la población descendiera de 2,7 a 1,6 por ciento medio anual. De esta manera las altas tasas de crecimiento prevalecientes, principalmente en las décadas de 1950 y 1960, son las que condujeron a que la población más que triplicara su magnitud, la que era de 161 millones de habitantes en 1950 y alcanzara los 512 millones en el año 2000.<sup>2</sup> Sin embargo, estas cifras promedio son el resultado de situaciones muy heterogéneas, que se expresan en esperanzas de vida al nacer que a final del siglo (1995-2000) variaban entre 57,2 (Haití) y 77,3 años (Costa Rica), tasas globales de fecundidad entre 1,6 (Cuba) y 5,0 hijos por mujer (Guatemala) y tasas anuales de crecimiento medio de 0,4 por ciento (Cuba) y 2,8 por ciento (Honduras).

A comienzos de la década de 1990, y como parte de la preparación de la Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, la CEPAL presentó en varios documentos una tipología de los países de la región según la etapa de la transición demográfica en que se encontraban en el quinquenio 1985-1990 (CEPAL, 1995a; 1995b). Los países se agruparon en cuatro etapas que es posible identificar en este proceso: a) transición incipiente, cuando la mortalidad y la natalidad son altas; b) transición moderada, cuando la fecundidad todavía es alta pero la mortalidad desciende moderadamente; c) países en plena transición con mortalidad y fecundidad en descenso; y d) transición avanzada cuando ya se alcanzan bajos niveles en ambas variables. En el diagrama 1 se presenta los países agrupados según estas etapas, incorporando, además del quinquenio 1985-1990, el quinquenio 1950-55, para

---

<sup>1</sup> Se describe el comportamiento demográfico a partir de 1950, dado que es a partir de esa fecha que se dispone de datos y estimaciones sistemáticas para los países, elaboradas por Naciones Unidas.

<sup>2</sup> En la tabla I.1 del anexo se presenta la evolución de la población de los países de la región para el período 1950 a 2050, a base de las estimaciones y proyecciones vigentes en CEPAL/CELADE.

apreciar el cambio histórico, y el quinquenio 1995-2000, para considerar el panorama diez años después.<sup>3</sup>

Hasta 1985 ocurre un cambio fundamental en el panorama demográfico de la región, ya que excepto Uruguay, Argentina, y en cierta medida Cuba, el resto de los países en 1950 estaba en una etapa inicial de la transición. En cambio, a finales de la década de 1980 la mayoría de los países están en plena transición demográfica. Posteriormente, en sólo una década, de 1985-90 a 1995-2000, se producen importantes cambios, considerando sobre todo que la evolución de las variables demográficas son en general fenómenos de larga duración. En ese período hay dos países que han pasado de la etapa de plena transición a la de transición avanzada. Ellos son Costa Rica y Brasil, el que representa un tercio de los habitantes de la región, lo que indica que en términos de población la modificación del panorama es aún mayor.

Mientras en 1990 la población de la región que pertenece a países en transición avanzada era de 59 millones (14%), en el 2000 la misma es de 246 millones (48%), lo que significa que se ha cuadruplicado en el período de diez años.<sup>4</sup> En el diagrama 1 está la información sobre la población en cada categoría para el año 2000 y en la tabla I.1 del anexo se presenta para todos los países de la región.

Otros cambios observados en la última década son el paso de Paraguay de transición moderada a plena y el de Bolivia de incipiente a moderada. Dada la limitación propia de toda tipología, se esconden los cambios que ocurren al interior de cada grupo y que, por ejemplo, dejan a las puertas de pasar a la etapa de transición avanzada a países de transición plena. Son los casos de Panamá, México, Colombia, Venezuela y República Dominicana que tienen tasas de natalidad próximas al límite de ambas categorías.

Dentro de cada categoría permanece cierto grado de heterogeneidad, lo que es posible observar a través de las tasas de crecimiento que se presentan en el diagrama. Estas diferencias tendrían más significación en el grupo de transición avanzada, el que comprende países cuyas tasas de crecimiento están entre 0,6 y 1,8 por ciento. Además, en el mismo grupo se encuentran, por ejemplo, Uruguay y Argentina cuya transición demográfica se inicia tempranamente en el siglo XX y otros que han tenido intensos cambios concentrados en los últimos treinta o cuarenta años.

Las migraciones internacionales también son un componente del cambio demográfico, pero su volumen y tendencias son menos predecibles y no siguen un patrón tan fácil de determinar. Por ello, este componente no es generalmente tomado en cuenta en los planteamientos de la transición demográfica, pero sin duda debe ser considerado a los efectos de analizar las tendencias demográficas de los países latinoamericanos (véase sección V).

A raíz de que en los países desarrollados los cambios que están ocurriendo, sobre todo en la fecundidad, van más allá de lo contemplado en el concepto clásico de “transición demográfica”, se ha planteado la existencia de una “segunda transición demográfica” (García y Rojas, 2003; Van de Kaa, 1997). Si bien este último concepto ha sido formulado tomando en cuenta modificaciones ocurridas en las últimas décadas en los patrones de formación de las familias, y la nupcialidad, ello tiene como consecuencia el descenso de la fecundidad a valores que no estaban previstos.

---

<sup>3</sup> La tipología se basa en la comparación de las tasas brutas de mortalidad y natalidad, en lugar de medidas más refinadas de mortalidad y fecundidad, debido a que aquellos indicadores expresan también la situación del crecimiento y estructura por edades de la población. El proceso de cambio de estas dos últimas variables ocurre como consecuencia de los cambios en los niveles de fecundidad y mortalidad, pero ello ocurre con cierto desfase en el tiempo por un factor de inercia debido a la joven estructura por edades de la población.

<sup>4</sup> Se cuadruplica fundamentalmente por el paso de Brasil de transición plena a avanzada.

Diagrama 1

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: SITUACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN LA ETAPA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. QUINQUENIOS 1950-1955, 1985-1990 Y 1995-2000**

<b>1950-1955</b>			
<b>Transición incipiente</b>	<b>Moderada</b>	<b>Plena</b>	<b>Avanzada</b>
Bolivia 2,3 Brasil 2,9 Chile 2,3 Colombia 3,1 Costa Rica 3,1 Ecuador 2,6 El Salvador 2,8 Guatemala 2,8 Haití 1,6 Honduras 3,0 México 2,8 Nicaragua 3,1 Panamá 2,7 Paraguay 3,1 Perú 2,6 R. Dominicana 3,0 Venezuela 3,4		Argentina 1,6 Cuba 1,9	Uruguay 1,1
135,8 millones (84,3%)		23,0 millones (14,3%)	2,2 millones (1,4%)
<b>1985-1990</b>			
<b>Transición incipiente</b>	<b>Moderada</b>	<b>Plena</b>	<b>Avanzada</b>
Bolivia 2,6 Haití 2,8	Nicaragua 3,2 Guatemala 3,0 Honduras 3,2 Paraguay 3,0	Ecuador 2,4 Perú 2,3 Costa Rica 2,5 Panamá 2,2 Venezuela 2,5 México 2,4 El Salvador 2,3 Colombia 2,1 R. Dominicana 2,3 Brasil 1,9	Chile 1,8 Argentina 1,3 Cuba 1,1 Uruguay 0,8
13,6 millones (3,1%)	20,8 millones (4,8%)	338,5 millones (78,4%)	59,4 millones (13,7%)
<b>1995-2000</b>			
<b>Transición incipiente</b>	<b>Moderada</b>	<b>Plena</b>	<b>Avanzada</b>
Haití 2,1	Guatemala 3,0 Bolivia 2,4 Nicaragua 2,7 Honduras 2,8	Perú 2,0 El Salvador 2,2 Paraguay 2,6 Ecuador 2,0 Venezuela 2,0 México 2,0 R. Dominicana 1,9 Colombia 1,9 Panamá 1,9	Costa Rica 1,8 Chile 1,3 Brasil 1,3 Argentina 1,2  <b>Muy avanzada</b> Uruguay 0,8 Cuba 0,6
8,4 millones (1,6%)	31,1 millones (6,1%)	226,8 millones (44,3%)	245,7 millones (48,0%)

**Fuente:** CEPAL/CELADE, Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

**Nota:** La ubicación de cada país se realiza en base a los valores de las tasas de natalidad y mortalidad, según el siguiente criterio: **Transición incipiente:** tasa de natalidad **alta** (32-45 por mil) y tasa de mortalidad **alta** (más de 11 por mil). **Transición moderada:** tasa de natalidad **alta** y tasa de mortalidad **moderada** (7-11 por mil). **Plena transición:** Tasa de natalidad **moderada** (24-32 por mil) y tasa de mortalidad **moderada y baja** (4-7 por mil). **Transición avanzada:** tasa de natalidad **baja** (10-24 por mil) y tasa de mortalidad **moderada y baja**. Los valores a continuación de cada país expresan la tasa de crecimiento natural media anual del quinquenio (en porcentaje). Las cifras al pie de cada columna indican la población en países de esa categoría y el porcentaje respectivo de la población total de la región.

Los cambios experimentados se refieren al aumento de la edad al casarse y de las disoluciones matrimoniales, seguido luego del incremento en las uniones consensuales y de la procreación extramarital. Esas serían las causas de que la fecundidad cayera por debajo del nivel de reemplazo (tasa global de fecundidad de 2,1 hijos por mujer)<sup>5</sup> y de las tasas de crecimiento natural negativas que ya experimentan algunos países europeos. En América Latina aún no hay evidencias suficientes de la existencia de esta segunda transición, en la forma que está planteada (García y Rojas, 2003). En ese sentido, para el análisis de las tendencias demográficas del siglo XX, todavía resulta apropiado utilizar como marco de referencia, el proporcionado por el concepto tradicional de transición.

Las secciones que siguen tienen por objeto analizar las tendencias de los componentes del cambio demográfico, fecundidad, mortalidad y migración internacional, así como sus efectos sobre la tasa de crecimiento y la estructura por edades de la población.

---

<sup>5</sup> La tasa global de 2,1 es considerada simbólica porque constituye el nivel de fecundidad que de mantenerse, sólo asegura el reemplazo de la población, en consecuencia después de cierto tiempo produciría una tasa de crecimiento nula.



## II. La fecundidad

---

### 1. Niveles y tendencias

Es un hecho conocido que desde mediados de la década de 1960, en la mayoría de los países de la región se comienza a producir un descenso en el número medio de hijos por mujer (CEPAL, 1995a; CEPAL, 1995b). El mismo se expresa, tal como se mencionó antes, en el pasaje de una tasa global de fecundidad regional de 6 hijos por mujer, a un poco menos de tres ( $TGF=2,8$ ) en un intervalo aproximado de 30 años (cuadro II.1).

La elevada fecundidad de América Latina, durante las décadas de 1950 y 1960, sólo era superada por África (6,8) y se situaba por encima del promedio mundial (5,0). Junto al continente asiático, que muestra una tendencia muy similar, la región alcanza en la actualidad una fecundidad levemente inferior al promedio mundial (2,8). Sin embargo, cabe mencionar que no obstante el acelerado descenso, la región llega al final del siglo a valores similares a los que Europa mostraba 50 años antes. Los países de éste último continente también han continuado un acelerado descenso de su fecundidad y en la actualidad la mayoría de ellos tienen una fecundidad inferior al nivel de reemplazo, lo que se expresa en una tasa global de fecundidad promedio de 1,4 hijos por mujer.

Cuadro II.1

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNDO  
POR GRANDES REGIONES. 1950-2000**

Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer)										
	1950-55	1955-60	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-00
<b>Mundo</b>	<b>5,01</b>	<b>4,95</b>	<b>4,97</b>	<b>4,90</b>	<b>4,48</b>	<b>3,90</b>	<b>3,57</b>	<b>3,37</b>	<b>3,03</b>	<b>2,83</b>
Regiones más desarrolladas	2,84	2,82	2,68	2,37	2,13	1,91	1,85	1,83	1,69	1,58
Regiones en desarrollo	6,16	6,01	6,03	6,01	5,42	4,62	4,13	3,83	3,40	3,11
• África	6,74	6,80	6,86	6,80	6,71	6,59	6,43	6,08	5,63	5,22
• Asia	5,88	5,53	5,64	5,68	5,07	4,17	3,66	3,38	2,95	2,72
• Europa	2,66	2,66	2,58	2,36	2,16	1,97	1,88	1,83	1,58	1,42
• América Latina (no incluye el Caribe)	5,91	5,95	5,99	5,57	5,05	4,50	3,94	3,42	3,01	2,76
• Oceanía	3,87	4,10	4,01	3,59	3,25	2,82	2,62	2,56	2,55	2,45
• Norte América (EE.UU. y Canadá)	3,47	3,72	3,34	2,54	2,01	1,78	1,80	1,89	2,02	2,01

Fuente: Naciones Unidas (2003) y CEPAL-CELADE (2004).

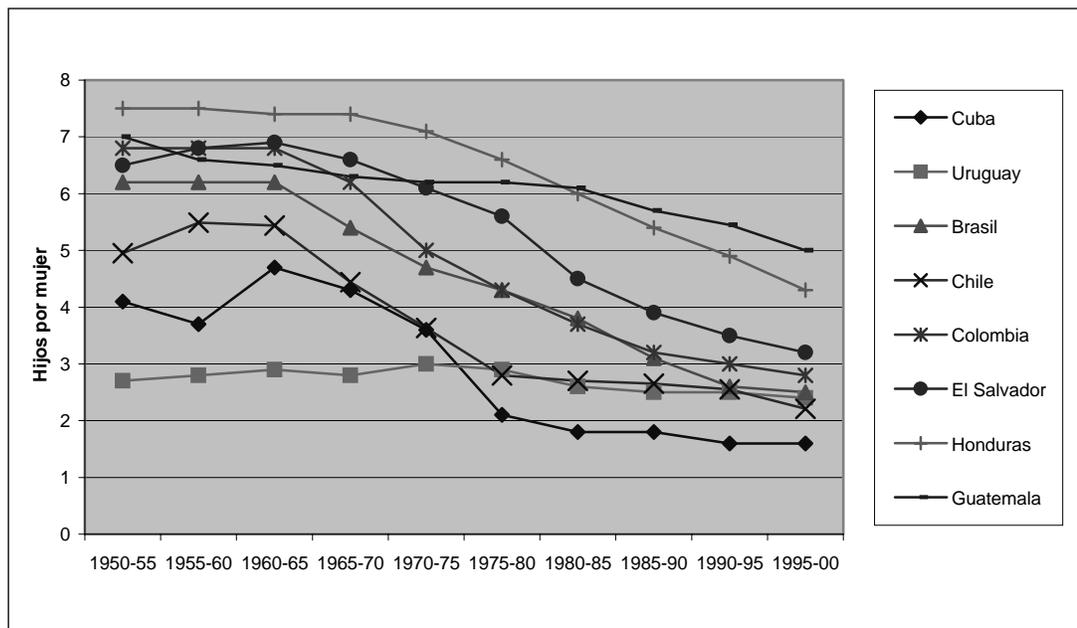
En la tabla II.1 del anexo se presentan las tasas globales de fecundidad de los países de América Latina<sup>6</sup> durante la segunda mitad del siglo pasado y los porcentajes de descenso de la misma por decenios y para todo el período desde el año 1950 al 2000. Como puede observarse, el descenso mencionado se ha generalizado en todos los países, aunque en algunos es más notorio por su celeridad, como son los casos de Costa Rica, Brasil, México y República Dominicana, que muestran entre 1950 y el 2000 un porcentaje de caída de la tasa global de fecundidad del 60 por ciento. También es interesante anotar que estos últimos países son un ejemplo de que los cambios en la región han ocurrido con cierta independencia de las políticas gubernamentales de apoyo a programas de planificación de la familia, pues en ese sentido han estado sujetos a experiencias muy disímiles (véase sección II.4). Un ejemplo claro de ello es que en el caso de México se ha desarrollado una política estatal muy favorable a la limitación de los nacimientos, mientras que en Brasil no se observa una participación gubernamental en tal sentido.

No obstante esta baja generalizada de la fecundidad, aún persiste una amplia brecha entre los países, ya que mientras en 1950 la tasa máxima (Honduras con 7,5 hijos por mujer) casi triplicaba la mínima (Uruguay con 2,7), en el período 1995-2000 la tasa de Guatemala (5,0) triplica la que corresponde a Cuba (1,6).

El gráfico II.1 presenta la tendencia de la fecundidad en países seleccionados, con el objeto de ilustrar la diversidad de comportamientos que se observan en la región. En él se percibe, además de la diferente velocidad de la declinación de la fecundidad, la variación que hay entre países en cuanto al momento que ésta se inicia. Chile, Cuba, Brasil y Colombia comienzan el descenso en 1960-1965, mientras que El Salvador, Honduras y Guatemala lo hacen más tardíamente y más lentamente. Uruguay, que como se ha mencionado constituye junto a Argentina una excepción, mantiene una baja tasa de fecundidad en todo el período.

<sup>6</sup> La información de la tabla II.1 del anexo se presenta clasificando a los países según el nivel de su fecundidad en el quinquenio 1995-2000. Fecundidad alta: TGF de 4,5 y más; fecundidad media alta: TGF entre 3,5 y 4,4; fecundidad media baja: TGF entre 2,5 y 3,4; fecundidad baja: TGF entre 1,8 y 2,4; y fecundidad muy baja: TGF menor a 1,8.

Gráfico II.1

**AMÉRICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD PARA PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2000**

Fuente: CEPAL/CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Por otra parte, en el gráfico se observa que el descenso estuvo precedido en varios países por un aumento en la fecundidad, lo que generalmente se ha atribuido a las mejoras en salud que condujeron a condiciones más favorables para la maternidad, y al descenso de la mortalidad que produjo un aumento en el tiempo de exposición al riesgo de embarazos de las parejas. También incidió en los aumentos de fecundidad un incremento importante de la nupcialidad, tanto por la precocidad como por un aumento de las uniones entre 1950 y 1960 (Cosío-Zavala, 1998).

#### *Países de fecundidad alta y media alta*

Aunque en la actualidad ya no hay en la región países con una fecundidad muy alta, superior a 5 hijos por mujer, gran parte de América Central, más Bolivia y Paraguay en Sudamérica y Haití de el Caribe, superan la tasa global de fecundidad de 4 hijos (tabla II.1). En ellos también se ha producido un descenso, que aunque ha sido importante es inferior a los de otros países. La fecundidad en los países de fecundidad alta y media alta se reduce en los 50 años considerados entre 30 y 47 por ciento, lo que ocurre mayormente en los dos últimos decenios, principalmente en el último. Sin embargo, los cambios son menores a los que se produjeron en los países que en el pasado tenían esa fecundidad, pero que hoy han alcanzado una fecundidad baja.

En la tabla II.1 se aprecia claramente que los dos países de más alta fecundidad, Guatemala y Haití, presentan el cambio menor y en el último decenio en ambos casos se muestran sus mayores descensos. Por otra parte, los países de fecundidad media alta (con TGF de un poco más de 4 hijos por mujer) muestran un descenso del total del período entre 35 y 47 por ciento y se aprecia un gradual pero moderado cambio desde hace tres décadas.

#### *Países de fecundidad media baja*

La fecundidad media baja está constituida por el mayor número de países de la región y su fecundidad actual es cercana a 3 hijos por mujer, un poco por encima del promedio regional. Salvo Argentina que, como se mencionó, es junto a Uruguay un país de transición temprana en el siglo

XX, el resto parte de altos valores en 1950 que van desde Panamá con una tasa global de fecundidad de 5,7 a República Dominicana con 7,4. Ello implica que, salvo la excepción de Argentina, el descenso total del período está entre 50 y 60 por ciento, destacándose República Dominicana, México, Costa Rica y Colombia con cerca de 60 por ciento. Con ciertas variaciones todos los países experimentan cambios de importancia en las últimas tres décadas, llamando la atención que en la última en varios de estos países se mantenga un alto porcentaje de cambio, a pesar de que la fecundidad es ya relativamente baja. La experiencia de Brasil, que también partió de valores elevados en 1950, y experimentó un descenso hacia una fecundidad aún más baja (véase párrafo siguiente), hace pensar que probablemente los países de fecundidad “media baja” continuarán el proceso de descenso de su tasa global.

### *Países de fecundidad baja*

Los países considerados de fecundidad baja (tasa global de fecundidad en torno a 2,4) son Uruguay, que tradicionalmente ha tenido ese nivel, más Brasil y Chile. El primero con una transición temprana de la fecundidad a mitad de siglo tenía la fecundidad más baja de la región, con una tasa global de 2,7. A partir de allí muestra una tendencia estable, levemente creciente que se mantiene en torno a 3 hijos por mujer hasta 1980 y a partir de ese año inicia un moderado descenso hasta la actualidad.

Los casos de los otros países del grupo son asombrosos por la rapidez del cambio que ocurrió en el período analizado, sobre todo Brasil que de una fecundidad que en el pasado era más del doble que la de Uruguay, en la actualidad tienen una tasa global de fecundidad similar, del orden de 2,5 hijos por mujer. No sería sorprendente que Brasil continuara una tendencia más pronunciada hacia valores más bajos que Uruguay, sobre todo considerando el alto porcentaje de descenso persistente en las últimas tres décadas.

### *Países de fecundidad muy baja*

Finalmente, el caso cubano se diferencia totalmente del resto de la región. A mitad del siglo pasado estaba entre los países con una fecundidad moderada de 4,1 hijos por mujer, la cual sube en los años posteriores a la revolución que triunfa en 1959, para luego iniciar a partir de 1970 una caída vertiginosa que significó que en un decenio descendió a la mitad (de 4,3 en 1965-70 pasa a 2,1 en 1975-80). Luego, este descenso continúa hasta llegar en la actualidad a una tasa global de 1,6, lo que significa ya 25 años de exposición a tasas por debajo del nivel de reemplazo. Para explicarse esta diferencia con el resto de la región, debe tenerse en cuenta que los cambios sociales y económicos en Cuba marcaron una enorme diferencia en el rol de la mujer en la sociedad y además que las políticas del Estado proporcionaron más decididamente los medios del control de nacimientos, siendo el único país en América Latina que tiene una ley de despenalización del aborto (Alfonso, 2003).

Hasta ahora, la atención estaba centrada en las altas tasas de fecundidad del pasado y la intensidad del cambio producido en América Latina. No obstante en la actualidad parte de la atención está centrada en los niveles muy bajos a que están llegando los países de la región que han avanzado más en su transición. Las estimaciones ya disponibles, así como las más recientes (provenientes de las últimas encuestas demográficas y de salud y de los censos de la ronda del 2000), indican que ya varios países se acercan a la tasa global de fecundidad de 2,1 hijos por mujer. Como se ha mencionado, en la actualidad Cuba ya tiene desde hace 25 años una tasa bajo el reemplazo (1,6 en 1995-2000) y los otros países de transición avanzada estarían con una tasa global de aproximadamente 2,3 hijos por mujer.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Las estimaciones más recientes indicarían que Chile en la actualidad habría llegado ya a la tasa global de fecundidad de reemplazo.

La interrogante planteada es si América Latina continuará su descenso, como lo ha hecho Cuba, a niveles similares a países desarrollados, fundamentalmente de Europa, o por el contrario por razones de idiosincrasia propia de la región no pasará la barrera de los 2 hijos.<sup>8</sup> Estos aspectos estuvieron presentes en los debates del reciente seminario “La fecundidad en América Latina y el Caribe: transición o revolución” organizado por la CEPAL y la Universidad de Nanterre, Francia, en Santiago de Chile del 9 al 11 de junio de 2003. En esta ocasión, los datos presentados para Cuba sugieren que este país se aproximaría a aquellos países que se piensa están atravesando una segunda transición demográfica (Alfonso, 2003).

## 2. La fecundidad por edades

Si bien la caída de la fecundidad ha ocurrido en mujeres de todas las edades, la intensidad de la declinación de las tasas de fecundidad por edades de las madres puede variar, dependiendo de la forma que se adopta para el control de los nacimientos. Así, la planificación de los nacimientos puede realizarse postergando el primero de ellos hacia edades mayores, lo que conduciría a un patrón tardío de la fecundidad por edades. Si, en cambio, el control se realiza luego de lograr el tamaño de familia deseado lo que se obtendría es un patrón de fecundidad temprana, con un período protogénico<sup>9</sup> breve. Otra posibilidad es la de limitar la fecundidad mediante el espaciamiento de los nacimientos, con intervalos intergenésicos<sup>10</sup> más amplios, lo que conduciría a una estructura de la fecundidad por edades dilatada (con valores similares en las edades centrales).

América Latina muestra una tendencia al rejuvenecimiento de las tasas de fecundidad por edades, lo que se expresa en una disminución más intensa en las edades mayores, fundamentalmente de 30 años en adelante. Ello implicó, para el promedio de la región, pasar de una contribución a la fecundidad total de 55 por ciento por parte de las mujeres menores de 30 en 1950-55, a un 68 por ciento en el período más reciente. En el mismo sentido, también se observa que el máximo de las tasas, que en las décadas de 1950 y 1960 generalmente se ubicaba en el grupo de edades 25-29 años, se traslade en la actualidad al grupo de 20-24 años (ver gráfico II.2).

El patrón joven de la estructura por edades de la fecundidad estaría indicando que mayormente las parejas de la región habrían optado por tener los hijos inmediatamente luego de casarse o unirse, y a partir de allí controlar los nacimientos. Además, esta temprana fecundidad se relacionaría con la baja edad al contraer el primer matrimonio que muestran los datos de las encuestas DHS, y que se analizan en la sección II.4 sobre determinantes de la fecundidad.

Ferrando (2003) en un trabajo reciente presenta una selección de tasas de fecundidad por edades de países del mundo, particularmente de aquellos que han alcanzado una muy baja fecundidad. En general, la estructura de estos últimos es de tipo tardía, presentando algunos incluso una tasa máxima en el grupo de edades 30-34 años (Países Bajos y España). Esos países a su vez tienen una edad al unirse muy tardía, y probablemente un amplio intervalo protogénico, lo que explicaría en parte la curva por edades de su fecundidad.

La estructura más tardía de la fecundidad de estos países de muy baja fecundidad se relacionaría fundamentalmente con los cambios de motivaciones en la sociedad, como por ejemplo de las expectativas de la mujer en torno a permanecer en el sistema educativo por más tiempo y a sus aspiraciones laborales.

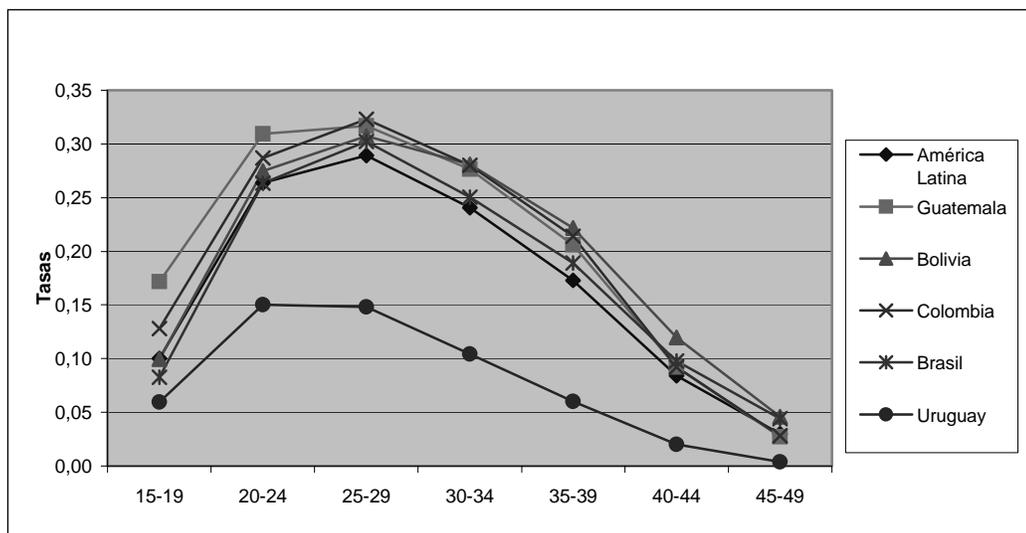
<sup>8</sup> La División de Población de las Naciones Unidas proyecta la TGF hacia una meta de 1,85 hijos por mujer en la mayoría de los países de América Latina. Esta meta se alcanzaría en algún momento de la primera mitad de este siglo.

<sup>9</sup> Intervalo protogénico hace referencia al comprendido entre el matrimonio y el nacimiento del primer hijo.

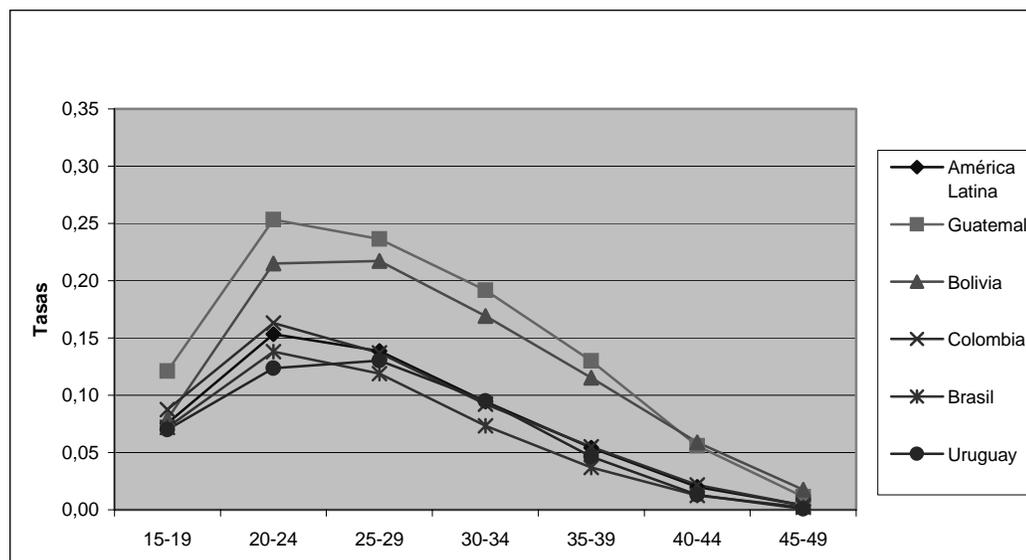
<sup>10</sup> Intervalo intergenésico se refiere al comprendido entre dos nacimientos consecutivos.

Sin embargo, la postergación de la unión no pareciera ser un requisito necesario para lograr una muy baja fecundidad, como lo muestran los casos de Cuba,<sup>11</sup> en América Latina, y Rumania y Estonia en Europa. Hasta el momento para los países de la región, salvo quizás Uruguay y Argentina, no aparece claro que seguirán el modelo tardío que se observa en los países de Europa Occidental, pues la tendencia prevaleciente ha sido la de mantener una fecundidad temprana.

**Gráfico II.2a**  
**TASAS DE FECUNDIDAD POR EDADES. PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-1955**



**Gráfico II.2b**  
**TASAS DE FECUNDIDAD POR EDADES. PAÍSES SELECCIONADOS. 1995-2000**



Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

<sup>11</sup> Por el contrario, según Alfonso (2003) en Cuba la estructura de la fecundidad para el año 2001 sería dilatada.

La mayor concentración de la fecundidad en edades más favorables para una maternidad sana resulta deseable desde punto de vista de la salud reproductiva de la población. El hecho de que haya más concentración de las tasas en esas edades, y también una mayor proporción de la población femenina,<sup>12</sup> conduce a una más alta frecuencia de nacimientos en edades en que el embarazo y el parto son de menor riesgo. Cabe mencionar que en la actualidad se han planteado dudas acerca de los mayores riesgos de tener hijos en los extremos del período reproductivo, lo que está ligado a los adelantos médicos que hacen factible una maternidad sana también en esas edades.

### 3. La fecundidad adolescente

Simultáneamente con la concentración de nacimientos en edades centrales se observa un aumento de la contribución de los nacimientos del grupo 15-19 años, lo que ha sido motivo de preocupación por las supuestas consecuencias negativas del punto de vista de sus implicaciones sociales y psicológicas por tratarse de madres adolescentes. La mayor proporción de nacimientos de madres adolescentes sería el resultado de que las tasas de fecundidad correspondiente a esas edades ha disminuido menos que las de otras edades e incluso en algunos países ha aumentado (tabla II.2 del anexo).

El programa de acción de la CIPD ha mostrado una preocupación especial por la población adolescente, dedicándole una sección especial en el capítulo sobre derechos reproductivos y salud reproductiva (Naciones Unidas, 1995a). En este sentido, entre otras, plantea una serie de medidas tendientes a asegurar la educación e información sobre salud reproductiva, una sexualidad sin riesgos y un comportamiento reproductivo responsable, así como orientación y servicios de planificación familiar a los y las adolescentes sexualmente activos que desean evitar los embarazos no deseados.

En relación con las consecuencias sociales de los embarazos de adolescentes existen puntos de vista discordantes (Guzmán y otros, 2001). Por un lado se sostiene, como en el caso del programa de la CIPD, que la maternidad en la adolescencia implica riesgos para la salud y para la vida de la madre y el niño, y que tiene consecuencias negativas sobre las expectativas relacionadas con la educación y el empleo y, como consecuencia, favorece la reproducción de la pobreza. Por el contrario, diversos estudios establecen que los problemas de salud en la maternidad temprana no serían una consecuencia de la edad sino “de la falta de cuidados médicos y de deficiencias nutricionales debidas a su situación económica” (véase Pantelides, 2003).

También ha sido cuestionado el papel de la fecundidad de las adolescentes sobre la reproducción de la pobreza, indicando que la relación puede entenderse como la inversa al sostenerse que sería la pobreza la que conduciría a la existencia de embarazos en edades tempranas.

Según Pantelides, la preocupación por la fecundidad adolescente, proviene de la apreciación por parte de los profesionales de la salud de que ésta estaría aumentando, cuando en realidad lo que aumenta es la proporción de nacimientos de madres jóvenes. Además, menciona como otro elemento que conduce a preocupación, esta vez por parte de movimientos feministas, a la dificultad que se produce entre las madres jóvenes para acceder a educación y empleo y disfrutar de una vida con otras expectativas más allá del sólo ejercicio de la maternidad. Por último señala la inquietud en los padres, y en la sociedad en su conjunto, que causa la práctica sexual por parte de mujeres muy jóvenes. De todas maneras, parece ser un hecho generalmente aceptado que la procreación a edades muy tempranas, más allá de la dirección de causalidad, dificulta la continuidad de los

---

<sup>12</sup> La proporción mayor de población femenina en estas edades sería la consecuencia del efecto de la baja de la fecundidad sobre la estructura por edades de la población, en el sentido de un ensanchamiento de la pirámide de edades en las edades centrales jóvenes, producto de la alta fecundidad del pasado reciente (sección IV.2).

estudios escolares y podría transformarse en un escollo para acceder a una buena situación laboral y, como consecuencia, favorecería la transmisión generacional de la pobreza.

Ferrando (2003) enumera una serie de programas llevados a cabo en los países de la región con el fin de asegurar una menor incidencia del embarazo de niñas, sobre todo de aquellos no deseados. Sin embargo, de acuerdo la variación de las tasas de fecundidad con posterioridad a la CIPD, no se vislumbra que estos programas hayan logrado mejorar la situación existente con anterioridad. Los datos de años recientes confirman la tendencia relativamente estable de las tasas de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años y de la proporción de madres adolescentes, mostrando muy poca variación y comportamientos muy diversos según países (cuadro II.2). Quizás el tiempo transcurrido no es suficiente para obtener resultados que necesariamente implican cambios en los patrones culturales de la población.

**Cuadro II.2**

**PORCENTAJES DE MADRES Y TASAS DE FECUNDIDAD (POR MIL) DE MUJERES  
DE 15-19 AÑOS DE EDAD. PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA**

País	Fuente	% Madres	Tasa de fecundidad
<b>Fecundidad alta</b>			
Guatemala	DHS 1987	19,7	130
	DHS 1995	17,5	126
	DHS 1988/99	17,3	117
Haití	DHS 1994/95	10,8	79
	DHS 2000	13,6	80
<b>Media alta</b>			
Bolivia	DHS 1989	14,6	94
	DHS 1994	14,3	94
	DHS 1998	11,5	84
Nicaragua	CDS 1992/93		158
	DHS 1997/98	22,1	130
Paraguay	DHS 1990	14,1	97
	CDC 1995/96		107
	ENSMI 1998		87
<b>Media baja</b>			
Colombia	DHS 1990	9,6	70
	DHS 1995	13,5	89
	DHS 2000	15,1	85
Perú	DHS 1992	9,0	74
	DHS 1996	10,9	75
	DHS 2000	10,7	66
República Dominicana	DHS 1991	13,4	88
	DHS 1996	18,3	112
	DHS 1999	16,8	97
<b>Baja</b>			
Brasil	DHS 1986	10,4	84
	DHS 1996	14,3	86

**Fuente:** Encuestas DHS, CDC Paraguay y Nicaragua, ENSMI Paraguay.

**Nota:** Las tasas de fecundidad se refieren al período tres años antes de la encuesta.

Los documentos elaborados en ocasión de la CIPD +5 (CEPAL/CELADE, 1999; Naciones Unidas, 1999) reafirman que la conducta reproductiva de los adolescentes se ha tornado en una preocupación mundial y también enumera una serie de acciones que se están tomando y que deberían expandirse más, pero no se realiza una evaluación del grado de éxito de los programas.

En el documento de evaluación regional (CEPAL/CELADE, 1999), se dice que "...los avances en la dirección definida por el PA (Plan de Acción) de la CIPD hacen necesario superar algunas dificultades: la cobertura aún limitada de los servicios, que tienen un fuerte sesgo urbano; la escasez de personal capacitado en la prestación de servicios de salud reproductiva y sexual para los y las adolescentes; la débil coordinación entre los organismos públicos, las agencias privadas y las ONG, y la persistencia de desacuerdos sobre el marco valórico que debiera regir la oferta de servicios".

Por otra parte, Guzmán y otros (2001) concluyen que para obtener éxito en los programas, se debería considerar el contexto sociocultural de cada país y desarrollar estrategias diferentes según las diversas realidades. Ello, debido a que existe una dualidad que está dada porque hay países en que el embarazo adolescente no es considerado un problema, sino por el contrario la maternidad es aceptada y apreciada por la sociedad.

#### **4. Los determinantes próximos de la fecundidad**

La explicación de las tendencias de la fecundidad, fundamentalmente la de su descenso, involucra varias dimensiones, de distinto orden: biológico, demográfico, económico, social, psicológico y cultural. Desde todos estos puntos de vista se han realizado aportes importantes para entender los aspectos subyacentes en la decisión de tener menos hijos y en los mecanismos para lograrlo. Van de Kaa (1997) hace una clasificación numerosa de lo que llama las "subnarraciones" sobre los determinantes de la fecundidad, las que responden a distintas orientaciones disciplinarias y considera que todas ellas permiten acumular conocimientos del fenómeno, pero que difícilmente se podrían consolidar en una sola narración.

Una clasificación tradicional, de carácter práctico, es considerar los distintos niveles de análisis, entre los que se distinguen los determinantes contextuales y los de carácter biológico. Los contextuales, de carácter socioeconómico y cultural, tomarían en consideración el proceso de industrialización y de urbanización, la ampliación de la educación formal, el aumento de la participación laboral de la mujer fuera del hogar y otros, como factores subyacentes en el descenso de la fecundidad.

El cambio de las estructuras productivas que se expresa en la sustitución progresiva de la sociedad de autoconsumo, basada en la economía familiar, por la sociedad industrializada, traería aparejado la tendencia al abandono de la familia numerosa, con muchos hijos. Esto acarrearía transformaciones culturales importantes, entre las que se inscribe el ideal de la familia pequeña y el cambio de rol de la mujer en la sociedad. Estas ideas, así como los mecanismos de regulación de la fecundidad, se verían fortalecidas en un mundo cada vez más globalizado, en que además los medios de comunicación de masas las difundirían a todos los estratos de la sociedad.

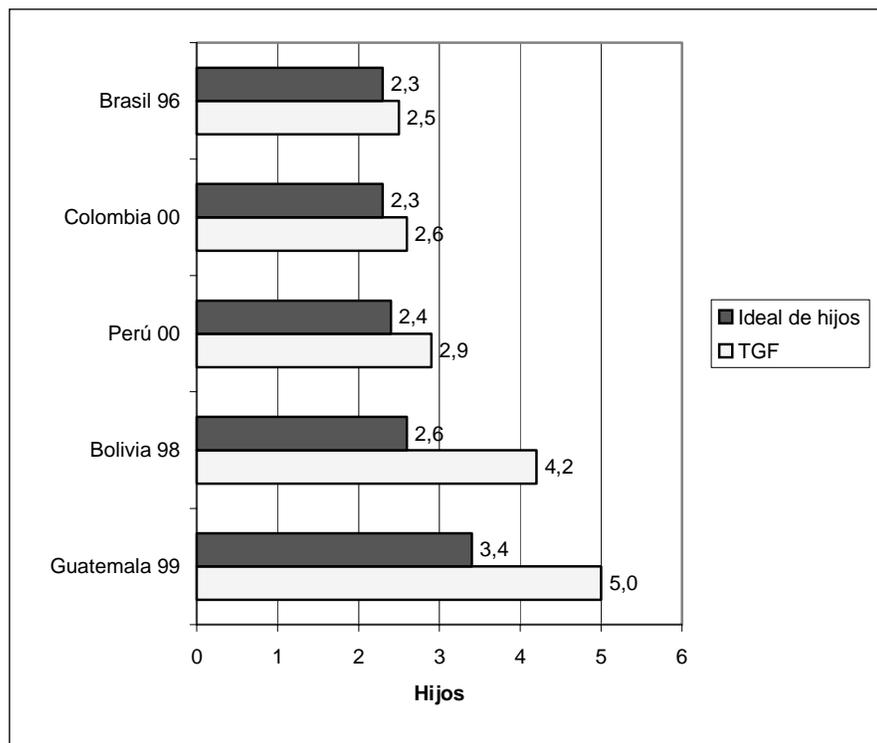
En la sección II.5 se presentan las diferencias en la situación y tendencias de la fecundidad según sectores sociales, definidos por el nivel de instrucción de la mujer, y áreas de residencia urbano y rural. Allí se comprueba que en América Latina, si bien persisten las diferencias, el descenso de la fecundidad se ha trasladado a todos los sectores sociales. Particularmente en los países más avanzados en la transición se podría decir que la tendencia es a converger todos los sectores hacia bajos niveles de fecundidad. Se concluye de esta manera que los grupos rezagados en la fecundidad serían los que ahora estarían aportando más a la baja de la fecundidad nacional.

Entre los factores biológicos se podría incluir el papel de la baja de la mortalidad infantil (ver sección III.5) como desencadenante de la baja de la fecundidad, y los determinantes próximos (o variables intermedias) que tienen que ver con los mecanismos que determinan el riesgo de la concepción y el resultado de un embarazo. Estos últimos son los que afectan directamente el número de hijos y a través de los cuales es ineludible actuar para su modificación. Davis y Blake (1956) enumera 11 variables intermedias y posteriormente Bongaarts (1978) elaboró un modelo agrupando en cuatro aquellas variables que considera más relevantes: la nupcialidad a través de la proporción de casados, la anticoncepción, el aborto y la infecundidad post parto ligada a la duración de la lactancia.

*Numero ideal de hijos*

Para que la fecundidad descienda es fundamental la reducción del número deseado de hijos, luego sería condición importante el que las parejas tengan información y acceso de cómo controlar los nacimientos. En este sentido, los datos arrojados por las encuestas tipo DHS (gráfico II.3 y tabla II.3) muestran los siguientes resultados: a) un deseo de tener menos hijos en todos los países, ya que el número ideal de hijos es sistemáticamente menor que la tasa global de fecundidad efectiva; b) el número ideal de hijos es mayor en los países de fecundidad alta respecto a los de bajos niveles, pero esas diferencias son menores que las observadas en la tasa global de fecundidad; c) como consecuencia la diferencia entre la fecundidad deseada y la efectiva es superior en los países de fecundidad más alta.

**Gráfico II.3**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y NÚMERO IDEAL DE HIJOS**



Fuente: Tabla II.3.

Como se mencionó, las cifras del gráfico II.3 y la tabla II.3 expresan que en los países de la región con alta fecundidad, hay una importante demanda insatisfecha de medios para regular los nacimientos. Por ejemplo, en Colombia 2000 y Brasil 1996, países de fecundidad relativamente baja, el número ideal de hijos es de 2,3 y la tasa global de fecundidad es de aproximadamente 2,5 hijos por mujer, es decir se está muy cerca de lograr tener el ideal de familia declarado en las encuestas. En cambio, Guatemala 1998/99 con una tasa global de fecundidad de 5 tiene un número ideal de hijos de 3,4, mostrando más de un hijo y medio de diferencia.

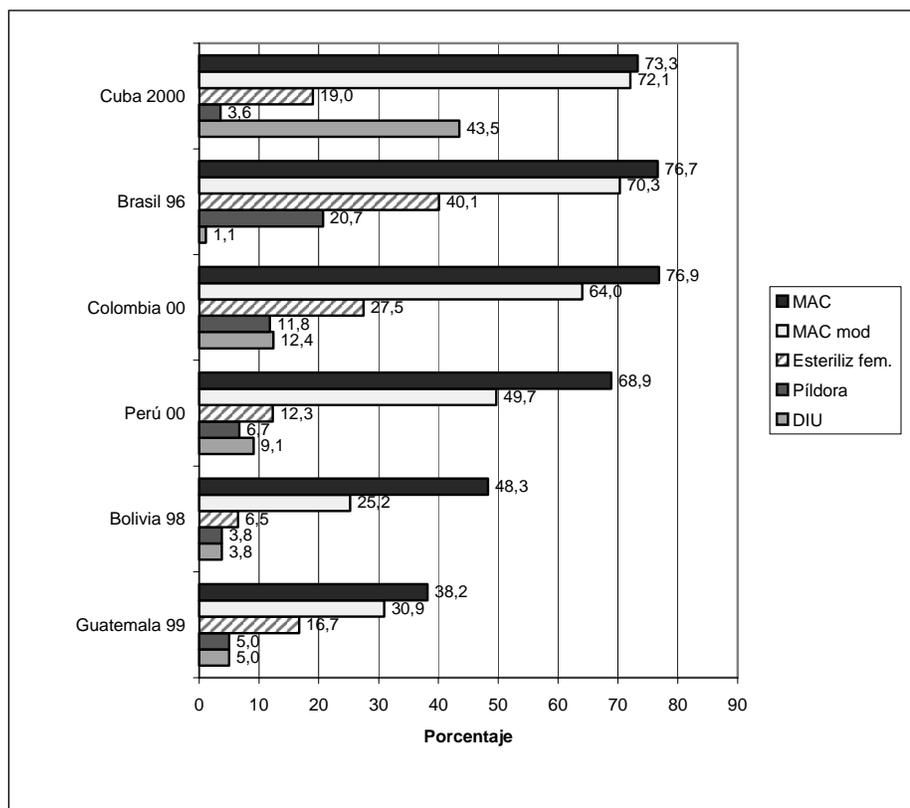
Más detalles sobre aspectos metodológicos y un análisis acucioso sobre las intenciones reproductivas y el logro de las expectativas en cuanto al número de hijos deseados en América Latina, pueden encontrarse en Hakkert (2001, 2003).

*Prevalencia en el uso de anticonceptivos*

Los estudios realizados para determinar el peso de cada una de las variables intermedias sobre la tendencia de la fecundidad en América Latina<sup>13</sup> (Moreno y Singh, 1992; Ferrando, 2003; Bay y otros, 2003), concuerdan en que la anticoncepción es la que ha desempeñado el rol más importante. Las cifras arrojadas por las encuestas DHS y otras similares sobre la prevalencia en el uso de anticonceptivos (gráfico II.4 y tabla II.3)<sup>14</sup> muestran por un lado la heterogeneidad entre países y, por otra parte, un aumento sistemático en todos los casos.

Gráfico II.4

**PORCENTAJE DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)**



Fuente: Tabla II.3.

<sup>13</sup> Los estudios citados aplican el modelo diseñado por Boongarts (1978) o alguna de sus variantes.

<sup>14</sup> Lamentablemente no existe información para todos los países, en particular para aquellos de baja fecundidad del sur de la región (Uruguay, Argentina y Chile).

Como se esperaba, el porcentaje de uso del total de los métodos (tradicionales y modernos) es mayor en los países de fecundidad baja y media baja, llegando en las fechas más recientes a ser cercano al 80 por ciento en algunos casos (Costa Rica 80%, Brasil 77%, Cuba 73% y Colombia 77%), mientras que en los países de fecundidad alta y media alta varía entre 28 por ciento en Haití y 62 por ciento en Honduras.

En cuanto a los métodos modernos de anticoncepción existen diferencias del mismo orden, mientras que en los países de baja fecundidad se tiene una prevalencia próxima a 70 por ciento, los países de fecundidad alta y media alta varían entre 22 por ciento en Haití y 57 por ciento en Nicaragua. El método más usado es la esterilización femenina, el que alcanza las proporciones más elevadas en países que han bajado su fecundidad recientemente. Así, en Brasil y República Dominicana la esterilización femenina tiene una prevalencia de 40 por ciento y en México, Colombia y El Salvador está en torno al 30 por ciento. En Cuba el primer lugar lo ocupa el DIU con 44 por ciento, y la esterilización femenina está en segundo lugar con el 19 por ciento.

Los datos sobre evolución de la prevalencia en el uso de anticonceptivos modernos, muestran un avance importante en todos los países. Ello estaría de acuerdo con los objetivos planteados por la CIPD 1994 en cuanto a los derechos y la salud reproductiva, en el sentido de asegurar información y servicios de planificación familiar y "...propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia..." (Naciones Unidas, 1995a).

Sin embargo, no es posible determinar con claridad cuánto han influido en las usuarias, los programas de gobierno destinados a brindar estos servicios. Si bien hay países que han establecido leyes y programas amplios de información y distribución de medios para evitar los embarazos no deseados, que traerían como consecuencia un descenso en la fecundidad, ello también ocurre con la misma intensidad en países que no disponen de esa amplitud de programas. Dos casos simbólicos serían los de México y Brasil, el primero con leyes, políticas e instituciones que tienen a su cargo una fuerte actividad de información, educación y distribución de estos medios (Partida, 2003), y el segundo en que parece que su uso es el resultado de políticas, que aunque estatales, fueron establecidas con otros fines (Perpetuo y otros, 2003).

Cabe mencionar, que aún con los éxitos obtenidos en la expansión del conocimiento y uso de anticonceptivos todavía existen fuertes inequidades entre países y al interior de estos. Al respecto el informe de la CIPD +5 señala que "No obstante, a pesar del aumento sostenido en el uso de métodos anticonceptivos, un número considerable de parejas no ha podido controlar eficazmente su fecundidad" (Naciones Unidas, 1999).

Los países de la región con mayor proporción de uso de anticonceptivos tienen valores similares a los países de muy baja fecundidad del mundo, habiendo alcanzado a países como España, Francia y el Reino Unido. Incluso Costa Rica, con 80 por ciento, se aproximaría a China, país con la mayor prevalencia, que tiene un 83 por ciento, siendo casi en su totalidad métodos modernos. En los países de Europa la fecundidad sería menor a la de los países mencionados en América Latina, fundamentalmente por las diferencias en los patrones de nupcialidad. En ello influiría la más tardía edad al casarse o unirse y la mayor proporción de célibes en la población, producto de valores que privilegian una mayor expectativa educacional y laboral de la mujer, y una menor valoración de la maternidad.

### *Nupcialidad*

Ya desde los inicios de la transición de la fecundidad, en los países desarrollados de Europa el factor desencadenante del descenso fue la nupcialidad, mientras que en América Latina fue la anticoncepción. En Europa se intensificó la caída de la fecundidad en la década de 1960 con la llamada “segunda revolución anticonceptiva”<sup>15</sup> (Cosío, 1992). América Latina habría iniciado la transición de la fecundidad en forma más generalizada, simultáneamente con esta segunda revolución anticonceptiva.

Sin embargo, Vallin (1994) atribuye los descensos de la fecundidad ocurridos en Europa en las décadas de 1970 y 1980 a un cambio de actitudes hacia la procreación que se expresa en un cambio de las costumbres relativas, entre otras cosas, a la disminución del matrimonio legal, el aumento de la convivencia de las parejas y el aumento de los divorcios. Esos elementos son parte de los que hoy han dado lugar a lo que se denomina segunda transición demográfica, que ponen nuevamente a aspectos vinculados con la nupcialidad como responsables de la disminución de la fecundidad a niveles muy inferiores al reemplazo.

En el cuadro II.3 se presentan indicadores de nupcialidad para países de América Latina, los que muestran por un lado la temprana edad al casarse de las mujeres y la poca variación que experimenta la proporción de casadas y unidas. La edad al casarse presenta una tendencia muy leve a elevarse, ubicándose en los años recientes entre 19 y 22 años y no estando muy asociada al nivel de la fecundidad de los países.<sup>16</sup> La proporción de mujeres casadas y unidas, que constituye entre un 50 y 60 por ciento, como se indicó, ha experimentado también poca variación en el tiempo.

Los datos mencionados sobre nupcialidad indicarían de que, al menos en los países de la región para los cuales se tiene información, todavía no se estaría en presencia de los cambios ocurridos en países desarrollados y que darían lugar a la segunda transición demográfica. En este sentido, surge la inquietud acerca de si América Latina transitará en estos aspectos como lo están haciendo los países europeos, lo que acarrearía una continuación del descenso de la fecundidad a niveles más bajos de lo previsible en las condiciones actuales. Según García y Rojas (2003) “podría ser más fructífero no adoptar prematuramente el concepto de segunda transición y dedicar más tiempo y esfuerzo a conocer y teorizar sobre nuestra particular diversidad demográfica, así como sobre el probable curso que tomará en los años venideros”.

### *El aborto como determinante de la fecundidad*

Si bien en el capítulo de “Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo” del Programa de Acción de la CIPD 1994 se establece que el aborto no debe promoverse en ningún caso como método de planificación de la familia (Naciones Unidas, 1995a), y aunque en América Latina no hay información confiable sobre su incidencia, se tiene conocimiento de su uso como forma de evitar embarazos no deseados.

Debido a su condición de ilegal, salvo en el caso de Cuba, la información sobre aborto existente para algunos países se obtiene por métodos indirectos y solo representan cifras que sugieren el orden de importancia de su prevalencia. Ello hace difícil establecer la medición de sus efectos sobre el cambio en la fecundidad, aunque se sospecha que en algunos países puede ser de importancia (Naciones Unidas, 2001; The Alan Guttmacher Institute, 1999).

<sup>15</sup> La segunda revolución anticonceptiva se refiere a la diseminación del DIU y la píldora.

<sup>16</sup> Es sabido que los países del sur del continente (Argentina y Uruguay) con fecundidad relativamente baja desde comienzos del siglo XX, tendrían una edad media al casarse levemente superior, la que sería actualmente del orden de 23 años (García y Rojas, 2003).

Cuadro II.3  
**PORCENTAJES DE MUJERES ALGUNA VEZ CASADAS,  
 SOLTERAS Y EDAD MEDIANA AL CASARSE O UNIRSE**

País y fuente	% casadas alguna vez	% solteras	Edad mediana al unirse
<b>Fecundidad alta</b>			
Guatemala			
DHS 1987	73,2	26,8	18,6
DHS 1998/99	73,8	26,2	19,3
Haití			
DHS 1994/95	68,2	31,8	20,8
DHS 2000	68,6	31,4	20,5
<b>Fecundidad media alta</b>			
Bolivia			
DHS 1989	69,3	30,7	20,3
DHS 1998	66,6	33,4	20,9
<b>Fecundidad media baja</b>			
Perú			
DHS 1986	64,8	35,2	20,5
DHS 2000	64,2	35,8	21,4
República Dominicana			
DHS 1986	68,7	31,3	18,5
DHS 1991			19,0
DHS 1999	74,2	25,8	19,3
Colombia			
DHS 1986	62,6	37,4	20,8
DHS 1990			21,0
DHS 2000	66,0	34,0	21,5
<b>Fecundidad baja</b>			
Brasil			
DHS 1986	65,6	34,4	21,2
DHS 1996	69,4	30,6	21,1

Fuente: Ferrando (2003) con base en encuestas DHS.

### *Infecundidad posparto*

La infecundidad posparto tendría menos incidencia en la tendencia de la fecundidad. Los datos de la región acerca de este factor indican que el período de infecundidad que sigue al parto está determinado principalmente por la duración de la lactancia. Según el cuadro II.4, la duración de la lactancia, además de ser muy variable entre países, no tiene una tendencia a modificarse sustancialmente (Ferrando, 2003; Bay y otros, 2003, Chackiel y Schkolnik, 2003).

Además, hay quienes sostienen que en las sociedades más industrializadas y en los sectores de clases más altas existe una tendencia a reducir la duración de la infertilidad posparto. Ello explicaría por qué, por ejemplo, Guatemala con una fecundidad alta tiene una duración media de la lactancia cercana a 20 meses y Brasil, país de baja fecundidad, tiene solamente 7 meses. A propósito de ello, Vallin (1994) señala que paradójicamente la tendencia al descenso de la fecundidad ocurre cuando la población adquiere un comportamiento en relación a la duración de la lactancia y otros factores biológicos,<sup>17</sup> que sería propenso a producir el efecto contrario.

<sup>17</sup> Edad media del inicio de la pubertad, período de abstinencia sexual, infertilidad y mortalidad intrauterina.

**Cuadro II.4**

**DURACIÓN MEDIA EN MESES DE LACTANCIA EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA**

Nivel de fecundidad y países	TGF	Meses de lactancia	Nivel de fecundidad y países	TGF	Meses de lactancia
<b>Fecundidad alta</b>			<b>Fecundidad media baja</b>		
Guatemala			República Dominicana		
DHS-87	5,6	20,6	DHS-86	3,7	9,4
DHS-95	5,1	19,8	DHS-91	3,3	5,9
DHS-98/99	5,0	19,9	DHS-96	3,2	7,6
<b>Fecundidad media alta</b>			Colombia		
Bolivia			DHS-86	3,3	11,1
DHS-89	4,9	16,2	DHS-90	2,9	8,5
DHS-94	4,8	17,5	DHS-95	3,0	11,3
DHS-98	4,2	17,5	DHS-2000	2,6	13,1
Nicaragua			<b>Fecundidad baja</b>		
ESF-92/93	4,5	12,3	Brasil		
DHS-98	3,9	12,2	DHS-96	2,5	7,0
DHS-2001	3,2	17,0			

Fuente: Chackiel y Schkolnik (2003) a partir de las encuestas DHS.

## 5. Los diferenciales de la fecundidad

Históricamente se ha asociado la alta fecundidad con los sectores de menores ingresos, fundamentalmente los pobres, de bajo nivel de instrucción y radicados en zonas rurales y urbanas marginales, entre los que se encuentran las poblaciones indígenas a las que se agregan las barreras culturales y lingüísticas. En este sentido se ha considerado que los grupos que van a la vanguardia de la caída de la fecundidad son los que han logrado los más altos niveles de instrucción, principalmente los residentes en áreas urbanas (Chackiel y Schkolnik, 2003).<sup>18</sup> Estos últimos se beneficiarían por el hecho de tener mayor acceso a la información y a los medios para controlar el número de hijos.

Para ejemplificar las brechas de la fecundidad según sectores sociales y geográficos, en el cuadro II.5 se incluye la tasa global de fecundidad por nivel de instrucción y área de residencia, ordenados según el nivel de fecundidad de los países seleccionados.<sup>19</sup> Se confirma claramente la existencia de las diferencias, siendo sistemáticamente más altas las tasas de los grupos de menor instrucción y los que residen en áreas rurales.

La educación, como se menciona en numerosos estudios (Naciones Unidas, 1995b; Cleland, 2002; Chackiel y Schkolnik, 2003), es la variable que más discrimina el nivel de fecundidad y por tanto conduce a brechas mayores entre grupos extremos. El nivel de instrucción refleja no solamente la diferencia según estrato socioeconómico, sino que constituye un factor esencial para que la mujer acceda a la información necesaria para planificar los nacimientos.

En la mayoría de los casos la fecundidad reciente (en torno al año 2000) de mujeres analfabetas supera los 4,5 hijos por mujer, mientras que las con instrucción superior son más cercanas o inferiores a la tasa de reemplazo. La tasa global de las mujeres sin instrucción está entre 6 y 7 hijos en países de fecundidad alta y media alta, y del orden de 4,5 hijos en los países de

<sup>18</sup> Un antecedente importante de análisis diferencial de la fecundidad según grupos sociales y áreas geográficas es el programa de Investigación de la Fecundidad por el método de los Hijos Propios en América Latina (IFHIPAL). Este programa se desarrolló en CELADE en las décadas de 1970 y 1980, dando lugar a una serie de publicaciones.

<sup>19</sup> Se seleccionaron países que tienen encuestas DHS por recoger la información necesaria.

fecundidad baja. Quizás la observación más importante es que, más allá de la diferencia existente, los grupos más rezagados en la transición de la fecundidad, salvo en los países con un mayor promedio de hijos, también han iniciado una tendencia descendente.

**Cuadro II.5**

**AMÉRICA LATINA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD POR ÁREA DE RESIDENCIA  
Y POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN. PAÍSES SELECCIONADOS**

País y fuente	Área de residencia		Nivel de instrucción					
	Urbana	Rural	Sin instrucción	Primaria	Intermedio	Secund. y más	Rural / urbana	Sin inst. / sec. y más
<b>Fecundidad alta</b>								
Guatemala								
DHS 1987	4,0	4,3	7,0	5,6		3,9	1,1	1,8
DHS 98/99	4,1	5,8	7,1	5,2		2,9	1,4	2,4
Haití								
DHS 1994/95	3,3	5,9	6,1	4,8		2,5	1,8	2,4
DHS 2000	3,4	5,8	6,4	5,1		2,5	1,7	2,6
<b>Media alta</b>								
Bolivia								
DHS 1989	4,0	6,6	6,1	5,9	4,5	2,9	1,7	2,1
DHS 1998	3,3	6,4	7,1	5,8	4,6	2,7	1,9	2,6
Paraguay								
DHS 1990	3,6	6,1	6,7	6,2	4,5	3,2	1,7	2,1
CDC 1998	3,2	5,1	6,2	5,8	5,0	3,0	1,6	2,1
<b>Media baja</b>								
El Salvador								
DHS 1985	3,3	5,4	6,0	4,4	3,5	2,3	1,6	2,6
CDC 1998	2,8	4,6	4,8	3,6	3,2	2,4	1,6	2,0
Perú								
DHS 1986	3,1	6,3	7,0	6,1	4,7	2,9	2,0	2,4
DHS 2000	2,2	4,3	5,1	4,1	2,4	1,8	2,0	2,8
Ecuador								
DHS 1987	3,5	5,3	6,4	5,2	3,1	2,3	1,5	2,8
CDC 1999	2,8	4,3	5,6	4,1	2,9	1,9	1,5	2,9
R. Dominicana								
DHS 1986	3,1	4,8	5,3	4,3	2,9	2,1		2,5
DHS1996	2,8	4,0	5,0	4,3	3,4	2,4	1,4	2,1
Colombia								
DHS 1990	2,5	3,8	4,9	3,6	2,4	1,6	1,5	3,1
DHS 2000	2,3	3,8	4,0	3,6	2,4	1,5	1,7	2,7
<b>Baja</b>								
México								
DHS 1987	3,3	6,0	4,9	4,4	3,4	2,6	1,8	1,9
DHS 1997	2,3	3,5	4,1	3,8	3,1	2,4	1,5	1,7
Brasil								
DHS 1986	2,8	5,1	6,5	5,1	3,1	2,5	1,8	2,6
DHS 1996	2,3	3,5	5,0	3,3	2,4	1,6	1,5	3,1

**Fuente:** Chackiel y Schkolnik (2003) y encuestas demográficas citadas en la primera columna de este cuadro.

En los países de fecundidad alta y media alta, la caída de la fecundidad ha sido leve en todos los grupos de nivel de instrucción, aunque un poco mayor en los con más años de estudio, por lo que la brecha se ha visto incrementada en las últimas décadas. En cambio, a medida que se considera países con más baja fecundidad las tendencias son a estrecharse las diferencias, por una baja más pronunciada de los sectores de menor instrucción.

La declinación de la fecundidad en sectores con menos años de estudio, y la tendencia a la convergencia que ya se vislumbra en algunos países de baja fecundidad, tienen relación con el hecho de que las diferencias en el número ideal de hijos son más estrechas. Esto quiere decir que las condiciones subjetivas para limitar los nacimientos están dadas, y las mujeres con alta fecundidad sólo requerirían de información y acceso a los medios para hacerlo.

El menor número de hijos deseados por las mujeres de estratos bajos puede estar relacionado con un cambio cultural en términos del ideal de hijos, que a su vez podría estar vinculado a las condiciones económicas adversas para su crianza. Asimismo, también podría estar influyendo la incorporación de un patrón de familia pequeña a través de los mensajes de los medios de difusión masiva que tienen gran influencia en expandir los valores de los sectores pertenecientes a las clases medias y altas. En ese sentido, Rosero (2003) expresa que según su opinión las tasas más bajas, incluso inferiores al nivel de reemplazo que se observa en las áreas metropolitanas de ciudades latinoamericanas, “estará ligado a cambios en los valores generales y formas de percibir el mundo de las nuevas generaciones, incluyendo aspectos tales como grado de secularismo, materialismo, posmaterialismo e individualismo”.

Al igual que para los totales nacionales, el determinante próximo que más explica los cambios reproductivos de los diversos sectores, y las diferencias de fecundidad entre ellos, es la práctica de la anticoncepción (tabla II.4 del anexo). Se observa que las mujeres tienen un porcentaje mayor de uso de anticonceptivos, sobre todo modernos, y que las diferencias entre los distintos sectores son menores a medida que se considera países de fecundidad más baja.

Además, así como se observa que la baja de la fecundidad afecta a todos los grupos, en forma inversa todos los países muestran un aumento en el uso de anticonceptivos para mujeres con niveles de instrucción diferentes. De todas maneras, principalmente en los países de alta fecundidad, las brechas que persisten en el porcentaje de uso de anticonceptivos son de importancia (por ejemplo, en Bolivia el 19 por ciento en mujeres sin instrucción y 65 por ciento en secundaria y más; en Guatemala 19 vs. 68). En los países con fecundidad baja si bien persisten las diferencias, estas son menores, como se ilustra en los casos de Colombia (50 vs. 75 por ciento) y Brasil (64 vs. 86 por ciento).

Los otros determinantes próximos no parecen estar jugando un papel relevante. En general la edad a la primera unión es temprana y de acuerdo a los datos disponibles no parece estar variando mucho. En términos de la diferencia entre sectores muestra una edad a la primera unión entre 18 y 20 años para las mujeres sin instrucción y entre 23 y 25 años para las mujeres con secundaria y más. Si bien esta diferencia explica en parte los distintos niveles de fecundidad entre los grupos, la tendencia a mantenerse sin variaciones sugeriría que no tiene mayor influencia en su trayectoria descendente.

Por su parte, la duración de lactancia, que opera a través de la infertilidad posparto, al mostrar una tendencia a disminuir con un nivel de instrucción más alto, favorecería una más alta fecundidad, lo que no constituye una tendencia observada (tabla II.5 del anexo).

Finalmente, sobre el aborto que podría tener una incidencia en el control de los embarazos no deseados, por su carácter de ilegalidad (salvo en Cuba), no existe información confiable.

Los cambios en la fecundidad nacional son la consecuencia de lo que ocurre al interior de los diversos sectores y también por la transferencia de población entre sectores, generalmente por la movilidad social ascendente. Chackiel y Schkolnik (2003), con información según nivel de instrucción, analizan el aporte de ambos factores<sup>20</sup> al cambio de la fecundidad del total del país, concluyendo que ambos juegan un rol importante, pero que el efecto mayor es el de la disminución de las tasas al interior de los sectores. El efecto de las tasas es más notorio en los países de más baja fecundidad y en años más recientes, probablemente porque en ellos se observan cambios más pronunciados en los grupos más rezagados.

Los mismos autores, también realizaron un ejercicio con el fin de determinar cuál sector es el que más aporta al descenso de la fecundidad del país, y los resultados indicaron que se trataría el de las mujeres con instrucción primaria. Aunque en algunos casos las bajas de las tasas han sido mayores entre las mujeres sin instrucción, su aporte no ha sido trascendente por tratarse de un grupo que cada vez tiene menor peso relativo en la población. Estos resultados son importantes pues estarían indicando que en el futuro próximo lo que suceda con la fecundidad de los países, tendrá que ver con lo que suceda con las mujeres de instrucción primaria, entre otras cosas porque tienen margen para descender la procreación y porque todavía constituyen un sector importante respecto a la población total.

---

<sup>20</sup> En dicho documento se denomina efecto “tasas” al correspondiente al cambio de la fecundidad al interior de los sectores, y “efecto distribución” al correspondiente a la movilidad entre sectores.

### **III. La mortalidad**

---

#### **1. Niveles y tendencias**

La mejora en las condiciones de vida de la población y principalmente los adelantos en la medicina y la mayor cobertura de los servicios de salud, produjeron descensos importantes en la mortalidad, los que inician el proceso de transición demográfica. En América Latina estos cambios comienzan en la primera mitad del siglo XX, precediendo a los cambios en la fecundidad analizados en el capítulo anterior. Se supone, según la información fragmentaria de algunos países, que a comienzos del siglo pasado la esperanza de vida al nacer ( $E(0)$ ) en la región variaba entre 30 y 40 años (Pérez Brignoli, 1994). Posteriormente se habrían obtenido ganancias importantes que condujeron a que en el quinquenio 1950-1955 la misma alcanzara un valor de 52 años para ambos sexos en promedio (CEPAL/CELADE, 2004).

A partir de 1950, aunque todavía muchos países tienen datos insuficientes, se dispone de estimaciones para todos los países del mundo elaboradas por las Naciones Unidas (2003) y para la región por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL. Según éstas fuentes en los últimos cincuenta años la población de América Latina habría ganado 19 años en el promedio de vida, lo que significa una esperanza de vida al nacer de 71 años en el quinquenio 1995-2000 (cuadro III.1).

Cuadro III.1

## ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO DE LA POBLACIÓN DEL MUNDO POR GRANDES REGIONES

	Esperanza de vida al nacer									
	1950-55	1955-60	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-00
<b>Mundo</b>	<b>46,5</b>	<b>49,6</b>	<b>52,4</b>	<b>56,1</b>	<b>58,0</b>	<b>59,8</b>	<b>61,3</b>	<b>63,0</b>	<b>63,8</b>	<b>64,6</b>
Regiones más desarrolladas	66,2	68,4	69,7	70,6	71,4	72,3	72,9	73,9	74,0	74,8
Regiones en desarrollo	41,0	44,4	47,7	52,3	54,7	56,8	58,5	60,3	61,5	62,5
• África	37,8	49,9	42,0	44,2	46,2	48,3	49,8	51,4	51,1	50,0
• Asia	41,3	44,8	48,4	53,7	56,3	58,4	60,3	62,3	64,0	65,7
• Europa	65,7	68,2	69,6	70,6	71,0	71,5	71,9	72,9	72,6	73,2
• América Latina (no incluye el Caribe)	51,8	54,7	57,1	59,1	61,2	63,4	65,4	67,3	69,0	70,6
• Oceanía	60,3	62,2	63,7	64,5	65,8	67,4	69,3	70,5	71,9	73,2
• Norte América (EE.UU. y Canadá)	68,8	69,7	70,1	70,5	71,6	73,3	74,1	74,6	75,2	76,4

Fuente: Naciones Unidas (2003) y CEPAL-CELADE (2004).

Respecto a la ganancia en la  $E(0)$ , en el contexto mundial, Latinoamérica estaría en segundo lugar entre las grandes regiones, siendo superada solamente por el continente asiático que obtuvo en el mismo período una ganancia promedio de 25 años.<sup>21</sup> En términos de este indicador la región tendría 8 años más de promedio de vida que el total de las regiones en desarrollo. Si bien los avances son importantes, el nivel de la mortalidad general de América Latina es similar al que ya tenían los países más desarrollados hace 35 años.

En la tabla III.1 del anexo se presentan las estimaciones de la esperanza de vida al nacer desde el año 1950 al 2000 para los países de América Latina, ordenados según el nivel de la mortalidad en el período 1995-2000. Para dimensionar el cambio ocurrido, debe considerarse que a comienzos del medio siglo examinado, de los veinte países de la región, diecinueve estarían en la categoría considerada de mortalidad alta (esperanza de vida al nacer menor de 65 años), mientras que en el quinquenio más reciente hay solo dos países (Haití y Bolivia) en esas condiciones y ya doce países tendrían una duración media de vida de 70 años o más.

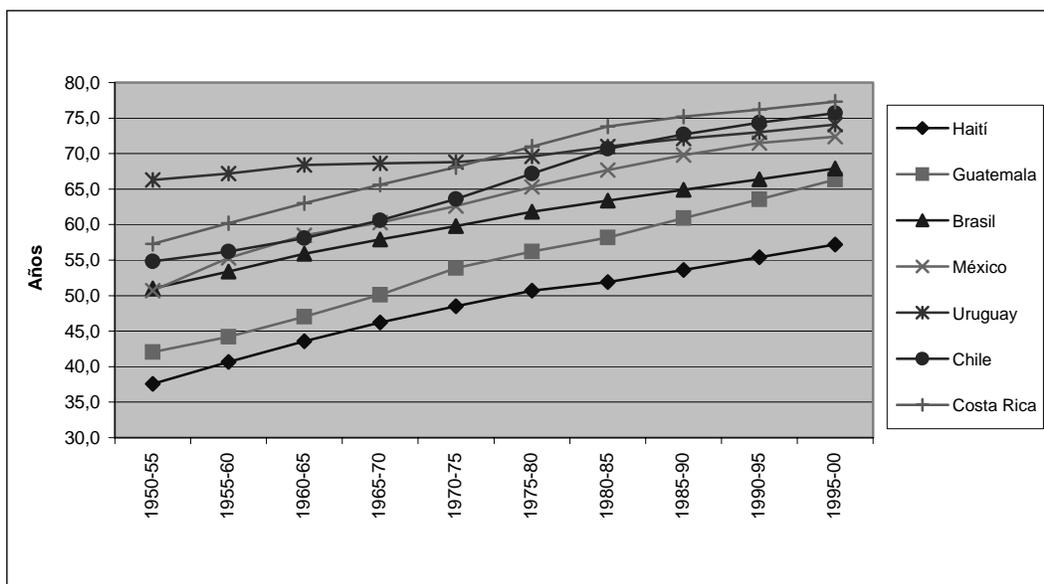
Si bien existe una tendencia a disminuir las diferencias de  $E(0)$  entre países, aún persisten desigualdades importantes. Al comienzo del período analizado la diferencia máxima estaba dada por las esperanzas de vida al nacer de Uruguay (66,3) y Haití (37,6), mientras que al final del mismo la diferencia máxima, un tercio menor, era entre Costa Rica (77,3) y Haití (57,2). Los 20 años de diferencia entre estos dos últimos países, considerando el promedio anual de aumento de la esperanza de vida en Latinoamérica, implica que Haití requeriría cerca de 50 años para alcanzar el valor logrado actualmente por Costa Rica.

Las tendencias de la esperanza de vida al nacer han sido muy diferentes entre los países, como puede verse en la tabla III.1 y se ilustra en el gráfico III.1 para casos seleccionados. Cabe destacar los logros obtenidos por Costa Rica, Cuba y Chile que se ubican en el grupo con la mortalidad más baja de la región, presentando una esperanza de vida al nacer superior a 75 años, la que sería mayor incluso a la de muchos países desarrollados. Estos tres países han tomado la vanguardia en la región, superando a Uruguay, Argentina y Paraguay que eran los países de más baja mortalidad a comienzos de la década de 1950.

<sup>21</sup> Las altas ganancias de Asia se deben fundamentalmente a que los países del este de ese continente obtuvieron 28 años de aumento de su esperanza de vida al nacer entre 1950-1955 y 1995-2000. Asia del Este comprende China, Corea del Sur, Corea del Norte, Japón y Mongolia.

Gráfico III.1

## AMÉRICA LATINA: ESPERANZA DE VIDA AL NACER DE PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2000



Fuente: CEPAL/CELADE: Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

El análisis de la evolución de la esperanza de vida permite ver que la transición de la mortalidad y la fecundidad no siempre siguen un ritmo similar. Brasil, que por el comportamiento de su fecundidad ( $TGF= 2,5$ ) presenta indicadores demográficos propios de una transición demográfica avanzada, no ha hecho progresos tan notorios en la baja de la mortalidad. Este país, con una esperanza de vida al nacer de 69 años ocupa el puesto número 15, superando solamente a Haití, Bolivia, Nicaragua y Guatemala. Por otra parte, Honduras —país considerado de transición moderada— que en el quinquenio 1950-1955 ocupaba la posición 18 con una esperanza de vida al nacer de 42 años, al final del período analizado tiene un promedio de vida de 70 años, ocupando el lugar número 11. En cambio su tasa global de fecundidad es de 4,3 hijos por mujer, que corresponde a la posición 16 dentro de los países de la región.

#### *Las metas de la CIPD sobre la esperanza de vida al nacer*

El Programa de Acción de la CIPD de El Cairo 1994, en el capítulo sobre Salud, Morbilidad y Mortalidad, fija como meta alcanzar al año 2005 una esperanza de vida al nacer de 70 años, y al 2015 un valor de 75 años. En aquellos de mortalidad más elevada se propone que al menos alcancen en el 2005 una esperanza de vida al nacer superior a 65 años y para el 2015 al menos 70 años (Naciones Unidas, 1995a). En ese sentido, como promedio la región en el período 1995-2000 habría alcanzado ya una esperanza de vida al nacer de 70 años, doce países prácticamente ya lo habrían logrado y según las proyecciones (CEPAL/CELADE, 2004) solamente Bolivia, Haití y Guatemala no alcanzarían esta meta. De estos tres países Bolivia y Guatemala, de acuerdo a las proyecciones, llegarían a una esperanza de vida al nacer de 65 años o superior en el año 2005.

Si bien las cifras aquí presentadas muestran un panorama general de la región bastante positivo, existen indicios de que aún no se estaría cumpliendo cabalmente con el objetivo fijado en la CIPD, de reducir también las disparidades en la mortalidad dentro de cada país (Chackiel, 1999; OPS, 2002).

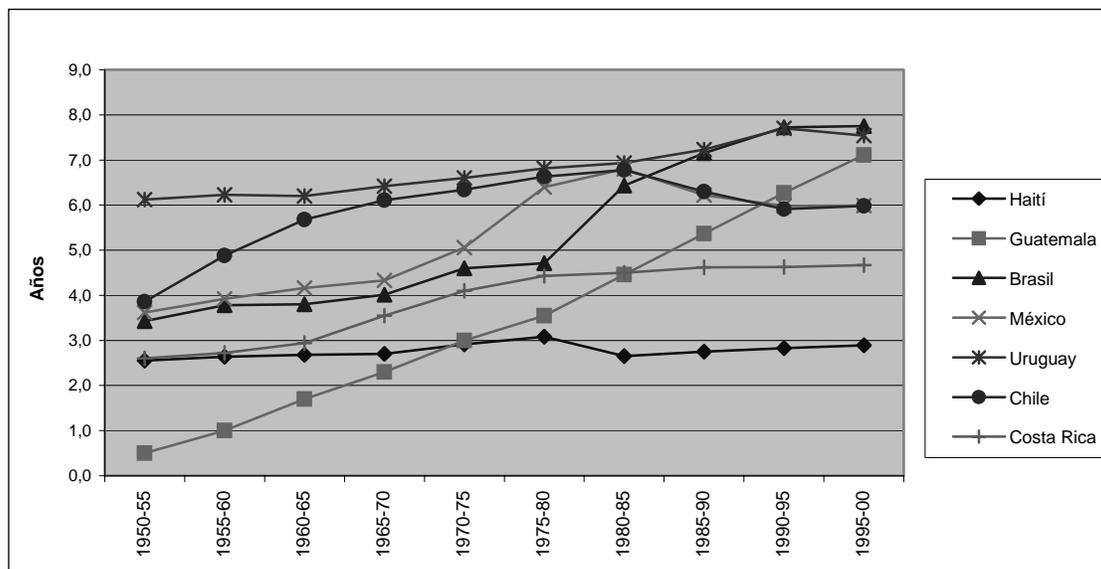
### La mortalidad por sexo

En todos los países de América Latina la mortalidad femenina es inferior a la masculina, lo que se expresa en una esperanza de vida al nacer superior en las mujeres. Esta diferencia está asociada a la prevalencia diferencial por sexo de las enfermedades o circunstancias que causan las muertes.

En países de muy alta mortalidad, probablemente mayor a las que existen en la región actualmente, el comportamiento de la  $E(0)$  por sexo era el inverso. Es decir la mortalidad femenina era superior a la masculina. Este hecho se debía a la más alta incidencia de enfermedades que afectaban principalmente a la mujer, como por ejemplo la tuberculosis y las complicaciones del embarazo y el parto. Estas causas de muerte han sido combatidas con un éxito superior que las que afectan mayormente a los hombres, tales como las causas ligadas a enfermedades cardiovasculares, a causas externas como las que tienen origen en la violencia y a ciertos tipos de tumores malignos. De esta manera, la diferencia en la esperanza de vida al nacer no sólo es favorable a la mujer, sino que generalmente presenta una tendencia a incrementarse.

En la región, como promedio, la diferencia en la  $E(0)$  por sexo evolucionó desde 3,5 años a favor de las mujeres a mitad del siglo XX, a aproximadamente 6,5 a finales del mismo. La comparación entre países arroja resultados muy variables y en cierta forma se dan contradicciones entre la relación esperada de una mayor diferencia a medida que se considera una esperanza de vida al nacer mayor. En el gráfico III.2 se ilustra este aspecto con datos de países de distinto nivel de mortalidad. Por ejemplo, Brasil con una esperanza de vida al nacer inferior al promedio regional presenta una diferencia de 7,8 años, mientras que Costa Rica y Cuba con la mortalidad más baja de la región tiene una diferencia de 4,7 y 3,8 años respectivamente.

**Gráfico III.2**  
**ESPERANZA DE VIDA DE MUJERES MENOS HOMBRES**



Fuente: CEPAL/CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

La expectativa futura sería que las ganancias en la  $E(0)$ , en los países de baja mortalidad, favorecieran más a los hombres por los logros recientes en el combate a las enfermedades crónicas degenerativas, y por la mayor participación de la mujer en actividades fuera del hogar que, de alguna manera, las expone más a causas de muerte similares a las masculinas. Un probable indicio de ello en Latinoamérica sería la tendencia reciente levemente decreciente en la diferencia a favor

de la mujer en las esperanzas de vida al nacer de Chile y México y la estabilización que se produce en Uruguay, Costa Rica, Argentina, Panamá, Venezuela y otros países.

## 2. Mortalidad en la infancia

El aumento en la esperanza de vida al nacer se produjo en un inicio fundamentalmente por el descenso de la mortalidad en la infancia. Como consecuencia de la cada vez menor incidencia de la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias y del aparato respiratorio, que afecta principalmente a los niños (sección III.3), las probabilidades de morir, tanto de menores de un año como de menores de cinco años fueron las primeras en mostrar un descenso (véase anexo, tabla III.2) y, como consecuencia, ello produjo los mayores aportes al aumento de la esperanza de vida.

### *Riesgo relativo de la mortalidad en la infancia (0-4 años)*

El indicador de riesgo relativo de la mortalidad en la infancia (hasta los 5 años de edad) sobre la mortalidad general<sup>22</sup> permite analizar el cambio en la tendencia de la sobremortalidad de niños a medida que se consideran aumentos en la esperanza de vida al nacer (Chackiel, 1999). En el gráfico III.3 se presenta el comportamiento de este indicador para países con distinto nivel de mortalidad durante un período de cuarenta y cinco años a partir de mediados del siglo XX.

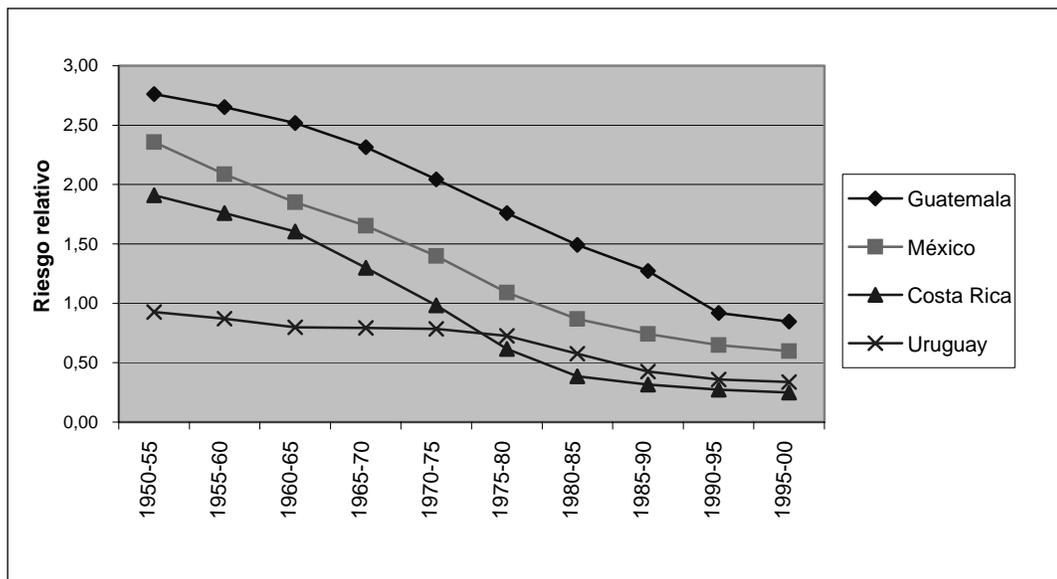
En general el comportamiento del indicador es descendente, mostrando que los riesgos relativos de la mortalidad a edades tempranas tienen una relación inversa con la tendencia de la esperanza de vida al nacer. Cuando la mortalidad es alta el valor es superior a uno, como por ejemplo para el quinquenio 1950-1955 es 2,8 en Guatemala y alrededor de 2 en México y Chile, indicando que para ese entonces la sobremortalidad de niños era alta y más que duplicaba la de la población general. El valor uno, que significa que los riesgos de la mortalidad en la niñez son iguales a los de la población general, ocurre cuando los países alcanzan una esperanza de vida aproximada a los 65 años. Así, puede verse que, salvo Uruguay, en los otros países seleccionados esta situación ocurre durante el período analizado. Los contrastes mayores están dados por Guatemala y Uruguay, ya que en el primer caso el riesgo relativo de morir en la infancia es mayor a uno en casi todo el período considerado (el cruce en el valor uno se da casi al final), en cambio en el segundo país ya en 1950-1955 se partía de un valor inferior a uno.

Estos resultados estarían indicando que cada vez más los futuros incrementos en la esperanza de vida al nacer dependerán de los descensos que puedan ocurrir en la mortalidad de la población adulta, aunque no puede desconocerse que hay países en que persisten altas tasas de mortalidad en la niñez. Por otra parte también se aprecia que generalmente el riesgo relativo es sistemáticamente menor en el caso de las mujeres, lo que implica que los mayores logros se han obtenido en la mortalidad temprana femenina.

<sup>22</sup> El riesgo relativo de la mortalidad en la infancia sobre la mortalidad general, que aquí se utiliza, se calcula a partir de la tabla de mortalidad de los países para los quinquenios sucesivos desde 1950-1955. El indicador resulta del producto de la tasa central de mortalidad de las edades 0 a 4 años por la esperanza de vida al nacer:  $m(0,4) \cdot E(0)$  (Chackiel, 1999; Vallin, 1996). Ello se interpreta como riesgo relativo porque en la población estacionaria (de la tabla de mortalidad) el inverso de la esperanza de vida al nacer equivale a la tasa de mortalidad general. El indicador es igual a 1 cuando los riesgos de mortalidad son similares para los niños y para la población general.

Gráfico III.3a

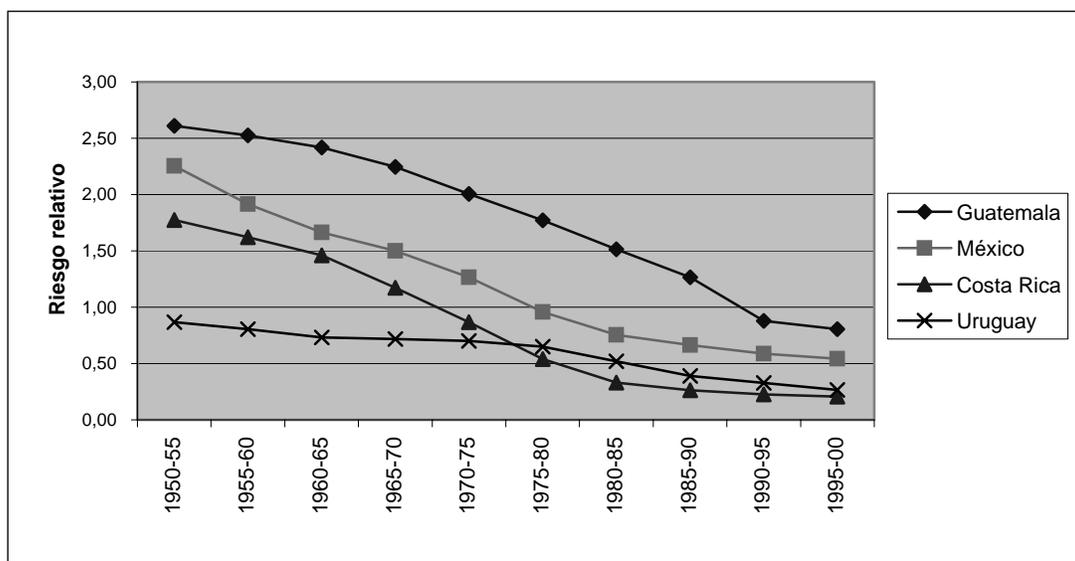
**RIESGO RELATIVO DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ SOBRE MORTALIDAD GENERAL. HOMBRES**



Fuente: Chackiel (1999).

Gráfico III.3b

**RIESGO RELATIVO DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ SOBRE MORTALIDAD GENERAL. MUJERES**



Fuente: Chackiel (1999).

*Niveles y tendencias de la mortalidad infantil*

La mortalidad infantil en América Latina se ha reducido en un 74 por ciento desde 1950-1955 a 1995-2000 (véase anexo, tabla III.2). Ello significó pasar de una tasa de 128 muertes de menores de un año por mil nacidos vivos a inicios de ese período a 33 por mil a final del siglo. En general, tanto la magnitud de la tasa de mortalidad infantil como el porcentaje de descenso observado están asociados a los niveles de la mortalidad general. Así los tres países que más logros han tenido son Cuba, Costa Rica y Chile, los mismos que presentan las más altas esperanzas de

vida al nacer. En estos países el descenso ha sido alrededor de 90 por ciento, llegando a fin del siglo pasado a tasas similares a las de Europa (Naciones Unidas, 2003), cercanas al 10 por mil.

Los países de mortalidad alta han tenido un descenso menor de la mortalidad infantil, por debajo del 70 por ciento, y la tasas actuales son del orden de las que tenían, en 1950-1955, Argentina (66 por mil) y Uruguay (57 por mil). Estos dos últimos países, junto a Panamá y Venezuela alcanzan tasas aproximadas de 20 por mil al final del período analizado.

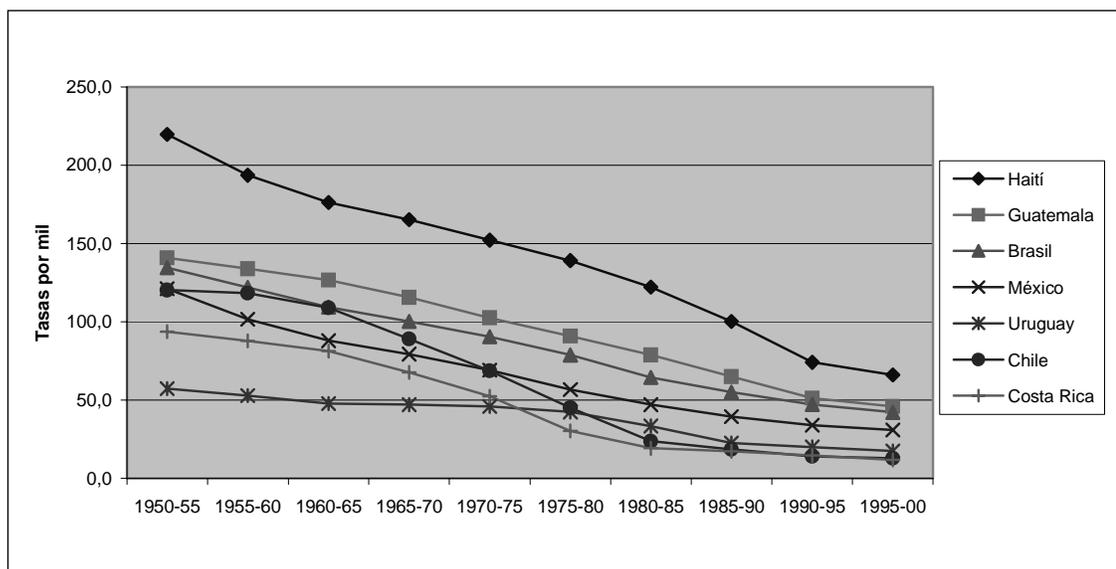
De los países de mortalidad media alta llama la atención Paraguay, que ha mostrado el menor progreso en el porcentaje de descenso de la tasa de mortalidad infantil (47 por ciento), siendo que tenía una relativa baja mortalidad en 1950-1955 (esperanza de vida al nacer de 63 años y tasa de mortalidad infantil de 73 por mil). En ese entonces Paraguay ocupaba el tercer lugar en mortalidad infantil más baja y ahora ocupa el lugar número doce con una esperanza de vida al nacer de 70 años y una tasa de mortalidad infantil de 39 por mil.

Por otro lado se distinguen por tener un mayor progreso, Honduras, El Salvador y Nicaragua, con una reducción de su tasa cercana al 80 por ciento y una tasa de mortalidad infantil actual un poco más de 30 por mil nacidos vivos. La mayoría de los países giran en torno al promedio de la región, con diez casos que tienen una tasa de mortalidad infantil entre 30 y 42 por mil en 1995-2000. En el gráfico III.4 se puede apreciar la tendencia de la tasa mortalidad de menores de un año para países seleccionados, lo que permite ver los comportamientos heterogéneos en su tendencia, tanto por las diferencias en el punto de partida, como por la velocidad del cambio.

Un hecho que ha llamado la atención es que la mortalidad infantil ha descendido en todos los países y durante todo el período, independientemente de los indicadores sociales económicos, y sin que se aprecien retrocesos o un freno en la velocidad de la caída de las tasas en los momentos de crisis económica como las ocurridas en la década de 1980.

Gráfico III.4

## TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL DE PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2000



Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

*Las metas de la CIPD sobre mortalidad infantil*

Las metas de la CIPD al año 2000 establecen reducciones de un tercio de las tasas de 1990 o una mortalidad infantil y en menores de cinco años al menos de 50 y 70 por mil nacimientos vivos, respectivamente. Los países con mortalidad intermedia deberán reducir la mortalidad infantil a menos de 50 por mil y la de menores de 5 años a menos de 60 por mil y para el 2015 se espera que todos tengan una mortalidad infantil menor a 35 por mil y de menores de 5 años por debajo de 45 por mil. Por otra parte, la declaración del milenio se propone para el 2015 reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de las tasas de 1990.

El panorama reciente de la región en cuanto a la reducción de la mortalidad de la infancia tiene aspectos positivos y negativos. Si se toma en cuenta el Programa de Acción de la CIPD (Naciones Unidas, 1995a) la situación es desalentadora, pues más de la mitad de los países de la región no habrían cumplido las metas establecidas para el año 2000, aunque estarían muy cerca de hacerlo (cuadro III.2). Cabe destacar el esfuerzo de los países de baja mortalidad que han cumplido con las metas de reducir un tercio de la mortalidad en la niñez, a pesar de las dificultades de bajar aún más allá de los niveles ya alcanzados.

Cuadro III.2

**AMÉRICA LATINA: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y PROBABILIDAD DE MORIR ANTES DE LOS 5 AÑOS PARA 1990 Y 2000 Y METAS PARA EL AÑO 2000 (TASAS POR MIL)**

País	Tasa de mortalidad infantil			Mortalidad hasta 5 años		
	1990	2000	Meta	1990	2000	Meta
<b>América Latina</b>	44	34	30			
<b>Mortalidad alta</b>						
Haití	87	63	50	134	104	70
Bolivia	83	61	50	113	78	70
<b>Media alta</b>						
Guatemala	61	42	41	85	53	57
Brasil	48	31	32	60	38	40
Nicaragua	57	33	38	76	44	51
Perú	62	38	41	86	61	57
República Dominicana	50	37	34	71	52	47
El Salvador	47	29	31	64	38	43
Paraguay	45	38	30	56	47	37
Honduras	48	33	32	67	47	45
<b>Media baja</b>						
Ecuador	50	29	33	65	36	44
Colombia	38	28	26	52	36	35
México	37	30	25	45	37	30
Venezuela	25	19	17	31	30	21
Argentina	26	21	17	30	25	20
Panamá	28	22	19	36	29	24
Uruguay	21	15	14	25	18	16
<b>Baja</b>						
Chile	16	10	11	19	12	13
Cuba	11	7	8	14	10	10
Costa Rica	16	11	11	19	13	12

Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones vigentes.

Del lado positivo, hay que destacar que solamente dos países, Haití y Bolivia, estarían por encima de la tasa máxima aceptable de 50 por mil en la mortalidad infantil y 70 por mil en la probabilidad de morir antes de los 5 años de vida. Una limitación para este análisis proviene de que las estimaciones más recientes de la mortalidad en la infancia están en parte basadas en proyecciones, pues aún no se tiene toda la información disponible referente al año 2000.

### *Las diferencias socioeconómicas y geográficas de la mortalidad infantil*

En cuanto a la mortalidad en la infancia, otro de los acuerdos de la CIPD que aún está pendiente de cumplirse a cabalidad es la eliminación de las “disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos” (Naciones Unidas, 1995a).

En el cuadro III.3 se presenta la tasa de mortalidad en el primer año de vida para la población que vive en zonas urbanas y rurales y según el nivel de instrucción de la madre. Sistemáticamente se observa una más elevada mortalidad infantil en el área rural y en la población cuyas madres tienen menor grado de instrucción. Esa tendencia es más marcada cuando se analiza la tasa de mortalidad infantil según grado de instrucción de la madre, en que se observa que la tasa correspondiente a las sin instrucción en algunos casos está cerca de triplicar a la tasa de las que tienen instrucción secundaria y más. Curiosamente, es en Haití donde se presentan tasas de mortalidad infantil similares para la población urbana y rural, pero en este caso se debe a que ambos sectores detentan un alto nivel de dicha mortalidad, con tasas de 90 por mil nacidos vivos.

Cuadro III.3

#### MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y AÑOS DE INSTRUCCIÓN FORMAL

País	Fuente	Urbano	Rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria y más	R/U <sup>a</sup>	SI/S+ <sup>b</sup>
Haití	DHS 1994/95	83,2	88,9	95,2	78,4	75,6	1,1	1,3
	DHS 2000	87,0	90,5	90,9	97,5	55,9	1,0	1,6
Bolivia	DHS 1989	73,9	106,6	116,1	98,7	50,2	1,4	2,3
	DHS 1998	53,0	99,9	112,5	86,6	41,3	1,9	2,7
Guatemala	DHS 1987	66,6	84,2	82,9	80,1	41,8	1,3	2,0
	DHS 1998/99	49,0	49,1	55,7	46,5	41,1	1,0	1,4
Brasil	DHS 1986	72,9	106,0	113,2	89,1	23,1	1,5	4,9
	DHS 1996	42,4	65,3	93,2	58,1	32,0	1,5	2,9
Nicaragua	DHS 1997/98	40,0	51,1	62,1	45,3	31,0	1,3	2,0
Perú	DHS 1986	55,8	106,1	118,8	88,3	41,5	1,9	2,9
	DHS 2000	28,4	60,3	73,4	53,5	27,4	2,1	2,7
República Dominicana	DHS 1986	71,9	93,4	96,1	73,7	47,5	1,3	2,0
	DHS 1999	35,3	39,1	34,7	50,6	17,9	1,1	1,9
Colombia	DHS 1986	37,5	40,7	49,3	42,0	28,6	1,1	1,7
	DHS 2000	21,3	31,1	42,3	28,2	19,6	1,5	2,2

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (DHS).

<sup>a</sup> R/U: Rural/Urbano.

<sup>b</sup> SI/S+ Sin instrucción / Secundaria y más.

La evolución en el tiempo indica que todos los sectores han iniciado la baja de la mortalidad infantil, incluyendo las áreas rurales y los grupos en que las madres no tienen instrucción alguna. Sin embargo no se muestra una tendencia clara a aminorar las diferencias entre áreas de residencia y estratos educacionales, sino que, por el contrario, se asiste a algunos casos como los de Bolivia y Colombia en que hay un crecimiento de las inequidades.

La información, que puede estar afectada por errores o sesgos, no permite concluir que la tendencia general sea a superar las disparidades y así acercarse más a la meta establecida en la CIPD. No obstante, la información analizada no contempla países de más baja mortalidad como Costa Rica, Cuba y Chile.

En un estudio sobre los sectores rezagados en la transición demográfica (Schkolnik y Chackiel, 1998) se presentan tendencias en diferenciales de la mortalidad infantil según nivel de instrucción de la madre para varios países, entre los cuales está Chile. Allí, si bien se muestra que hay bajas de la mortalidad infantil que son importantes para todos los sectores, también se verifica que hasta esa fecha no se habrían reducido las diferencias. En ese sentido se constataría que si bien toda la población se ha beneficiado de los progresos médicos y de las mejoras en las condiciones de vida, aún ganarían más aquellos sectores de estratos medios y altos de la sociedad. Es probable que para la población de áreas rurales y de bajos niveles de instrucción les pesara el estancamiento en la situación social y económica, ya que si bien obtienen progresos aún en períodos de crisis, podrían tener un piso en su mortalidad infantil que no pueden vencerlo sin cambios esenciales en sus condiciones de vida.

Respecto a diferencias en las tasas de mortalidad el Programa de Acción de la CIPD pone énfasis en que los países con poblaciones indígenas debería lograr que la mortalidad fuera la misma entre estos pueblos y la población general de cada país. Al respecto, aunque no se indica una fecha determinada, es de esperar que ésta sea la tendencia esperada. La tasa de mortalidad infantil estimada a partir de los censos de la ronda del 2000<sup>23</sup> muestra que aún se mantiene una importante sobremortalidad en las poblaciones indígenas. Así, la mortalidad infantil de la población indígena de Panamá (censo 2000) es de 54 por mil frente a 18 por mil de la población no indígena, en Bolivia (censo 2001) es de 75 por mil frente a 52 por mil y en Ecuador (censo 2001) de 58 frente a 27 por mil respectivamente.<sup>24</sup>

### **3. Cambios en los patrones de mortalidad por edad y causas**

Muy relacionada con la transición demográfica, en el campo de la salud se asistió a lo que se ha denominado transición epidemiológica, la cual se expresa fundamentalmente en el cambio del perfil de la morbilidad y la mortalidad según causas y de la distribución de las defunciones según la edad. Este proceso consiste en la disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y las del período perinatal, las que dan paso a una predominancia relativa de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (del aparato circulatorio y tumores malignos), así como de las causas externas (provocadas por violencia, accidentes y traumatismos). En ello inciden tanto la mayor baja de la mortalidad por el primer grupo de causas, que afectan principalmente a los niños, así como el cambio en la estructura por edades de la población que conduce a un aumento de las defunciones de adultos mayores.

---

<sup>23</sup> En la mayoría de los censos de la ronda del 2000 se han incorporado preguntas que permiten identificar a la población indígena.

<sup>24</sup> Para Panamá y Ecuador las estimaciones se han efectuado en CELADE con base en los censos respectivos y en el Caso de Bolivia provienen del estudio publicado por el INE y realizado con el patrocinio del UNFPA.

De esta manera, es esperable un cambio en la estructura por edad y causas de las defunciones a medida que la mortalidad descende y se tienen esperanzas de vida superiores. En el cuadro III.4 se presenta la estructura de mortalidad por grandes grupos de causas y el llamado “cociente del perfil de mortalidad” (CPM) para países que están en distintos niveles de mortalidad.<sup>25</sup> Este último indicador se define como el cociente de las defunciones por causas transmisibles y derivadas del período perinatal sobre las defunciones por tumores, enfermedades cardiovasculares y causas externas<sup>26</sup> (Frenk y otros, 1996).

Guatemala, con su alta mortalidad, es el país que presenta una mayor proporción de muertes por enfermedades transmisibles y del período perinatal, las que representan el 37 por ciento de las defunciones de varones y el 43 por ciento en mujeres, por lo tanto el CPM indica que éstas defunciones son aproximadamente una vez y media las defunciones por las causas crónicas, degenerativas y de origen externo. En el otro extremo se ubica Uruguay que está en un estadio avanzado de la transición epidemiológica tanto por su baja mortalidad como por su población envejecida. En este país entre 6 y 7 por ciento son defunciones debidas a causas transmisibles y de la primera infancia y aproximadamente 73 por ciento se deben a defunciones originadas por enfermedades crónicas, degenerativas y externas, con un CPM de un décimo (una muerte por causas transmisibles por cada diez muertes por causas crónicas, degenerativas y externas).

Los países que han mostrado un descenso pronunciado de la mortalidad en las décadas recientes, permiten apreciar la profundidad del cambio epidemiológico. Un ejemplo de ello es el caso de México, que en 35 años pasa de 55 a 15 por ciento de defunciones por enfermedades transmisibles y del período perinatal. Lo contrario ocurre con las defunciones causadas por enfermedades crónicas, degenerativas y externas que pasan de 22 por ciento a aproximadamente 50 por ciento. Por lo tanto, el CPM se reduce drásticamente de 2,5 a 0,3.

Si se observa la evolución del CPM, el cambio más notable en la transición epidemiológica, de los países incluidos en el cuadro III.4, corresponden a México, Costa Rica, Chile y Venezuela. Además, salvo Guatemala, para fechas recientes las defunciones por causas transmisibles y de la primera infancia no representan más de tres por cada diez muertes debidas a enfermedades crónicas, degenerativas y externas.

Un cambio importante también se observa en la estructura por edades de las defunciones (cuadro III.5), ya que las causas de muerte mencionadas están asociadas con la mortalidad por edades. Las muertes provocadas por enfermedades transmisibles y de la primera infancia tienen su mayor incidencia en las edades tempranas, mientras las crónicas y degenerativas predominan más en las edades superiores.

Así, Guatemala tiene cerca de un 30 por ciento de las defunciones en el grupo de 0-14 años y un porcentaje similar en los adultos mayores. En cambio, los países que en la actualidad tienen más baja mortalidad presentan más del 60 por ciento de sus defunciones en la población de 65 años y más de edad y menos de 10 por ciento en los menores de 15 años. Esta situación se refleja en la evolución del cociente entre las muertes de niños sobre las de personas en la tercera edad<sup>27</sup> (última columna del cuadro III.5).

El cociente entre muertes de 0-14 y 65+, que mide el grado de envejecimiento de las defunciones, en cierta forma permite conocer el momento en que se encuentra cada país en el proceso de transición epidemiológica. El índice más bajo corresponde a Uruguay con un valor de

<sup>25</sup> Se han considerado países que tienen datos relativamente confiables y tienen distintos niveles de mortalidad.

<sup>26</sup> El cociente del perfil de la mortalidad es superior a 1 cuando existe predominancia de las defunciones por enfermedades transmisibles y de la primera infancia en la etapa inicial de la transición epidemiológica, y es inferior a 1 cuando hay supremacía de defunciones por enfermedades crónicas, degenerativas y externas, en etapas avanzadas de esta transición.

<sup>27</sup> El cociente de defunciones de niños sobre adultos se calculó como el cociente entre las defunciones de 0-14 años sobre las de 65 y más años de edad.

0,07 para 1990 y el más alto para Guatemala con 1,0 en 1999-2001. Ello significa que mientras en Uruguay se producirían 7 muertes de niños por cada 100 muertes de adultos mayores, en Guatemala las defunciones de niños triplicarían las de la población en la tercera edad serían iguales.

**Cuadro III.4**

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LAS DEFUNCIONES POR SEXO Y CAUSAS  
EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA. PERÍODOS SELECCIONADOS**

<b>País, período y sexo</b>	<b>Total</b>	<b>Enfermedades transmisibles</b>	<b>Neoplasmas</b>	<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	<b>En el período perinatal</b>	<b>Causas externas</b>	<b>Otras causas</b>	<b>CPM<sup>a</sup></b>
<b>Costa Rica</b>								
Hombres 1960-65	100,0	38,5	10,3	13,4	13,0	7,6	17,2	1,6
1995	100,0	6,9	19,2	28,4	3,7	16,3	25,4	0,2
Mujeres 1960-65	100,0	40,8	11,3	11,3	15,4	10,2	2,1	1,8
1995	100,0	7,5	22,3	33,1	3,9	5,9	27,3	0,2
<b>Cuba</b>								
Hombres 1970-75	100,0	14,8	13,1	29,0	6,1	8,1	29,0	0,4
1995	100,0	7,0	20,2	41,4	0,8	13,9	16,6	0,1
Mujeres 1970-75	100,0	15,9	11,8	29,0	5,6	5,5	32,2	0,5
1995	100,0	6,6	18,3	45,6	0,7	9,4	19,4	0,1
<b>Chile</b>								
Hombres 1960-65	100,0	34,8	9,2	15,3	13,9	11,1	15,8	1,4
1994	100,0	10,5	21,0	27,2	1,7	17,1	22,5	0,2
Mujeres 1960-65	100,0	35,6	12,7	19,1	13,2	3,6	15,8	1,4
1994	100,0	12,1	25,1	32,3	1,7	5,4	23,4	0,2
<b>Uruguay</b>								
Hombres 1960-65	100,0	9,3	22,8	38,0	6,3	7,4	16,2	0,2
1990	100,0	4,3	27,0	37,8	1,8	8,3	20,8	0,1
Mujeres 1960-65	100,0	9,0	22,4	43,8	6,2	3,2	15,5	0,2
1990	100,0	5,5	22,8	46,1	1,6	3,9	20,1	0,1
<b>Argentina</b>								
Hombres 1960-65	100,0	12,6	22,0	28,5	6,6	8,5	21,8	0,3
1993	100,0	6,6	19,1	42,8	3,0	9,2	19,3	0,1
Mujeres 1960-65	100,0	14,7	21,1	29,4	7,7	3,4	23,6	0,4
1993	100,0	7,0	19,5	47,5	2,8	4,3	18,9	0,1
<b>Venezuela</b>								
Hombres 1960-65	100,0	31,9	8,4	17,0	15,6	11,9	15,2	1,3
1994	100,0	11,1	11,9	28,9	6,4	23,0	18,8	0,3
Mujeres 1960-65	100,0	34,3	12,2	17,5	14,7	3,8	79,2	1,5
1994	100,0	12,5	16,9	35,9	6,5	6,2	22,0	0,3
<b>México</b>								
Hombres 1960-65	100,0	40,5	3,6	9,7	12,8	8,9	24,5	2,4
1994	100,0	9,9	9,9	19,7	5,2	20,2	35,1	0,3
Mujeres 1960-65	100,0	45,6	6,4	13,3	11,8	2,6	20,3	2,6
1994	100,0	10,9	14,2	27,0	4,7	5,8	37,3	0,3
<b>Guatemala<sup>b</sup></b>								
Hombres 1960-65	100,0	62,8	1,8	3,4	14,2	4,3	13,5	8,1
2000	100,0	30,2	4,3	14,3	7,3	10,8	33,1	1,3
Mujeres 1960-65	100,0	66,2	2,9	3,8	12,0	1,0	14,2	10,2
2000	100,0	36,2	8,0	19,9	6,7	...	29,2	1,5

**Fuente:** Chackiel (1999).

<sup>a</sup> CPM, es el cociente del perfil de mortalidad, calculado como el cociente entre las defunciones por causas transmisibles y derivadas del período perinatal sobre las correspondientes a tumores, cardiovasculares y causas externas.

<sup>b</sup> Para Guatemala 2000 los porcentajes se basan en las 30 primeras causas de muerte que representan aproximadamente el 70 por ciento del total ([www.segeplan.gob.gt/productos/vitales](http://www.segeplan.gob.gt/productos/vitales)).

Cuadro III.5

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LAS MUERTES POR GRANDES GRUPOS DE EDADES.  
PAÍSES Y PERÍODOS SELECCIONADOS**

País y período	Total	Grupos de edades				
		0-14	15-44	45-64	65+	0-14/65+
Costa Rica						
1950-55	100,0	53,6	11,8	12,5	22,1	2,42
1995	100,0	10,5	14,5	18,8	56,2	0,19
Cuba						
1950-55	100,0	33,1	15,9	18,0	33,0	1,00
1995	100,0	3,1	10,4	19,1	67,4	0,05
Chile						
1950-55	100,0	42,3	15,7	19,0	22,9	1,84
1994	100,0	6,4	11,2	21,6	60,8	0,11
Uruguay						
1950-55	100,0	13,6	9,1	22,7	54,6	0,25
1990	100,0	4,9	5,6	20,7	68,8	0,07
Argentina						
1950-55	100,0	24,8	16,0	27,2	32,0	0,77
1993	100,0	7,6	8,0	21,2	63,2	0,12
Venezuela						
1950-55	100,0	36,3	16,1	23,6	23,9	1,52
1994	100,0	18,8	19,8	20,1	41,3	0,45
México						
1950-55	100,0	53,3	13,9	13,9	19,0	2,81
1994	100,0	16,3	18,1	20,7	44,9	0,36
Guatemala						
1950-55	100,0	63,7	16,6	10,6	9,2	6,91
1999-01	100,0	30,8	22,1	16,2	30,9	1,00

Fuente: Chackiel (1999) e Instituto Nacional de Estadística de Guatemala.

### *Surgimiento y rebrote de enfermedades transmisibles. El caso del VIH/SIDA*

Si bien los países de la región viven cambios profundos en el patrón de mortalidad por causas, esta evolución no se presenta linealmente, sino que es el resultado de avances y retrocesos en el combate a enfermedades que aparentemente están superadas. Así, por ejemplo, en la década de 1990 en varios países se ha vivido el resurgimiento de epidemias por enfermedades transmisibles, tales como el cólera, el hantavirus, la malaria, el mal de chagas, la tuberculosis y el dengue. También en varias áreas metropolitanas o ciudades se presentan complicaciones en el área de salud por el aumento en la prevalencia de enfermedades del aparato respiratorio producidas por un medio ambiente contaminado por la polución del aire.

La persistencia o rebrote de enfermedades que se creían superadas estaría relacionada con la permanencia de una alta pobreza, por el hecho de que grandes sectores de la población no se benefician de las mejoras en el saneamiento ambiental y viven en condiciones de hacinamiento. De todas maneras, por su naturaleza, estos rebotes y situaciones no se han expresado en una alta letalidad, principalmente por la oportuna vigilancia epidemiológica implementada.

En un estudio de la OPS (2002), al respecto, se señala: “La diseminación internacional de las enfermedades infecciosas no es un fenómeno nuevo. Sin embargo, los crecientes movimientos de población por razones turísticas, migratorias o como resultado de desastres; el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos; los cambios sociales y ambientales relacionados con la urbanización, la deforestación y las variaciones climáticas; la modificación de los métodos de elaboración y distribución de alimentos, y el cambio de hábitos de los

consumidores, son factores asociados a la emergencia y reemergencia de nuevos agentes patógenos cuya aparición en cualquier países motivo de la preocupación para el mundo entero”.

El caso más espectacular del surgimiento de una nueva enfermedad transmisible es el del VIH/SIDA, aunque con menos fuerza que en otras regiones del mundo, es relevante en algunos países de América Latina<sup>28</sup> (OPS/OMS y ONUSIDA, 2001). Latinoamérica, con aproximadamente un 8 por ciento de la población mundial, tiene hasta fines del año 2002 1,5 millones de personas que vivían con infección VIH o SIDA (210 mil contrajeron la enfermedad en el 2002), lo que representa el 3,6 por ciento de los 42 millones de casos mundiales (ONUSIDA/OMS, 2002). Según la misma fuente, la prevalencia de la enfermedad en la población adulta de la región a finales del año 2002 es de 0,6 por ciento.<sup>29</sup> Además, el número estimado de muertes durante el año 2002 en la región es de 60 mil en un total de 3,1 millones de defunciones en el total del mundo.

El país que presenta una mayor incidencia del VIH/SIDA es Haití, que al igual que otros países del Caribe no latino han sido afectados por la enfermedad de forma similar a lo ocurrido en el África subsahariana. “Se ha calculado que 5,4 por ciento de los adultos estarían actualmente infectados por el VIH y que, a fines de 1998, 190 000 niños haitianos habrían quedado huérfanos debido al SIDA” (OPS/OMS y ONUSIDA, 2001). República Dominicana también presentaría una epidemia bastante generalizada, registrando una prevalencia de VIH en la población adulta de 2,8 por ciento.

En Centroamérica los países de mayor incidencia son Honduras (más del 50 % de los casos notificados en la subregión) y le siguen Panamá y Guatemala,<sup>30</sup> pero en general según los datos la epidemia va en aumento en todos los países. Por su parte en sudamérica el caso de mayor notoriedad es Brasil, no tanto por la tasa de prevalencia del total del país, que es de 0,7 por ciento a finales del año 2000 (OPS, 2002), sino por la importancia de la enfermedad en números absolutos y la alta concentración de casos en sus dos ciudades más importantes. En total unas 540 mil personas vivían con VIH y SIDA a finales de 1999 y, según lo mencionado, en gran medida concentradas en áreas urbanas, principalmente de Río de Janeiro y San Pablo.

El Programa de Acción de la CIPD (Naciones Unidas, 1995a) se ocupa del VIH en el capítulo de salud reproductiva y del VIH/SIDA en el capítulo de salud, morbilidad y mortalidad. Allí se plantean medidas destinadas a prevenir y reducir la incidencia de ésta enfermedad, así como asegurar que las personas afectadas sean adecuadamente atendidas y evitar la discriminación y el sufrimiento de las mismas. En el informe de El Cairo +5 (Naciones Unidas, 1999) se documentan los avances realizados, fundamentalmente en la prevención, pero se señala, entre otras cosas, que “no han adoptado estrategias coherentes de atención y apoyo social a las personas infectadas por el VIH y el SIDA ni para mitigar sus efectos”.

En el informe de evaluación regional de la ejecución del programa de la CIPD (CEPAL/CELADE, 1999) se indica que la epidemia del VIH/SIDA afectaría principalmente a los grupos pobres de la sociedad y se habría incrementado entre la población joven (15 a 24 años de edad) y entre las mujeres. En este sentido se destaca que la prevención entre los jóvenes sería la estrategia más adecuada para frenar el avance de la enfermedad. El informe dice: “Su oportuna educación y concientización, antes de que se expongan al riesgo, es el modo más efectivo de propiciar prácticas sexuales seguras y responsables, incluida la abstinencia voluntaria. En definitiva, las conductas que adopten los y las jóvenes de ahora y aquellas que mantengan a lo largo de sus vidas determinarán el curso de la pandemia en las décadas venideras”.

---

<sup>28</sup> Cabe destacar que la información con que se cuenta para analizar el VIH y el SIDA es limitada en sus alcances. En más común encontrar datos sobre la prevalencia de la enfermedad que sobre defunciones que pudieran atribuirse a esa causa.

<sup>29</sup> Proporción de adultos de 15 a 49 años de edad que viven con VIH/SIDA en 2002.

<sup>30</sup> Estos tres países tienen prevalencia de VIH/SIDA superiores a 1%: Honduras 1,92, Panamá 1,54 y Guatemala 1,38 (OPS, 2002).

## 4. La mortalidad por causas maternas

La morbilidad y mortalidad materna han sido considerados uno de los problemas de salud pública más importantes para los países en desarrollo. Aunque las muertes relacionadas con el embarazo y el parto no constituyen un número relativamente importante, no es aceptable que puedan ocurrir defunciones que en la mayoría de los casos son fácilmente evitables.

De acuerdo a las estimaciones disponibles, en 1995 en el mundo morían un poco más de medio millón de mujeres (515.000) por esta causa (cuadro III.6), las que ocurrían mayoritariamente en los países en desarrollo, principalmente en África y Asia (WHO/UNICEF/UNFPA; 2001).

En América Latina y el Caribe las muertes maternas de ese mismo año eran aproximadamente 22.000, alrededor de un 4 por ciento del total mundial. Sin duda, su incidencia, aunque muy superior a los países desarrollados de Europa y América del Norte, es inferior a la correspondiente a los continentes africano y asiático. La tasa de mortalidad materna de la región es de 190 muertes por 100.000 nacidos vivos, menos de la mitad de la tasa promedio mundial, pero es 17 veces superior a la de América del Norte (11 por 100.000) y 7 veces la de Europa (28 por 100.000). Resulta evidente que este es uno de los indicadores de salud que presenta las mayores inequidades entre las regiones del mundo y, más aún, entre países.

**Cuadro III.6**

**ESTIMACIONES DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA (TMM) Y DEL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR GRANDES REGIONES DEL MUNDO. 1995**

Regiones	TMM (por 100 000 nacidos vivos)	Número de muertes maternas
Total mundial	400	515 000
Países más desarrollados	21	2 800
Países menos desarrollados	440	512 000
Países de menor desarrollo	1 000	230 000
África	1 000	273 000
Asia	280	217 000
América Latina y el Caribe	190	22 000
América del Norte	11	490
Europa	28	2 200
Oceanía	260	560

Fuente: WHO/UNICEF/UNFPA (2001).

El trabajo citado de WHO/UNICEF/UNFPA (2001) es el esfuerzo mayor realizado hasta la fecha para disponer de estimaciones para todos los países del mundo con base en las fuentes más apropiadas según cada caso. Así, se estableció la mejor estimación posible de la tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos para el año 1995, la que de todas maneras constituye un valor aproximado, dada el amplio margen posible de error. La fuente principal de las estimaciones son las estadísticas vitales, las que en muchos casos presentan alto grado de subregistro de las muertes y también un alto número de causas mal definidas. Para muchos países se utilizan métodos indirectos, que además de la dificultad en obtener una buena estimación, la misma corresponde a varios años en el pasado. En todos los casos los datos originales fueron examinados y se realizó el ajuste que se consideró pertinente. Para algunos países no se dispuso de ninguna información, en cuyo caso se utilizó una estimación mediante modelo de regresión. En la tabla III.3 del anexo se presentan los resultados de este estudio para cada uno de los países de América Latina.

La tasa más alta corresponde a Haití con un valor similar a los que se encuentran en el continente africano (1.100 muertes por 100.000 nacidos vivos) y la más baja a Cuba (24 por

100.000). Aún así, mientras Cuba tiene una mortalidad general similar a la de los países desarrollados, su mortalidad materna duplica las observadas en América del Norte, y puede alcanzar hasta 4 veces más que, por ejemplo, Canadá y Finlandia.

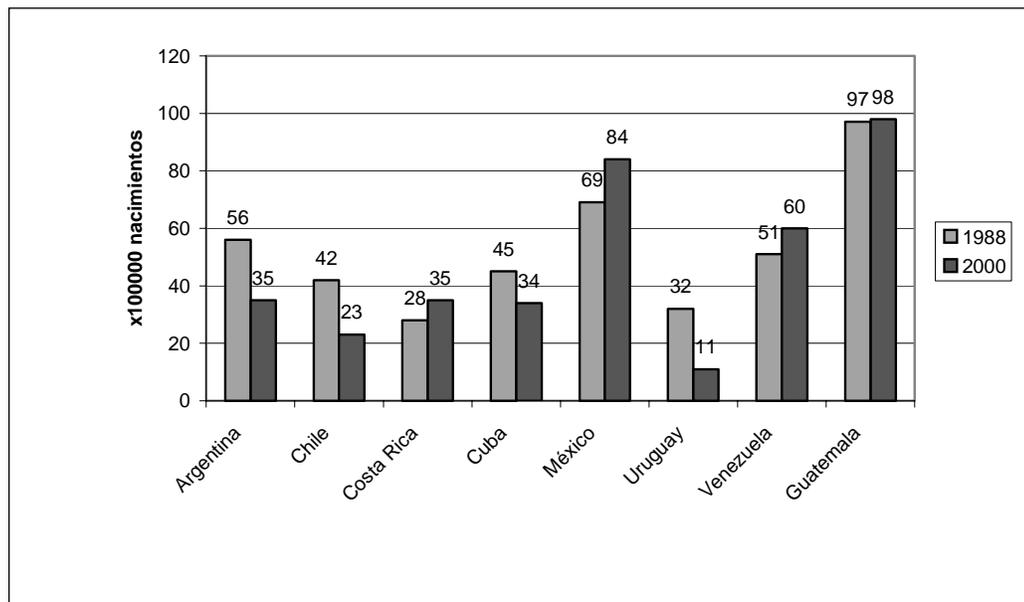
Las amplias desigualdades en torno a la incidencia de la mortalidad materna, y el carácter evitable de estas muertes, condujeron a un consenso acerca de que su reducción es una prioridad internacional, lo que ha sido expresado en los diversos foros a nivel mundial. Así, la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), La Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990), la CIPD 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) fijaron como meta un 50 por ciento de reducción de la tasa de mortalidad materna para el año 2000<sup>31</sup> (OPS/OMS, 2003). Más recientemente la Cumbre del Milenio de 2000, recomendó la reducción de la mortalidad materna para el año 2015 en tres cuartas partes respecto de sus tasas actuales.

El monitoreo de las tendencias de la mortalidad materna es una tarea compleja y los especialistas no recomiendan la comparación de cifras correspondientes a un período de tiempo corto, por el amplio margen de error en las estimaciones, tal como se muestra en las últimas dos columnas de la tabla III.3 (WHO/UNICEF/UNFPA; 2001).

Los dos problemas principales para realizar comparaciones en el tiempo se relacionan con el escaso número de casos y con la dificultad en identificar las causas de muerte materna con precisión. Aún con estas restricciones, se presentan en el gráfico III.5 las tasas de mortalidad materna sin ajustar de algunos países con estadísticas vitales relativamente confiables, correspondientes a un período cercano a 1990 y aquellos próximos al año 2000.

En general, no parece que se haya alcanzado la meta propuesta de reducir la tasa a la mitad, salvo posiblemente en el caso de Uruguay. Ello indica que tendrán que hacerse grandes esfuerzos por lograr la meta fijada por la Cumbre del Milenio, de reducir la mortalidad materna en un 75 por ciento en los próximos 15 años.

**Gráfico III.5**  
**RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. PAÍSES SELECCIONADOS**



Fuente: Raj y otros (1994) y OPS/CLAP (2003).

<sup>31</sup> La CIPD 1994 estableció además metas para el 2005 de tasas menores a 100 y 125 por 100 000 para países con mortalidad intermedia y con mortalidad alta respectivamente. Para el año 2015 se aprobó una meta general del 50% de la tasa del año 2000 y menor de 60 y 75 para países con mortalidad intermedia y alta respectivamente.

## **IV. El crecimiento y la estructura por edades de la población**

---

La evolución de los componentes del cambio demográfico, examinados en las secciones II, III y V, marcan también la evolución del crecimiento de la población y de su composición por edades. La tendencia general, que aquí se analiza, se refiere a la disminución de la tasa de crecimiento medio anual de la población y al proceso paulatino de envejecimiento de la misma.

Al igual que en la tendencia de la mortalidad y de la fecundidad, en estas materias también se asiste a un comportamiento heterogéneo, entre los países de la región, en función de la etapa en que se encuentran en el proceso de transición demográfica (véase la sección I). Debido a ello en lo que sigue se analizará la información considerando la tipología que ubica a los países en las etapas antes definidas: transición incipiente, transición moderada, plena transición, transición avanzada y muy avanzada.

### **1. Tendencia del crecimiento de la población**

América Latina, como promedio, tiene una tendencia general al descenso de su tasa de crecimiento medio anual de la población, lo que resulta de los cambios observados en la mortalidad y fundamentalmente en la fecundidad desde mediados de la década de 1960. En el quinquenio 1960-1965 habría alcanzado su valor máximo (2,8 por ciento), como producto de la baja de la mortalidad acentuada en la posguerra y de una fecundidad sostenidamente elevada. Luego, a partir de ese momento, se inicia la baja de la fecundidad que conduciría a una tasa de crecimiento de 1,6 por ciento a finales de la década de 1990.

Mientras que la tasa global de fecundidad de la región en cuarenta años se reduce en un 55 por ciento, la tasa de crecimiento lo hace menos que proporcionalmente en un 42 por ciento. Ello está relacionado con el llamado potencial de crecimiento de la estructura de la población por edades, que al ser relativamente muy joven tiene un contingente importante de mujeres en edad de procrear.<sup>32</sup>

La tasa de crecimiento de América Latina en la década de 1960 era la más alta del mundo, sin embargo a finales del siglo pasado ya se ubicaba en el promedio de las regiones en desarrollo, siendo ampliamente superada por el continente africano (cuadro IV.1). De todas maneras, por su mayor fecundidad y el mencionado elevado potencial de su estructura por edades, el crecimiento es todavía alto si se lo compara con los países desarrollados, principalmente de Europa, que ya detentan tasas nulas e incluso negativas.

Los países desarrollados, sobre todo europeos, ya presentaban una fecundidad de reemplazo en la década de 1970 y tomó treinta años para que ello se plasmara en una tasa de crecimiento de la población nula. Para Latinoamérica como promedio se proyecta una fecundidad de reemplazo para el quinquenio 2020-2025, y no tendría todavía tasas de crecimiento de la población nulas en 2050, año final de las proyecciones disponibles (CEPAL/CELADE, 2004).

**Cuadro IV.1**  
**TASA DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE LA POBLACIÓN**  
**DEL MUNDO POR GRANDES REGIONES. 1950-2000**

Tasa de crecimiento (por cien)										
	1950-55	1955-60	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-2000
<b>Mundo</b>	<b>1,79</b>	<b>1,84</b>	<b>1,98</b>	<b>2,04</b>	<b>1,93</b>	<b>1,72</b>	<b>1,71</b>	<b>1,71</b>	<b>1,49</b>	<b>1,35</b>
Regiones más desarrolladas	1,20	1,17	1,09	0,83	0,78	0,65	0,59	0,59	0,44	0,30
Regiones en desarrollo	2,06	2,14	2,35	2,51	2,35	2,07	2,06	2,03	1,78	1,62
África	2,17	2,33	2,47	2,59	2,61	2,79	2,87	2,78	2,54	2,41
Asia	1,93	1,97	2,21	2,42	2,25	1,86	1,85	1,85	1,58	1,41
Europa	0,99	0,99	0,96	0,68	0,59	0,49	0,38	0,43	0,18	-0,04
<b>América Latina (no incluye el Caribe)</b>	<b>2,70</b>	<b>2,73</b>	<b>2,78</b>	<b>2,61</b>	<b>2,48</b>	<b>2,34</b>	<b>2,16</b>	<b>1,95</b>	<b>1,75</b>	<b>1,63</b>
Oceanía	2,18	2,17	2,12	1,92	2,08	1,12	1,55	1,57	1,59	1,37
Norte América (EE.UU. y Canadá)	1,70	1,77	1,46	1,10	0,97	0,93	1,03	1,02	1,08	1,04

Fuente: Naciones Unidas (2003) y CEPAL/CELADE (2004).

### *La tendencia del crecimiento de la población de los países de América Latina*

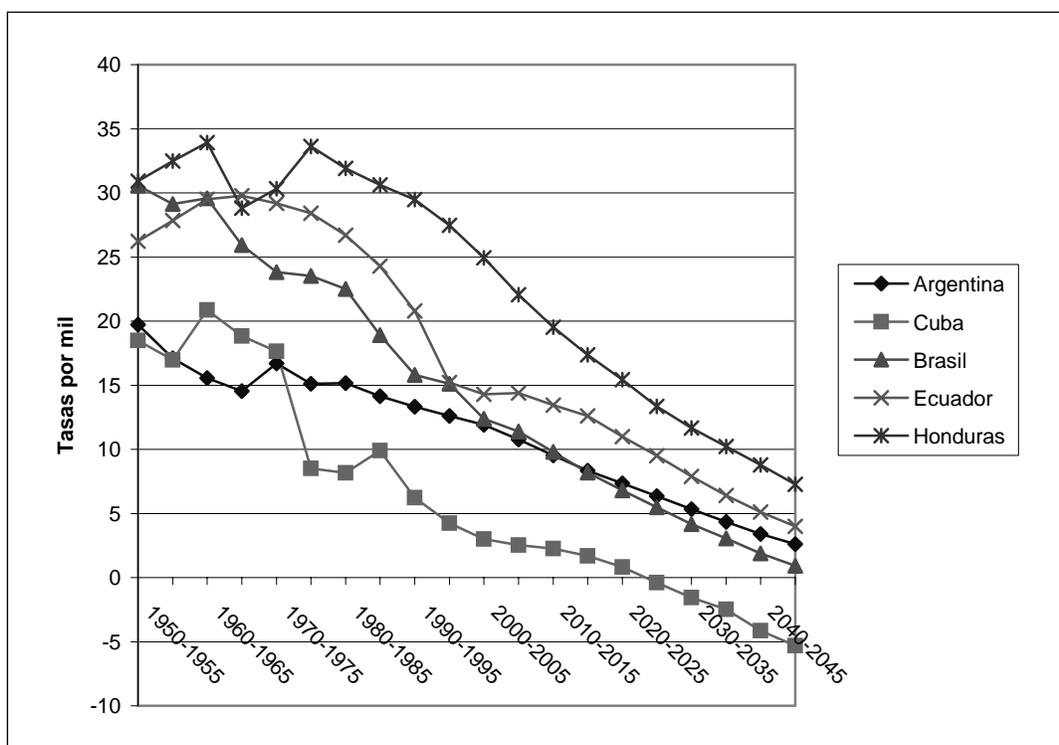
En la tabla IV.1 del anexo se presenta la tasa de crecimiento medio anual de la población para cada uno de los países de la región, clasificados según la etapa de la transición demográfica en que se encuentran. Por otra parte, en el gráfico IV.1 se presenta la trayectoria de la tasa de crecimiento para países seleccionados a los efectos de apreciar los distintos patrones de cambio. En la tabla y el gráfico mencionados se percibe que, previo a iniciarse la disminución de la tasa de crecimiento, en varios países se observa un aumento de la misma, lo que es producto, de la baja de la mortalidad y de una fecundidad todavía alta y en algunos casos con pequeños aumentos (véase sección II.1).

<sup>32</sup> El número elevado de mujeres en edad de procrear es producto de los altos niveles de fecundidad detentados por la región en las décadas anteriores.

Haití, que esta en una etapa incipiente de su transición demográfica, por su elevada mortalidad y por la alta emigración de su población, detenta una tasa de crecimiento más baja (1,8 por ciento en 1995-2000) que otros países que tienen una tasa global de fecundidad similar.

Los países con transición moderada aún no presentan una disminución relevante en la tasa de crecimiento de su población, manteniendo en general en los años recientes valores aún próximos al 3 por ciento medio anual. En el gráfico IV.1 este grupo está representado por Honduras, país que tendría en 1995-2000 el valor más alto de la región (2,8 por ciento), aunque claramente más bajo que al comienzo de la década de 1960 en que su tasa llegaba al 3,4 por ciento. El comportamiento excepcional le corresponde a Bolivia, con una tasa de crecimiento de la población relativamente menor, como consecuencia de que ha tenido bajas moderadas de su fecundidad, pero que registraría una elevada mortalidad y un persistente saldo migratorio negativo.

**Gráfico IV.1**  
**AMÉRICA LATINA: TASA DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE LA POBLACIÓN**



Fuente: Tabla IV.1.

Bolivia, diez años atrás, se ubicaba junto a Haití en la etapa de transición incipiente y, en la actualidad, estaría recién entrando en la etapa de transición moderada. Según las proyecciones de población, estos dos países no llegarían a tener las muy elevadas tasas de crecimiento que se observaron en otros países de América Latina (anexo, tabla IV.1), porque el descenso de la fecundidad, esta operando en forma simultánea con la baja de la mortalidad.

En los países que están en plena transición demográfica el descenso del crecimiento de la población es más pronunciado. Muchos de estos países, que en la década de 1960 tenían tasas de crecimiento iguales o superiores al 3 por ciento, en años recientes alcanzan tasas en torno al 2 por ciento anual (entre 1,6 y 2,6 por ciento). Es el caso de Ecuador en el gráfico IV.1. La excepción estaría dada por Paraguay con la tasa mayor (2,6 por ciento), lo que se debería a una relativamente mayor fecundidad y menor mortalidad que en los otros países del grupo.

En el grupo de países de transición avanzada existe una gran heterogeneidad de comportamientos. Por un lado están Costa Rica (2,4 por ciento en 1995-2000) y Panamá (2 por ciento) con tasas todavía elevadas de incremento de la población por su alto potencial de crecimiento, su baja mortalidad y, en el caso del primer país, se agrega su saldo migratorio positivo de importancia. Brasil (1,3 por ciento), cuya trayectoria es similar a los dos casos anteriores (gráfico IV.1), se diferencia de estos dos países tanto por su inferior tasa global de fecundidad, como por su mortalidad más elevada.

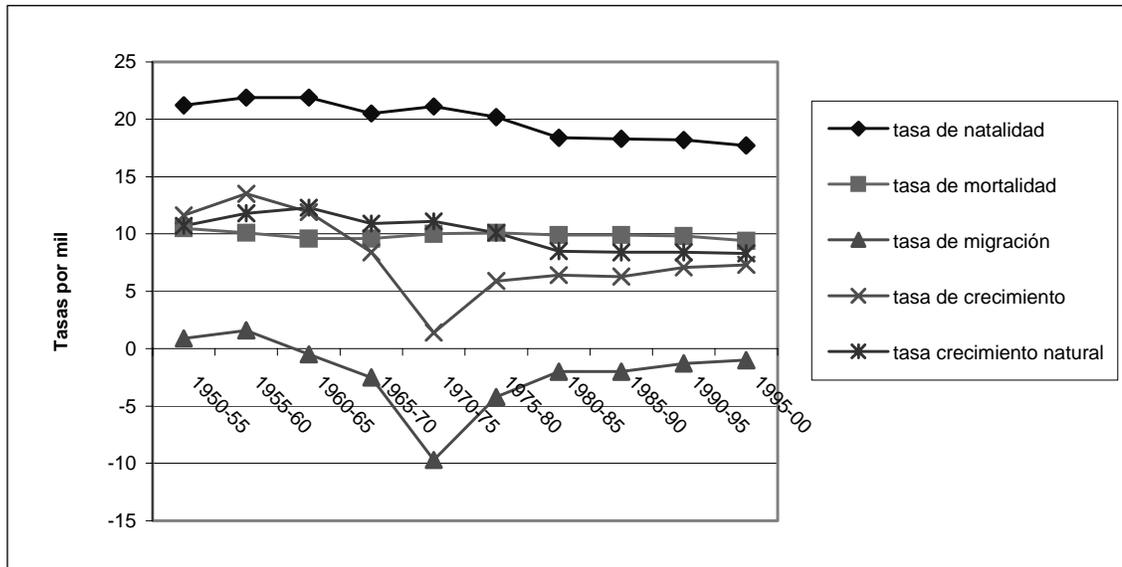
Argentina y Chile, con una tasa de crecimiento similar en 1995-2000 (1,3 por ciento), siguen una trayectoria muy parecida desde 1970-1975. El primero, tiene un crecimiento más bajo en los quinquenios anteriores, por su ya conocida baja fecundidad desde comienzos del siglo XX (ver sección II).

Finalmente, en una transición muy avanzada están Cuba y Uruguay que en la actualidad tienen tasas de crecimiento inferiores al uno por ciento (tabla IV.1). Uruguay con tasas de crecimiento bajas, al igual que Argentina por la temprana declinación de la fecundidad, también se ve afectada por una fuerte emigración desde hace tres décadas. Cuba, lleva más de dos décadas de tasa de fecundidad bajo el reemplazo, y también está afectada por un saldo migratorio negativo. Sin embargo, por su potencial de crecimiento aún no llega a una tasa de crecimiento nula, la que según las proyecciones sería alcanzada en 20 ó 25 años más (gráfico IV.1).

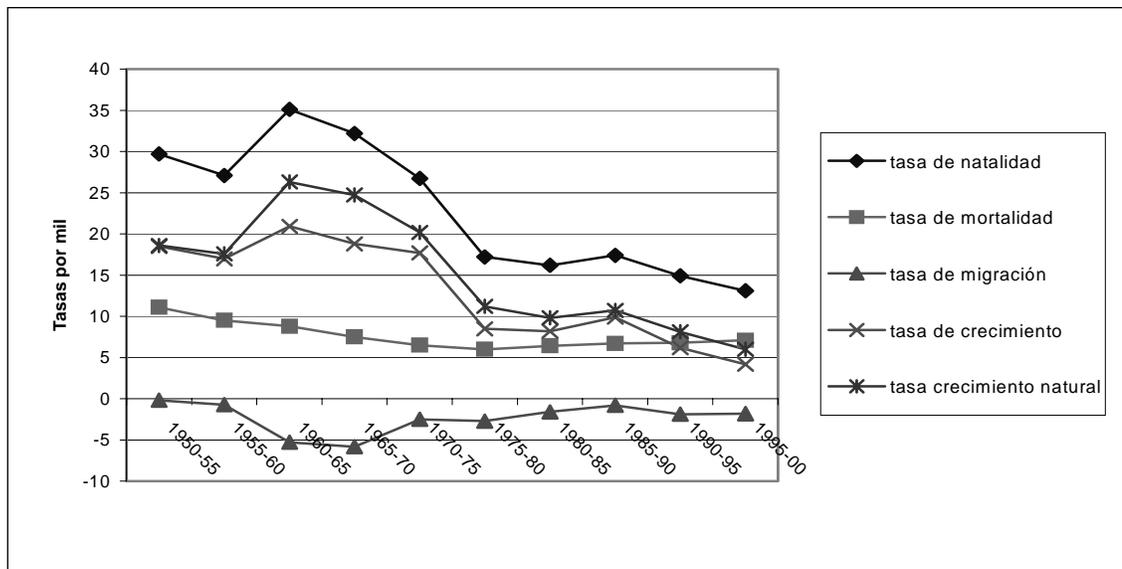
La migración internacional en general afecta en menor medida la evolución de las tasas de crecimiento de la población, aunque pueden tener un peso importante en países pequeños afectados por circunstancias de fuerte movilidad de personas a través de sus fronteras. Este es precisamente el caso por ejemplo de Uruguay y Cuba que están afectados por una fuerte emigración, por lo que en esos casos la tasa de crecimiento total se aleja de la tasa de crecimiento natural (gráficos IV.2a y IV.2b).

Las perspectivas futuras del crecimiento de la población están fundamentalmente predeterminadas por la hipótesis formuladas para el comportamiento de la tasa global de fecundidad. Como las recientes proyecciones de las Naciones Unidas (2003) ya están considerando una tendencia hacia una meta de fecundidad bajo el reemplazo (TGF de 1,85 hijos), ello implica que necesariamente se llegarán más tarde o más temprano a tasas de crecimiento negativas. En el gráfico IV.1 y en la tabla IV.1 del anexo se puede apreciar que con excepción de Cuba, que ya detenta una fecundidad debajo del reemplazo, los demás países alcanzarán un crecimiento negativo con posterioridad al año 2050.

**Gráfico IV.2a**  
**URUGUAY: TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD Y TASAS DE CRECIMIENTO TOTAL Y NATURAL. 1950-2000**



**Gráfico IV.2b**  
**CUBA: TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD Y TASAS DE CRECIMIENTO TOTAL Y NATURAL. 1950-2000**



Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

*La preocupación por el crecimiento en la CIPD 1994*

El informe de la CIPD de 1994 claramente expresa su preocupación por las altas tasas de crecimiento de la población que se observan en el mundo, que en aquel entonces era en promedio de 1,7 por ciento y de 90 millones de personas por año (Naciones Unidas, 1995a). Al respecto, según lo analizado, América Latina tiene todavía 1,6 por ciento de tasa promedio de crecimiento

anual en el quinquenio 1995-2000, y una docena de países de la región tienen tasas que superan el 2 por ciento.

En las bases para la acción del programa de la CIPD, se señala que será necesario aplicar las políticas y medidas del Programa de Acción que surge de la conferencia, con el fin de alcanzar la estabilización de la población durante el siglo XXI. Aunque no se menciona explícitamente, ni se recomiendan metas demográficas al respecto, ello implica que la tasa global de fecundidad se reduzca a 2,1 hijos por mujer a nivel mundial, al menos en el mediano plazo.

El programa de la CIPD pone su atención también en el desequilibrio del crecimiento de la población entre los países desarrollados y los menos desarrollados ya que, según se indica, el mayor aumento de la población de estos últimos podría dificultar sus expectativas de desarrollo sostenible. En ese sentido propone como parte del objetivo lo siguiente: “Tras reconocer que el propósito definitivo es mejorar la calidad de vida de las generaciones actuales y futuras, el objetivo es facilitar la transición demográfica cuanto antes en los países donde haya un desequilibrio entre las tasas demográficas y las metas sociales, económicas y ambientales, respetando al mismo tiempo los derechos humanos”.

En el informe de la CIPD +5 (Naciones Unidas, 1999) se reafirman estas preocupaciones, aún reconociendo la clara tendencia al descenso de la tasa de crecimiento de la población en un gran número de países. El documento es mucho más explícito acerca de la importancia que en el descenso del crecimiento tiene la planificación familiar por su incidencia en el control del número de nacimientos, poniendo el acento sobre todo en la disminución de nacimientos no deseados. En el entendido de que la “... libre elección en la procreación aún no ha terminado...” se insta a los gobiernos en “... la aplicación sistemática de medidas cada vez más eficaces para satisfacer esta demanda...”.

En los documentos regionales, como el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 1993) se “... refleja más la preocupación por los nuevos desafíos aparejados por los cambios demográficos recientes que por las elevadas tasas de crecimiento general de la población, propias de las décadas pasadas.” (Bajraj y Chackiel, 1995). Asimismo, en el documento de examen y evaluación del programa de acción de la CIPD para el Comité Especial sobre Población y Desarrollo (CEPAL/CELADE (1999) no se hace hincapié en el crecimiento de la población como preocupación especial, si bien se hace referencia a las tasas más altas de los países que iniciaron más tardíamente sus transiciones demográficas. Se centra más la atención en “... las interacciones que se establecen entre la población y el desarrollo, entendido éste como un proceso de transformación productiva con equidad social”.

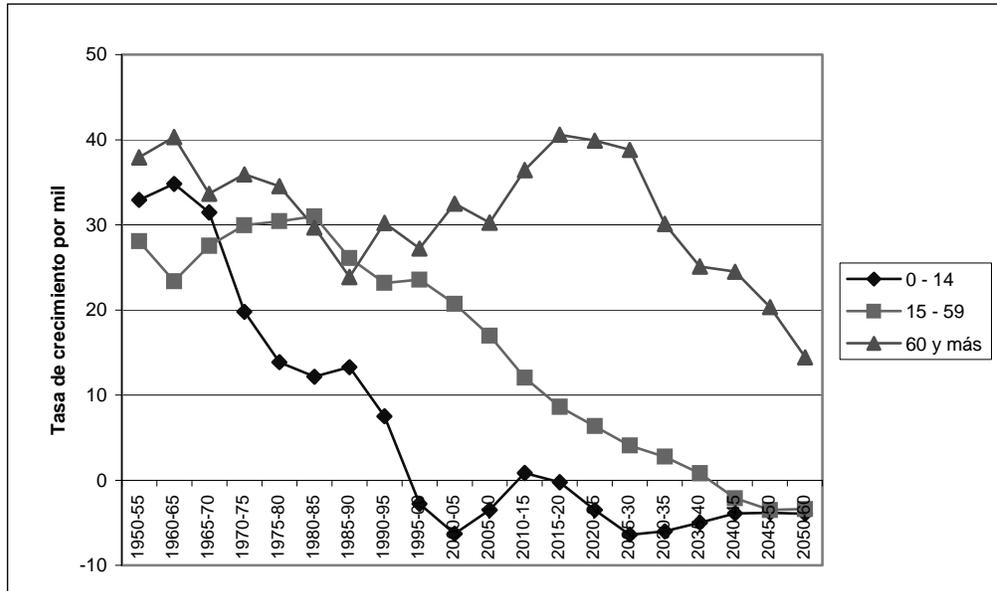
### *El crecimiento de la población por edades*

La sola consideración de la tendencia del promedio nacional de la tasa de crecimiento de la población, oculta las importantes diferencias que se producen en las tasas de crecimiento por grupos de edad. A partir de la baja de la fecundidad, generalmente producida a mediados de la década de 1960, se producen fuertes diferencias en el crecimiento del número de niños, de la población en edad activa y de las personas en la tercera edad. En el gráfico IV.3 este hecho se ejemplifica con dos países en distinta etapa de la transición demográfica: Honduras y Brasil.

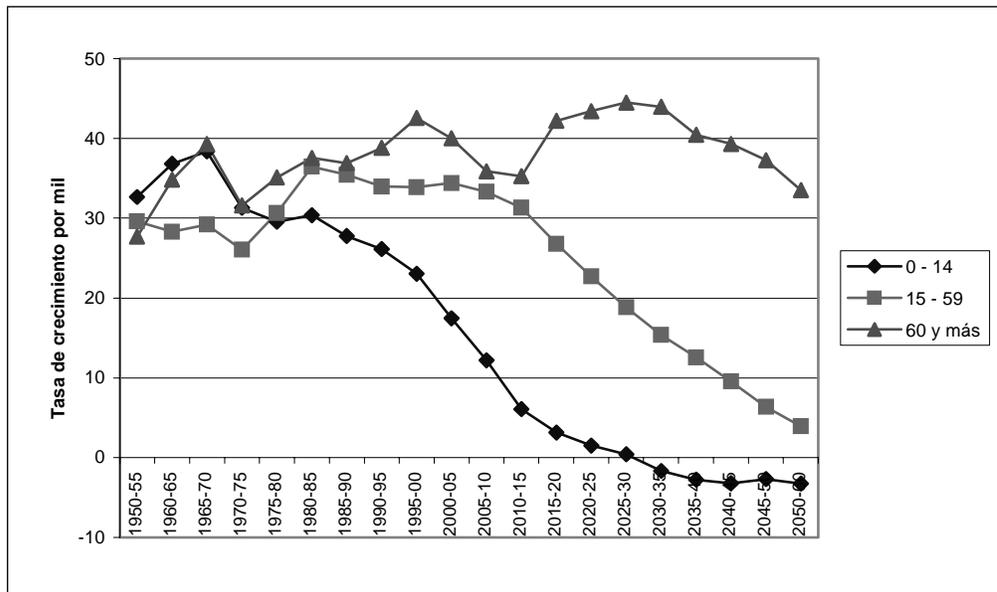
En Brasil, país que comenzó antes que Honduras el cambio en la fecundidad, se produjo una convergencia de la tasa de crecimiento de la población de los tres tramos de edad considerados en el quinquenio 1965-1970, en un valor de aproximadamente 3 por ciento anual. A partir de ese momento se inició una pronunciada baja en la tasa de crecimiento de los niños, la cual se hizo negativa antes del año 2000. En cambio, la población adulta mayor incrementa aún más su ritmo de crecimiento, el que según las proyecciones alcanzará un máximo de 4 por ciento para luego

comenzar a descender. La tasa de crecimiento de la población de 15-59 años de edad tiene un comportamiento intermedio entre la de niños y la de la tercera edad y llegará a ser negativa entre el año 2035 y 2040.

**Gráfico IV.3a**  
**BRASIL: TASA DE CRECIMIENTO POR GRUPOS DE EDAD**



**Gráfico IV.3b**  
**HONDURAS: TASA DE CRECIMIENTO POR GRUPOS DE EDAD**



Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Para Honduras, que inicia este proceso más tardíamente (en el quinquenio 1975-1980), se espera que la tasa de crecimiento de los niños sea negativa recién cerca del año 2030, mientras que en esa época la población adulta mayor superaría el 4 por ciento de crecimiento medio anual.

Los ritmos de crecimiento tan disímiles entre estos grupos de edades traerán como consecuencia un fuerte impacto en la estructura por edades de la población, estando en la raíz del proceso de envejecimiento que se analiza en la sección siguiente.

## **2. La estructura por edades de la población: tendencias y perspectivas**

### *La evolución de la estructura por edades: el envejecimiento de la población*

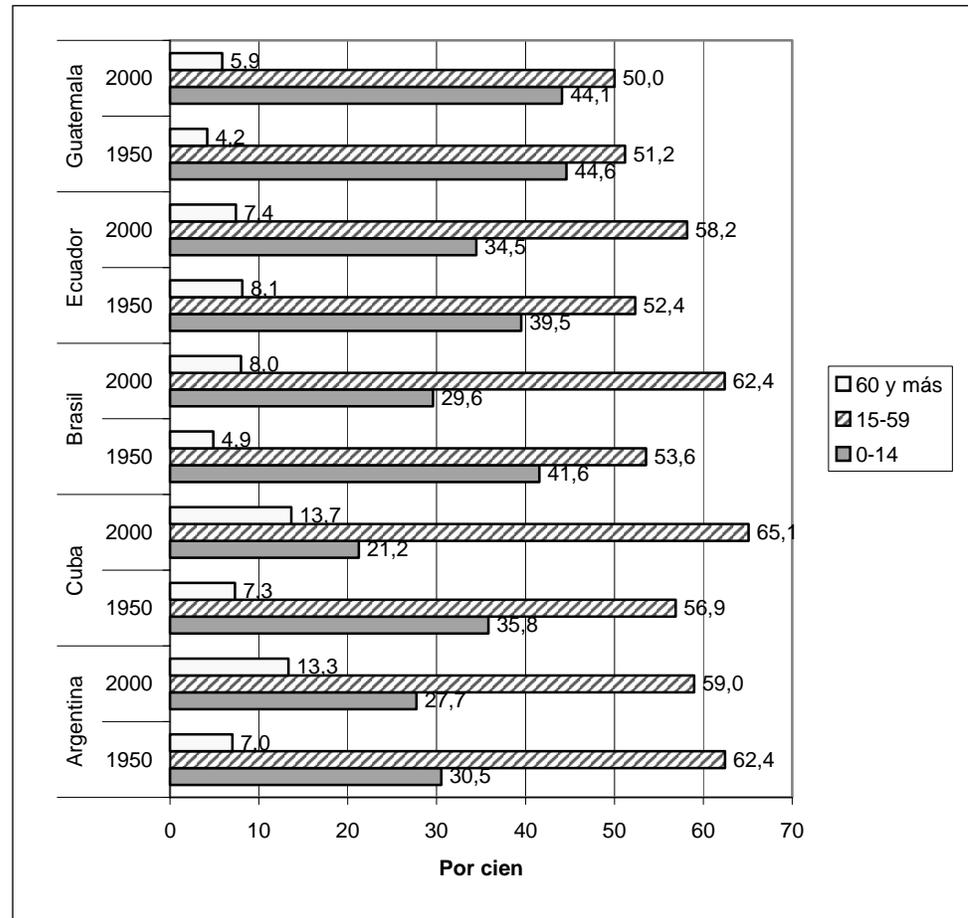
La distribución relativa de la población por edades, al ser la consecuencia de los niveles y tendencias de la fecundidad y la mortalidad, es consustancial a la etapa de la transición demográfica que atraviesan los países. En la medida que transcurren los descensos de la mortalidad y principalmente de la fecundidad se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población.

El proceso de envejecimiento se corrobora al considerar las diferentes tasas de crecimiento por tramos de edades analizadas en la sección anterior (gráfico IV.3). Debido a ello, el total de la población de 60 años y más de edad en América Latina creció durante la década de 1990 en cerca de 9 millones de personas, mientras que la población de menores de 15 años lo hizo en aproximadamente 5 millones. Ello es diametralmente opuesto a lo que ocurría en la década de 1960, en que la población de niños creció en 65 millones y la de adultos mayores en menos de 5 millones (Chackiel, 2000). Esto quiere decir que está cambiando la estructura de la demanda que tiene la sociedad, creciendo ahora más aquella que se relaciona con el adulto mayor y menos la correspondiente a niños. Ello conlleva, por ejemplo, a la necesidad de reestructurar los servicios de salud en función de la presencia cada vez mayor de requerimientos provenientes de las personas mayores.

Como ocurre con los otros aspectos, respecto a la dinámica de la distribución de la población por edades en la región existe una importante heterogeneidad. Los países con transición demográfica incipiente y moderada tienen en general una población joven, representada por una pirámide de población de base ancha por el alto porcentaje de la población de niños (del orden de 40 por ciento de menores de 15 años de edad). Son los casos de la mayoría de los países de América Latina en la décadas de 1950 y 1960 y, todavía en la actualidad, de los países que se encuentran en esa etapa de la transición. Ello se aprecia en la tabla IV.2 del anexo y en el gráfico IV.4 para algunos países de la región.

En las primeras etapas del proceso de transición demográfica se produce un leve o moderado rejuvenecimiento de la población, producto de una baja más pronunciada de la mortalidad, principalmente de la caída de la mortalidad infantil. Este último hecho trae como consecuencia una mayor sobrevivencia de niños, lo que produce un efecto similar a un aumento en la fecundidad, es decir una mayor proporción del grupo 0-14 años de edad. Además, a la baja de la mortalidad infantil, se sumó un moderado aumento de la fecundidad ocurrido en la región en las décadas de 1950 y 1960 como consecuencia de las mejoras en el estado de salud de la población, de la propia baja de la mortalidad general y de aumentos en la nupcialidad (véase sección II.1).

Gráfico IV.4  
**AMÉRICA LATINA: ESTRUCTURA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD.  
 PAÍSES SELECCIONADOS. 1950 Y 2000**



Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones de población vigentes.

El rejuvenecimiento de la población ocurrió en todos los países de la región, exceptuando Uruguay y Argentina, entre 1950 y 1965, como por ejemplo en Costa Rica en que el porcentaje de menores de 15 años de edad pasa de 39 a 47 por ciento, Chile (de 37 a 40 por ciento), Ecuador (de 40 a 45 por ciento), El Salvador (de 43 a 47 por ciento), México (de 42 a 46 por ciento), Paraguay (de 39 a 46 por ciento).

A partir del inicio de la disminución de la fecundidad, generalmente a mediados de la década de 1960, comienza el gradual envejecimiento de la población. Este proceso es producido por la tasa de crecimiento diferenciada según la edad, que muestra, como se mencionó, un pronunciado descenso de la correspondiente a niños y un aumento en el ritmo de crecimiento de las personas adultas mayores (véase sección IV.1, gráfico IV.3).

Los países en plena transición demográfica ya muestran en la actualidad un menor porcentaje de población de menores de 15 años, aunque todavía se mantiene en alrededor de 35 por ciento por efecto de la todavía alta proporción de mujeres en edades reproductivas (tabla IV.2 y el caso de Ecuador en el gráfico IV.4). Debido a la contracción en el porcentaje de niños, en esta etapa se produce un cambio en la pirámide de población, al que se ha denominado “envejecimiento por la base” (Chesnais, 1990).

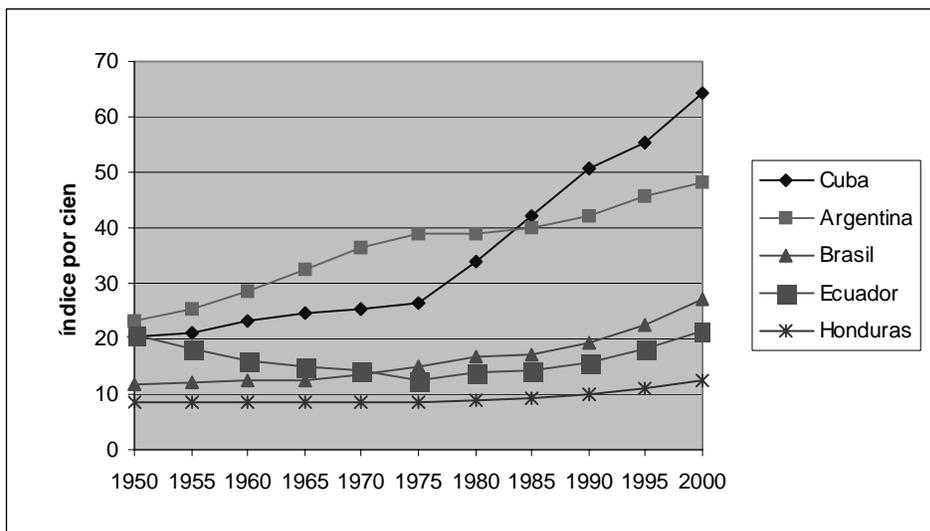
En una etapa avanzada de la transición demográfica, sobre todo en aquellos países que han tenido descensos de la fecundidad importantes en un período breve, se produce un abultamiento de la pirámide en las edades centrales, es decir donde se concentra la población activa. En estos países, como por ejemplo Brasil, la proporción de menores de 15 años de edad en años recientes es cercana o inferior al 30 por ciento y la población de 15-59 años de edad en torno al 60 por ciento (tabla IV.2 y gráfico IV.4). Estos cambios tienen una importante incidencia en la relación de dependencia y en los desafíos que plantea al mercado laboral, como se comenta más adelante.

Si bien se observan modificaciones en la estructura por edades de los países latinoamericanos, según la etapa de la transición demográfica, éstas son más notorias en las edades jóvenes y afectan todavía en menor medida el porcentaje de viejos. Este porcentaje en la mayoría de los países, aunque aumenta algunos puntos, todavía permanece relativamente bajo. Así, por ejemplo, la proporción de población de 60 y más años de edad en países de transición incipiente y moderada se mantiene próximo al 5 por ciento, los de plena transición alcanzan alrededor del 7 por ciento y los de transición avanzada reciente están entre 7 y el 10 por ciento.

Los países excepcionalmente más envejecidos de la región son Uruguay (17 por ciento de mayores de 60 años), Argentina (13 por ciento) y Cuba (14 por ciento). Ello ocurre en los dos primeros, por detentar una baja fecundidad y mortalidad por un período prolongado. En el caso de Cuba está incidiendo su extremadamente baja fecundidad sostenida ya por un cuarto de siglo y también su elevada esperanza de vida al nacer. Aún así, todavía persiste una gran distancia con lo que ocurre en países desarrollados que para el año 2000 ya tienen más de un 20 por ciento de población con 60 años y más de edad.<sup>33</sup>

Si bien el envejecimiento puede percibirse analizando los porcentajes de población en distintos tramos de edades, un indicador más sensible es el llamado índice de envejecimiento que expresa el número de adultos mayores por cada 100 niños.<sup>34</sup> En el gráfico IV.5 se presenta este indicador para países seleccionados de la región.

**Gráfico IV.5**  
**AMÉRICA LATINA: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO. PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2000**



**Fuente:** CEPAL/CELADE, estimaciones vigentes.

**Nota:** El índice de envejecimiento es igual al número de personas de 60 y más por cada 100 menores de 15 años de edad.

<sup>33</sup> Por ejemplo Francia tiene 21 por ciento, Suecia 22 por ciento y Japón 23 por ciento de población de 60 años y más de edad. Estos países se caracterizan por una tasa global de fecundidad muy por debajo del reemplazo (en torno a 1,5) y una esperanza de vida al nacimiento de alrededor de 80 años (Naciones Unidas, 2003).

<sup>34</sup> Se calcula como el cociente de la población adulta mayor (60 años y más de edad) y la de niños (0 a 14 años de edad), por cien.

Sin duda, el caso más espectacular es el de Cuba que de 20 adultos mayores cada 100 niños en 1950, pasa a 65 cada 100 en el año 2000, superando ampliamente a Argentina que continua su proceso de envejecimiento en forma sostenida, pero gradual. Los otros países, por el hecho mencionado de tener una transición demográfica más reciente, están en una etapa emergente del proceso de envejecimiento. De todas maneras, en Brasil, uno de los países de transición avanzada muy reciente pero intensa, de 1965 al 2000 el índice se duplica, pasando de aproximadamente 13 adultos mayores por cada 100 niños, a un índice de 27 por cien.

### *El envejecimiento de los viejos*

La población de 60 años y más comprende a los adultos mayores que están en capacidad de ser activos, tener una participación social más o menos intensa y por lo tanto realizar aportes importantes a la sociedad. Pero también, dentro en este grupo, están los ancianos, de los cuales muchos de ellos ya tienen comprometidas sus capacidades físicas y/o mentales y, por lo tanto, requieren de una atención especial respecto de los cuidados de su salud y de proporcionarle una vida y una muerte dignas. Esto ha llevado a considerar la existencia de una tercera y de una cuarta edad. A efectos prácticos, la mencionada en primer lugar se extendería de los 60 hasta los 74 años de edad y la de los más ancianos de 75 años en adelante.

Debido a los importantes aumentos en la esperanza de vida a los 60 años de edad, también existe una variación en la proporción de la tercera y cuarta edad. Se puede decir que existe un envejecimiento de la población de adultos mayores. El grupo de 75 y más que en 1950 representaba aproximadamente el 17 por ciento de las personas de edad avanzada en América Latina, en el 2000 constituye casi una cuarta parte de esa población. Ahora, en los países que están en las primeras etapas de la transición demográfica, como Guatemala, este porcentaje es del orden del 20 por ciento, mientras en los países más envejecidos de la región, como Argentina y Cuba, ese sector ya es de aproximadamente el 30 por ciento (cuadro IV.2).

**Cuadro IV.2**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA TERCERA Y CUARTA EDAD RESPECTO AL TOTAL DE ADULTOS MAYORES. PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2000**

País	Año	Distribución		
		60 y más	60-74	75 y más
Argentina	1950	100,0	84,2	15,8
	1975	100,0	79,8	20,2
	2000	100,0	72,1	27,9
Cuba	1950	100,0	79,7	20,3
	1975	100,0	79,7	20,3
	2000	100,0	70,9	29,1
Brasil	1950	100,0	84,0	16,0
	1975	100,0	79,7	20,3
	2000	100,0	76,5	23,5
Ecuador	1950	100,0	82,0	18,0
	1975	100,0	78,1	21,9
	2000	100,0	74,9	25,1
Guatemala	1950	100,0	84,6	15,4
	1975	100,0	80,7	19,3
	2000	100,0	78,8	21,2

Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones de población vigentes.

La cada vez más alta proporción de ancianos tiene una enorme importancia desde el punto de vista de las políticas sociales destinadas a la población de edad avanzada. Mientras se prevé un conjunto de medidas para atender las demandas de la tercera edad relacionadas con las condiciones de trabajo y participación social, no debieran descuidarse las que provienen de esta población más envejecida. En particular dar satisfacción a arreglos residenciales adecuados, condiciones de salud, cuidados necesarios y apoyo afectivo. Si bien gran parte de estas necesidades pueden ser cubiertas por las familias, ello se ve dificultado por el menor número de hijos o nietos disponibles por la baja de la fecundidad, y también por los problemas de recursos económicos para afrontar el desafío que implica hacerse cargo de abuelos o bisabuelos. La no-atención adecuada a estas demandas conduce a que estas personas vivan más años pero paradójicamente con una mala calidad de vida.

### *La feminización del envejecimiento*

La mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los hombres, trae como consecuencia una mayor proporción de población femenina en la vejez. Además, dado que las diferencias favorables a la mujer en la expectativa de vida son crecientes, la tendencia del envejecimiento cuenta con una presencia cada vez mayor de población femenina. En la sección III.1 se señaló que en promedio las mujeres latinoamericanas vivían a mitad del siglo pasado 3,5 años más que los hombres, y que esta diferencia prácticamente se duplicó en cincuenta años (6,5 para el quinquenio 1995-2000). Si se toma en cuenta la esperanza de vida a los 60 años de edad, la sobrevivencia de la población femenina es entre tres y cuatro años, lo que no es menor si se considera que a esa edad el promedio de vida es de unos 18 años (Chackiel, 2000).

En el cuadro IV.3 se presentan, para el período 1950-2000, los datos correspondientes al índice de masculinidad del total de la población y a edades avanzadas en países seleccionados. En todos los casos, y en los años analizados, se observa el bajo índice de masculinidad que confirma la mayor presencia de mujeres y, además, que resulta menor a medida que se considera una edad más avanzada. Así por ejemplo en Brasil en el año 2000 mientras para el grupo 60-74 el índice es de 85 hombres cada 100 mujeres, para la edad 75 y más el indicador es de 75 hombres por cada 100 mujeres.

Por otra parte, la tendencia general es de un índice de masculinidad menor a medida que se consideran países más avanzados en la transición demográfica o dentro de un mismo país al avanzar en este proceso. Según Villa y Rivadeneira (2000), las excepciones a este comportamiento están ligadas a movimientos migratorios que en algunos casos, alteran el comportamiento esperado. Eso podría explicar los altos índices de masculinidad observados en Argentina en el año 1950.

Las mujeres viven más años, pero en general su calidad de vida se ve seriamente comprometida, ya que en la mayoría de los casos son viudas que tienen que afrontar muchas veces solas los últimos años. Esta situación se ve agravada porque en muchos casos carecen de los ingresos necesarios para solventar los gastos esenciales que requieren para atender sus necesidades de salud y cuidados personales. A eso se unen las carencias afectivas, al no tener a su lado una pareja que la acompañe, hecho que es menos frecuente en los hombres, para los cuales por razones culturales es más factible rehacer su vida en pareja con una mujer muchas veces más joven.

### *El bono demográfico: ¿una relación de dependencia demográfica favorable?*

El proceso de cambio de la estructura por edades de la población tiene una incidencia importante del punto de vista social y económico, en cuanto trae consigo una modificación en el peso que tienen las edades integradas por población potencialmente pasiva, en relación con aquella que pertenece a edades de población consideradas potencialmente activas o productivas. En general, se considera positivo para una sociedad que la llamada relación de dependencia

demográfica<sup>35</sup> sea baja, pues ello significa que hay proporcionalmente menos personas que constituyen una “carga” que debe ser solventada por la población en edad activa.

**Cuadro IV.3**  
**ÍNDICES DE MASCULINIDAD POR GRUPOS DE EDAD PARA**  
**PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2000**

Año y grupos de edad	Índices de masculinidad			
	Guatemala	México	Brasil	Argentina
1950				
Total	102,1	99,9	98,4	106,1
60 y más	96,1	85,4	81,2	103,0
60-74	97,4	86,8	82,4	108,5
75 y más	89,4	79,1	74,7	78,2
1975				
Total	102,4	100,0	99,6	99,7
60 y más	95,7	84,7	89,7	85,5
60-74	97,1	87,0	92,5	88,7
75 y más	89,7	78,7	79,3	73,9
2000				
Total	96,5	98,0	97,9	96,3
60 y más	92,4	84,6	82,5	73,9
60-74	94,3	88,2	85,1	81,1
75 y más	85,9	74,6	74,7	57,8

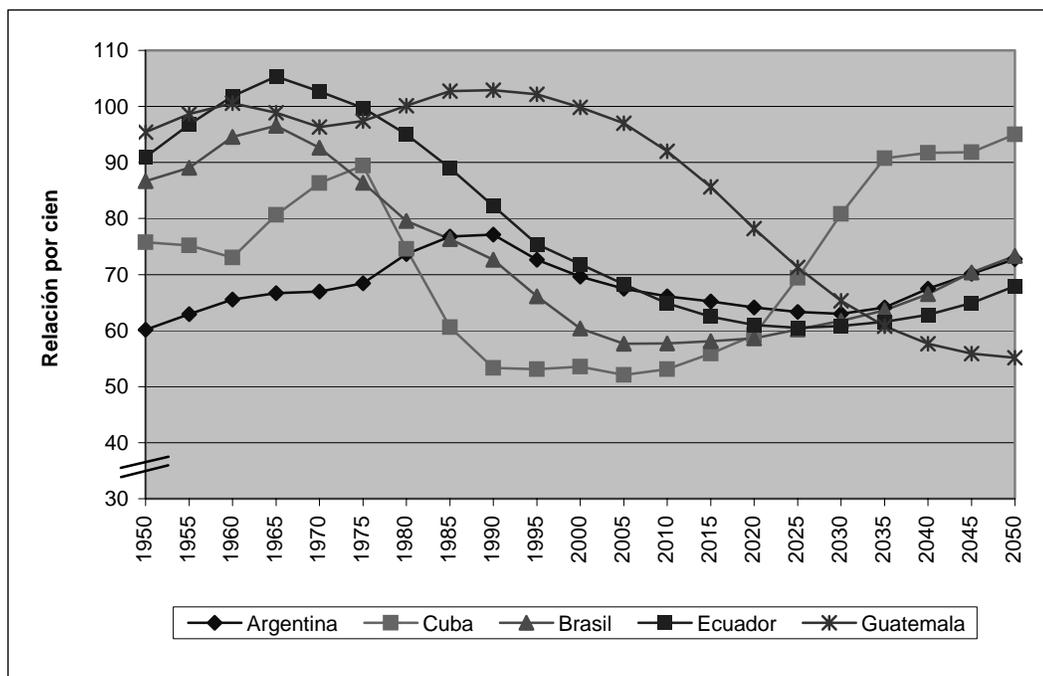
**Fuente:** CEPAL/CELADE. Estimaciones vigentes.

En los inicios de la transición demográfica la relación de dependencia es alta por el elevado porcentaje de niños. En el gráfico IV.6 puede observarse que su valor en Guatemala, en toda la segunda mitad del siglo pasado, es de aproximadamente 100 potencialmente pasivos por cada 100 en edad activa. Se observa también lo mismo para Ecuador hasta 1980 y en menor medida para Brasil hasta 1970. Sin embargo, Argentina, que tiene una población con menor proporción de niños durante todo el período, presenta una relación en torno a 70 por cien. Pero lo que más llama la atención en este gráfico, es la tendencia de los países a la disminución de la relación de dependencia a valores por debajo de 60 por cien. Este hecho ya estaría sucediendo en algunos países que están en un estadio más avanzado de la transición y se prevé que ocurra en los demás.

Esta baja en la relación de dependencia, que tiene una duración de varias décadas, ha sido llamada “bono demográfico” u “oportunidad demográfica”, dado que implica que la sociedad puede disponer de ahorros que pueden volcarse a inversiones productivas o reasignarse a beneficios sociales que hasta ahora no son de fácil atención. Como los ahorros provendrían de la menor presión de la demanda de niños, ya que su población está prácticamente estancada, se postula una reconversión del gasto social, principalmente para dar énfasis en la calidad de la educación y reformas en el sector salud para atender el cambio en el perfil epidemiológico. Se considera una oportunidad de realizar reformas e inversiones que prepararían a los países para cuando la relación de dependencia vuelva a niveles altos, esta vez por el mayor peso de la población adulta mayor.

<sup>35</sup> Se define la relación de dependencia demográfica como el cociente entre la población en edad pasiva (0-14 años de edad más la población de 60 y más) respecto a la población en edad considerada activa (15-59 años). Pueden separarse los componentes del numerador y se tiene la relación de dependencia de niños y la relación de dependencia de la población de adultos mayores.

AMÉRICA LATINA: RELACIÓN DE DEPENDENCIA TOTAL. PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2050



Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Si bien la presencia de bajas relaciones de dependencia marcan un hecho positivo, se han formulado ciertas reservas acerca de pecar de un optimismo desmedrado (Chackiel, 2000). Una de las consideraciones importantes es que para que exista una relación de dependencia efectivamente favorable, debe enfrentarse con éxito la demanda por empleos de una población activa creciente. Un país con una población desocupada importante conduciría a una relación de dependencia real elevada y de nada serviría la estructura demográfica favorable. En este sentido, si bien es un elemento coadyuvante, pareciera que su aprovechamiento estaría dependiendo de la capacidad del mercado laboral para absorber una creciente demanda por empleos.

Otro elemento a considerar es lo que ocurre al interior de los países en que el bono demográfico en la actualidad está beneficiando a los hogares de clase media y alta, que son los que han presentado una mayor baja de la fecundidad. En todo caso, el “bono” para los sectores pobres llegará en la medida que se incorporen a las nuevas conductas demográficas. Mientras tanto, para que ellos sean beneficiados, deberán implantarse políticas de redistribución del ingreso, que aseguren que toda la sociedad usufructúe de la liberación de recursos que implique la baja relación de dependencia.

También hay que considerar el rol que juega en todo esto el cambio en la composición de la relación de dependencia demográfica, ya que ésta esta compuesta por la relación de niños y la de los adultos mayores. Al descender la fecundidad y estancarse el crecimiento de los niños, consecuentemente la relación de dependencia correspondiente a 0-14 años de edad se hace menor (cuadro IV.4).

Hay dudas acerca de la verdadera existencia del bono demográfico, si se considera que aún siendo una relación de dependencia menor, ésta estaría compuesta por un mayor número de personas en edades avanzadas. En ese sentido se sostiene que probablemente el costo de manutención de una persona mayor es varias veces superior al correspondiente a un niño. Ello es claro en lo que respecta al sector salud, dado que las afecciones de los viejos en general son de tipo

crónico y de diagnósticos, procedimientos y tratamientos más onerosos que los que corresponden a niños. A eso se agrega la creciente proporcionalidad de personas en la cuarta edad, para los cuales se hace necesario cuidados permanentes.

**Cuadro IV.4**  
**RELACIÓN DE DEPENDENCIA TOTAL, DE NIÑOS Y DE ADULTOS MAYORES.**  
**PAÍSES SELECCIONADOS. 1950-2000**

País	Año	Relación de dependencia (por cien)		
		Total	0-14 años	60 y más
Argentina	1950	60,2	48,9	11,3
	1975	68,4	49,2	19,2
	2000	69,6	47,0	22,6
Cuba	1950	75,8	62,9	12,8
	1975	89,5	70,7	18,7
	2000	53,6	32,6	21,0
Brasil	1950	86,7	77,6	9,1
	1975	86,4	75,1	11,3
	2000	60,4	47,5	12,9
Ecuador	1950	91,0	75,5	15,5
	1975	99,7	87,5	12,2
	2000	71,8	59,2	12,6
Guatemala	1950	95,4	87,1	8,3
	1975	97,4	88,5	8,9
	2000	99,9	88,1	11,8

Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones de población vigentes.

Lo anterior conduce a afirmar que si bien los dependientes serán menos, no necesariamente será así respecto a los costos que implique para la sociedad asegurarles una buena calidad de vida y su desarrollo como persona.

*Siglo XXI, el siglo del envejecimiento de la población latinoamericana: reconocimiento internacional*

Así como el siglo XX estuvo signado por la transición demográfica de América Latina, el siglo XXI estará marcado por el envejecimiento de la población. El ritmo de este envejecimiento será sobre todo importante en las próximas décadas, debido principalmente a que se integrarán a la población de viejos el numeroso contingente de personas que nacieron en las décadas de 1950 y 1960. Este último hecho, unido al aumento de la esperanza de vida, explica la elevación de las tasas de crecimiento de la población de 60 años y más observadas en la sección IV.2 (gráficos IV.3a y IV.3b).

Durante la segunda mitad del siglo pasado el número de personas de 60 y más años de edad en la región se duplicaba cada 25 años, mientras que en los próximos 25 años aumentará en 2 veces y media. En números absolutos la población de adultos mayores del año 2000 al 2025 pasaría de 40 millones a 96 millones. Ello significa en términos porcentuales que en el primer cuarto de este siglo

las personas de 60 años y más de edad alcanzarán el 14 por ciento de la población total, y se prevé que en el 2050 se acercará a un cuarto de la población (23,3 por ciento).<sup>36</sup>

Mientras en la actualidad Uruguay, país más envejecido de América Latina, tiene un 17 por ciento de personas de 60 y más años de edad, Cuba que será el país más envejecido a mitad de este siglo, tendrá el doble, un 34 por ciento de adultos mayores (véase tabla IV.2 del anexo). Para ese entonces la mayoría de los países de transición incipiente y moderada tendrían una situación similar a la de Uruguay en la actualidad y los países en plena transición y transición avanzada de la región tendrán entre 20 y 28 por ciento de personas de 60 y más años. Para aquilatar la importancia del cambio que vendrá, considérese que para el 2000 todos los países, salvo Uruguay y Argentina, tenían entre 5 y 10 por ciento de personas en esas edades. Ello implica que en los próximos 50 años más que se triplicará el porcentaje de adultos mayores.

Sin embargo, cabe hacer notar que los países más envejecidos, como por ejemplo Francia, Italia y Japón, ya tienen en la actualidad una proporción de población de mayores de 60 años próxima a 25 por ciento, lo que en promedio tendrá América Latina en 50 años más. Además, no se percibe una tendencia al acercamiento de la situación de la región con la de los países desarrollados, ya que debido al descenso de la fecundidad de éstos muy por debajo de la tasa de reemplazo, y el continuo aumento en la esperanza de vida, éstos experimentarán también un mayor proceso de envejecimiento. De esta manera los países aquí mencionados llegarán al año 2050 a tener una población de adultos mayores de alrededor de 40 por ciento de la población total (Naciones Unidas, 2003).

Esta realidad, que como se mencionó, está presente en otras latitudes del mundo, hace que el envejecimiento y sus consecuencias sea una preocupación creciente en todo el planeta, y particularmente en América Latina. Ya en 1982 se llevó a cabo en Viena la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la que elaboró el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, el cual fue refrendado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Este organismo en 1991 aprobó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad y declaró a 1999 como el año internacional de las personas de edad.

El Programa de Acción aprobado en la CIPD (Naciones Unidas, 1995a) recoge esta inquietud tanto en el diagnóstico de la dinámica demográfica, como en la fijación de objetivos y medidas destinadas, entre otras cosas, a crear condiciones que mejoren su calidad de vida, lleven una vida autónoma, y establecer sistemas de atención de salud, sistemas de seguridad económica y social y sistemas de apoyo social para los adultos mayores. La evaluación del Programa de Acción de el Cairo + 5 menciona las deficiencias que tienen los países en desarrollo respecto a servicios y políticas para atender la creciente población de personas de edad (Naciones Unidas, 1999).

Recientemente, en el año 2002, se celebró la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que aprobó el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. “El objetivo del Plan de Acción consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos.” Este hecho se considera un hito en el tratamiento del envejecimiento en el mundo entero.

En noviembre de 2003 se realizó en Santiago de Chile la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento, oportunidad en que se acordó una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. En la estrategia regional se definen prioridades basadas en los principios de las Naciones Unidas y

---

<sup>36</sup> Estas proyecciones de población se hacen bajo el supuesto de que la fecundidad de todos los países alcanza antes del 2050 una tasa inferior al reemplazo. La meta es una tasa global de fecundidad de 1,85 hijos por mujer, salvo para algunos países más retrasados en la transición.

enmarcadas en los compromisos de la Declaración del Milenio. Además se establecen orientaciones generales que fundamentan las metas, objetivos y acciones propuestas.

En particular, entre las orientaciones, se establece: “La incorporación de la cuestión del envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas, con la consecuente reasignación de recursos entre las generaciones, es parte de los ajustes necesarios para dar respuesta a los problemas de las sociedades demográficamente más envejecidas...”

Sin embargo, cabe mencionar que para la mayoría de los países de la región la preocupación por la población de adultos mayores se suma a la presión que todavía se tiene en la atención materno-infantil. Ello, debido a que aunque los niveles de fecundidad han descendido en muchos países, aún existe un número importante de embarazos y nacimientos, que provienen del todavía creciente número de mujeres en edad de procrear.



## V. Patrones y tendencias de la migración internacional

---

En los últimos decenios se hizo patente que América Latina y el Caribe, una región de tradicional atracción migratoria que dejó huellas profundas en su cultura y sociedad, se transformó en fuente de emigración y, al mismo tiempo, la geografía de destinos de los flujos se fue ampliando y diversificando de manera progresiva. Se estima que casi 20 millones de latinoamericanos y caribeños viven fuera de su país de nacimiento; esta cifra equivale a poco más del 13% de los 150 millones de migrantes internacionales en el mundo (IOM-United Nations, 2000).<sup>37</sup> La mitad de los emigrantes regionales emigró durante el decenio de 1990, en especial a los Estados Unidos; en el mismo lapso emergieron nuevos flujos —de magnitud menor, pero con una expansión sin precedentes— dirigidos a Europa, en particular a España. La migración intrarregional, que acompañó las distintas etapas del desarrollo de los países de América Latina y el Caribe, mantiene algunos de sus rasgos tradicionales, pero registra una menor intensidad, asociada en parte a la retracción del carácter atractivo de los principales países de destino (Argentina y Venezuela) (CEPAL, 2002).

Con arreglo a los límites que la información disponible impone al conocimiento actualizado de la migración, es posible sostener que tres grandes patrones migratorios dominaron el mapa regional en la segunda mitad del siglo XX, al que se estaría agregando un cuarto

---

<sup>37</sup> Estas estimaciones no contabilizan una cantidad indeterminada de personas que migra y trabaja en condición irregular o indocumentada ni a quienes se desplazan por períodos breves de tiempo o participan de movimientos circulares o de retorno (CEPAL, 2002).

(Martínez, 2003; Villa y Martínez, 2000 y 2001). El primero de ellos corresponde a la inmigración de ultramar, originada principalmente en el Viejo Mundo. El segundo, cuya persistencia está profundamente anclada en la historia y antecede a la instalación de fronteras, resulta del intercambio de población entre los propios países de la región. Finalmente, el tercer patrón es la emigración hacia el exterior de América Latina y el Caribe —fundamentalmente a los Estados Unidos—, cuya creciente intensidad muestra la presencia de señales de expulsión en la región, a tal punto que conviene distinguir un cuarto patrón emergente que mantiene algunas especificidades que lo diferencian del anterior. Si bien los patrones coexisten, la importancia cuantitativa de los tres primeros ha ido cambiando con el curso del tiempo.

## 1. La posguerra y la migración en la región

Durante los decenios posteriores a la segunda guerra mundial, Europa fue escenario de una vigorosa transformación económica, que comenzó en las naciones del norte y occidente para extenderse después —al amparo de los mecanismos y canales de integración— a los países del sur del continente; ello contribuyó a afianzar la retención de población en su origen. De modo concomitante se fue ensanchando la distancia entre el grado de desarrollo socioeconómico de las naciones europeas y el de los países de América Latina y el Caribe. Ambos factores redundaron en una disminución sustancial de las corrientes migratorias a esta región y sirvieron de estímulo a la migración de retorno al viejo continente. La no renovación de los flujos conllevó un sostenido envejecimiento del *stock* inmigratorio europeo; en estas condiciones, la mortalidad (aunada a la migración de retorno) incidió en una merma progresiva de aquel *stock*: el total de inmigrantes de ultramar censados en los países de la región disminuyó de casi cuatro millones de personas en 1970 a menos de dos y medio millones en 1990.

Si bien la inmigración originada fuera de la región no cesó totalmente —pues todavía se registran flujos menores, procedentes principalmente de Asia— es manifiesta la declinación de su intensidad en los últimos decenios: la proporción de personas de origen extrarregional dentro del *stock* de inmigrantes censados en los países latinoamericanos bajó de algo más de las tres cuartas partes del total en 1970 a poco más de la mitad en 1990 (gráfico V.1). Esta evolución indica que el tradicional carácter atractivo de América Latina para la población de otras regiones mostró claros signos de agotamiento en el último tercio del siglo XX. Con todo, el grueso de esta atracción se circunscribió a algunos países de la región, y así lo muestra el hecho de que Argentina, Brasil y Venezuela concentraban el 80% del *stock* de inmigrantes extrarregionales censados alrededor de 1990; ello no impide reconocer la presencia de un número importante de estos inmigrantes en otros países, especialmente Uruguay, Cuba, Chile y México.<sup>38</sup>

Durante el decenio de 1970 hubo un gran aumento de la migración intralatinoamericana; junto a la persistencia de los factores estructurales, las alteraciones sociopolíticas llevaron a que el número de migrantes se duplicara, para llegar en 1980 a casi dos millones de personas. En cambio, en los años ochenta, y tanto a raíz del impacto de la crisis económica y los subsecuentes programas de reforma estructural —que se hicieron sentir con especial fuerza en las principales naciones de destino— como del restablecimiento de las normas de convivencia civil en varios países, el crecimiento del *stock* de estos migrantes fue más modesto, ya que el total acumulado sólo aumentó a 2,2 millones de personas. Si bien ello sugiere una relativa estabilización del número absoluto de migrantes intralatinoamericanos, los traslados siguieron produciéndose, esta vez con una mayor incidencia de la migración de retorno; además, es probable que parte de la migración tradicional

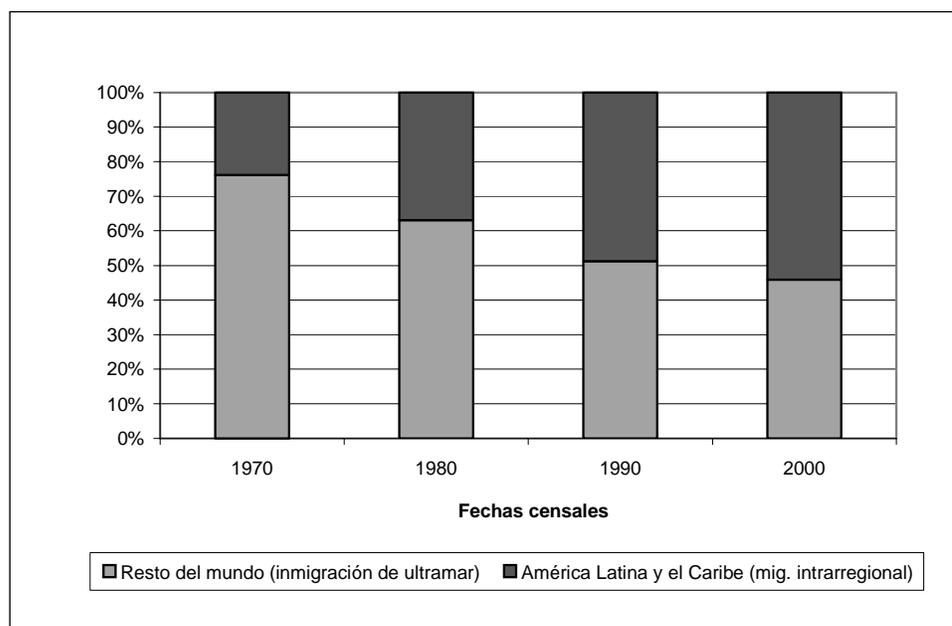
---

<sup>38</sup> En el Caribe no hispano parlante se registran inmigrantes de las antiguas potencias coloniales (Reino Unido, Francia y Países Bajos) y de India.

fuera reemplazada por formas reversibles de movilidad —desplazamientos de duración variable que no involucran el traslado de la residencia—, como fruto de la ampliación de los espacios de vida de una fracción creciente de la población, fenómeno consonante con los nuevos modelos de estructuración territorial de las economías de la región y con los mecanismos de flexibilización laboral.

Gráfico V.1

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE POBLACIÓN INMIGRANTE SEGÚN PROCEDENCIA. 1970-2000**



A lo largo de la llamada “década perdida” de 1980, Argentina y Venezuela experimentaron una ostensible declinación de la intensidad de la inmigración: los datos censales de la ronda de 1990 revelan una disminución del *stock* total de inmigrantes en ambos países; sin embargo, un ejercicio de estimación indirecta permite apreciar que en esos años los dos siguieron registrando una no despreciable inmigración neta desde los países aledaños.<sup>39</sup> En igual lapso, algunas naciones tradicionalmente emisoras de población registraron una importante migración de retorno: la expansión económica de Paraguay en el decenio de 1970, a raíz de la ejecución de grandes obras hidroeléctricas y de un intenso proceso colonizador, alentó el regreso de emigrantes nacionales desde Argentina y la inmigración desde los países vecinos, especialmente de Brasil; desde mediados de los años noventa, junto a la migración de retorno, Chile recibió una apreciable inmigración de personas originarias de otros países de América Latina, en particular de Perú y Argentina (CEDLA y otros, 2000; Martínez, 1997 y 2003).

En Centroamérica, las graves alteraciones sociopolíticas de los decenios de 1970 y 1980 —aunadas a las históricas insuficiencias estructurales en materia de desarrollo— dieron lugar a fuertes desplazamientos fuera de las fronteras nacionales. A raíz de ello, el *stock* de inmigrantes nicaragüenses y salvadoreños aumentó considerablemente en Costa Rica entre 1973 y 1984; esta tendencia persistió en los años siguientes: el censo costarricense de 2000 arroja un total de 300 mil inmigrantes —que equivalen al 8% de la población del país—, más de un 75% de ellos son nicaragüenses, cuyo número se quintuplicó en sólo dieciséis años (INEC, 2001). México fue

<sup>39</sup> Mediante el uso de relaciones de supervivencia intercensales por sexo y edad, para el período 1980-1990, se obtuvo un saldo migratorio neto de 147 mil y 60 mil en Argentina y Venezuela, respectivamente.

también un importante receptor de centroamericanos, procedentes especialmente de Guatemala y El Salvador; algo similar —con cifras menores pero con efectos de gran trascendencia demográfica, económica, social y cultural— puede decirse respecto de Belice. Con todo, los acuerdos de paz suscritos por los principales actores sociales de los países centroamericanos parecen haber contribuido a la reinserción de grupos de personas exiliadas y refugiadas en México: los datos del censo mexicano de 2000 indican una sustancial disminución del número de guatemaltecos. La repatriación no estuvo exenta de dificultades, pues en muchos casos ocurrió en forma precipitada y algunas poblaciones no pudieron reasentarse en sus lugares de origen (Castillo, 1999). Los movimientos en tránsito por México, Belice y Guatemala, y cuyo destino ulterior es los Estados Unidos, son otra faceta de la migración centroamericana. Más allá de la migración convencional, la movilidad temporal de mano de obra, frecuentemente ligada a la estacionalidad agrícola, tiene gran importancia y larga tradición en estos países, como lo pone de manifiesto el flujo de trabajadores guatemaltecos que se desplazan periódicamente a la región de Soconusco, en el estado mexicano de Chiapas (Castillo, 1990).

La conclusión más importante que se puede establecer es que, no obstante los cambios del contexto socioeconómico y político, los orígenes y destinos de las corrientes migratorias dentro de América Latina no se alteraron mayormente entre 1970 y 1990; ello se traduce en una aparente consolidación del mapa migratorio regional hasta ese entonces. Así, casi dos tercios de los latinoamericanos que en 1990 residían en países de la región distintos al de nacimiento se concentraban en Argentina y Venezuela.

En el conjunto de la emigración intrarregional latinoamericana alrededor de 1990, los colombianos registraron la mayor magnitud absoluta: algo más de 600 mil fueron empadronados en los censos de otros países latinoamericanos (90% en Venezuela). Los emigrantes chilenos y paraguayos, con totales cercanos a las 280 mil personas (tres cuartas partes censadas en Argentina), compartían el segundo lugar entre los emigrantes intralatinoamericanos. No obstante su magnitud absoluta, estas cifras representaban —salvo en Paraguay— menos del 3% de las poblaciones de los respectivos países de origen; mención aparte merece la emigración uruguaya —principalmente a Argentina—, que a comienzos del decenio de 1970 alcanzó una intensidad similar a la de la mortalidad en el país de origen (Fortuna y Niedworok, 1985). En Centroamérica, la emigración intrarregional tenía gran significación en los casos de Nicaragua, El Salvador y Guatemala.

La migración entre los países de la Comunidad del Caribe anglófono se distingue por la intensa circulación de personas y una más reducida movilidad vinculada a traslados de residencia (Villa y Martínez, 2002). La información más reciente se remite a comienzos de la década de 1990 y señala que los inmigrantes representaban casi el 4 por ciento de la población de los países, y destacan por sus mayores *stocks* de inmigrantes cinco países: Bahamas, Barbados, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica y Trinidad y Tabago (Mills, 1997). En esta subregión tiene lugar, además, una intensa movilidad irregular; se conoce de deportaciones masivas de caribeños desde los Estados Unidos y se escenifica singularmente la operación de organizaciones criminales internacionales dedicadas a la trata de personas (Thomas-Hope, 2002).

## 2. Los años noventa

Durante la década de 1990, el mapa migratorio regional mostró signos de continuidad en las tendencias y también algunos cambios en sus patrones. Entre los primeros, destacan la disminución del *stock* de extranjeros —principalmente europeos—, la moderada intensidad de los intercambios intrarregionales y, especialmente, la mantención de los Estados Unidos como país de fuerte inmigración. La fuerte emigración hacia el exterior de la región y con destinos diferentes de los Estados Unidos, así como la significativa participación de mujeres en esas nuevas orientaciones,

insinúan una diversificación de destinos y justifican advertir sobre la emergencia de un nuevo patrón durante la década de 1990 (Martínez, 2003). A ellos se agrega el retorno de personas a sus países de origen.<sup>40</sup>

Los inmigrantes provenientes de la propia región son actualmente mayoría en el conjunto de países (cuadro V.1), si bien en Brasil y en México se acercan al 20 por ciento del total. Junto a estas cifras, no obstante, el rasgo más visible es la moderada intensidad promedio de la inmigración intrarregional, ya que, como aconteció en la década anterior, el *stock* de migrantes varió ligeramente con respecto a 1990, sobre todo si se le compara con la evolución en los Estados Unidos. La situación es heterogénea según los países (cuadro V.1): algunos vieron aumentar considerablemente su *stock* de extranjeros (siendo particularmente notorios los casos de Chile y Costa Rica), en tanto que dos de los que poseen los mayores *stocks* (Brasil y Venezuela) registraron un pequeño crecimiento, que no revirtió la tendencia descendente de la inmigración de ultramar.

Cuadro V.1

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: STOCKS DE POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO Y TASAS DE CRECIMIENTO. 1990-2000**

País de nacimiento	Total nacidos en el extranjero			Total nacidos en América Latina y Caribe		
	1990	2000	Tasa de crecimiento	1990	2000	Tasa de crecimiento
Belice	25 746	34 279	3,18	19 732	29 305	4,39
Bolivia	59 807	95 764	5,23	46 623	76 380	5,48
Brasil	767 780	683 769	-1,29	116 417	144 470	2,40
Chile	114 597	195 320	5,33	66 405	139 082	7,39
Costa Rica	88 954	296 461	7,52	73 754	272 591	8,17
Ecuador	73 179	104 130	3,21	53 165	74 363	3,05
Honduras	34 387	27 976	-1,59	29 392	20 097	-2,92
Guatemala	41 352	49 966	2,37	31 652	39 515	2,77
México	340 824	519 707	4,22	86 880	91 057	0,47
Panamá	61 400	86 014	3,37	38 747	53 322	3,19
Venezuela	1 024 121	1 014 318	-0,09	669 355	752 819	1,07
Total países	2 632 147	3 107 704	1,51	1 232 122	1 693 001	2,89

Fuente: Proyecto IMILA del CELADE.

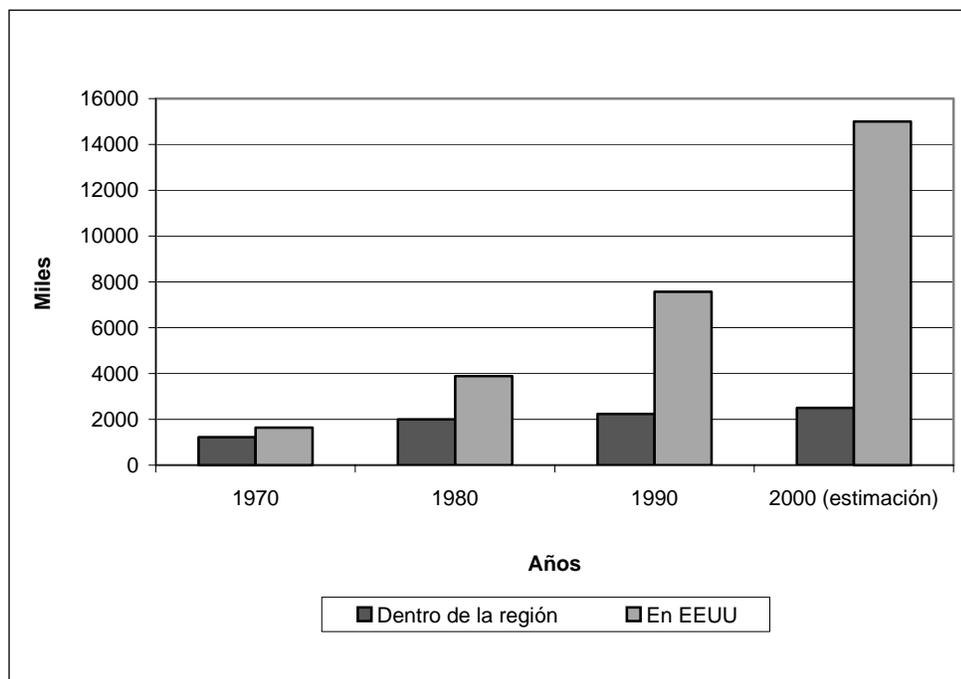
La migración de haitianos a República Dominicana es una de las más distintivas corrientes intrarregionales en el Caribe y en América Latina. Hasta mediados del siglo XX se registraban importantes flujos de población originados principalmente en el noroeste de Haití, densamente poblado y con una deteriorada base de recursos, a zonas situadas más allá del límite internacional, cuyo mayor potencial productivo dejaba la imagen de una frontera agrícola. Gradualmente, estos flujos se fueron convirtiendo en traslados estacionales, con una temporalidad vinculada a la dinámica de las cosechas en las regiones del norte y oeste de República Dominicana (Pellegrino, 2000) y luego devinieron en flujos hacia zonas urbanas, caracterizados por la irregularidad y la inserción laboral informal, el origen urbano, la mayor escolaridad respecto a los residentes en los *bateyes* y una creciente participación de mujeres (Silié, Segura y Dore, 2002). En los últimos años República Dominicana ha sido uno de los principales países caribeños de origen de trabajadoras sexuales víctimas de trata, cuyos destinos son variados e incluyen una escala en países de la propia subregión (CEPAL/CELADE, 2003; Thomas-Hope, 2002).

<sup>40</sup> Nos referimos al proceso de retorno de personas emigradas que captan los censos de población; el período se refiere al quinquenio previo a la fecha del último levantamiento censal.

Tradicionalmente la migración hacia los Estados Unidos, alimentada por los flujos de mexicanos y caribeños, hoy incluye, con creciente fuerza, a centroamericanos y sudamericanos. De allí que la presencia latina, estimada en 15 millones de inmigrantes más sus descendientes, sea actualmente la primera minoría étnica en los Estados Unidos. Una estimación gruesa nos permite imputar a este país unas tres cuartas partes del total de migrantes latinoamericanos y caribeños (gráfico V.2).

Gráfico V.2

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MIGRANTES INTERNACIONALES DENTRO DE LA REGIÓN Y EN ESTADOS UNIDOS. 1970-2000**



Fuente: Proyecto IMILA del CELADE.

En el período intercensal 1980-1990, el número de latinoamericanos y caribeños censados en los Estados Unidos se duplicó, alcanzando un total de casi 8,4 millones de personas, que representaban un 43% del total de la población extranjera presente en aquel país en 1990.<sup>41</sup> Este aumento fue acompañado de una creciente diversificación de los países de origen, puesta de manifiesto por las corrientes procedentes de América Central y Sudamérica. Así, algo más de la mitad de ese total procedía de México y una cuarta parte del Caribe (principalmente, de Cuba, Jamaica y República Dominicana); el cuarto restante se distribuía en proporciones parecidas entre centroamericanos y sudamericanos. No obstante el predominio de los mexicanos—los 4 millones censados en 1990 duplicaron el número registrado en 1980—, el *stock* de inmigrantes que exhibió la mayor tasa de crecimiento en los años ochenta fue el de los salvadoreños (470 mil personas en 1990), que quintuplicaron el número registrado diez años antes. En el mismo decenio, los nicaragüenses y guatemaltecos más que se triplicaron, los hondureños, peruanos y guyaneses se multiplicaron por un factor de 2,8 y los haitianos, bolivianos y paraguayos se duplicaron. Si bien el aumento de cubanos fue pequeño, con casi 740 mil personas constituían el segundo grupo entre los oriundos de América Latina y el Caribe y presentaban la más alta proporción de nacionalizados en los Estados Unidos.

<sup>41</sup> El fuerte ritmo de aumento del *stock* de latinoamericanos y caribeños en los Estados Unidos en el decenio de 1980 se vio influido por la amnistía concedida por la Ley de Control y Reforma Migratoria adoptada por ese país en 1986.

La información proporcionada por la Encuesta Continua de Población (*Current Population Survey*) de los Estados Unidos —fuente sujeta a errores muestrales y a la que se acude en subsidio de los datos no disponibles del censo de 2000— indica que el total de inmigrantes latinoamericanos y caribeños ascendió a 13,1 millones de personas en 1997 y a 14.5 millones en 2000. Estas cifras equivalen a poco más de la mitad del *stock* total de inmigrantes en ese país e implican que los originados en la región se incrementaron en un 57% entre 1990 y 1997 (Schmidley y Gibson, 1999) y en un 73% entre 1990 y 2000 (Lollock, 2001). Según esta fuente, los mexicanos —con casi 8 millones de efectivos— representaban el 54% de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños presentes en los Estados Unidos en 2000; les seguían en importancia relativa los cubanos, dominicanos y salvadoreños, con guarismos menores al millón de personas en cada caso ([www.census.gov](http://www.census.gov)). Como contrapartida de este aumento de la emigración de latinoamericanos y caribeños a los Estados Unidos, en algunos países de la región se observan indicios de una creciente migración de retorno; por ejemplo, el *stock* de nacidos en el exterior contabilizado por el censo de 2000 en México se elevó a 520 mil personas —un 50% más que en 1990—, en su mayoría menores de 20 años y nacidas en los Estados Unidos.

Aunque la insuficiencia de información impide trazar un panorama nítido, es probable que la magnitud de la emigración de latinoamericanos y caribeños a destinos extrarregionales distintos de los Estados Unidos haya alcanzado a cerca de 3 millones de personas en el año 2000. Entre esos destinos se destaca Canadá en América, donde el número de inmigrantes oriundos de la región aumentó de poco más de 320 mil personas en 1986 a casi 525 mil en 1996; si bien los caribeños (principalmente jamaquinos, guyaneses, trinitarios y haitianos) componían la mitad de tal monto, los centroamericanos (en su mayoría salvadoreños) experimentaron un mayor crecimiento en ese decenio, pues su número pasó de menos de 19 mil en 1986 a casi 70 mil en 1996. Varios países europeos albergan población oriunda de América Latina y el Caribe; las mayores concentraciones se registran en el Reino Unido, Países Bajos, España e Italia. La presencia de personas nacidas en la Comunidad del Caribe es muy importante en el Reino Unido, aunque su número disminuyó de 625 mil personas en 1980 a menos de 500 mil en 1991 (datos de OPCS Labour Force Surveys and Census, citados por Thomas-Hope, 2000).<sup>42</sup> En los Países Bajos se estima que los inmigrantes originarios de la región ascendían a 150 mil personas en 2000; la gran mayoría de ellos procedía de Antillas Neerlandesas ([www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl)). Asimismo, la gran mayoría de las 116 mil personas provenientes de la región y presentes en Italia en 2000 eran oriundos de los países de América Latina ([www.istat.it](http://www.istat.it)).<sup>43</sup> En ese mismo año poco más de 70 mil latinoamericanos y caribeños fueron empadronados en Australia y un número similar en Israel: en el primero de estos países predominaban los chilenos ([www.immi.gov.au](http://www.immi.gov.au)) y en el segundo, los argentinos ([www.cbs.gov.il](http://www.cbs.gov.il)).

Lo que realmente es novedoso es que España y Japón han emergido como los destinos de más elevada dinámica reciente de la emigración regional (cuadros V.2 y V.3). Caribeños y sudamericanos son los principales grupos; en estos últimos, destacan los brasileños, ecuatorianos, colombianos y argentinos. El otro rasgo llamativo es que, en general, la información disponible por sexo indica que participan más mujeres que hombres, si bien hay importantes excepciones como para caracterizar a este patrón de manera tajante como “feminizado”.

<sup>42</sup> La corriente de caribeños al Reino Unido fue muy intensa hasta 1962, año en que este país decidió terminar su política de libre admisión de los ciudadanos de la Comunidad del Caribe.

<sup>43</sup> Los peruanos (33 mil), brasileños (19 mil) y ecuatorianos (10 mil) constituían los grupos más numerosos.

Cuadro V.2

**LATINOAMERICANOS Y CARIBEÑOS EN EUROPA  
Y OTROS PAÍSES CON INFORMACIÓN DISPONIBLE. C/RCA 2000**

País de presencia	Total
Alemania	87 614
Austria a/	2 308
Bélgica	4 962
Dinamarca	865
España	840 104
Francia a/	41 714
Holanda	157 745
Italia	116 084
Noruega	14 937
Portugal	25 531
Reino Unido	500 000
Suecia	19 930
<b>Total Europa</b>	<b>1 811 794</b>
Australia	74 649
Canadá	575 955
Israel	78 259
Japón	284 691
<b>Total países con información</b>	<b>2 825 348</b>

Fuente: Proyecto IMILA del CELADE  
a/: Corresponde a 1990.

Cuadro V.3

**ESPAÑA: STOCKS DE LATINOAMERICANOS Y CARIBEÑOS RESIDENTES  
POR PAÍS DE NACIMIENTO Y SEXO. 1991 Y 2001**

País de nacimiento	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		*IM	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Mesoamérica	49 960	131 383	20 875	50 467	29 085	80 916	71,8	62,4
Cuba	24 059	50 753	10 659	22 185	13 400	28 568	79,5	77,7
El Salvador	...	2 754	...	1 014	...	1 740	...	58,3
Honduras	...	3 498	...	1 212	...	2 286	...	53,0
México	11 776	20 943	4 980	8 899	6 796	12 044	73,3	73,9
República Dominicana	7 080	44 088	2 331	13 264	4 749	30 824	49,1	43,0
Otros	7 045	9 347	2 905	3 893	4 140	5 454	70,2	71,4
América del Sur	160 499	708 721	75 185	324 943	85 314	383 778	88,1	84,7
Argentina	53 837	103 831	25 486	51 690	28 351	52 141	89,9	99,1
Bolivia	...	13 184	...	5 987	...	7 197	...	83,2
Brasil	13 673	33 196	6 048	12 224	7 625	20 972	79,3	58,3
Colombia	...	174 405	...	73 099	...	101 306	...	72,2
Chile	...	18 083	...	8 468	...	9 615	...	88,1
Ecuador	...	218 351	...	106 601	...	111 750	...	95,4
Paraguay	...	2 113	...	822	...	1 291	...	63,7
Perú	...	53 621	...	22 164	...	31 457	...	70,5
Venezuela	42 344	67 150	20 116	31 526	22 228	35 624	90,5	88,5
Uruguay	...	24 626	...	12 291	...	12 335	...	99,6
Otros	50 645	161	23 535	71	27 110	90	86,8	78,9
Total Región	210 459	840 104	96 060	375 410	114 399	464 694	84,0	80,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, en [www.ine.es](http://www.ine.es).  
\*IM = Índice de masculinidad.

Desde un punto de vista estrictamente demográfico, es posible sostener que la evolución de los patrones migratorios extrarregionales revela que la región se ha convertido en expulsora neta de población (Cuadro V.4). Con todo, esta afirmación tiene un alcance limitado, pues si bien la mayoría de los países registra un saldo migratorio negativo, y en varios se elevó considerablemente a contar de los años setenta, las estimaciones para la región en su conjunto indican magnitudes relativas menores (Villa y Martínez, 2001). Así, en el decenio de 1980, la tasa media anual de migración neta (negativa) de América Latina fue de menos de dos por mil; las proyecciones nacionales de población asumen que esa tasa se redujo gradualmente, llegando a un valor (negativo) cercano a uno por mil en el segundo quinquenio de los años noventa.

**Cuadro V.4**  
**AMÉRICA LATINA: TASAS DE MIGRACIÓN ESTIMADAS SEGÚN QUINQUENIOS,**  
**POR PAÍSES. 1950-2050**

Países	Tasas de migración (por mil)									
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
<b>América Latina</b>	<b>0,6</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,8</b>	<b>-1,1</b>	<b>-1,5</b>	<b>-1,4</b>	<b>-1,3</b>	<b>-0,9</b>
Argentina	3,4	1,4	1,2	1,1	2,3	-1,6	0,6	0,8	0,7	0,7
Bolivia	-2,1	-2,0	-1,9	-1,8	-1,8	-1,4	-3,5	-3,2	-2,8	0,0
Brasil	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chile	-1,3	-1,1	-0,8	-0,7	-1,6	-1,5	-1,0	-0,6	0,0	-0,7
Colombia	-2,2	-2,6	-2,7	-2,8	-2,4	-2,1	-1,8	-1,5	-1,1	0,0
Costa Rica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	2,5	1,7	3,8	6,9
Cuba	-0,2	-0,7	-5,3	-5,8	-2,5	-2,7	-1,6	-0,8	-1,9	-1,8
Ecuador	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
El Salvador	-1,9	-1,8	-1,7	2,4	-4,6	-7,4	-14,8	-8,9	-2,1	-1,3
Guatemala	0,0	0,0	-1,2	-2,0	-3,6	-7,0	-6,9	-6,1	-4,3	-2,8
Haití	-1,4	-1,6	-2,6	-2,6	-3,9	-3,9	-3,7	-2,8	-2,9	-2,6
Honduras	0,9	0,7	0,9	-5,3	-3,2	-0,3	-1,6	-1,8	-1,5	-0,7
México	-1,4	-1,2	-1,5	-1,8	-2,7	-2,7	-3,4	-4,1	-3,7	-3,3
Nicaragua	-1,2	-1,3	-1,4	-1,8	-2,2	-3,3	-4,8	-7,2	-2,4	-2,5
Panamá	-1,1	-1,0	-1,5	-1,3	-1,2	-0,1	-1,0	-1,3	0,6	0,8
Paraguay	-9,4	-8,5	-5,1	-4,5	-3,2	3,5	-1,5	1,3	-1,1	0,0
Perú	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4	-0,9	-1,7	-4,0	-2,8
República Dominicana	0,0	0,0	-2,0	-2,7	-2,5	-2,3	-1,4	-5,2	-3,3	-1,4
Uruguay	0,9	1,6	-0,5	-2,5	-9,7	-4,2	-2,0	-2,0	-1,3	-1,0
Venezuela	6,0	4,9	0,6	0,5	5,8	5,5	-1,1	0,5	0,0	0,0

Fuente: CELADE, Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

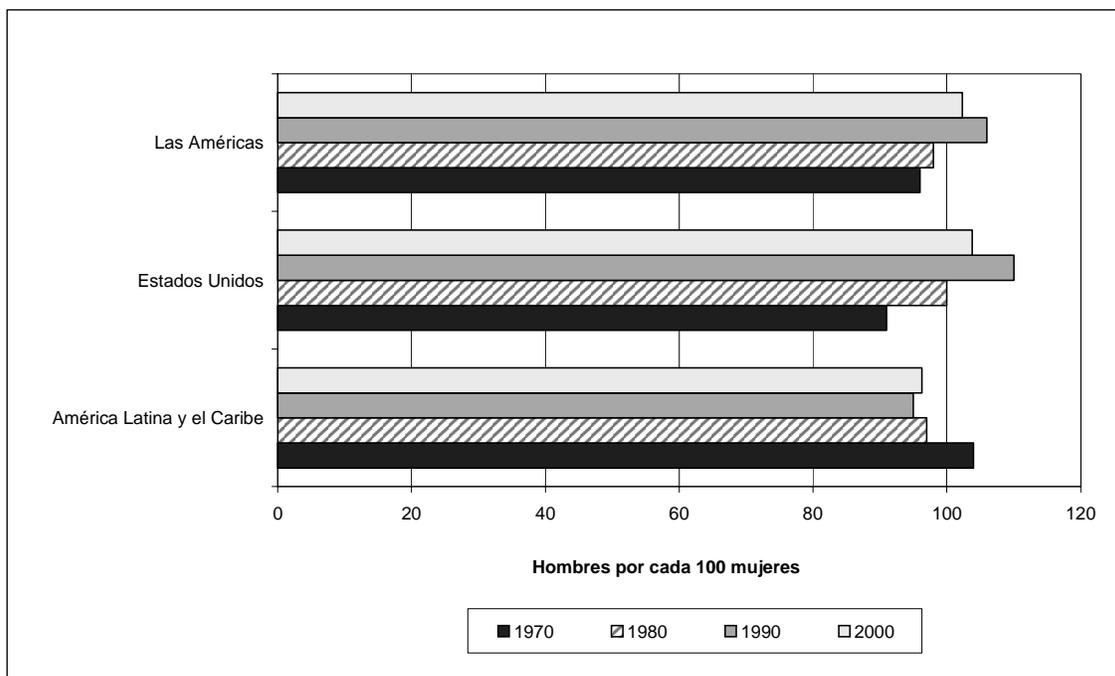
### 3. Una precisión necesaria

De acuerdo con los antecedentes del Proyecto IMILA, la migración intrarregional acusa un predominio de mujeres desde los años ochenta, tendencia que se mantendría en la actualidad y que le confiere un rasgo distintivo en el mundo en desarrollo (gráfico V.3). Un análisis detallado de los intercambios muestra que la composición según género de las diversas corrientes migratorias es muy heterogénea, si bien sigue algunas tendencias. Los datos disponibles alrededor de 2000 muestran que los principales flujos intrarregionales tienden a ser predominantemente femeninos: colombianos en Venezuela (91,4 hombres por cien mujeres), nicaragüenses en Costa Rica (99,8 por cien), colombianos en Ecuador (89,2 por cien) y peruanos en Chile (66,5 por cien), lo que marca la

tendencia de la emigración de cada país de origen. Con todo, hay importantes excepciones (como los argentinos en Chile y Brasil, los colombianos en Panamá, los peruanos en Venezuela y los uruguayos en Brasil) y son numerosos los movimientos de pequeña magnitud que alcanzan comportamientos extremos. Detrás de esta heterogeneidad están tanto la complementariedad entre los mercados de trabajo de los países emisores y receptores como la demanda laboral en actividades de servicios, además de los efectos de la reunificación familiar. Hay, sin embargo, importantes elementos de juicio para reconocer que, crecientemente, la migración de mujeres obedece a motivaciones de diversa índole y, además, diferentes a la de los hombres, desde aquellas estrictamente laborales, pasando por las de carácter familiar, hasta otras más individuales.

**Gráfico V.3**

**RELACIONES DE MASCULINIDAD DE LATINOAMERICANOS Y CARIBEÑOS EN LOS STOCKS DE MIGRANTES SEGÚN REGIONES DE PRESENCIA. 1970-2000**



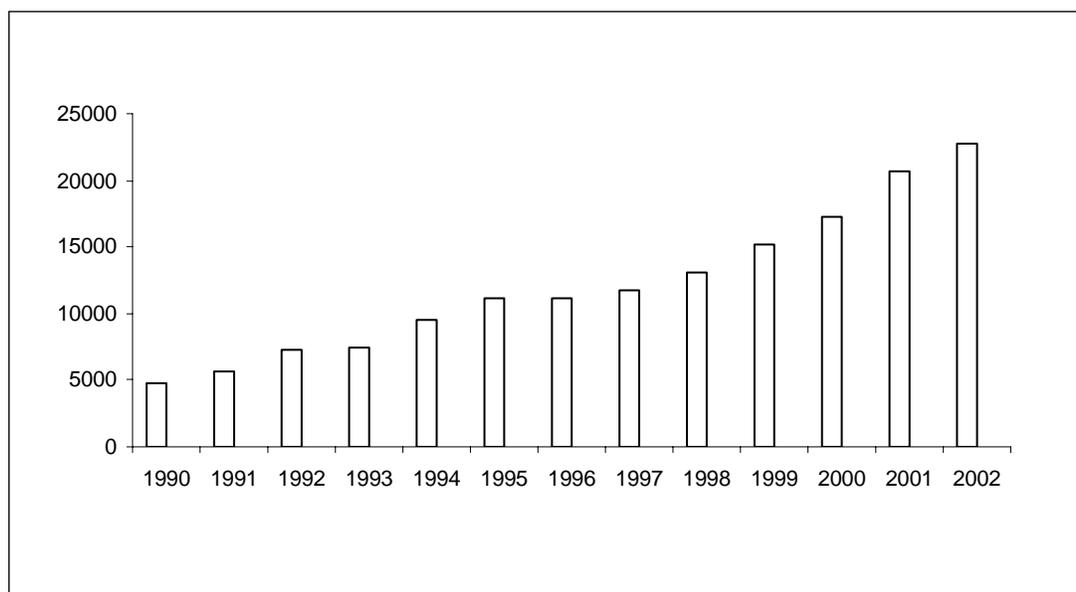
Fuente: Proyecto IMILA del CELADE. Para el año 2000 la información corresponde a 10 países de la región.

#### 4. Migración internacional y remesas

A nivel mediático y en muchos círculos de opinión, las remesas —especialmente su magnitud, son percibidas como el beneficio más directo de la migración internacional para los países de origen. Sin duda, esta visión se extiende día a día y subraya que para mantener la continuidad de los flujos de esas divisas deberían fortalecerse las redes que enlazan las comunidades de origen y de destino, reforzando mecanismos de vinculación con los emigrados, y también sugiere intervenir en el mercado e incentivar el uso productivo. Si es considerada aisladamente, tal visión deja abierta la percepción de la improcedencia o inconveniencia de establecer iniciativas de retención de potenciales migrantes. Lo interesante es que, en cualquier caso, la magnitud actual de las remesas revela tanto lo pequeño de las cuotas de asistencia que los países desarrollados brindan a los países en desarrollo como que las iniciativas individuales de las y los migrantes las superan, pero no las sustituyen.

Las remesas enviadas por los emigrantes pasaron de 7.252 millones de dólares en 1992 a 23.000 millones en 2002 (gráfico V.4). Su incidencia sobre el PIB en la mayoría de los países receptores siguió creciendo, superando el 10% en El Salvador, Honduras y República Dominicana. En otros países, si bien con porcentajes menores, esta incidencia se elevó también considerablemente.<sup>44</sup> Debe tenerse presente que los datos mostrados en el gráfico se refieren siempre a fondos enviados por canales formales únicamente. Un informe del Banco Interamericano de Desarrollo señala que los latinoamericanos y caribeños envían a sus familias 250 dólares entre ocho y diez veces por año (citado por CEPAL, 2002).

**Gráfico V.4**  
**EVOLUCIÓN DE LAS REMESAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. 1990-2002**  
(Millones de dólares)



Fuente: CEPAL (2002) y Lozano Asencio (2000) con datos del FMI.

<sup>44</sup> Las cifras de remesas de 2002 provienen del Fondo Monetario Internacional y fueron complementadas con datos del Banco Mundial en los casos de El Salvador, Honduras y Perú. Con todo, estos registros no incluyen a la totalidad de los países de la región.



## Resumen y conclusiones

---

América Latina ha experimentado un proceso de cambio demográfico sin precedentes en el siglo XX, fundamentalmente en los últimos 50 años, el que continúa en los albores del nuevo siglo. En primer lugar, una reducción de la mortalidad iniciada en la primera mitad del siglo pasado, la cual se expresa en que un latinoamericano en promedio tiene una esperanza de vida al nacer actual de aproximadamente 71 años, alrededor del doble de lo que tenía hace 100 años y 19 años más que en 1950. Con posterioridad comenzó a descender la fecundidad, la cual en pocas décadas se redujo a la mitad. La tasa global de fecundidad en las décadas de 1950 y 1960 era de aproximadamente 6 hijos por mujer, mientras en 1995-2000 es un poco menos de la mitad (2,8 hijos).

### *Fecundidad*

Latinoamérica se ubica en una etapa de plena transición demográfica, en que están descendiendo en forma pronunciada tanto la mortalidad como la fecundidad. No obstante, la evolución descrita corresponde al promedio de la región, donde coexisten países que están en una fase incipiente o moderada de la transición, con alta fecundidad, con otros que están atravesando una transición ya avanzada, con una fecundidad baja, cercana a lo que se considera el nivel de reemplazo de la población (2,1 hijos por mujer).

La caída de la fecundidad está relacionada a un menor número ideal de hijos por parte de las parejas, el que además alcanza a todos los sectores sociales. Ello, ligado a la mayor información y acceso a métodos anticonceptivos modernos, trae como consecuencia que este

proceso en mayor o menor medida haya comenzado a ocurrir no solo en las poblaciones de áreas urbanas y con mayor grado de instrucción, sino que poco a poco se extiende a otros sectores de la sociedad.

A diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, aún no se observan cambios en los patrones de nupcialidad que impliquen un menor número de hijos, como la postergación del matrimonio, el aumento de las disoluciones matrimoniales y el incremento de las uniones consensuales. Por otra parte, si bien hay indicios de acerca del papel que puede estar jugando el aborto inducido en la baja de la fecundidad, la información existente es muy escasa y poco confiable.

Esta declinación acelerada de la tasa global de fecundidad en países de la región avanzados en la transición, abre un interrogante acerca de si seguirán el camino de países europeos y de Cuba, que ya detenta hace un cuarto de siglo valores notoriamente inferiores al nivel de reemplazo, o si se estabilizarán en tasas globales de fecundidad próximas a dos hijos. Al respecto, la División de Población de Naciones Unidas en la actualidad proyecta la tasa global de fecundidad hacia una meta de 1,85 hijos, la que se alcanza en diversos momentos de las próximas décadas. Esta propuesta estaría respaldada por la todavía existente demanda insatisfecha de medios para regular la fecundidad, y por los posibles cambios que puedan ocurrir en los patrones de nupcialidad mencionados en el párrafo anterior. Además, empíricamente, los datos más recientes de censos y encuestas, muestran en varios países de baja fecundidad una continuación en la tendencia descendente observada hasta ahora.

Los países latinoamericanos muestran que las tasas de fecundidad han descendido en todas las edades de las madres, pero principalmente entre las mayores de 35 años. Como consecuencia de ello en general le corresponde un patrón de fecundidad joven. Todavía no se presentan indicios de una evolución hacia una fecundidad tardía, propia de los países europeos de muy baja fecundidad que presentan una elevada edad al casarse y al nacimiento del primer hijo.

Un caso especial es el de las tasas de fecundidad de las adolescentes, que constituye un motivo de preocupación social por el hecho de que en algunos casos ha aumentado de valor y siempre ha descendido con menor intensidad que las otras edades. Este hecho conduce a un aumento sistemático del porcentaje de embarazos y nacimientos de madres entre 15 y 19 años, con los consiguientes problemas sociales que se agregan a las condiciones de pobreza y de falta de cuidados de salud en que se encuentran muchas jóvenes latinoamericanas. Esta situación podría agravar las consecuencias negativas sobre las expectativas de educación y empleo. Además, los datos más recientes no presentan indicios de un cambio de la situación.

### *Mortalidad*

La tendencia al descenso de la mortalidad, medido por la esperanza de vida al nacer, también muestra una fuerte heterogeneidad entre los países de la región. Actualmente, coexisten países con niveles de mortalidad similares a los de países desarrollados, con esperanzas de vida de aproximadamente 75 años, con otros con valores inferiores, e incluso dos de ellos con alrededor de 60 años. Así, si bien las proyecciones de la región muestran que la gran mayoría de los países de la región alcanzarían las metas fijadas en la CIPD de El Cairo de 1994. Ya doce países tienen esperanzas de vida al nacer superiores a 70 años y, de los tres países de mayor mortalidad, solo uno no lograría la esperanza de vida al nacer de 65 años en el año 2005.

La esperanza de vida al nacer de las mujeres es superior a la de los hombres, y esta diferencia aumenta a medida que baja la mortalidad, producto de que se ha tenido más éxito en el combate de causas de defunción que afectan más al sexo femenino. Datos recientes en países de baja mortalidad muestran indicios que hacen pensar que las diferencias podrían disminuir en el

futuro, como producto de que las mujeres participarían de actividades fuera del hogar que las expone a ciertas causas de muerte que afectaban más a los hombres. Además en años recientes se han hecho progresos en el tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas que afectan primordialmente a los hombres lo que les permitiría prolongar sus vidas.

El descenso de la mortalidad en un comienzo favoreció principalmente a la mortalidad en edades tempranas. Ello condujo a que para países con niveles altos de mortalidad la ganancia en años de vida promedio fuera consecuencia de la baja de la mortalidad en la niñez. Por otra parte aquellos países que ya detentan una esperanza de vida más elevada, y una baja mortalidad en la niñez, obtienen sus aumentos debido a la prolongación de la vida de las personas adultas mayores.

La tasa de mortalidad infantil, aunque ha descendido fuertemente, muestra una marcada diferencia entre países y al interior de éstos entre áreas geográficas y sectores sociales. La mayoría de los países de la región tiene tasas en torno al promedio regional, que en el año 2000 es de 34 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. Sin embargo, mientras tres países tienen ya valores próximos a los del mundo desarrollado, cercanas a 10 por mil, los dos países de mayor mortalidad infantil tienen tasas superiores a 60 por mil. Mientras tanto, al interior de los países persisten áreas y sectores, en particular la zona rural y la población analfabeta, con tasas muchos más elevadas, que en algunos casos superan la tasa de 100 muertes por mil nacidos vivos.

Como el descenso de la mortalidad se debe principalmente a la reducción de causas de muerte debidas a enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, este proceso se acompaña de un cambio en la estructura por causas de defunción y por edades. Adquieren mayor relevancia las defunciones causadas por enfermedades crónicas y degenerativas, que son propias de las personas mayores, como por ejemplo las cardiovasculares y los neoplasmas malignos. De esta manera el sector salud debe enfrentarse a un perfil epidemiológico muy diverso. Por ejemplo Guatemala presenta cerca del 50 por ciento de sus muertes antes de los 15 años de edad, frente a Uruguay en que casi el 70 por ciento fallece después de los 65 años.

No obstante, en todo el mundo se producen rebotes de causas transmisibles o la aparición de nuevas enfermedades de ese tipo, en que el caso más notable es el VIH/SIDA. Enfermedades como el cólera, el dengue, el hantavirus, la tuberculosis, etc. se producen en general debido a las condiciones de pobreza y hacinamiento que persisten en los sectores de menores ingresos. El VIH/SIDA, que aunque en la región se da con menos fuerza que en otros países del mundo, es relevante en algunos países, principalmente en el Caribe en que tiene una fuerte incidencia en Haití y en algunos países anglófonos. Aunque con menor importancia, esta enfermedad tiene cierta relevancia en Centroamérica y Brasil y en otros países de Latinoamérica. En el informe de El Cairo +10 se señala que si bien se han hecho avances en el campo de la prevención, existen carencias respecto a las estrategias de atención y apoyo social a las personas infectadas.

También son motivo de preocupación las muertes por causas asociadas a la maternidad. Si bien no son en números absolutos una causa muy destacada, sí lo son por el hecho de que las complicaciones del embarazo y el parto son en general fácilmente superables si se cuenta con los recursos necesarios. La tasa de mortalidad materna en América Latina en promedio para 1995 fue de 190 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que por ejemplo en América del Norte fue de 11 por 100.000. Esta diferencia muestra la enorme inequidad que existe respecto al indicador, lo que se multiplica por varias veces al interior de la región. A pesar de que el monitoreo es difícil por la información poco confiable, el tema persiste como problema de salud pública, y adquiere mayor dimensión en la medida que los datos más recientes no señalan avances claros en la reducción de la tasa de mortalidad por esta causa.

### *El crecimiento de la población*

Como consecuencia de los cambios en la fecundidad y en la mortalidad se está produciendo un descenso de la tasa de crecimiento medio anual de la población y un envejecimiento gradual de la estructura por edades, el que se acentuará en las próximas décadas. La región, que hace 30 o 40 años vivía los que algunos calificaron como una “explosión demográfica”, por tener las tasas de crecimiento más elevadas hasta ahora observadas en el mundo (cerca del 3 por ciento), en la actualidad detenta una tasa más moderada del orden de 1,6 por ciento.

Según la ubicación de los países en el proceso de transición demográfica, se observan importantes diferencias en la tasa de crecimiento de la población. De esta manera, los países con una transición temprana, caracterizada por el descenso de la mortalidad y fecundidad alta o moderada, todavía presentan tasas elevadas, algunos de ellos semejantes a la década de 1960. Los países en transición avanzada presentarían una situación bastante heterogénea, ya que incluyen casos de fecundidad con descensos pronunciados ocurridos recientemente, y otros que tienen ya una baja fecundidad desde la primera mitad del siglo XX. Los países con descensos recientes en la fecundidad, por el alto potencial de crecimiento de su joven estructura por edades, todavía tienen una tasa de crecimiento moderadamente alta (cercana al 2 por ciento). El caso de Cuba debe considerarse como de transición muy avanzada porque su fecundidad lleva 25 años por debajo del reemplazo, sin embargo su tasa de crecimiento es de 0,4 por ciento, debido a que por su potencial de crecimiento recién se haría negativa en el 2025.

Como consecuencia de que las proyecciones de la fecundidad, realizadas por CELADE y la División de Población de Naciones Unidas, tiendan hacia un valor por debajo del nivel de reemplazo de la población (en general TGF=1,85), las tasas de crecimiento se reducirán fuertemente en el futuro. Sin embargo, debido a la joven estructura por edades de la población ningún país, salvo Cuba, tendrá crecimiento nulo o negativo en la primera mitad del siglo XXI.

Debido a la reducción de la fecundidad y a la prolongación de la vida de las personas, se observa una tendencia muy diferente del crecimiento de la población según grupos de edades. Así, mientras la población de menores de 15 años de edad reduce drásticamente su crecimiento y en muchos países ya está alrededor de cero o es negativa, el crecimiento de la población de personas de 60 y más años de edad adquiere en los próximos años su máximo histórico (cerca de un 4 por ciento). Esto último está relacionado con el hecho de que quienes alcanzarán la tercera edad son aquellas personas que nacieron unas cinco décadas antes, cuando la fecundidad era muy alta. Por otra parte el crecimiento de la población en edad activa, se sitúa en un valor intermedio, comenzando su descenso varias décadas después que las tasas correspondiente a los niños.

### *La estructura por edades de la población: el proceso de envejecimiento*

Los ritmos de crecimiento tan disímiles entre los grupos de edades traerán como consecuencia un fuerte impacto en la estructura por edades de la población, estando en la raíz del proceso de envejecimiento que está ocurriendo en gran parte de los países de la región.

En términos de los porcentajes de población en los grandes grupos de edades, la situación es heterogénea entre países, dependiendo de la situación en que se encuentren dentro del proceso de transición demográfica. Los países en transición incipiente y moderada tienen en la actualidad un alto porcentaje de niños, del orden de 40 por ciento, mientras la proporción en la población de 60 y más años de edad es aproximadamente del 5 por ciento. En el otro extremo se ubican los países en transición avanzada, en que la población de menores de 15 años de edad es de 30 por ciento o menos y la de personas de edad, en general superior al 10 por ciento. Uruguay, el país más envejecido de América Latina tiene 17 por ciento de la población en el tramo de 60 y más años. El proceso de envejecimiento se hará sentir en forma más pronunciada en las próximas décadas y a

mitad de este siglo ya cerca de un cuarto de la población latinoamericana pertenecerá al grupo de adultos mayores.

En general existe una posición pesimista acerca del cambio que está ocurriendo en la estructura por edades de la población, considerando que ello aumentará la carga social para brindar a los viejos una vida saludable y digna. Ante esta postura, ha surgido una más optimista que considera que la carga demográfica de una mayor proporción de adultos mayores, se ve más que compensada con la menor presión de la carga demográfica de los niños. Así, la relación de dependencia demográfica total (niños+viejos) durante las próximas décadas tenderá a ser más baja, para luego volver a subir. Esa situación es conocida como la “oportunidad demográfica”, considerando que los menores gastos de crianza y educación de una menor proporción de niños, permitirá reasignar los fondos ahorrados para beneficio del cuidado de los adultos mayores y para inversiones que redunden en un mayor desarrollo, de modo que los países estén mejor preparados para cuando la relación de dependencia suba por el persistente proceso de envejecimiento. Sin embargo, se señalan reservas a la posibilidad de obtener un beneficio de esta “oportunidad”: la capacidad de la economía de generar empleos productivos, los mayores costos de mantener un anciano respecto a un niño, la alta relación de dependencia de los hogares más pobres.

Lo cierto es que el aumento de la proporción de adultos mayores, y dentro de éstos la de los más viejos, con una mayor presencia de mujeres, es un hecho irreversible. Ante ello, es ineludible contemplar políticas y programas para asegurar un retiro laboral en condiciones dignas, asegurar una participación social amplia y brindar los cuidados y afectos necesarios para una muerte también digna.

### *Migración internacional*

Hasta la mitad del siglo XX la región fue escenario de una intensa inmigración de ultramar, que se combinaba con los intercambios intrarregionales y la migración interna. En la actualidad existen drásticos cambios que han alterado visiblemente el mapa migratorio: con menor intensidad, persisten los movimientos entre países, especialmente fronterizos, como parte de un patrón profundamente anclado en la historia y que antecede a la instalación de fronteras. Pero lo distintivo es que la región es fuente de emigración con una geografía de destinos que se ha ampliado de manera progresiva. Casi todos los países presentan un aumento en el número de sus emigrantes y se estima que casi 20 millones de latinoamericanos y caribeños viven fuera de su país de nacimiento, cifra inédita en la historia, y que se alcanzó merced al gran aumento experimentado durante el decenio de 1990, en especial en la migración a los Estados Unidos, si bien emergieron nuevos flujos con una expansión sin precedentes dirigidos a Europa, en particular a España. De todos modos, el país de América del Norte aglutina una fracción abrumadora de los migrantes y lo convierte en el eje de los debates que alimentan las diversas preocupaciones por la migración contemporánea.

Entre algunos aspectos distintivos de los patrones y tendencias de la migración internacional latinoamericana tratados en este documento cabe señalar a los siguientes: a) en la escala intrarregional, no obstante los cambios del contexto socioeconómico y político, y con arreglo a las especificidades subregionales, los orígenes y destinos de las corrientes migratorias dentro de América Latina no se alteraron mayormente entre 1970 y 1990, lo que refleja una consolidación del mapa migratorio regional hasta ese entonces y, de acuerdo con evidencias parciales, esta situación no se habría modificado mayormente en los últimos años, a lo que se puede añadir que en varios de los principales flujos se verifica un predominio de mujeres. En general, Argentina, Costa Rica y Venezuela siguen siendo los nodos migratorios subregionales; b) en los Estados Unidos se estima, como mínimo, que hay un total de 15 millones de inmigrantes de la región en 2000, cifra que equivale a poco más de la mitad del *stock* total de inmigrantes en ese país y que es producto de un

crecimiento del orden de un 73% entre 1990 y 2000. Los mexicanos representaban el 54% de los inmigrantes regionales, seguidos de los cubanos, dominicanos y salvadoreños; c) la fuerte emigración hacia el exterior de la región y la aparición de destinos diferentes de los Estados Unidos, así como la significativa participación de mujeres en esas nuevas orientaciones, sugieren que los destinos se están diversificando y se acompañan de transformaciones cualitativas en los flujos migratorios; esto lleva a advertir la presencia de un nuevo patrón migratorio surgido recientemente, cuyo principal destino sería España, si bien destaca también Canadá en América (con más de medio millón de inmigrantes de la región); d) desde un punto de vista estrictamente demográfico, la región es expulsora neta de población, ya que la mayoría de los países registra un saldo migratorio negativo, y en varios se elevó considerablemente a contar de los años setenta. Sin embargo, las proyecciones nacionales de población asumen que esa tasa se redujo gradualmente, llegando a un valor (negativo) cercano a uno por mil en el segundo quinquenio de los años noventa; e) las remesas familiares han alcanzado una magnitud superior a los 23 mil millones de dólares y su incidencia macroeconómica es notable en algunos países; esto las ha convertido en una de las expresiones más visibles de la migración internacional. El fenómeno ha revelado que las iniciativas individuales superan la asistencia de los países desarrollados a los países y que tienen profundos impactos sociales, pero no se muestra aún como un instrumento de desarrollo nacional.

## Bibliografía

---

- Alfonso, J. C. (2003), *Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. El descenso de la fecundidad*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003, Santiago de Chile.
- Bajraj, R. y J. Chackiel (1995), La población en América Latina y el Caribe: Tendencias y Percepciones. En edición conjunta *Pensamiento Iberoamericano N° 28 y Notas de Población N° 62*, Madrid.
- Bay, G. y otros (2003), *Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003, Santiago de Chile.
- Boongarts, (1978), “A framework for analyzing the proximate determinants of fertility”. En *Population and development review*, Vol. 4, No. 105-132.
- Castillo, M. (1999), “La migración internacional en Centroamérica y su evolución reciente”, en *Revista de Historia*, 40, Heredia, Costa Rica.
- \_\_\_\_\_ (1990), “Población y migración internacional en la frontera sur de México: evolución y cambios”, *Revista Mexicana de Sociología*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- CEDLA (Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario de Bolivia) y otros (2000), *Los derechos humanos de los migrantes*, Capítulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, La Paz, Bolivia.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002), *Globalización y desarrollo*, CEPAL, Santiago de Chile, LC/G.2157 (SES.29/3).
- \_\_\_\_\_ (1993), “Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre población y desarrollo”. En *Informe final de la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, (México, 24 de abril al 4 de mayo de 1993. LC/G.1762 (Conf.83/4); LC/DEM/G.134), Santiago de Chile.

- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2004), *Boletín Demográfico N° 73*, Santiago, Chile.
- \_\_\_\_\_ (2003), *Resumen y aspectos destacados de la Conferencia hemisférica sobre migración internacional: derechos humanos y trata de personas en las Américas*, CEPAL, Santiago de Chile, en prensa.
- \_\_\_\_\_ (1999), *América Latina y el Caribe: examen y evaluación de la ejecución del programa de acción de la CIPD*. Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del 14 y 15 de diciembre de 1998 (LC/DE/G.184), Santiago, Chile.
- \_\_\_\_\_ (1995 a), *América Latina y el Caribe: Dinámica de la población y desarrollo*. Cuadernos de la CEPAL N° 74, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1995b), *Población, equidad y transformación productiva*. LC/DEM/G131/Rev. 2, Santiago de Chile.
- Chackiel, J. (2000), El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?. En *Encuentro Latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. CEPAL/CELADE, serie Seminarios y Conferencias N° 2, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1999), “Mortality in Latin America” en *Health and mortality. Issues of global concern*. Naciones Unidas, ST/ESA/SER.R/152, Nueva York.
- Chackiel, J. y S. Schkolnik (2003), *América Latina: La transición de la fecundidad en sectores rezagados*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003, Santiago de Chile.
- Chesnais, J. C. (1990), *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE e INED-Francia, Serie E N° 35, Santiago de Chile.
- Cleland, J. (2002), “Education and future fertility trends, with special reference to midtransitional countries” En *Completing the fertility transition*. Naciones Unidas, Nueva York.
- Cosío-Zavala, M. E. (1998), *Changements démographiques en Amérique Latine*. Ediciones ESTEM, París.
- \_\_\_\_\_ (1992), La transición demográfica en América Latina y en Europa. En *Notas de Población N° 56*. CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Davis K. y J. Blake (1956), “Social structure and fertility: An analytical framework”. En *Economic development and cultural change*, N° 4.
- Ferrando, D. (2003), *Tendencias de la fecundidad en América Latina. 1950-2000*. CEPAL/CELADE, Santiago de Chile (inédito).
- Fortuna, J. y N. Niedworok (1985), *La migración internacional de uruguayos en la última década*, CIM/Universidad de Georgetown, Proyecto de Migración Hemisférica.
- Frenk, J. y otros (1996), (The epidemiological transition in Latin America” en *Adult mortality in Latin America*. Ian Timaeus, Juan Chackiel, Lado Ruzicka, eds. Carendon Press Oxford, IUSSP, Nueva York.
- García, B. y O. Rojas (2003), *Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003, Santiago de Chile.
- Guzmán, J. M. et al (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), México.
- Hakkert, R. (2003), *Fecundidad deseada y no deseada en América Latina, con particular referencia a sus aspectos de género*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2001), Wanted and unwanted fertility in Latin American. Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Salvador de Bahía, Brasil.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2001), *IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000: resultados generales*, San José, Costa Rica, INEC.
- Lollock, L. (2001), *The foreign born population in the United States. Population characteristics*, U.S. Census Bureau, (www.census.gov).
- Martínez, J. (2003), *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género*, Santiago de Chile, CEPAL, serie Población y Desarrollo, 44, LC/L.1974-P.
- \_\_\_\_\_ (1997), *Situación y tendencias de la migración internacional en Chile*, CELADE, Santiago de Chile, (LC/DEM/R.281), serie B, 120.
- Mills, F. (1997), *1990-1991 Population and housing census of the Commonwealth Caribbean. Regional monograph, intraregional and extraregional mobility, the new Caribbean migration*, Trinidad and Tobago, Caribbean Community.

- Moreno, L. y Singh S. (1992), Descenso de la fecundidad y cambios en sus determinantes próximos en América Latina y el Caribe. En *Notas de Población* N° 55 CELADE. Santiago de Chile.
- Naciones Unidas (2003), *World population prospects. The 2002 revision*. Volumen I, ST/ESA/SER.A/198, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (2001), *Abortion policies. A global review, Country profiles*. Volumen I, II y III, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1999), *Examen y evaluación de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción de la CIPD*. ST/SOA/SER.A/182, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1995a), *Población y desarrollo. Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo*. El Cairo, 5ª 13 de septiembre de 1994. Volumen 1. ST/ESA/SER.A/149, Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1995b), *Women's education and fertility behaviour*. ST/SA/SER.R/137, Nueva York.
- ONUSIDA/OMS (2002), *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA*. Ginebra, Suiza.
- OPS (2002), *La salud en las Américas*. Volumen 1, Washington.
- OPS/CLAP (2003), *Mortalidad materna-perinatal-infantil (América Latina y el Caribe)*. [www.paho.org/spanish/clap/05mort.htm](http://www.paho.org/spanish/clap/05mort.htm) (08/07/2003).
- OPS/OMS (2003), *Monitoreo de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas*. 132ª. Sesión del Comité Ejecutivo, CE 132/19, Washington.
- OPS/OMS y UNUSIDA (2001), *VIH y SIDA en las Américas. Una epidemia multifacética*. OPS, Washington.
- Palazón, S. (1996), "Latinoamericanos en España (1981-1994), Aproximación a un fenómeno migratorio reciente", en *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 11, 32.
- Pantelides, E. A. (2003), *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003, Santiago de Chile.
- Partida, V. (2003), *Tendencias y perspectivas de la fecundidad en México*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003, Santiago de Chile.
- Pellegrino, A. (2000), *Drenaje, movilidad, circulación: nuevas modalidades de la migración calificada*, ponencia presentada al Simposio sobre migración internacional en las Américas, en CEPAL/CELADE/FNUAP/OIM/BID (2000).
- Pérez Brignoli, H. (1994), "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980" en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. Vol. 1, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE. México.
- Perpetuo, I. y otros (2003), *Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en Brasil*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003. Santiago de Chile.
- Raj, D. y otros (1994), "La mortalidad materna en América Latina y el Caribe". En *Notas de Población* N° 60, CELADE, Santiago, Chile.
- Rosero, L. (2003), *La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina*. Seminario La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución? CEPAL, 9 a 11 de junio de 2003. Santiago, Chile.
- Schkolnik, S. y J. Chackiel (1998), "América Latina: la transición demográfica en sectores rezagados" en *Notas de Población* N° 67/68. CEPAL/CELADE. Santiago, Chile.
- Schmidley, A. y C. Gibson (1999), *Profile of the foreign-born population in the United States: 1997*, Washington, D.C., U.S. Census Bureau, Current Population Reports, series P23-195, ([www.census.gov](http://www.census.gov)).
- Silié, Rubén, Carlos Segura y Carlos Dore (2002), *La nueva inmigración haitiana*, FLACSO, Santo Domingo, República Dominicana.
- The Alan Guttmacher Institute (1999), *Sharing responsibility. Women, society and abortion worldwide*. Nueva York.
- Thomas-Hope, Elizabeth (2002), *Human Trafficking in the Caribbean and the Human Rights of Migrants*, Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional: Derechos Humanos y Trata de Personas en las Américas, Santiago de Chile, noviembre.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Trends and patterns of migration to and from the Caribbean countries*, ponencia presentada al Simposio sobre migración internacional en las Américas, en CEPAL/CELADE/FNUAP/OIM/BID (2000).
- Vallin, J. (1996), "Causes of death in low-mortality developing countries" en *Adult mortality in Latin America*. Ian Timaeus, Juan Chackiel, Lado Ruzicka, eds. Carendon Press Oxford, IUSSP. Nueva York.
- \_\_\_\_\_ (1994), *La demografía*. CELADE, Santiago de Chile.

Villa, M. y J. Martínez (2001), *El mapa migratorio internacional de América Latina y el Caribe: patrones, perfiles, repercusiones e incertidumbres*, VI Jornadas de la Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Neuquén, noviembre.

\_\_\_\_\_ (2000), *Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe*, ponencia presentada al Simposio sobre migración internacional en las Américas, en CEPAL/CELADE/FNUAP/OIM/BID (2000).

Villa, M. y L. Rivadeneira (2000), El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. En *Encuentro Latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. CEPAL/CELADE, serie Seminarios y Conferencias N° 2. Santiago de Chile.

Van de Kaa, D. J. (1997), Narraciones ancladas: Historia y resultados de medio siglo de investigaciones sobre los determinantes de la fecundidad. En *Notas de Población* N° 66 CEPAL/CELADE. Santiago de Chile.

WHO/UNICEF/UNFPA (2001), *Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. WHO/RHR/01.9, Ginebra.

## **Anexos**

---



**Tabla I.1**  
**AMÉRICA LATINA: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN PAÍSES. PERÍODO 1950-2050**  
(en miles)

Países	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
<b>América Latina</b>	<b>161 023</b>	<b>184 254</b>	<b>211 208</b>	<b>242 726</b>	<b>276 591</b>	<b>313 170</b>	<b>352 107</b>	<b>392 205</b>	<b>432 323</b>	<b>471 914</b>	<b>511 931</b>
Argentina	17 150	18 928	20 616	22 283	23 962	26 049	28 094	30 305	32 527	34 768	37 032
Bolivia	2 714	3 006	3 351	3 748	4 212	4 759	5 355	5 964	6 669	7 482	8 428
Brasil	53 975	62 893	72 757	84 351	96 021	108 167	121 672	136 178	149 690	162 019	174 719
Chile	6 082	6 764	7 643	8 647	9 570	10 413	11 174	12 102	13 179	14 395	15 398
Colombia	12 568	14 527	16 857	19 591	22 561	25 381	28 447	31 659	34 970	38 542	42 321
Costa Rica	966	1 129	1 334	1 582	1 821	2 051	2 347	2 697	3 076	3 475	3 925
Cuba	5 850	6 417	6 985	7 754	8 520	9 306	9 710	10 115	10 628	10 964	11 199
Ecuador	3 387	3 862	4 439	5 144	5 970	6 907	7 961	9 099	10 272	11 397	12 299
El Salvador	1 951	2 224	2 578	3 012	3 598	4 120	4 586	4 769	5 110	5 669	6 276
Guatemala	3 146	3 619	4 140	4 736	5 419	6 204	7 013	7 935	8 908	10 004	11 225
Haití	3 261	3 508	3 804	4 143	4 520	4 920	5 454	6 134	6 942	7 622	8 357
Honduras	1 380	1 610	1 894	2 245	2 592	3 017	3 569	4 186	4 879	5 654	6 485
México	27 737	31 738	36 945	43 148	50 596	59 099	67 570	75 465	83 226	91 145	98 881
Nicaragua	1 190	1 383	1 617	1 898	2 228	2 622	3 067	3 526	3 960	4 477	4 957
Panamá	860	977	1 126	1 303	1 506	1 723	1 949	2 176	2 411	2 670	2 948
Paraguay	1 488	1 659	1 842	2 081	2 350	2 659	3 114	3 609	4 219	4 828	5 496
Perú	7 632	8 672	9 931	11 467	13 193	15 161	17 324	19 516	21 753	23 837	25 939
República Dominicana	2 353	2 737	3 231	3 806	4 423	5 048	5 697	6 444	7 066	7 705	8 396
Uruguay	2 239	2 372	2 538	2 693	2 808	2 829	2 914	3 009	3 106	3 218	3 337
Venezuela	5 094	6 230	7 579	9 094	10 721	12 734	15 091	17 318	19 735	22 043	24 311

(continúa)

Tabla I.1 (conclusión)

Países	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
<b>América Latina</b>	<b>551 766</b>	<b>590 666</b>	<b>627 775</b>	<b>662 638</b>	<b>694 757</b>	<b>723 378</b>	<b>747 741</b>	<b>767 487</b>	<b>782 848</b>	<b>794 225</b>
Argentina	39 302	41 474	43 498	45 347	47 043	48 560	49 872	50 968	51 843	52 525
Bolivia	9 427	10 426	11 411	12 363	13 268	14 115	14 891	15 588	16 204	16 734
Brasil	187 597	200 019	211 450	221 833	231 174	239 329	246 074	251 275	255 241	258 086
Chile	16 267	17 094	17 865	18 549	19 129	19 587	19 914	20 110	20 195	20 205
Colombia	46 039	49 665	53 183	56 569	59 758	62 716	65 307	67 422	69 090	70 351
Costa Rica	4 322	4 695	5 022	5 328	5 593	5 809	5 982	6 115	6 209	6 270
Cuba	11 369	11 514	11 645	11 743	11 792	11 769	11 677	11 533	11 297	11 001
Ecuador	13 215	14 205	15 200	16 194	17 113	17 946	18 671	19 285	19 786	20 192
El Salvador	6 875	7 441	7 977	8 534	9 062	9 554	9 998	10 386	10 716	10 977
Guatemala	12 700	14 362	16 176	18 055	19 962	21 804	23 546	25 164	26 632	27 929
Haití	9 151	9 994	10 848	11 677	12 519	13 369	14 176	14 939	15 644	16 279
Honduras	7 347	8 203	9 044	9 865	10 656	11 392	12 075	12 709	13 280	13 771
México	106 147	112 891	119 178	124 976	130 196	134 502	137 842	140 199	141 594	142 123
Nicaragua	5 483	6 050	6 635	7 228	7 804	8 358	8 870	9 334	9 743	10 085
Panamá	3 228	3 504	3 764	4 011	4 239	4 447	4 631	4 786	4 909	5 002
Paraguay	6 216	6 980	7 773	8 570	9 355	10 104	10 790	11 392	11 937	12 422
Perú	27 947	29 958	31 972	33 923	35 725	37 345	38 742	39 917	40 845	41 544
República Dominicana	9 100	9 791	10 436	11 014	11 529	12 068	12 542	12 938	13 248	13 475
Uruguay	3 455	3 566	3 681	3 793	3 900	3 996	4 078	4 141	4 186	4 219
Venezuela	26 577	28 834	31 017	33 066	34 938	36 609	38 062	39 284	40 251	41 035

Fuente: CEPAL/CELADE, Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Tabla II.1  
**AMÉRICA LATINA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD ESTIMADAS SEGÚN QUINQUENIOS SELECCIONADOS, POR PAÍSES Y PORCENTAJE DE REDUCCIÓN. 1950-2000**

Países y nivel de Fecundidad	Tasa global de fecundidad					Porcentaje de reducción					
	1950-1955	1955-1960	1965-1970	1975-1980	1985-1990	1995-2000	1955-60 a 1965-70	1965-70 a 1975-80	1975-80 a 1985-90	1985-90 a 1995-2000	1995-2000
	<b>América Latina</b>	5,9	6,0	5,6	4,5	3,4	2,8	6,2	19,2	25,3	18,1
<b>Fecundidad alta</b>											
Guatemala	7,0	6,6	6,3	6,2	5,7	5,0	4,5	1,6	8,1	12,3	28,6
Haití	6,3	6,3	6,0	6,0	5,9	4,4	4,8	0,7	0,3	26,3	30,5
<b>Media alta</b>											
Bolivia	6,8	6,8	6,6	5,8	5,0	4,3	2,8	11,6	13,8	14,0	36,8
Honduras	7,5	7,5	7,4	6,6	5,4	4,3	1,0	11,1	18,6	19,9	42,7
Nicaragua	7,3	7,3	7,1	6,4	5,2	3,9	3,1	9,9	18,7	25,0	46,6
Paraguay	6,5	6,5	6,3	5,2	4,9	4,2	3,1	18,3	4,9	15,0	35,9
<b>Media baja</b>											
El Salvador	6,5	6,8	6,6	5,6	3,9	3,2	2,7	15,4	30,3	18,7	51,2
Perú	6,9	6,9	6,6	5,4	4,1	3,2	4,3	18,0	23,8	22,0	53,6
Ecuador	6,7	6,7	6,5	5,4	4,0	3,1	3,0	16,9	25,9	22,5	53,7
Venezuela	6,5	6,5	5,9	4,5	3,6	3,0	8,6	24,3	18,4	18,2	54,1
República Dominicana	7,4	7,4	6,7	4,7	3,6	2,9	9,8	29,6	23,2	20,2	61,1
Colombia	6,8	6,8	6,2	4,3	3,2	2,8	8,6	29,8	26,9	11,7	58,8
México	6,9	7,0	6,8	5,3	3,6	2,8	1,9	22,4	31,9	22,4	59,4
Panamá	5,7	5,9	5,6	4,1	3,2	2,8	4,6	27,9	21,1	12,5	50,9
Costa Rica	6,7	7,1	5,8	3,8	3,4	2,6	18,5	33,0	13,6	22,6	61,2
Argentina	3,2	3,1	3,0	3,4	3,0	2,6	2,5	-12,8	12,7	12,8	18,2
<b>Baja</b>											
Brasil	6,2	6,2	5,4	4,3	3,0	2,5	12,5	20,0	28,0	19,4	59,7
Chile	5,0	5,4	4,4	2,7	2,7	2,2	17,8	39,2	5,4	17,0	56,0
Uruguay	2,7	2,8	2,8	2,9	2,5	2,4	1,1	-3,1	12,4	5,3	11,3
<b>Muy baja</b>											
Cuba	4,1	3,7	4,3	2,1	1,8	1,6	-16,5	50,3	14,1	15,3	62,2

Fuente: CEPAL/CELADE. Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Tabla II.2  
**TASAS DE FECUNDIDAD Y PORCENTAJE DE NACIMIENTOS DE MADRES DE 15-19 AÑOS SOBRE NACIMIENTOS TOTALES. 1950-2000**

País y nivel de fecundidad	Período											
	1950-1955		1970-1975		1985-1990		1995-2000					
	Tasas	% nacimientos	Tasas	% nacimientos	Tasas	% nacimientos						
<b>América Latina</b>	0,1001	11,4	0,0910	13,3	0,0822	15,6	0,0757	16,5				
<b>Fecundidad alta</b>												
Guatemala	0,1717	17,4	0,1375	16,0	0,1314	17,6	0,1211	18,2				
Haití	0,0768	8,2	0,0657	8,8	0,0910	11,0	0,0701	12,4				
<b>Media alta</b>												
Bolivia	0,0995	10,4	0,0947	11,0	0,0894	13,0	0,0869	13,5				
Honduras	0,1605	16,5	0,1508	16,7	0,1335	18,5	0,1146	18,7				
Nicaragua	0,1680	15,9	0,1579	18,3	0,1665	22,9	0,1437	25,8				
Paraguay	0,0970	13,2	0,0958	14,9	0,0912	12,8	0,0760	12,5				
<b>Media baja</b>												
El Salvador	0,1418	14,9	0,1506	18,5	0,1188	22,4	0,0952	19,2				
Perú	0,1299	13,7	0,0863	10,9	0,0720	12,3	0,0826	16,3				
Ecuador	0,1356	14,0	0,1200	15,5	0,0876	15,2	0,0854	17,6				
Venezuela	0,1268	12,7	0,1026	19,9	0,1037	23,3	0,0941	19,8				
República Dominicana	0,1659	16,5	0,1167	16,1	0,1103	19,8	0,0969	20,2				
Colombia	0,1280	13,0	0,0899	14,5	0,0816	16,1	0,0876	17,7				
México	0,1173	12,4	0,1163	14,0	0,0852	17,2	0,0695	15,0				
Panamá	0,1454	16,9	0,1346	19,4	0,1014	20,4	0,0820	18,4				
Costa Rica	0,1192	13,3	0,1058	19,0	0,0976	17,0	0,0846	19,5				
Argentina	0,0624	10,7	0,0683	12,8	0,0710	13,5	0,0648	13,9				
<b>Baja</b>												
Brasil	0,0825	9,4	0,0683	12,1	0,0804	15,5	0,0897	21,3				
Chile	0,0800	10,2	0,0712	16,2	0,0640	13,2	0,0669	15,3				
Uruguay	0,0595	12,1	0,0654	12,5	0,0664	19,4	0,0701	15,8				
<b>Muy baja</b>												
Cuba	0,0688	10,4	0,1407	22,7	0,0848	26,2	0,0654	16,8				

Fuente: CEPAL/CELADE, Estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Tabla II.3

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, IDEAL DE HIJOS Y PREVALENCIA PORCENTUAL EN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)**

País y fuente	TGF	Ideal de hijos	Uso de MAC	MAC modernos		Píldora	DIU	Otros
				Total	Esterilización femenina			
<b>Fecundidad alta</b>								
Guatemala								
DHS 1987	5,5	3,8	23,2	19,0	nd.	nd.	nd.	nd.
DHS 1998/99	5,0	3,4	38,2	30,9	16,7	5,0	5,0	4,2
Haití								
DHS 1994/95	4,8	3,3	18,0	13,2	nd.	nd.	nd.	nd.
DHS 2000	4,7	3,1	28,1	22,8	2,8	2,3	2,3	15,4
<b>Media alta</b>								
Bolivia								
DHS 1989	5,0	2,6	30,3	12,2	nd.	nd.	nd.	nd.
DHS 1998	4,2	2,6	48,3	25,2	6,5	3,8	3,8	11,1
Nicaragua								
1992	nd.	nd.	48,7	44,9	nd.	nd.	nd.	nd.
1998	nd.	nd.	60,3	57,4	26,1	13,9	13,9	3,5
Paraguay								
DHS 1990	4,7	3,9	48,4	35,2	nd.	nd.	nd.	nd.
CDC 1998	4,3	nd.	57,4	47,7	8,0	13,1	13,1	13,5
<b>Media baja</b>								
El Salvador								
DHS 1985	4,2	3,6	47,3	44,3	nd.	nd.	nd.	nd.
CDC 1998	3,6	nd.	59,7	54,1	32,4	8,1	8,5	5,1
Perú								
DHS 1986	4,3	2,7	45,8	23,0	nd.	nd.	nd.	nd.
DHS 2000	2,9	2,4	68,9	49,7	12,3	6,7	9,1	21,6
Ecuador								
DHS 1987	4,2	3,0	44,2	35,8	nd.	nd.	nd.	nd.
CDC 1999	3,3	2,5	65,8	50,0	22,5	11,1	10,1	6,3
República Dominicana								
DHS 1991	3,3	3,1	56,4	51,7	nd.	nd.	nd.	nd.
DHS 1996	3,2	3,2	63,7	59,2	40,9	12,9	2,5	2,9
Colombia								
DHS 1990	2,8	2,6	66,1	54,6	nd.	nd.	nd.	nd.
DHS 2000	2,6	2,3	76,9	64,0	27,5	11,8	12,4	12,3
México								
DHS 1987	4,0	3,0	52,7	44,6	nd.	nd.	nd.	nd.
1997			67,6	56,0	30,6	14,2	3,2	8,0
<b>Fecundidad baja</b>								
Costa Rica								
1986	nd.	nd.	69,0	58,0	nd.	nd.	nd.	nd.
1999	nd.	nd.	80,0	71,5	21,4	25,6	6,9	17,6
Brasil								
DHS 1986	3,4	2,8	66,2	56,5	nd.	nd.	nd.	nd.
DHS 1996	2,5	2,3	76,7	70,3	40,1	20,7	1,1	8,4
<b>Muy baja</b>								
Cuba								
1987	nd.	nd.	70,0	nd.	22,0	10,0	33,0	nd.
2000	nd.	nd.	73,3	72,1	19,0	3,6	43,5	6,0

**Fuente:** Chackiel y Schkolnik (2003) y Ferrando (2003) con base en las DHS y otras encuestas citadas en la primera columna del cuadro.

Tabla II.4  
**PORCENTAJE DE USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA  
 EN DISTINTAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD**

Países y nivel de fecundidad	Tasa global de fecundidad	Usa cualquier método	Usa métodos modernos						Usa métodos tradicionales				Total					
			Total método mod.	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Total mét. tradic.	Ritmo		Retiro	Otros	No usan métodos		
<b>Alta</b>																		
<b>Guatemala 98/99</b>	5,0	38,2	30,9	5,0	2,2	3,9	0,0	2,3	16,7	0,8	7,2	5,7	1,5	0,1	61,8	100		
Sin instrucción	6,8	19,4	16,0	1,2	0,3	2,3	0,0	0,7	11,4	0,0	3,4	2,8	0,6	0,0	80,6	100		
Primaria	5,2	38,4	31,3	5,9	0,9	4,1	0,0	2,0	17,3	1,2	6,8	5,8	1,4	0,3	61,6	100		
Medio y más	2,9	68,0	53,6	9,0	8,3	5,8	0,2	5,7	23,7	1,0	14,3	11,1	3,3	0,0	32	100		
<b>Media alta</b>																		
<b>Bolivia 1998</b>	4,2	48,3	25,2	3,8	11,1	1,1	0,0	2,6	6,5	-	23,1	20,0	2,3	0,8	51,7	100		
Sin instrucción	7,1	19,4	7,6	0,5	2,8	0,2	0,0	0,4	3,7	-	11,9	9,9	0,4	1,5	80,6	100		
Básico	5,8	38,1	16,4	2,5	6,6	0,8	0,0	1,4	5,1	-	21,7	18,0	2,5	1,2	61,9	100		
Intermedio	4,6	53,3	27,5	6,8	10,0	1,1	0,0	2,2	7,4	-	25,9	22,0	3,0	0,9	46,7	100		
Secundaria y más	2,7	65,2	38,3	4,9	18,5	1,7	0,1	4,7	8,3	-	26,9	24,4	2,4	0,2	34,8	100		
<b>Nicaragua 2001</b>	3,2	68,6	66,1	14,6	6,4	14,3	-	3,3	25,3	0,5	2,5	1,5	1,0	-	31,4	100		
Sin instrucción	5,2	52,1	50,4	8,9	2,0	14,4	-	1,1	21,4	0,0	1,8	1,1	0,6	-	47,9	100		
Primaria 1-3	4,2	67,4	65,8	13,4	2,9	16,4	-	2,2	27,9	0,6	1,6	0,8	0,7	-	32,6	100		
Primaria 4-6	3,3	74,5	72,4	16,8	7,0	15,4	-	3,2	27,4	0,5	2,0	1,4	0,6	-	25,5	100		
Secundaria	2,5	73,0	69,7	17,7	9,0	12,9	-	4,4	24,0	0,7	3,3	1,8	1,5	-	27,0	100		
Superior	1,7	72,7	68,3	11,5	11,9	10,7	-	6,5	26,6	0,3	4,5	3,0	1,5	-	27,3	100		
<b>Media baja</b>																		
<b>Perú 2000</b>	2,9	68,9	50,4	6,7	9,1	14,8	0,6	5,6	12,3	0,5	17,5	14,4	3,2	0,9	31,1	100		
Sin instrucción	5,1	50,2	33,0	2,8	4,0	11,9	0,0	0,8	11,8	0,9	15,2	13,0	2,2	2,0	49,8	100		
Primaria	4,0	63,5	43,8	5,5	4,0	15,7	0,4	2,8	13,8	0,4	18,4	15,2	3,2	1,4	36,5	100		
Secundaria	2,4	74,6	56,7	8,0	11,9	16,8	0,8	6,6	11,6	0,5	17,3	13,6	3,8	0,6	25,4	100		
Superior	1,8	75,5	58,1	7,8	15,6	9,9	0,9	11,3	10,8	0,6	17,3	14,9	2,4	0,1	24,5	100		

(continúa)

Tabla II.4 (conclusión)

Países y nivel de fecundidad	Tasa global de fecundidad	Usa cualquier método	Usa métodos modernos						Usa métodos tradicionales				No usan métodos	Total			
			Total método mod.	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Total mét. tradic.	Ritmo			Retiro	Otros	
<b>Media baja</b>																	
<b>Colombia 2000</b>	2,6	76,9	64,0	11,8	12,4	4,0	0,8	6,1	27,1	1,0	12,3	6,0	6,3	0,7	23,1	100	
Sin instrucción	4,0	72,7	55,5	8,0	2,6	2,0	0,5	2,1	39,3	0,0	15,7	3,6	12,1	1,5	27,3	100	
Primaria	3,6	77,0	62,1	12,7	9,7	2,8	0,5	4,5	30,3	0,5	14,1	5,6	8,4	0,9	23,0	100	
Secundaria	2,4	77,7	66,7	12,6	14,5	5,6	1,0	6,8	24,1	1,5	10,5	5,6	4,9	0,5	22,3	100	
Universitaria	1,5	75,4	63,5	7,2	17,5	3,1	0,9	10,3	22,7	0,9	11,8	9,5	2,3	0,2	24,6	100	
<b>Baja</b>																	
<b>Brasil 1996</b>	2,5	76,7	70,3	20,7	1,1	1,2	0,1	4,4	40,1	2,6	6,1	3,0	3,1	0,3	23,3	100	
Sin instrucción	5,0	64,1	56,6	7,2	0,8	0,4	0,0	2,2	45,7	0,3	6,8	2,7	4,1	0,7	35,9	100	
1-3 años	3,6	69,2	63,7	14,1	0,5	0,8	0,0	2,1	44,9	1,1	5,0	2,0	3,0	0,5	30,8	100	
4 años	3,0	75,0	68,8	20,9	1,0	0,9	0,1	3,6	40,4	1,9	5,8	2,6	3,2	0,4	25,0	100	
5-8 años	2,4	80,1	74,5	27,3	1,0	1,5	0,0	5,1	36,9	2,7	5,5	2,4	3,1	0,1	19,9	100	
9-11 años	1,7	83,1	75,4	23,0	1,5	1,9	0,0	6,0	38,8	4,1	7,6	4,6	3,0	0,1	16,9	100	
12 o más	1,5	85,7	76,3	19,4	3,3	0,8	0,4	8,8	35,7	8,0	9,1	6,4	2,7	0,3	14,3	100	

Fuente: Ferrando, Delicia (2003).

Tabla II.5

**MESES DE LACTANCIA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA EN DISTINTAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

Países y nivel de fecundidad	Nivel de instrucción									
	Total		Sin instrucción		Primaria		Secundaria		Superior	
	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia
<b>Alta</b>										
Guatemala										
DHS-87	5,6	20,6	7,0	22,9	5,6	20,1	3,3	14,4	-	-
DHS-95	5,1	19,8	7,1	22,2	5,1	19	2,7	11,0	1,8	9,6
DHS-98/99	5,0	19,9	6,8	21,4	5,2	19,0	2,9	13,6	-	-
<b>Media alta</b>										
<b>Bolivia</b>										
DHS-89	4,9	16,2	6,1	17,8	5,9	17,3	4,5	15,2	2,9	12,3
DHS-94	4,8	17,5	6,5	20,7	6,0	18,0	4,9	15,2	2,7	15,1
DHS-98	4,2	17,5	7,1	20,5	5,8	18,4	4,6	15,8	2,7	15,9
<b>Nicaragua</b>										
ESF-92/93	4,5	12,3	6,8	15,9	4,7	12,2	3,4	9,6	2,4	9,4
DHS-98	3,9	12,2	6,1	17,6	4,7	14,1	2,7	8,4	1,5	6,0
DHS-2001	3,2	17,0	5,2	20,2	3,8	18,4	2,5	14,7	1,7	9,4
<b>Media baja</b>										
<b>Perú</b>										
DHS-86	4,5	16,3	7,0	-	6,1	-	4,7	-	2,9	-
DHS-92	3,5	17,3	7,1	21,9	5,1	19,3	3,1	14,8	1,9	10,3
DHS-96	3,5	19,5	6,9	22,4	5,0	19,9	3,0	19,5	2,1	15,0
DHS-2000	2,9	21,6	5,1	25,4	4,0	21,9	2,4	22,0	1,8	17,4
<b>República Dominicana</b>										
DHS-86	3,7	9,4	5,3	12,7	4,3	10,0	2,9	7,2	2,1	6,2
DHS-91	3,3	5,9	5,2	16,6	3,8	7,1	2,8	5,2	2,6	2,5
DHS-96	3,2	7,6	5,0	14,2	3,0	9,1	2,6	6,5	1,9	4,4
<b>Colombia</b>										
DHS-86	3,3	11,1	5,4	12,4	4,2	11,9	2,5	9,5	1,5	-
DHS-90	2,9	8,5	4,9	13,7	3,6	9,4	2,4	7,8	1,6	4,9
DHS-95	3,0	11,3	5,0	12,2	3,8	12,6	2,6	10,6	1,8	7,8
DHS-2000	2,6	13,1	4,0	9,9	3,6	16,9	2,4	12,6	1,5	6,4
<b>Baja</b>										
<b>Brasil</b>										
DHS-96	2,5	7,0	5,0	5,8	3,3	7,6	2,4	6,5	1,6	7,5

Fuente: Ver primera columna del cuadro.

Tabla III.1

**AMÉRICA LATINA: ESPERANZA DE VIDA AL NACER ESTIMADA SEGÚN QUINQUENIOS  
SELECCIONADOS POR PAÍSES Y REDUCCION EN AÑOS. 1950-2000**

Países y nivel de mortalidad	Esperanza de vida al nacer						Reducción en años				
	1950-1955	1955-1960	1965-1970	1975-1980	1985-1990	1995-2000	1955-60 1965-70	1965-70 1975-80	1975-80 1985-90	1985-90 1995-00	1950-55 1995-00
<b>América Latina</b>	<b>51,8</b>	<b>54,7</b>	<b>59,1</b>	<b>63,4</b>	<b>67,3</b>	<b>70,6</b>	<b>4,4</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,3</b>	<b>18,8</b>
<b>Alta (menos de 65)</b>											
Bolivia	40,4	41,9	45,1	50,1	57,3	62,0	3,2	5,0	7,3	4,7	21,6
Haití	37,6	40,7	46,3	50,7	53,6	57,2	5,6	4,4	2,9	3,7	19,7
<b>Media alta (65-69)</b>											
Guatemala	42,0	44,2	50,1	56,2	60,9	66,3	5,9	6,0	4,8	5,4	24,3
Nicaragua	42,3	45,4	51,9	57,6	62,2	68,0	6,5	5,7	4,6	5,8	25,7
Perú	43,9	46,3	51,5	58,5	64,4	68,3	5,2	7,0	5,8	3,9	24,4
República Dominicana	46,0	50,0	57,0	62,1	65,1	68,6	7,0	5,1	3,0	3,5	22,6
El Salvador	45,3	48,6	55,9	57,1	63,4	69,4	7,4	1,1	6,3	6,0	24,2
Brasil	51,0	53,4	57,9	61,8	65,5	69,4	4,5	3,9	3,7	3,9	18,4
Paraguay	62,6	63,2	65,0	66,5	67,6	69,7	1,8	1,5	1,1	2,1	7,1
Honduras	41,8	44,6	51,0	57,7	65,4	69,8	6,5	6,7	7,7	4,4	28,0
<b>Media baja (70-74)</b>											
Colombia	50,6	55,1	60,0	64,0	67,9	70,7	4,9	3,9	3,9	2,8	20,0
Venezuela	55,2	58,1	63,8	67,7	70,5	72,2	5,7	3,9	2,8	1,7	17,0
Ecuador	48,4	51,4	56,8	61,4	67,5	72,3	5,4	4,7	6,1	4,8	24,0
México	50,7	55,3	60,3	65,3	69,8	72,4	5,0	5,0	4,5	2,6	21,7
Argentina	62,7	64,7	66,0	68,8	71,0	73,1	1,2	2,8	2,3	2,1	10,4
Panamá	55,3	59,3	64,3	69,0	71,9	73,8	4,9	4,7	2,9	1,9	18,5
Uruguay	66,3	67,2	68,6	69,6	72,1	74,1	1,4	1,0	2,5	2,0	7,9
<b>Baja (75 y más)</b>											
Chile	54,8	56,2	60,6	67,2	72,7	75,7	4,4	6,6	5,5	3,0	20,9
Cuba	59,5	62,4	68,6	73,1	74,6	76,0	6,2	4,5	1,5	1,5	16,6
Costa Rica	57,3	60,2	65,6	71,0	75,2	77,3	5,5	5,4	4,2	2,1	20,0

Fuente: CEPAL/CELADE: Proyecciones demográficas vigentes.

Tabla III.2

**AMERICA LATINA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADAS  
SEGÚN QUINQUENIOS POR PAÍSES Y PORCENTAJE DE REDUCCION, 1950-2050**

Países y nivel de mortalidad	Tasas de mortalidad infantil (por mil)										Reducción % 1950-2000
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	
<b>América Latina</b>	<b>127,7</b>	<b>114,2</b>	<b>102,1</b>	<b>92,3</b>	<b>81,7</b>	<b>69,8</b>	<b>57,5</b>	<b>47,6</b>	<b>39,2</b>	<b>33,0</b>	74,2
<b>Mortalidad alta</b>											
Haití	219,6	193,5	176,2	165,2	152,2	139,2	122,1	100,1	74,1	66,1	69,9
Bolivia	175,7	169,7	163,6	157,5	151,3	131,2	109,2	90,1	75,1	66,7	62,0
<b>Media alta</b>											
Guatemala	140,8	133,8	126,7	115,5	102,5	90,9	79,3	67,1	54,8	45,5	67,7
Nicaragua	172,3	150,7	131,3	113,8	97,9	90,1	79,8	65,0	48,0	35,0	79,7
Perú	158,6	148,2	136,1	126,3	110,3	99,1	81,6	68,0	55,5	42,1	73,5
República Dominicana	149,4	132,2	117,5	105,0	93,5	84,3	62,5	54,1	46,6	40,0	73,2
El Salvador	151,1	137,0	122,7	110,3	105,0	95,0	77,0	54,0	40,2	32,0	78,8
Brasil	134,7	121,9	109,4	100,1	90,5	78,8	63,3	52,4	42,5	34,1	74,7
Paraguay	73,4	69,7	62,3	58,6	53,1	51,0	48,9	46,7	43,3	39,2	46,6
Honduras	169,3	153,9	135,5	119,0	103,7	81,0	65,0	53,0	43,0	35,0	79,3
<b>Media baja</b>											
Colombia	123,2	105,3	92,1	82,2	73,0	56,7	48,4	41,4	35,2	30,0	75,6
Venezuela	106,4	89,0	72,8	59,5	48,7	39,3	33,6	26,9	23,1	20,7	80,5
Ecuador	139,5	129,4	119,2	107,1	95,0	82,4	68,5	55,5	44,2	33,3	76,1
México	121,2	101,5	88,0	79,4	69,0	56,8	47,0	39,5	34,0	31,0	74,4
Argentina	65,9	60,4	59,7	57,4	48,1	39,1	32,2	27,1	24,3	21,8	66,9
Panamá	93,0	74,9	62,7	51,6	43,7	36,3	31,6	29,6	27,0	23,7	74,5
Uruguay	57,4	53,0	47,9	47,1	46,3	42,4	33,5	22,6	20,1	17,5	69,5
<b>Baja</b>											
Chile	120,3	118,3	109,0	89,2	68,6	45,2	23,7	18,4	14,1	11,5	90,4
Cuba	80,6	69,9	59,4	49,7	38,5	22,5	17,0	12,9	10,0	7,5	90,7
Costa Rica	93,8	87,7	81,3	67,7	52,5	30,4	19,2	17,4	14,5	11,8	87,4

Fuente: CEPAL/CELADE, estimaciones y proyecciones vigentes.

Tabla III.3

**ESTIMACIONES DEL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS, LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NACIMIENTOS Y LOS RANGOS DE INCERTIDUMBRE, 1995**

Países	Muertes maternas	Tasa de mortalidad materna	Rango de incertidumbre	
			Estimación menor	Estimación superior
Argentina	550	85	44	90
Bolivia	1 400	550	370	740
Brasil	8 800	260	190	340
Chile	90	33	11	95
Colombia	1 200	120	40	320
Costa Rica	30	35	29	60
Cuba	35	24	12	48
Ecuador	640	210	150	270
El Salvador	300	180	65	470
Guatemala	1 000	270	130	420
Haití	2 800	1 100	420	2 300
Honduras	440	220	200	240
México	1 600	65	34	130
Nicaragua	410	250	95	540
Panamá	60	100	34	260
Paraguay	270	170	65	390
Perú	1 500	240	190	280
República Dominicana	220	110	37	300
Uruguay	30	50	17	150
Venezuela	220	43	14	120

Fuente: WHO/UNICEF/UNFPA (2001).

Tabla IV.1

**AMÉRICA LATINA: TASA DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE LA POBLACIÓN  
SEGÚN ETAPA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.  
PERÍODO 1950-2050**

Países	Tasas de crecimiento total (por mil)									
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
<b>América Latina</b>	<b>27,0</b>	<b>27,3</b>	<b>27,8</b>	<b>26,1</b>	<b>24,8</b>	<b>23,4</b>	<b>21,6</b>	<b>19,5</b>	<b>17,5</b>	<b>16,3</b>
<b>Transición incipiente</b>										
Haití	14,6	16,2	17,1	17,4	17,0	20,6	23,5	24,7	18,7	18,4
<b>Transición moderada</b>										
Guatemala	28,0	26,9	26,9	26,9	27,1	24,5	24,7	23,1	23,2	23,0
Bolivia	20,5	21,8	22,4	23,3	24,4	23,6	21,5	22,3	23,0	23,8
Nicaragua	30,1	31,2	32,1	32,0	32,6	31,3	27,9	23,2	24,6	20,4
Honduras	30,9	32,5	33,9	28,8	30,3	33,6	31,9	30,6	29,5	27,5
<b>Transición plena</b>										
Perú	25,5	27,1	28,8	28,0	27,8	26,7	23,8	21,7	18,3	16,9
El Salvador	26,2	29,6	31,1	35,6	27,1	21,5	7,8	13,8	20,7	20,4
Paraguay	21,7	21,0	24,4	24,3	24,7	31,6	29,5	31,2	27,0	25,9
Ecuador	26,2	27,8	29,5	29,8	29,2	28,4	26,7	24,3	20,8	15,2
Venezuela	40,3	39,2	36,4	32,9	34,4	34,0	27,5	26,1	22,1	19,6
México	27,0	30,4	31,0	31,9	31,1	26,8	22,1	19,6	18,2	16,3
República Dominicana	30,3	33,2	32,7	30,0	26,5	24,2	24,7	18,4	17,3	17,2
Colombia	29,0	29,8	30,1	28,2	23,6	22,8	21,4	19,9	19,5	18,7
Panamá	25,5	28,4	29,1	29,1	26,9	24,7	22,0	20,6	20,5	19,8
<b>Transición avanzada</b>										
Costa Rica	31,2	33,3	34,2	28,1	23,8	27,0	27,8	26,3	24,4	24,4
Chile	21,3	24,4	24,7	20,3	16,9	14,1	16,0	17,0	17,7	13,5
Brasil	30,6	29,1	29,6	25,9	23,8	23,5	22,5	18,9	15,8	15,1
Argentina	19,7	17,1	15,6	14,5	16,7	15,1	15,2	14,2	13,3	12,6