

Desarrollo e igualdad: el pensamiento de la CEPAL en su séptimo decenio

Textos seleccionados del período 2008-2018

Ricardo Bielschowsky - Miguel Torres | compiladores





Capítulo VII

Consecuencias sociopolíticas de las tendencias demográficas

Las grandes tendencias

- A. Cae rápidamente la fecundidad hacia el nivel de reemplazo
- B. La población seguirá creciendo hasta mediados de siglo
- C. Aumenta la esperanza de vida
- D. Se expande la migración intrarregional
- E. Persisten las desigualdades reproductivas
- F. Continúa la exclusión de los pueblos indígenas y de los afrodescendientes

Políticas en la transición demográfica

- A. Aprovechar el ahorro en educación para mejorar su calidad
- B. Eliminar la discriminación de jóvenes y mujeres en el mercado laboral
- C. Preparar los sistemas de salud para sociedades en proceso de envejecimiento
- D. Mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes
- E. Proteger los derechos de los indígenas y afrodescendientes
- F. Adecuar los sistemas de pensiones
- G. Crear un sistema público de cuidado

Las grandes tendencias*

A. Cae rápidamente la fecundidad hacia el nivel de reemplazo

El descenso de la fecundidad fue la principal característica de la transformación demográfica regional en la segunda mitad del siglo XX. La región pasó de tasas de fecundidad muy altas (5,5 hijos por mujer) en comparación con el contexto mundial entre 1965 y 1970 a tasas apenas superiores (2,2 hijos) al nivel de reemplazo en la actualidad (véase el cuadro VII.1)¹. Además de la velocidad e intensidad de esta caída, destaca su rápida generalización a la mayoría de los países. El descenso de la fecundidad implicó una considerable reducción del crecimiento poblacional, efecto que se ha venido atenuando. Por el contrario, los efectos del descenso de la fecundidad sobre la estructura de edad de la población siguen presentes y se prolongarán varios años.

El descenso de la fecundidad se ha producido con grandes diferencias en cuanto a sus fechas de inicio, los períodos de mayor velocidad del cambio y los momentos en los que se alcanza el nivel de reemplazo. Estas diferencias de trayectoria se transmiten hacia el futuro a través de efectos diferentes en el tamaño y el peso relativo de las distintas generaciones en la población total y, por lo tanto, en la aparición, vigencia y duración del bono demográfico² y del envejecimiento.

El inicio de la caída de la fecundidad fue relativamente más temprano en el Caribe y en América del Sur, donde, en la mayoría de los países, ya había comenzado a fines de la década de 1960 (véase el gráfico VII.1)³. En cambio, en algunos países centroamericanos como Belice y Guatemala, no comenzó hasta la década de 1980. En las tres subregiones hubo algunos países en los que la fecundidad cayó rápidamente: Cuba y Barbados ya tenían una fecundidad inferior al nivel de reemplazo al finalizar la década de 1970, fenómeno que luego se extendió a Antigua y Barbuda, Chile, Colombia, Costa Rica, el Brasil, El Salvador, México, Panamá y Trinidad y Tabago.

* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Los impactos de las tendencias demográficas", *Panorama Social de América Latina, 2015* (LC/G.2691-P), Santiago, 2016, págs. 189-204.

¹ El nivel de reemplazo corresponde aproximadamente a una tasa global de fecundidad (TGF) de 2,1 hijos por mujer. El nivel de reemplazo se da cuando la tasa neta de reproducción (TNR) es igual a 1, es decir, cuando cada mujer está en capacidad de tener una hija, lo que garantizaría la reproducción de su generación. La TNR es igual a la tasa total de fecundidad limitada a nacimientos femeninos, descontando el efecto de la mortalidad.

² El bono demográfico se refiere al período económicamente favorable en que la población potencialmente activa crece más rápidamente que la población total (CEPAL, 2009).

³ Antigua y Barbuda, la Argentina, las Bahamas, Barbados, Cuba, Trinidad y Tabago y el Uruguay iniciaron esa década con niveles de entre cuatro y cinco hijos por mujer, bajos para la época.

Cuadro VII.1

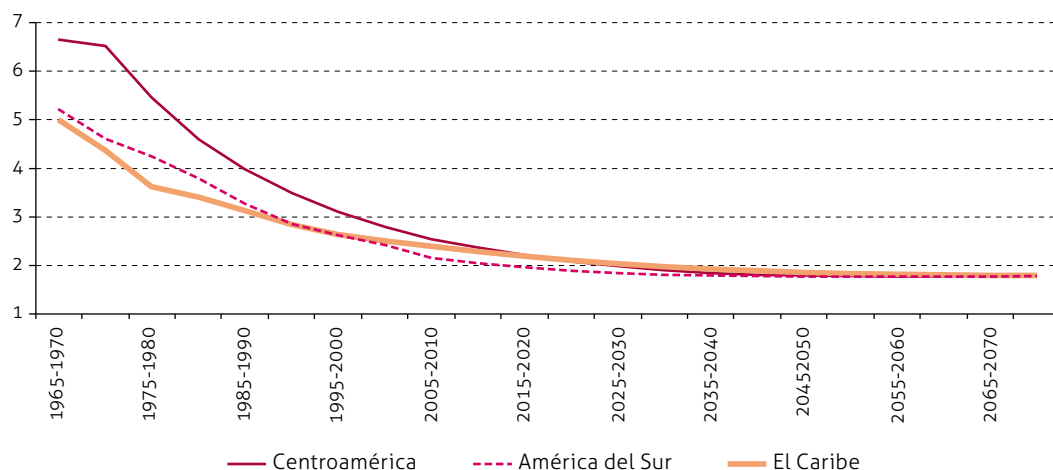
América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad por países y subregiones, 1965-2075

(Número de hijos por mujer)

País	1965-1970	1980-1985	1995-2000	2010-2015	2025-2030	2040-2045	2055-2060	2070-2075
América Latina y el Caribe	5,53	3,95	2,75	2,15	1,90	1,79	1,77	1,78
El Caribe	5,01	3,41	2,64	2,29	2,03	1,89	1,81	1,79
Antigua y Barbuda	4,00	2,14	2,31	2,10	1,94	1,86	1,83	1,82
Bahamas	3,58	3,05	2,33	1,89	1,77	1,75	1,76	1,78
Barbados	3,53	1,92	1,74	1,79	1,82	1,84	1,85	1,86
Cuba	4,30	1,85	1,64	1,63	1,59	1,65	1,70	1,75
Granada	4,80	4,23	2,81	2,18	1,90	1,78	1,75	1,77
Haití	6,00	6,21	4,62	3,13	2,46	2,11	1,91	1,82
Jamaica	5,78	3,55	2,70	2,08	1,86	1,78	1,77	1,79
República Dominicana	6,65	4,15	2,98	2,53	2,13	1,89	1,79	1,77
Santa Lucía	6,48	4,20	2,60	1,92	1,69	1,65	1,68	1,73
San Vicente y las Granadinas	6,41	3,64	2,55	2,01	1,75	1,69	1,71	1,75
Trinidad y Tabago	3,81	3,28	1,82	1,80	1,68	1,69	1,73	1,77
Centroamérica	6,65	4,60	3,11	2,37	1,98	1,81	1,77	1,78
Belice	6,35	5,40	3,85	2,64	2,19	1,95	1,82	1,78
Costa Rica	5,26	3,50	2,61	1,85	1,67	1,68	1,72	1,75
El Salvador	6,36	4,75	3,20	1,97	1,73	1,66	1,68	1,72
Guatemala	6,30	6,10	4,70	3,30	2,64	2,28	2,05	1,92
Honduras	7,42	6,00	4,34	2,47	1,99	1,79	1,73	1,73
México	6,75	4,37	2,89	2,29	1,90	1,73	1,72	1,75
Nicaragua	6,95	5,85	3,40	2,32	1,93	1,76	1,72	1,74
Panamá	5,41	3,63	2,81	2,48	2,16	1,97	1,87	1,83
América del Sur	5,22	3,78	2,62	2,05	1,84	1,78	1,77	1,78
Argentina	3,05	3,15	2,63	2,35	2,13	1,98	1,89	1,85
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6,41	5,51	4,29	3,04	2,51	2,20	2,00	1,89
Brasil	5,38	3,80	2,45	1,82	1,66	1,66	1,70	1,74
Chile	4,46	2,66	2,16	1,78	1,70	1,72	1,75	1,78
Colombia	6,18	3,70	2,50	1,93	1,69	1,66	1,70	1,74
Ecuador	6,40	4,45	3,20	2,59	2,21	1,97	1,85	1,80
Guyana	5,28	4,11	3,12	2,60	2,27	2,05	1,92	1,86
Paraguay	6,15	5,12	3,88	2,60	2,22	1,99	1,86	1,81
Perú	6,70	4,65	3,10	2,50	2,12	1,89	1,79	1,77
Suriname	5,95	3,70	2,92	2,40	2,08	1,89	1,82	1,80
Uruguay	2,80	2,57	2,30	2,04	1,90	1,84	1,82	1,82
Venezuela (República Bolivariana de)	5,90	3,96	2,94	2,40	2,08	1,89	1,81	1,79

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Gráfico VII.1

América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad por subregiones, 1965-2075*(Número de hijos por mujer)*

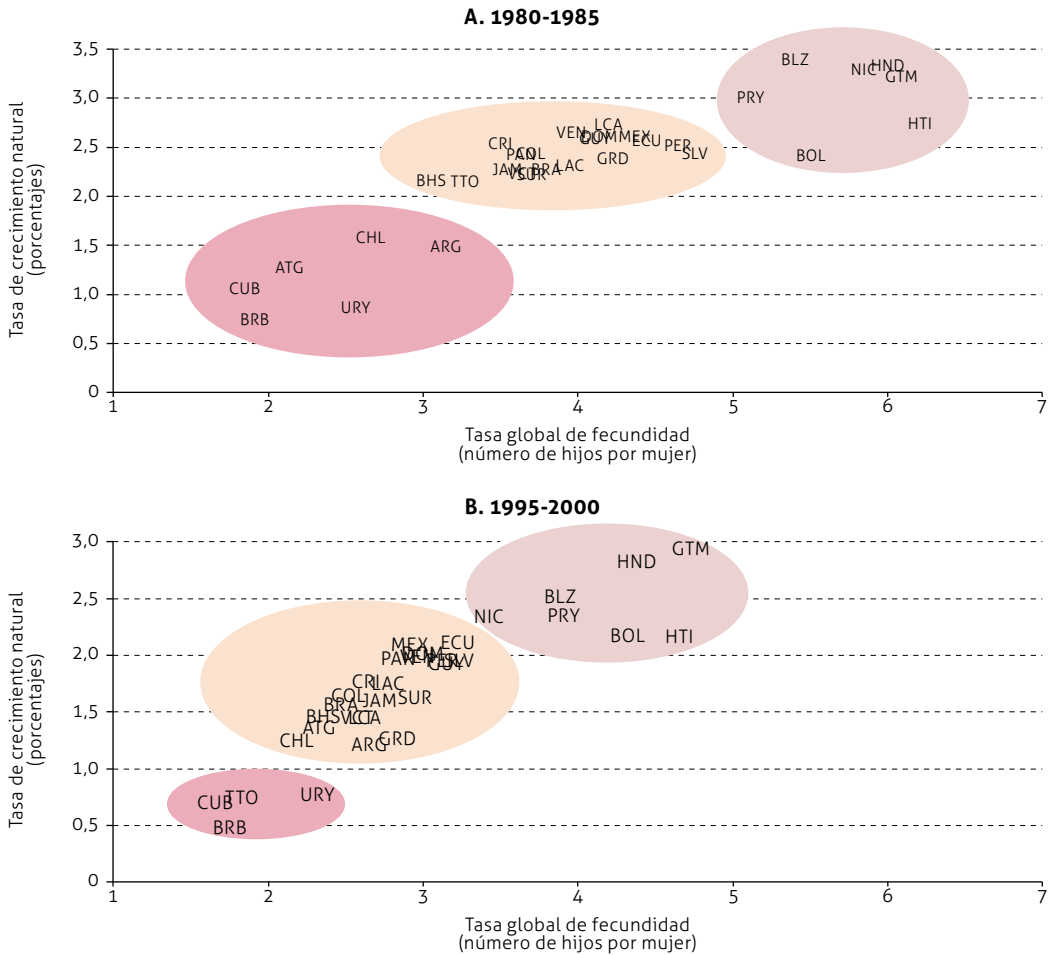
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Se prevé que el cambio de la fecundidad será cada vez menos intenso, como se indica en las proyecciones de población de las Naciones Unidas (2015b) e incluso es probable que baje a niveles inferiores al de reemplazo y se mantenga en ellos durante largo tiempo. La rápida convergencia implica que ese nivel sería alcanzado antes de 2050 por casi todos los países de la región. Sin embargo, las diferentes tendencias nacionales dan lugar a significativos desfases temporales en cuanto a su estabilización. Así, dos países rezagados en la transición demográfica como Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guatemala llegarían a ese nivel en el período entre 2050 y 2055 y en el período entre 2055 y 2060, respectivamente, es decir 70 o 75 años más tarde que Cuba y Barbados. Al igual que el promedio regional, la fecundidad de todos los países continuaría disminuyendo más allá del nivel de reemplazo durante entre tres y seis quinquenios más, antes de que se revierta la tendencia.

La secuencia que se presenta en el gráfico VII.2 muestra el avance de la transición demográfica, marcado por el descenso de la fecundidad y de la tasa de crecimiento de la población. Aunque la transición estaba ya muy avanzada en Cuba, Barbados, Trinidad y Tabago y el Uruguay en 2010-2015, Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia y Haití seguían mostrando un atraso importante y manteniendo tasas de crecimiento de la población superiores al 1,5% y tasas de fecundidad por encima de los tres hijos por mujer.

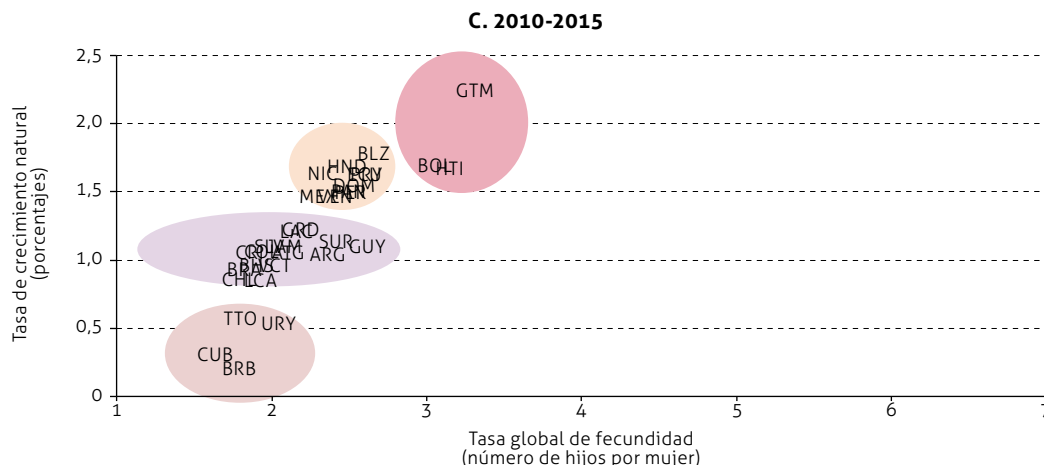
Pese al acentuado descenso de la fecundidad, persisten tasas relativamente altas en las poblaciones indígenas, los estratos socioeconómicos más bajos y con menor nivel educativo y las adolescentes⁴. Estos altos niveles de fecundidad, sobre todo de la no planificada, reflejan las limitaciones que enfrentan esas mujeres y sus parejas para acceder a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.

Gráfico VII.2
América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y tasa de crecimiento natural, 1980-2015
(En porcentajes y número de hijos por mujer)



⁴ En el caso de las adolescentes de pueblos indígenas, la maternidad a edades muy jóvenes se relaciona con prácticas culturales tradicionales, que fomentan la unión y la reproducción tempranas. Esto no implica que sean beneficiosas para las personas o tengan una jerarquía superior a los derechos individuales. En caso de conflicto entre estas prácticas y los derechos individuales, estos últimos deberían prevalecer.

Gráfico VII.2 (conclusión)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

La fecundidad adolescente en la región (66,5 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes entre 2010 y 2015) es la segunda mayor del mundo después de la de África y se ha reducido mucho menos que la fecundidad total, situación que es común a las tres subregiones pese a sus diferencias socioeconómicas (véase el gráfico VII.3). Su nivel es más alto que el que se esperaría dada la fecundidad total y otros indicadores sociales, como los niveles educativos, los grados de urbanización, la esperanza de vida y los niveles de ingreso. Si bien la tendencia de la fecundidad adolescente es preocupante, la de la maternidad adolescente lo es aún más, porque aumentó en la década de 1990 (véase el gráfico VII.4)⁵. Posteriormente, el promedio regional retornó a la trayectoria descendente (Rodríguez, 2014), aunque aumentó en 5 de los 12 países considerados en los gráficos VII.4 y VII.5.

Una parte significativa (y mayoritaria en casi todos los países) de las madres adolescentes no planifican su embarazo (véase el gráfico VII.6), lo que vulnera su derecho reproductivo de elegir cuándo tener hijos. Si bien los datos de las décadas de 1980 y 1990 mostraban resultados compatibles con una mayor planificación de los hijos por parte de las madres adolescentes, en comparación con el promedio de planificación en

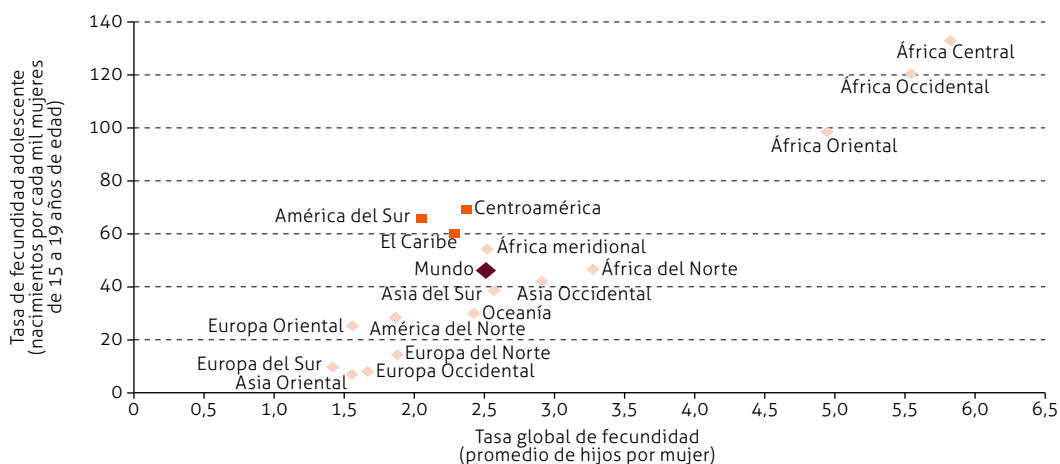
⁵ La diferencia entre las trayectorias de la fecundidad y de la maternidad adolescente se debe a que la primera considera todos los nacimientos tenidos por las adolescentes, mientras que la segunda solo considera los nacimientos de orden uno, que son los que provocan la transición desde la nuliparidad (no haber tenido hijos) a la maternidad. Como esto último es lo que cambia la vida de las adolescentes, en términos analíticos y de política los indicadores de maternidad resultan más relevantes que los de fecundidad. La fecundidad adolescente puede descender sin que eso se traduzca en una reducción de la maternidad adolescente, cuando tal descenso se debe a una caída de la paridez (promedio de hijos tenidos) en la adolescencia.

todas las edades, las encuestas de la primera década del siglo XXI revelan una caída sistemática de esa variable. Más de la mitad de los nacimientos durante la adolescencia son no planificados. La reproducción en la adolescencia entraña problemas para la madre, el bebé y la familia de la madre adolescente, que absorbe gran parte de los costos y de la carga de la crianza. Además, la alta concentración de la maternidad adolescente entre los más pobres contribuye a la reproducción intergeneracional de esta condición.

Gráfico VII.3

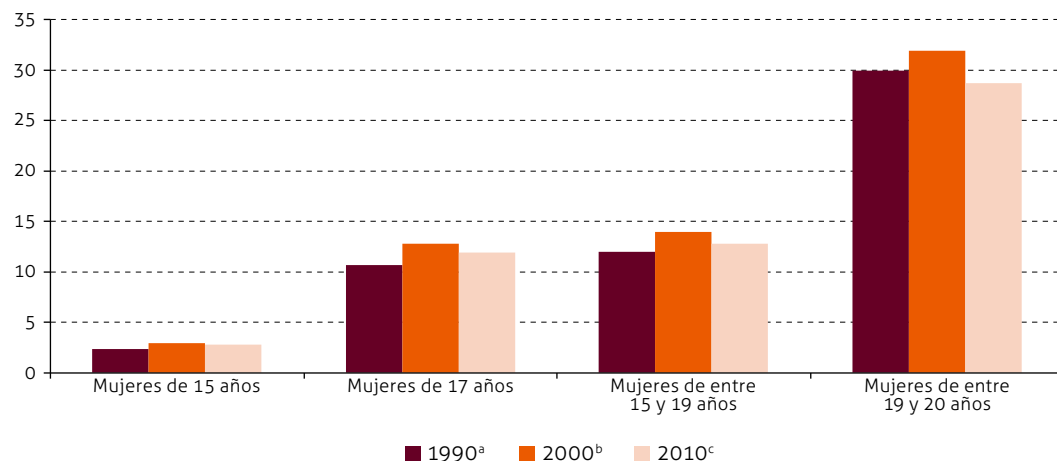
Mundo: tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente por subregiones, 2010-2015

(Promedio de hijos por mujer y nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Gráfico VII.4
América Latina (19 países): mujeres que son madres por edades,
censos de las rondas de 1990, 2000, y 2010
(En porcentajes)



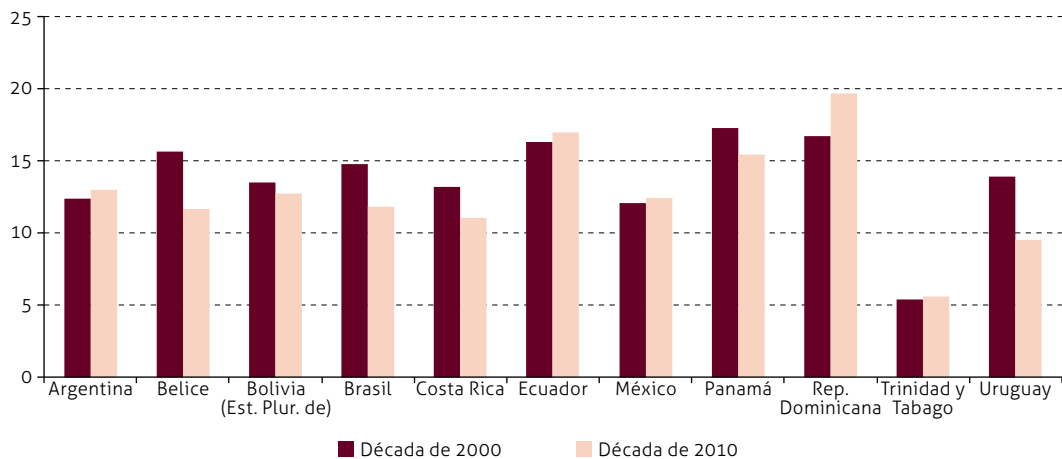
Fuente: J. Rodríguez, "La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010", *Documentos de Proyecto (LC/W.605)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); base de datos regional Maternidad en América Latina y el Caribe (MATERNILAC) y procesamiento especial de bases de datos de la Argentina, 2010 y Honduras, 2013.

^a Ronda de 1990: Argentina 1991, Bolivia (Estado Plurinacional de) 1992, Brasil 1992, Chile 1992, Colombia 1993, Ecuador 1990, El Salvador 1992, Guatemala 1994, México 1990, Panamá 1990, Paraguay 1992, Perú 1993, Uruguay 1996 y Venezuela (República Bolivariana de) 1990.

^b Ronda de 2000: Argentina 2001, Bolivia (Estado Plurinacional de) 2001, Brasil 2000, Chile 2002, Colombia 2004-2005, Costa Rica 2000, Ecuador 2001, El Salvador 2007, Guatemala 2002, Honduras 2001, México 2000, Nicaragua 2005, Panamá 2000, Paraguay 2002, Perú 2007, República Dominicana 2002 y Venezuela (República Bolivariana de) 2001.

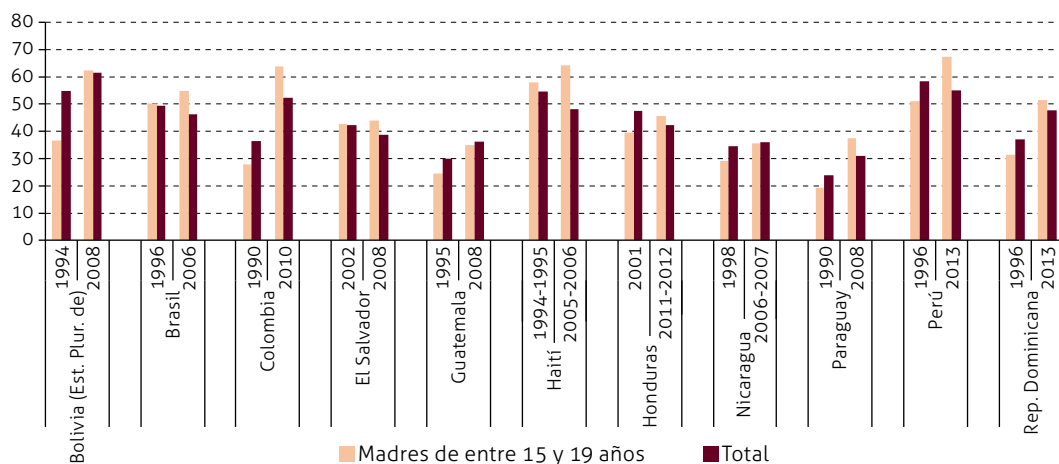
^c Ronda de 2010: Argentina 2010, Bolivia (Estado Plurinacional de) 2012, Brasil 2010, Costa Rica 2011, Ecuador 2010, Honduras 2013, México 2010, Panamá 2010, República Dominicana 2010, Uruguay 2011 y Venezuela (República Bolivariana de) 2011.

Gráfico VII.5
América Latina (países seleccionados): mujeres de entre 15 y 19 años que son madres, décadas de 2000 y 2010
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos regional Maternidad en América Latina y el Caribe (MATERNILAC) y Base de datos CEPALSTAT [en línea] http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e.

Gráfico VII.6
América Latina (países seleccionados): nacimientos no planificados en los cinco años que precedieron a la encuesta de referencia, según la edad de la madre en el momento del nacimiento, alrededor de 1990 y 2010
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de J. Rodríguez, "High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America", 2011 [en línea] http://www.un.org/esa/population/meetings/egm-adolescents/p01_rodriguez.pdf.

Algunos estudios de la región han sugerido que numerosas adolescentes, en especial entre las pobres, quieren tener hijos y que, en particular, quieren hacerlo más que en otras edades (Stern, 1997; Guzmán y otros, 2001; Binstock y Pantelides, 2006; Oliveira y Melo, 2010). Los argumentos que sustentan estas hipótesis provienen de la demografía (los nacimientos de primer orden son más deseados y la mayoría de los nacimientos de las madres adolescentes son precisamente de primer orden), la antropología (normas culturales que promueven la reproducción temprana) y la sociología (la maternidad temprana es vista como una opción que proporciona significado y un proyecto de vida, sobre todo en contextos en los que hay pocas opciones). Estos argumentos se apoyan en la evidencia disponible a fines del siglo pasado y llaman la atención sobre la necesidad de elevar los incentivos para postergar la iniciación reproductiva. Con todo, los datos presentados en este documento apuntan, más bien, a las barreras que dificultan el ejercicio de los derechos reproductivos de las adolescentes, específicamente las que limitan el acceso a la salud sexual y reproductiva y a la anticoncepción desde el inicio de la vida sexual.

B. La población seguirá creciendo hasta mediados de siglo

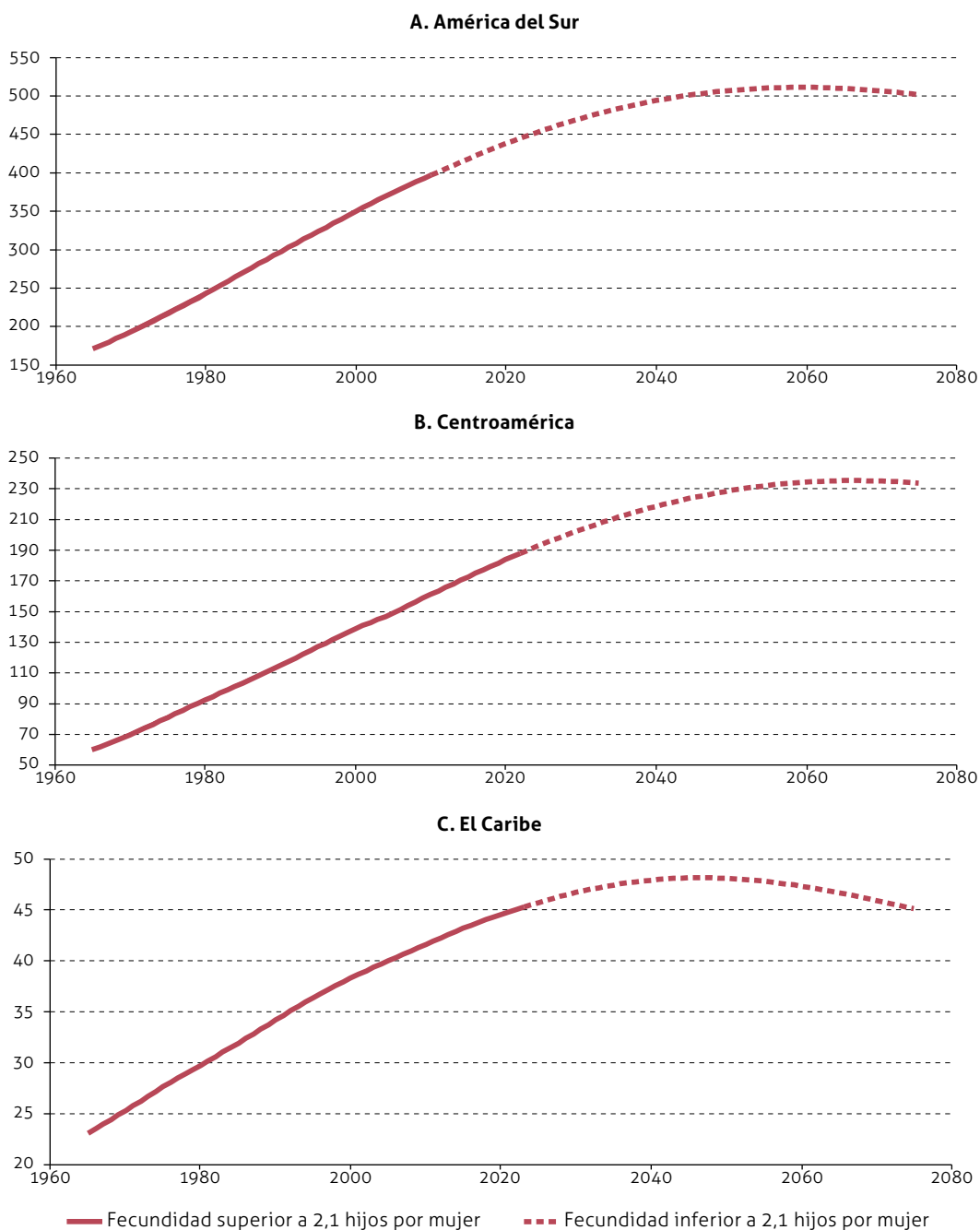
La población total regional continuará creciendo hasta alcanzar un máximo de 793 millones de habitantes en 2061 (Naciones Unidas, 2015b). Debido a los distintos grados de avance en la transición demográfica, las diferencias entre países continuarán siendo significativas (véase el gráfico VII.7), desde las tasas de crecimiento inferiores al 0,5% en los más avanzados en la transición demográfica, como Barbados, hasta casi el 3% en Guatemala, tasa típica de las etapas incipientes de esa transición.

Ese crecimiento no estará relacionado directamente con la tasa de fecundidad, sino con la inercia demográfica, es decir la capacidad de las poblaciones de seguir creciendo más allá del período en que la tasa de fecundidad llega al nivel de reemplazo debido al cambio en la estructura por edades, al producirse una concentración de población en las edades reproductivas (CEPAL, 2008).

Gráfico VII.7

América Latina y el Caribe: crecimiento de la población por subregiones, 1965-2075

(En millones de habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

C. Aumenta la esperanza de vida

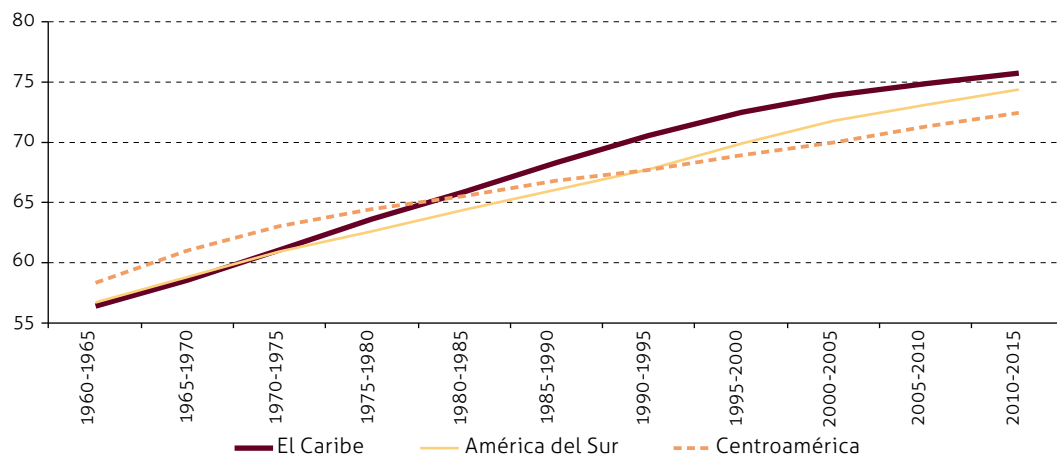
Al igual que en los países desarrollados, el inicio de la transición demográfica en la región estuvo ligado al descenso de la mortalidad. Ese cambio se debió principalmente a las transformaciones socioeconómicas y culturales, el mejoramiento de las condiciones de vida, el aumento de la población urbana, el mayor nivel educativo, la disponibilidad de tecnología sanitaria y las políticas exitosas⁶. El resultado fue un avance sin precedentes en el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de las afecciones maternas, perinatales y nutricionales (Di Cesare, 2011; CEPAL, 2008; CEPAL, 2015a). El cambio epidemiológico benefició principalmente a la población más joven, las mujeres y los niños, lo que implicó significativos cambios demográficos, en particular el gran aumento de la esperanza de vida al nacer, explicado inicialmente por el descenso de la mortalidad infantil y posteriormente por la caída de la mortalidad en otras edades.

El aumento de la esperanza de vida ha sido un proceso consistente y continuado durante todo el siglo pasado y se extiende hasta el presente. De un promedio aproximado de 59 años entre 1965 y 1970, se pasó a casi 75 años en el presente quinquenio. La población ha ganado 16 años de vida en promedio en los últimos 45 años, es decir, 2 años por quinquenio. Sin embargo, ese promedio regional solo equivale al que tenían los países desarrollados hace 25 años (CEPAL, 2008). Los avances de la esperanza de vida se dieron en todos los países, pero persisten diferencias muy significativas entre ellos y entre subregiones, que no se justifican dado el avance epidemiológico y socioeconómico (véanse el gráfico VII.8 y el cuadro VII.2).

Gráfico VII.8

América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer por subregión, 1960-2015

(En años)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

⁶ En las décadas de 1950 y 1960, varios países de la región implementaron políticas exitosas de atención básica y saneamiento ambiental, que incluían programas de salud materna e infantil, vacunación masiva, rehidratación oral, desparasitación y nutrición, y expansión de servicios sanitarios, en particular agua potable y alcantarillado.

Cuadro VII.2
América Latina y el Caribe (31 países): esperanza de vida al nacer
por subregiones y países, 1965-2015

(En años)

País	1965-1970	1980-1985	1995-2000	2010-2015
América Latina y el Caribe	58,9	64,9	70,4	74,5
El Caribe	61,0	65,5	68,9	72,4
Antigua y Barbuda	65,0	69,5	73,0	75,8
Bahamas	65,2	69,1	71,7	75,1
Barbados	64,6	69,5	73,0	75,4
Cuba	68,5	74,2	76,2	79,2
República Dominicana	56,9	64,0	70,0	73,2
Granada	63,0	67,1	69,8	73,2
Haití	46,2	51,6	57,1	62,3
Jamaica	67,6	72,0	72,1	75,4
Santa Lucía	61,6	70,0	71,2	74,8
San Vicente y las Granadinas	64,0	68,4	70,6	72,7
Trinidad y Tabago	64,8	67,3	68,4	70,2
Centroamérica	58,6	65,9	72,5	75,7
Belice	64,3	70,4	68,6	69,8
Costa Rica	65,2	73,4	77,0	79,2
El Salvador	53,9	57,1	68,0	72,6
Guatemala	50,1	58,3	66,4	71,5
Honduras	51,0	61,6	69,8	72,8
México	60,3	67,7	73,7	76,5
Nicaragua	52,0	59,5	68,5	74,5
Panamá	64,4	71,0	74,6	77,3
América del Sur	58,8	64,4	69,9	74,4
Argentina	65,8	70,2	73,3	76,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	44,7	51,2	59,3	67,7
Brasil	58,0	62,7	68,9	74,1
Chile	61,5	69,2	75,9	81,2
Colombia	60,1	66,9	70,3	73,7
Ecuador	56,8	64,6	72,1	75,5
Guyana	61,6	62,8	64,6	66,3
Paraguay	65,0	67,1	69,4	72,7
Perú	51,5	61,5	69,3	74,2
Suriname	62,4	66,5	67,8	70,9
Uruguay	68,6	71,0	74,2	77,0
Venezuela (República Bolivariana de)	63,3	68,7	71,6	73,9

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP/241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Persisten diferencias de 8, 10 y 15 años de esperanza de vida entre los países más y menos avanzados en Centroamérica, el Caribe y América del Sur, respectivamente, que revelan diferencias sustanciales de las condiciones de salud. Chile y Haití presentan los

valores extremos (81 y 62 años, respectivamente). Teniendo en cuenta que el aumento de la esperanza de vida suele ser de 2,5 años por quinquenio, la diferencia entre ambos países equivale a unos 40 años de desfase.

En el Caribe, la dispersión no se ha modificado sustancialmente desde finales de la década de 1960, pero, si se excluye a Haití y la República Dominicana, la dispersión del resto de los países ha aumentado: la diferencia entre los extremos pasó de 5 años a casi 10 años. Algo similar ocurrió en América del Sur: si se excluye al Estado Plurinacional de Bolivia, la dispersión se reduce solo 2 años, de 17 a 15. En Centroamérica, la dispersión disminuye, al reducirse la diferencia entre los extremos de más de 15 años a menos de 10.

En el promedio de la región, la esperanza de vida de las mujeres es casi 7 años superior a la de los hombres, un valor cercano al predominante en los países más desarrollados (Naciones Unidas, 2015b). En Colombia, El Salvador, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de), esa diferencia es mayor y fluctúa entre 7 años y más de 9 años, lo que tendría relación con la sobremortalidad masculina por causa de la violencia. Se espera que esta diferencia disminuya en la medida en que algunos riesgos epidemiológicos tiendan a equipararse entre hombres y mujeres, aunque persistirán circunstancias biológicas como son los riesgos en el embarazo y el parto.

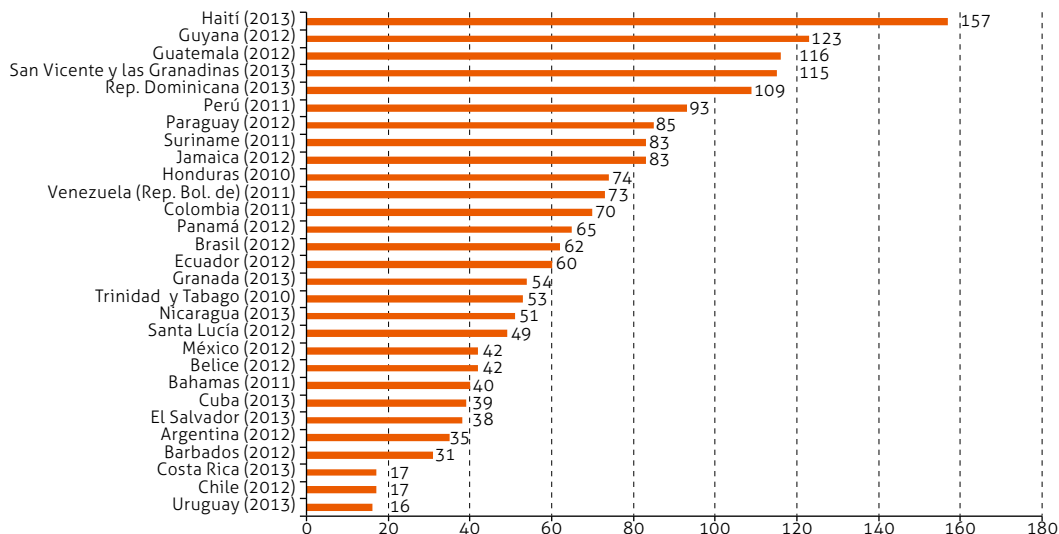
Pese al descenso general de la mortalidad, responsable de los aumentos significativos de la esperanza de vida, la mortalidad materna permanece en niveles elevados en gran parte de los países de la región (véase el gráfico VII.9). Las situaciones más graves se dan en Haití, Guyana, Guatemala, San Vicente y las Granadinas y la República Dominicana, que registran razones iguales o superiores a 100 muertes por 100.000 nacidos vivos, mientras que, en el extremo opuesto, el Uruguay, Costa Rica y Chile han bajado ese indicador a 17 o menos.

La mortalidad materna depende de las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, en especial la atención obstétrica y los cuidados de emergencia en el embarazo y el parto. En el promedio regional, la atención de los partos por personal especializado llega al 92%, aunque varios países presentan déficits, en especial Guatemala y Haití, cuyas coberturas son inferiores al 70%. Pese a que la proporción de mujeres embarazadas sin una consulta prenatal está por debajo del 5% en la mayoría de los países (véase el gráfico VII.10), al usar el indicador de al menos cuatro consultas prenatales, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es evidente la persistencia de déficits. Las mujeres más expuestas al riesgo de mortalidad materna son las indígenas y las residentes en áreas rurales, donde la oferta de servicios de atención prenatal y asistencia profesional en el parto es muy escasa. El contraste entre los limitados logros en cuanto a la mortalidad materna y los altos índices de atención profesional en el parto y el período prenatal plantean dudas sobre la calidad de estos servicios, cuya eficacia debe aumentar (CEPAL, 2013a; CEPAL, 2010a; CEPAL, 2015a).

Gráfico VII.9

América Latina y el Caribe (29 países): razón de mortalidad materna reportada, último año disponible

(Número de defunciones por 100.000 nacidos vivos)

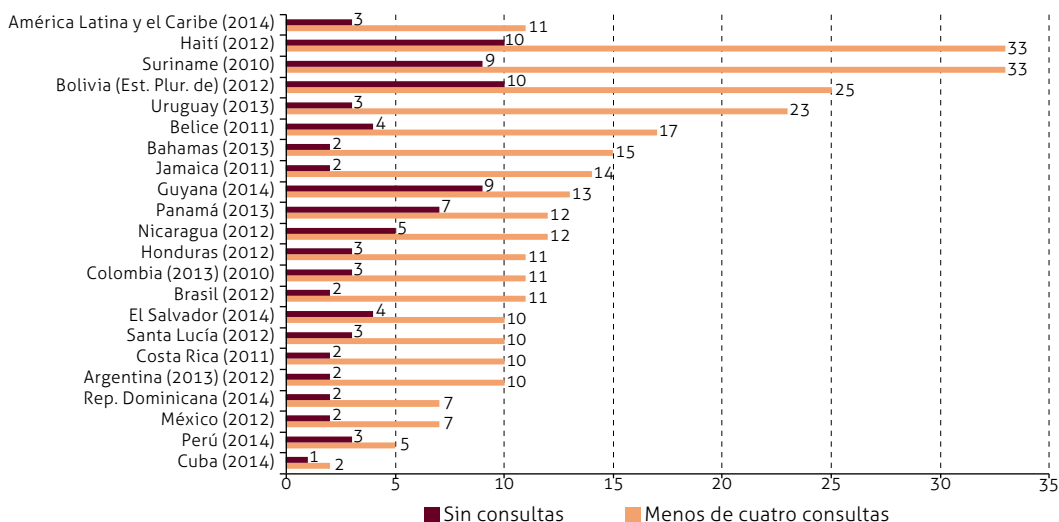


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2646)*, Santiago, septiembre de 2015.

Gráfico VII.10

América Latina y el Caribe (21 países): falta de atención prenatal, alrededor de 2014

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2646)*, Santiago, septiembre de 2015.

D. Se expande la migración intrarregional

La emigración de la población de la región ha alcanzado cifras muy significativas en el pasado reciente. Antes de la década de 1990, la principal corriente emigratoria se daba desde los países del Caribe, México y Centroamérica hacia los Estados Unidos. A partir de entonces, la emigración aumentó marcadamente y España ganó gran importancia como país de destino, al tiempo que otros países desarrollados comenzaron a destacar en el mismo sentido (Europa Occidental y Oriental, Australia, Canadá y Japón).

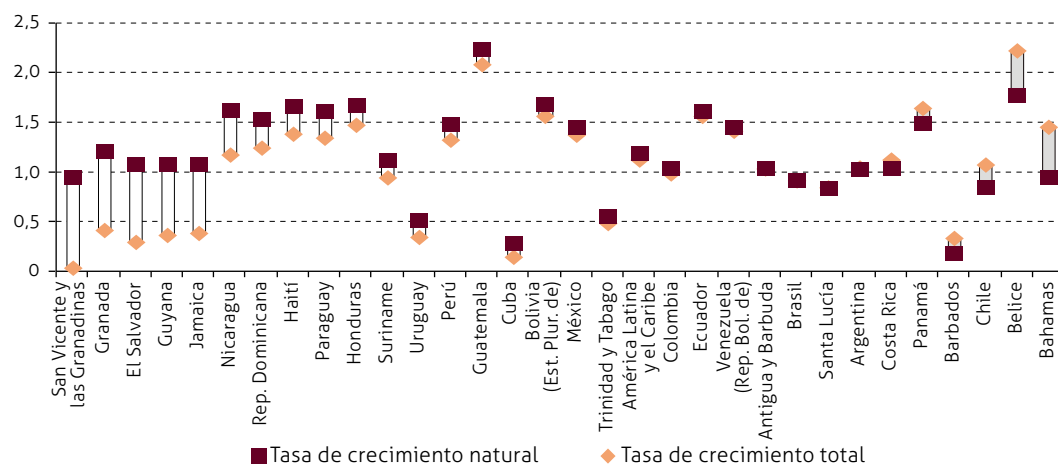
Como efecto de la crisis en muchas economías desarrolladas desde finales de 2007, disminuyeron los migrantes latinoamericanos a los países correspondientes. Asimismo, se puede observar una creciente tendencia al retorno que, en el caso notable de México, ha provocado un saldo neto negativo de la migración a Estados Unidos (González, 2015). Una parte de los flujos migratorios se reorientó hacia destinos internos de la región, lo que amortiguó el efecto de la crisis.

El impacto total de la migración puede calcularse como la diferencia entre las tasas de crecimiento total y natural (véase el gráfico VII.11). Los países con emigración más alta son centroamericanos o caribeños, en particular San Vicente y las Granadinas, Granada, El Salvador y Jamaica. En América del Sur, destacan Guyana, el Paraguay, el Uruguay y el Perú, así como naciones en las que la emigración ha crecido recientemente (Colombia, Ecuador y Venezuela (República Bolivariana de)). Los principales receptores netos (a la derecha en el gráfico VII.11) son Barbados y las Bahamas en el Caribe, Belice, Panamá y Costa Rica en Centroamérica y Chile y la Argentina en América del Sur. Estos cuatro últimos son los destinos intrarregionales que más han aumentando su importancia.

Gráfico VII.11

América Latina y el Caribe: promedio anual del crecimiento total y crecimiento natural, 2010-2015

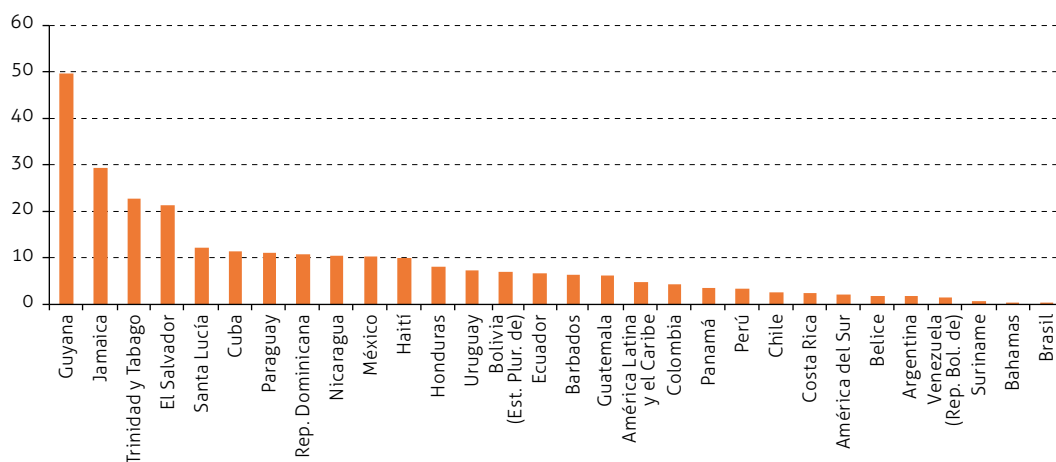
(Por 100 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

El número de latinoamericanos que viven en los Estados Unidos y Europa y en países de la propia región distintos de los de su nacimiento continúa siendo muy grande, como se aprecia en la proporción de población emigrada de un país respecto de la población residente en el mismo. En buena parte de los países, esa proporción es muy elevada (véase el gráfico VII.12): casi un 50% en Guyana y entre el 20% y el 30% en Jamaica, Trinidad y Tabago y El Salvador.

Gráfico VII.12
América Latina y el Caribe (29 países): emigrados con relación a la población total, alrededor de 2010
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, proyecto Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA) y División de Población de las Naciones Unidas.

La emigración de grandes volúmenes de población tiene impactos demográficos significativos: modifica el tamaño de las poblaciones de origen y destino y, dada su selectividad, afecta la estructura por edad y la composición por sexo, generalmente a través del descenso de la población económicamente activa y de la duración del bono demográfico de los países que pierden población. Asimismo, tiene efectos económicos y sociales sobre la oferta de trabajo, la demanda de bienes y servicios, los niveles de pobreza, el nivel educativo y el entorno social y cultural en los países de origen y de recepción. Entre los efectos económicos, destacan el aporte de las remesas de los emigrantes a las comunidades de origen, el papel de los emigrados y retornados en la incorporación de capacidades empresariales y tecnologías, y la contribución a la reproducción social y económica de las sociedades de los países de recepción.

E. Persisten las desigualdades reproductivas

La desigualdad en la región tiene múltiples dimensiones, algunas de las cuales interactúan de manera más directa que otras con diferentes aspectos de la dinámica y la distribución de la población. Destacan las desigualdades de género, especialmente en lo que se refiere a las limitaciones que enfrentan las mujeres para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos y su participación igualitaria en la actividad productiva. Asimismo, conviene mencionar las desigualdades territoriales, que se traducen en aislamiento, discriminación, atraso y vulnerabilidad, y la pertenencia a grupos poblacionales que experimentan situaciones de privación o discriminación, particularmente por su origen étnico o racial.

Las desigualdades reproductivas se manifiestan en la intensidad reproductiva, que se cuantifica con medidas de desigualdad de la tasa global de fecundidad entre grupos socioeconómicos; en el calendario reproductivo, en particular en la iniciación reproductiva temprana, que se captura a través de la fecundidad o la maternidad adolescente, y en la distribución social de la reproducción, que se mide por la proporción de la reproducción total que corresponde a cada grupo socioeconómico.

Estas desigualdades siguen un patrón sistemático que se retroalimenta, ya que tienden a deteriorar la situación de los grupos de menor nivel socioeconómico, lo que agudiza las desigualdades iniciales. Asimismo, muestran un ejercicio desigual de los derechos humanos, en particular del derecho reproductivo básico de lograr coincidencia entre las aspiraciones y la realidad en términos del número de hijos y del momento en que se tienen. Esto se corrobora con indicadores como las preferencias en materia del número de hijos —en general, más homogéneas que la cantidad de hijos que efectivamente se tienen— y de fecundidad no deseada —generalmente, más frecuente entre las mujeres pobres y las adolescentes (Rodríguez 2014). Reducir las desigualdades reproductivas contribuiría a desactivar un círculo vicioso que retroalimenta la pobreza y la desigualdad social y favorecería el cumplimiento de los derechos.

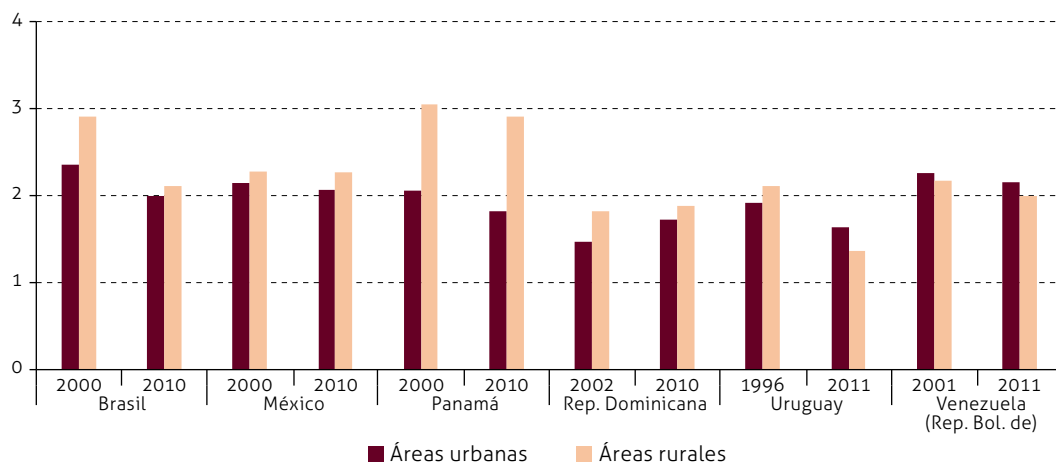
Existe un debate conceptual acerca de las tendencias y posibilidades de las políticas frente a las desigualdades reproductivas (CEPAL, 2006). Una visión considera que las desigualdades reproductivas son resultado de desigualdades sociales más profundas, asociadas a la posición de las personas en el ámbito de la producción, y de otras relativas a ingresos, activos y bienestar. Según esta hipótesis, mientras persistan estos fundamentos, las desigualdades reproductivas también se mantendrán. Otra visión estima que las desigualdades demográficas se sustentan principalmente en limitaciones para el ejercicio de derechos que pueden superarse mediante políticas públicas, en factores culturales susceptibles de modificación y en desigualdades sociales y barreras de acceso a servicios que es posible eliminar mediante políticas y programas específicos y focalizados. De esta

visión se deduce que es factible un proceso de convergencia de patrones demográficos relativamente autónomo de las desigualdades socioeconómicas estructurales vinculadas al acceso a los recursos productivos.

La experiencia de países desarrollados muestra que, si bien los gradientes sociales de intensidad de la fecundidad pueden reducirse significativamente, los del calendario de la fecundidad tienden a disminuir más lentamente (Rendall y otros, 2009). La experiencia regional ratifica que la intensidad de la fecundidad puede descender transversalmente en términos socioeconómicos y étnicos y que ese descenso puede incluso ser más marcado en los grupos desaventajados, sobre todo si los niveles de fecundidad de los grupos aventajados son muy bajos.

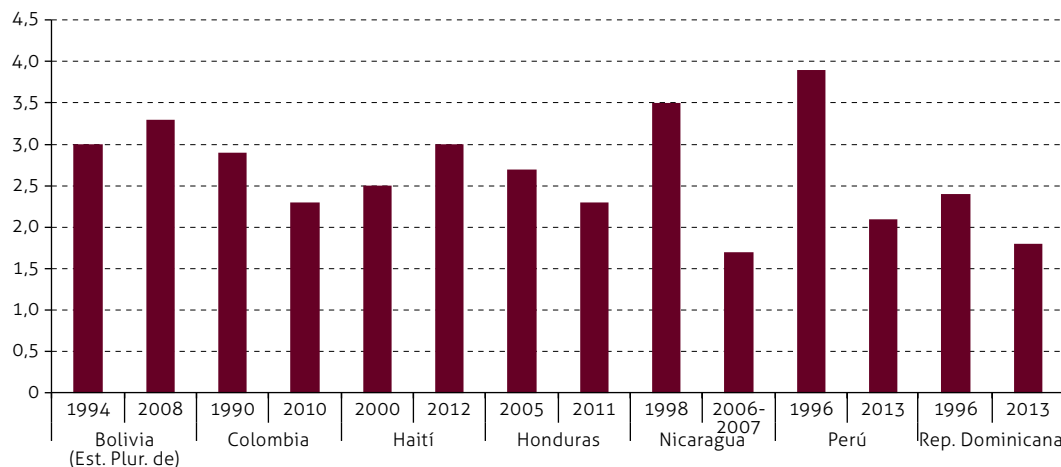
En el gráfico VII.13, se presenta la evolución de la desigualdad socioeconómica de la tasa global de fecundidad (TGF) entre los censos de la ronda de 2000 y los de la ronda de 2010. La desigualdad se mide como la relación entre los valores de la TGF de los quintiles de menor y de mayor nivel socioeconómico. Los resultados ratifican que la desigualdad de la fecundidad total cae de forma generalizada y de manera más marcada en las zonas rurales. En el gráfico VII.14, se presentan datos de encuestas que permiten examinar la desigualdad de la intensidad reproductiva, según quintiles socioeconómicos, y su evolución en un conjunto adicional de países. Los resultados muestran que predomina la reducción de la desigualdad de la TGF (disminuye en cinco países y aumenta en dos), lo que concuerda con los resultados basados en datos censales.

Gráfico VII.13
América Latina (6 países): desigualdad de la tasa global de fecundidad (TGF)
en áreas urbanas y rurales como relación entre el quintil socioeconómico
más alto y el más bajo, alrededor de 2000 y 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estimaciones indirectas (P/F de Brass) y quintiles socioeconómicos de hogares de las zonas urbanas sobre la base de las variables de equipamiento en el hogar y hacinamiento.

Gráfico VII.14
**América Latina (7 países): desigualdad de la tasa global de fecundidad (TGF)
 como relación entre el quintil socioeconómico más alto y el más bajo,
 alrededor de 2000 y 2010**



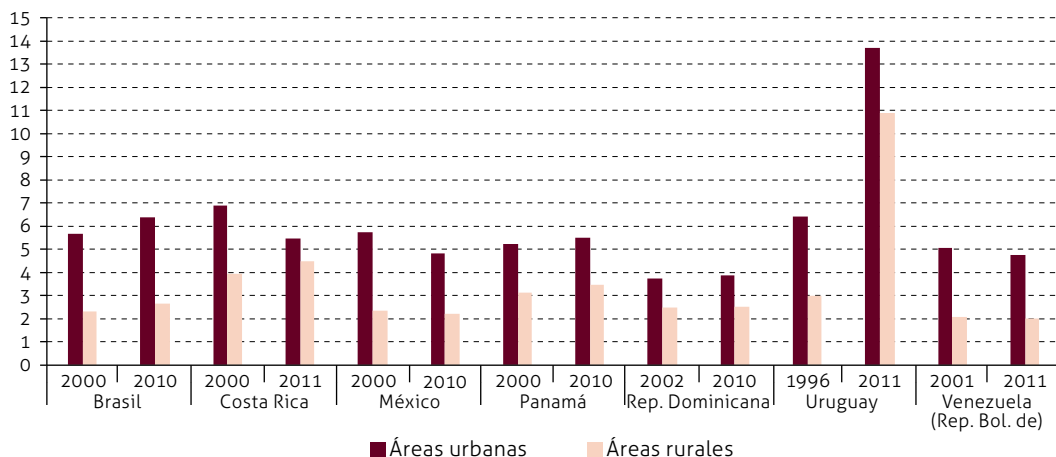
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) [en línea] <http://www.measuredhs.com/>.

Aunque persiste la desigualdad reproductiva, en la mayoría de los países se estaría reduciendo en el contexto de la caída masiva y generalizada de la fecundidad total. Sin embargo, la iniciación reproductiva, que registra mayor desigualdad, no disminuye, de manera que se constituye en foco de atención para las políticas de población y combate contra la pobreza. Los datos del gráfico VII.15 indican que la desigualdad social de la maternidad adolescente podría haber aumentado en la década de 2000 en la mayoría de los países de la región, aunque tal tendencia depende de los procedimientos usados en la estimación (Rodríguez, 2014).

Un aspecto clave de la desigualdad reproductiva es la distribución socioeconómica del número anual de nacimientos en los países. En CEPAL (2010b), se alertó acerca de la sobrerrepresentación de la población menor de 15 años en la pobreza (la infantilización de la pobreza). Los mayores niveles de pobreza entre esa población tienen efectos graves en la desigualdad social. Son desigualdades iniciales, es decir desde la cuna e incluso durante la gestación, que son inaceptables desde el punto de vista ético y negativas social y económicamente. Se concatenan con otras durante la infancia y adolescencia, lo cual impide un ejercicio igual de los derechos y acumula desventajas que marcan profundamente el futuro de las personas. La mayor presencia de las nuevas generaciones en los grupos pobres implica problemas adicionales en la lucha contra la pobreza, debido a que la pobreza y la fractura social tienden a reproducirse en generaciones sucesivas.

Gráfico VII.15

América Latina (7 países): desigualdad del porcentaje de madres de 19 y 20 años de edad como relación entre el quintil socioeconómico más alto y el más bajo, según zona de residencia, censos de las ronda de 2000 y 2010



Fuente: J. Rodríguez, "La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010", *Documentos de Proyecto (LC/W.605)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2014.

Las desigualdades reproductivas, resultado de los mayores niveles de fecundidad de los grupos pobres, son la principal causa de los niveles más altos de pobreza en la niñez. En todas las edades, el quintil de mayor nivel socioeconómico está subrepresentado en los nacimientos, mientras que el quintil inferior tiene una amplia sobrerrepresentación, que es mucho mayor en los nacimientos en etapas tempranas de la vida, en particular durante la adolescencia. Dado que casi el 20% de los nacimientos proviene de madres adolescentes, su concentración en el quintil más pobre tiene implicaciones para la reproducción intergeneracional. La persistencia del calendario temprano de la fecundidad reduce los beneficios del descenso sostenido de la fecundidad entre las mujeres pobres.

En un escenario extremo, podrían igualarse los pesos relativos de todos los quintiles socioeconómicos en la cantidad de nacimientos, pero con los quintiles pobres teniendo sus hijos en edades más tempranas y los ricos en edades más avanzadas, una vez cumplidas las fases clave de la formación y la acumulación de experiencia e iniciada la inserción laboral formal. En ese escenario, bajo una aparente igualdad socioeconómica de la reproducción biológica, se escondería una desigualdad profunda de las condiciones sociales y demográficas en que se produce esa reproducción.

F. Continúa la exclusión de los pueblos indígenas y de los afrodescendientes

En los países de América Latina, existían más de 800 pueblos indígenas en 2010, con una población estimada de 45 millones de personas y gran diversidad demográfica, social, territorial y política. Algunos pueblos viven en aislamiento voluntario, otros mayoritariamente en zonas rurales o en grandes asentamientos urbanos. Asimismo, existe una población afrodescendiente de más de 120 millones, también con elevada heterogeneidad demográfica y sociopolítica en los distintos países y en el interior de los mismos. Además de compartir orígenes, cultura e identidad, las personas afrodescendientes afrontan problemas derivados de la esclavitud, la colonización, la discriminación y la exclusión, como se reconoció en la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada por las Naciones Unidas en Durban (Sudáfrica) en 2001. Los pueblos indígenas y la población afrodescendiente sufren profundas desigualdades a las que se añade, especialmente en los primeros, la discriminación estructural basada en la negación de sus derechos colectivos, muchos de ellos de base territorial.

Estos dos grupos han tenido siempre niveles de bienestar inferiores a los del resto de la población y han disfrutado de un menor ejercicio (cuando no de una privación total) de sus derechos. Los ingresos de los pueblos indígenas y afrodescendientes son inferiores al promedio, la incidencia de la pobreza y la pobreza extrema los afecta de manera más intensa, padecen mayores grados de desnutrición y tienen, en general, una menor expectativa de vida. Otra muestra de la discriminación es que la información sobre las poblaciones afrodescendientes sigue siendo fragmentaria y escasa.

La ronda de censos de 2010 permite constatar que, si bien las tasas de fecundidad de las mujeres indígenas se redujeron en la última década, siguen siendo más elevadas que las de las mujeres no indígenas, especialmente en el Brasil y Panamá, donde la fecundidad de las primeras al menos duplica la de las segundas. Mientras que en la mayoría de los países el promedio fluctúa entre 2,4 y 3,9 hijos por mujer, en Nicaragua y Venezuela (República Bolivariana de) se mantiene en 4 hijos por mujer, y en Guatemala y Panamá, en 5 (CEPAL, 2014b).

La ronda de censos de 2000 mostraba que el porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que habían sido madres era más elevado entre las adolescentes indígenas que entre las no indígenas (Del Popolo, Oyarce y Ribotta, 2009). Los censos de la ronda de 2010 indican una disminución de esa variable en casi todos los países, excepto el Ecuador. Los mayores descensos se dieron en Costa Rica, México, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de).

No obstante, en 15 países con datos, el porcentaje de jóvenes madres es mayor entre las indígenas, en un rango que oscila desde el 12% de jóvenes indígenas que han sido madres en el Uruguay hasta un 31% en Panamá. Las mayores diferencias étnicas se registran, en orden de importancia, en Panamá, Costa Rica, la República Bolivariana de Venezuela, el Brasil y el Paraguay, países donde la maternidad adolescente indígena duplica con creces a la no indígena. En Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y el Perú, estas diferencias son menos acentuadas. Si bien el inicio de la maternidad a edades más tempranas no implica una prole más numerosa, los pueblos y mujeres indígenas tienen un promedio de hijos mayor que el resto de la población.

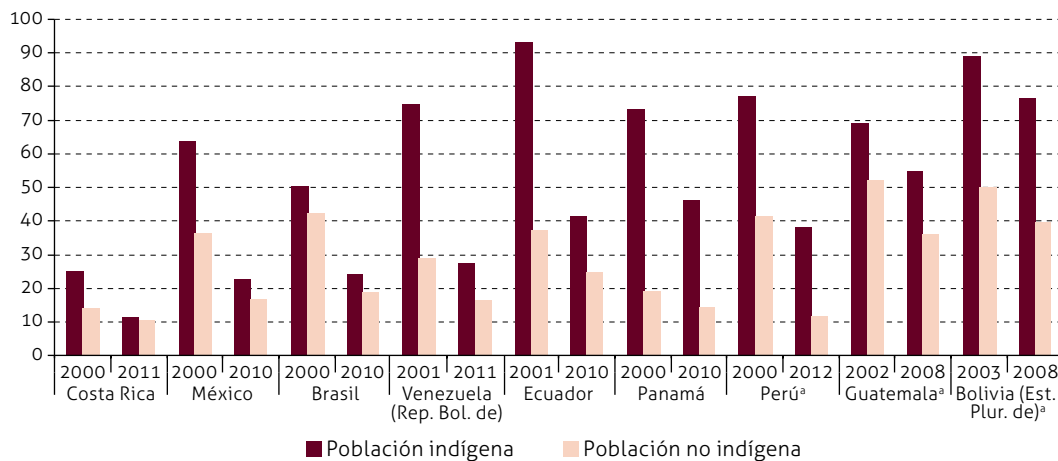
En el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, destaca la superposición de enfermedades propias de distintas etapas de la transición epidemiológica, en la medida en que persisten altas tasas de incidencia y mortalidad como consecuencia de enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, junto a enfermedades no transmisibles, como la diabetes asociada a la malnutrición y la obesidad. Hay mayores tasas de tuberculosis en indígenas que en el resto de la sociedad en el Brasil, Colombia, Chile, México, el Paraguay, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de) (CEPAL, 2014b).

En los últimos diez años, disminuyó significativamente la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez en los pueblos indígenas, en particular en México y Venezuela (República Bolivariana de), donde se redujo un 64% entre 2000 y 2010, y en Costa Rica, el Brasil, el Ecuador y el Perú, cuyos indicadores bajaron a algo más de la mitad. No obstante, la mortalidad infantil indígena continúa siendo más elevada que la no indígena, con la excepción de Costa Rica. Las mayores desigualdades se dan en Panamá y el Perú, donde la mortalidad infantil indígena triplica a la no indígena, y en el Estado Plurinacional de Bolivia, donde la primera es más del doble que la segunda. Estas desigualdades se dan en los ámbitos urbanos y rurales, pero son mayores en los segundos, independientemente del nivel de mortalidad (CEPAL, 2014b).

La dinámica de la mortalidad en la niñez es similar y también se observan brechas muy marcadas entre indígenas y no indígenas, excepto en Costa Rica (véase el gráfico VII.16). En este país y en el Uruguay se dan las cifras más bajas, con 11,5 y 15,8 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. En el otro extremo, se sitúan Panamá y Guatemala, con 46,4 y 55 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. La situación más dramática es la del Estado Plurinacional de Bolivia, donde 77 niños indígenas de cada 1.000 que nacen fallecen antes de cumplir los 5 años de edad (cifra que baja a 38 por cada 1.000 entre los niños no indígenas). La situación en las ciudades es algo mejor que en las áreas rurales, aunque las desigualdades étnicas son persistentes y, con la excepción del Brasil, mayores en el campo (CEPAL, 2014b).

Gráfico VII.16
América Latina (9 países): mortalidad en la niñez según condición étnica,
alrededor de 2000 y 2010

(En número de fallecimientos por 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos* (LC/L.3902), Santiago, 2014.

^a Para estos países, las estimaciones se derivaron de las encuestas de demografía y salud, mientras que para el resto de los países se utilizaron los censos de población y vivienda.

En los últimos años, los pueblos indígenas han ido posicionando sus derechos en las legislaciones y la institucionalidad de los Estados y, en la última década, se han producido avances en la promulgación de leyes y decretos, en diferentes ámbitos y con diversos alcances en cada uno de los países de la región. Sin embargo, este proceso de inclusión no está exento de contradicciones e incluso retrocesos y las brechas en la aplicación de los derechos de los pueblos indígenas, plasmados en las constituciones y legislación internas, continúan siendo críticas. En el caso de la población afrodescendiente, el avance es más heterogéneo en los distintos países en lo que se refiere a la creación de normas legales y organismos para la promoción de la igualdad racial y la implementación de políticas de discriminación positiva.

Políticas en la transición demográfica*

Las rápidas transformaciones demográficas en la región plantean oportunidades y retos para avanzar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la igualdad. Los países en los que la transición demográfica ha sido más tardía aún tienen por delante una buena porción del período de oportunidad demográfica para mejorar los resultados de sus políticas de educación, salud, pensiones y empleo. Los países más avanzados en la transición ya han entrado en procesos de envejecimiento acelerado y encaran exigencias crecientes para financiar los sistemas de pensiones, adecuar los sistemas de salud a una epidemiología mixta, crecientemente onerosa, y operar sistemas apropiados de cuidado.

La atención a los efectos de los cambios demográficos involucra una amplia gama de políticas, entre las que destacan las dirigidas a los jóvenes para ampliar sus oportunidades de educación y empleo, las de seguridad social y pensiones y las políticas de salud, así como la creación de un sistema público para el cuidado y la adecuación de las políticas fiscales con el fin de lograr un buen equilibrio intergeneracional de las transferencias (Banco Mundial, 2016). Estas políticas deben recibir un tratamiento integral que incluya la consideración de las tendencias demográficas e incorpore las perspectivas de ciclo de vida, género, interculturalidad, derechos y procesos intergeneracionales de manera apropiada para los contextos nacionales, con un horizonte de largo plazo.

A. Aprovechar el ahorro en educación para mejorar su calidad

La disminución del número relativo de niños y jóvenes reduce de manera sustancial y permanente el costo de la educación. El uso de esos recursos permitiría generalizar los beneficios de una educación de calidad. Al invertir en la juventud, los países promueven la igualdad y preparan a la futura fuerza de trabajo para enfrentar los retos de una sociedad en proceso de envejecimiento.

La inversión en educación pública puede desagregarse en dos componentes. El primero es demográfico y mide la proporción de la población en edad escolar en relación con la población en edad de trabajar (relación de dependencia educativa). El segundo incluye los aspectos no demográficos y mide la inversión efectivamente recibida por persona (relación entre inversión en educación y productividad). Así, la inversión en educación pública como porcentaje del PIB es el producto de la relación entre la población en edad escolar y la población en edad de trabajar, multiplicado por la inversión por persona en

* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Los impactos de las tendencias demográficas", *Panorama Social de América Latina, 2015* (LC/G.2691-P), Santiago, 2016, págs. 213-218.

edad escolar en relación con la productividad (PIB por persona en edad de trabajar)⁷. Este último componente refleja una decisión política, que depende de factores como el nivel de desarrollo, la institucionalidad social y la capacidad de generar recursos (Cecchini, Filgueira y Robles, 2014).

En la mayoría de los países de la región, la dependencia demográfica de la educación se reducirá a un tercio entre 1950 y 2070, es decir, se pasará de una población en edad escolar aproximadamente del mismo tamaño que la población en edad de trabajar a otra que será tres veces menor que esta última. Si todos los demás factores permanecieran constantes, la nueva situación permitiría triplicar la inversión por estudiante en educación. La pregunta es si los países realizarán un esfuerzo de inversión en educación coherente con la oportunidad demográfica del sector.

La experiencia de la región muestra que, si bien una buena parte de los países están cerca de la cobertura universal del ciclo primario, el aumento de la cobertura y la calidad de la educación secundaria sigue constituyendo un gran desafío. El acceso al nivel secundario y la progresión oportuna dentro del mismo son bastante menores que en el nivel primario y la situación entre países es más heterogénea. Persisten grandes brechas en cuanto a finalización, aprendizajes, calidad y logros, que se originan en las desigualdades socioeconómicas (y a su vez las exacerban) y en las desigualdades por área geográfica y origen étnico. Además, los avances educativos en las últimas décadas no han resultado en una mejor incorporación al mercado de trabajo y un buen aprovechamiento de las nuevas capacidades de los jóvenes (CEPAL, 2009; CEPAL, 2011).

Si bien la educación es una de las principales fuerzas para reducir las desigualdades y una vía privilegiada para la superación intergeneracional de la pobreza, el sistema educativo no ha sido capaz de concretar ese potencial.

B. Eliminar la discriminación de jóvenes y mujeres en el mercado laboral

Otra prioridad para los países con bono demográfico es la generación de empleos de calidad para los jóvenes, acompañada de la mejora de la educación y la capacitación para el trabajo. Esto permitiría aumentar su productividad e ingresos y les proporcionaría los medios para incrementar sus ahorros.

Los jóvenes enfrentan diversas desventajas para acceder al trabajo de calidad. Su tasa de desempleo es mayor que la del total de la población activa, con una situación más grave en el Caribe de habla inglesa, donde el desempleo juvenil superaba el 30% en

⁷ La ecuación de descomposición es: $I / Y = P(6-21) / P(20-64) * [I / P(6-21) / Y / P(20-64)]$; donde I = inversión en educación, Y = PIB, P(6-21) = población de 6 a 21 años de edad, y P(20-64) = población de 20 a 64 años de edad. Véase Miller, Mason y Holz (2011).

algunos países al principio de la década. También inciden en las dificultades de inserción las condiciones socioeconómicas en las que han crecido y se han desarrollado. A nivel regional, el desempleo de los jóvenes de los quintiles más altos de ingreso es, en promedio, tres veces inferior al de los quintiles más pobres (CEPAL, 2014a). Además, el empleo de los jóvenes es de alta rotación, segmentación y precariedad, lo que se traduce en una fuerte desigualdad de acceso y aporte a los sistemas de protección social contributiva —asociados a los empleos formales— y en un desaprovechamiento del bono demográfico (CEPAL, 2016).

Por otro lado, las tasas de participación laboral de las mujeres son muy inferiores a las de participación masculina, como reflejo de la persistencia de condiciones culturales y factores estructurales en el mercado laboral que dificultan su acceso y permanencia en el empleo y hacen que reciban remuneraciones menores. Avanzar en la igualdad de género en los mercados laborales supone un incremento de la participación laboral femenina que aumente su autonomía económica, reduzca la pobreza en sus hogares e impulse el crecimiento económico.

El impacto en el aumento de la producción per cápita conforme se iba avanzando hacia la paridad entre mujeres y hombres en la actividad económica ha sido tan grande como el del bono demográfico en la región durante los últimos años y probablemente será mayor en el futuro cercano (Martínez, Miller y Saad, 2013). Esto plantea la oportunidad de implementar políticas para estimular la participación femenina en igualdad de condiciones con la masculina.

La equiparación de las tasas de actividad femenina y masculina y la eliminación de la brecha de ingresos entre hombres y mujeres disminuirían la pobreza y la desigualdad (CEPAL, 2014a). Es necesario fortalecer las políticas e instituciones laborales mediante programas e intervenciones para proteger el empleo y ampliar las oportunidades de trabajo de calidad para las mujeres, evitando la segregación ocupacional de género y la discriminación en el mercado de trabajo. La superación de la discriminación requiere de capacitación para que las mujeres puedan ocupar empleos altamente masculinizados, la igualación salarial y el estímulo a su empoderamiento mediante su presencia en todas las esferas de la vida social, desde el hogar, hasta las altas esferas del poder, pasando por el espacio comunitario. Todo esto debe darse en el marco de acciones tendientes a la transformación de los factores culturales relacionados con la distribución tradicional de los roles productivos y reproductivos entre sexos.

C. Preparar los sistemas de salud para sociedades en proceso de envejecimiento

La combinación de las tendencias al envejecimiento y el crecimiento económico lleva a un rápido y sostenido incremento del gasto en salud. Una proyección de esos costos para

el Brasil, Chile y México sugiere una duplicación del tamaño del sector en relación con el PIB desde la actualidad hasta 2060.

Debido a que los gastos en salud destinados a las personas mayores son financiados en su mayor parte (aunque no exclusivamente) por el Gobierno, esta tendencia llevará a un incremento sustancial del gasto público. En diez países de la región, el financiamiento de los costos del sector de la salud representaría para sus Gobiernos un desafío mayor que la financiación de las pensiones públicas (Miller, Mason y Holz, 2011; Miller y Castanheira, 2013). A pesar de que el debate se ha centrado en las pensiones, es posible que el sector de la salud sea el principal desafío fiscal en economías envejecidas.

Junto con el incremento del tamaño del sector, también se producirán transformaciones en los servicios ofrecidos como consecuencia de la evolución de la población atendida. En la actualidad, el 17% del gasto en salud se destina a las personas mayores. Incluso los países con una alta proporción de personas de edad, como la Argentina, Chile, Cuba y el Uruguay, dedican menos del 30% de su gasto en salud a ese segmento. Esto cambiará en las próximas décadas, debido al envejecimiento de la población y la creciente intensidad de la atención de salud entre las personas mayores. Se proyecta que el gasto en salud dedicado a esas personas alcance el 53% del gasto del sector en 2070.

Esto implica la reorientación de los sistemas de salud hacia servicios de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, como las patologías del corazón, el cáncer, las enfermedades pulmonares y la diabetes. El Consenso de Montevideo traza líneas de política relevantes para adecuar las políticas de salud al perfil epidemiológico y al envejecimiento, reforzando la lucha contra las enfermedades transmisibles, implementando acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas y teniendo en cuenta especificidades de género, edad, regiones y grupos étnicos y socioeconómicos (CEPAL, 2013b).

D. Mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes

Las políticas públicas deben priorizar la prevención del embarazo adolescente, con un enfoque multidimensional. Desde el punto de vista demográfico, el foco debe estar en las uniones tempranas, frecuentes entre los pobres y excluidos, que siguen estando asociadas a la alta fecundidad adolescente. Por ello, son pertinentes iniciativas legales, educativas y formativas dirigidas a promover su postergación y a impedir las uniones impuestas.

La variable fundamental para la acción pública en la región es el acceso a la anticoncepción, ya que los países desarrollados presentan índices de actividad sexual en la adolescencia similares o mayores, pero una fecundidad muchísimo menor como consecuencia de la virtual universalización del inicio sexual protegido con medios anticonceptivos modernos y el aborto legal. El acceso a la anticoncepción para los adolescentes debe ser gratuito, oportuno, informado, de calidad y basado en principios como el de confidencialidad. Los

adolescentes enfrentan diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y suelen superarlas en condiciones ineficaces por falta de conocimiento, experiencia y empoderamiento. Estas tres falencias pueden atacarse mediante la educación sexual integral, las campañas de información y concientización, los programas de formación y consejería, y los servicios amigables de salud sexual y reproductiva.

El efecto de estas acciones puede ser contrarrestado si actores sociales clave —como las familias, los medios, el Estado y la comunidad— siguen desconociendo o condenando la condición de sujetos sexuales de los adolescentes. Aunque esto puede dar lugar a diferentes posiciones privadas y públicas, en lo inmediato debe enfrentarse con el acceso universal a la anticoncepción para evitar un aumento de la reproducción adolescente, sobre todo la no deseada. Incluso las intervenciones más decididas y sólidas de masificación de la anticoncepción pueden diluirse si un segmento de los adolescentes carece de incentivos para protegerse de un embarazo y enfrentan condiciones socioculturales que los presionan para un inicio temprano de la fecundidad. En este sentido, resultan esenciales para prevenir los embarazos adolescentes la garantía del derecho a una educación pertinente y de calidad, así como la apertura y ampliación de espacios, oportunidades, proyectos y pasatiempos para los adolescentes.

E. Proteger los derechos de los indígenas y afrodescendientes

La superación de las condiciones de privación y desigualdad de los pueblos indígenas y afrodescendientes es crucial en un enfoque de derechos. Para ello, es preciso implementar políticas acordes a los estándares internacionales vigentes, como el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (Núm. 169) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007. Desafortunadamente, la presencia de las necesidades y aspiraciones de los pueblos indígenas no es suficientemente amplia y contundente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. No hay ninguna meta específica relativa a ellos y solo se mencionan en dos metas como parte de poblaciones más amplias en condiciones de vulnerabilidad. Aun menor es la visibilidad de las poblaciones afrodescendientes, incluida solamente en una meta sobre datos, supervisión y rendición de cuentas, también como parte de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Los países de la región reconocieron los derechos de los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes mediante la aprobación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en agosto de 2013 y la adopción de una Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en México en 2015. El Consenso expresa el compromiso de los Estados de

seguir avanzando en la implementación de los derechos de los pueblos indígenas como un asunto prioritario para la profundización de sus democracias. En la Guía operacional, se acordaron siete medidas prioritarias para los pueblos indígenas y se consideró que era preciso visualizar su situación de manera transversal e integral.

De esta manera, el Consenso refuerza y complementa el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en lo que respecta a los pueblos indígenas. Si bien el capítulo específico se centra en sus derechos colectivos, su implementación requiere de una articulación con los derechos individuales, visibilizando y tomando en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, los niños, las niñas, las jóvenes, las personas mayores y las personas con discapacidad.

En lo que respecta a las poblaciones afrodescendientes, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha proclamado el Decenio Internacional para los Afrodescendientes (resolución 68/237), que abarca el período comprendido entre 2015 y 2024, citando la necesidad de fortalecer la cooperación nacional, regional e internacional en relación con el pleno disfrute de sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, y su plena e igualitaria participación en todos los aspectos de la sociedad. De allí la relevancia de su inclusión en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Si bien el Programa de Acción de la CIPD no incluyó de manera explícita la situación de los afrodescendientes, se ha ido incorporando en las revisiones quinquenales realizadas en la región.

F. Adecuar los sistemas de pensiones

Al igual que el gasto en educación, el gasto público en pensiones se puede descomponer en dos factores. El primero es el demográfico y mide la población en edad de retiro en relación con la población en edad de trabajar (relación de dependencia de las personas mayores). El segundo incluye los aspectos no demográficos y mide el beneficio efectivamente recibido por persona (relación del gasto en pensiones con la productividad). Así, el gasto público en pensiones como porcentaje del PIB es el producto de la relación de la población en edad de retiro con la población en edad de trabajar, multiplicado por el beneficio por persona en relación con la productividad (PIB por persona en edad de retiro)⁸. Este segundo factor refleja una decisión política frente a la situación demográfica.

En los países más avanzados en la transición demográfica (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay), las personas mayores pasarán de representar alrededor del 15% de la población en edad de trabajar a entre el 40% y el 60% antes de 2070. Este aumento de la relación de dependencia implicaría la triplicación o cuadruplicación de los

⁸ La ecuación de descomposición es: $G / Y = P(65+) / P(20-64) * [G / P(65+) / Y / P(20-64)]$; donde G = gasto público en pensiones, Y = PIB, P(65+) = población de 65 años o más, y P(20-64) = población de 20 a 64 años. Véase Miller, Mason y Holz (2011).

gastos en pensiones. Si se mantuvieran los niveles actuales de la relación entre la pensión media y el PIB per cápita, los cambios demográficos en la región llevarían en muchos casos (por ejemplo en los del Brasil, Chile y Cuba) a grandes incrementos del porcentaje del PIB destinado a las pensiones públicas. Por lo tanto, los sistemas de pensiones actuales, que de una manera general se caracterizan por baja cobertura y beneficios insuficientes, deberán readecuarse y fortalecerse, para garantizar la protección de una creciente población de personas mayores.

G. Crear un sistema público de cuidado

Las transformaciones de la estructura por edad de la población tienen significativos efectos sobre las necesidades de cuidado de los diferentes grupos etarios en sus ciclos de vida. Asimismo, el cambio de la estructura por edad y la composición de los hogares afecta la disponibilidad de personas cuidadoras al interior de las familias y plantea retos desde el punto de vista de los derechos y de la autonomía de las mujeres, sobre las que recae frecuentemente el cuidado de las personas en los hogares. A esto se suma el riesgo de que la ausencia de sistemas de cuidado genere otra forma de desigualdad que afecte a las condiciones de vida y la dignidad de las personas mayores, dependiendo de si cuentan o no con familiares con recursos económicos y disposición para atenderlos privadamente.

La demanda de cuidados en la región es alta y creciente, debido a que, a la necesidad de atender un número todavía grande de niños y niñas, se suma el aumento del número de las personas de edad o dependientes por sus condiciones de salud (CEPAL, 2010a). Esta tendencia se acentuará al acelerarse el envejecimiento, de modo que la dependencia y los cuidados en la vejez pasarán a constituir el grueso de la carga demográfica de asistencia. Esto hace necesario implementar o reforzar sistemas nacionales de cuidados y proveer su financiamiento.

Urge la participación del poder público en la provisión de servicios de atención de cuidado universales, basados en la prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres. Las políticas de cuidado deben atender de manera integral y coordinada las necesidades en el ciclo de vida, así como la disponibilidad, capacidad y derechos de las personas cuidadoras.

El panorama de las políticas de cuidado en región es heterogéneo; en general, prevalecen políticas para grupos destinatarios específicos, con bajo nivel de integración y coordinación, y, por lo tanto, con dificultades para responder de manera integral a las necesidades y al trabajo de cuidados.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores otorgó a los Gobiernos en 2015 un mandato de desarrollar sistemas integrales de cuidado, que fue reconocido explícitamente por cinco Conferencias Regionales

sobre la Mujer de América Latina y el Caribe entre 2000 y 2013. Los cuidados ocupan un lugar central en las medidas para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2015b), que consideran la inclusión del cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios sociosanitarios y beneficios económicos para maximizar la autonomía, en particular de las personas mayores, y el desarrollo y fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidados con un enfoque de derechos.

Estas medidas incluyen un acceso equitativo a la atención de cuidados; el desarrollo de sistemas nacionales de cuidado; el incremento de la oferta y calidad de estos sistemas, y la creación de programas específicos de cuidado, incluidos los de atención domiciliaria, servicios de cuidado comunitario, programas de respiro, conserjería, capacitación y asistencia a personas cuidadoras y programas de transferencias para personas cuidadoras, incluidas las prestaciones de la seguridad social. Asimismo, es necesaria una legislación que regule la operación de las instituciones de cuidado de largo plazo para resguardar los tiempos de los trabajadores que cuidan a familiares de edad avanzada en condición de dependencia.

Pese a este marco normativo y las experiencias de implementación de políticas integradas de cuidado en la región, no existe consenso respecto de los componentes y las políticas que deberían formar parte de esos sistemas. Estos deberían atender las necesidades de las diversas poblaciones que requieren de cuidados y de las personas cuidadoras, y combinar acciones en la triple dimensión de tiempos, recursos y servicios para garantizar el derecho a cuidar y ser cuidado (Huenchuan, 2014; Marco y Rico, 2013; Rico y Robles, 2017).

La posibilidad de que los países implementen estas políticas depende de las estructuras de poder, la disponibilidad de recursos y las prioridades establecidas, en cuya definición influyen las consideraciones vinculadas a los equilibrios demográficos. Es deseable que una política de esta naturaleza se construya de manera progresiva e incremental, con base en los principios de igualdad y universalidad en el acceso al cuidado y a la protección social, de solidaridad, considerando las necesidades de cuidado de todos los grupos de la población, y de corresponsabilidad, sobre la base de un reparto igualitario del trabajo de cuidado entre los sexos y de respuestas articuladas del Estado, el mercado, las familias y la comunidad.