

# ***La Población en América Latina y el Caribe: Tendencias y Percepciones***

## **Presentación**

El presente trabajo tiene por propósito analizar la situación de la población de los países de América Latina y el Caribe y la forma en que esta situación es percibida a la luz de los temas relevantes del mundo actual. En este sentido, si bien para una mejor comprensión se hace referencia a un largo período histórico precedente, la mayor parte del análisis se concentra en lo sucedido después de 1950, y especialmente en las últimas décadas.

El primer capítulo está dedicado a una revisión somera de la relación entre las tendencias demográficas y el desarrollo socioeconómico en la región, desde el siglo XVI hasta nuestros días, con énfasis en el modo en que esta relación ha sido percibida, en distintas etapas históricas, por los gobiernos respectivos.

El segundo capítulo centra su atención en la evolución del ritmo de crecimiento de la población y su estructura por edades y culmina con una consideración sobre las preocupaciones actuales sobre estos temas.

En los capítulos III y IV se analizan las dos variables que más inciden sobre la dinámica demográfica, es decir la mortalidad y la fecundidad. Se incluyen, además de las tendencias de ambas variables, la estructura por edad, las causas de mortalidad y algunos factores determinantes de la fecundidad; se hace mención además a temas que han despertado atención pública, como la morbilidad materna, la prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el embarazo adolescente y el aborto.

Otros aspectos de gran interés para la humanidad, como la migración internacional, la relación entre la población y el medio ambiente y la dinámica demográfica de la pobreza, no son tratados en profundidad, debido a que en otros artículos de este mismo volumen son objeto de análisis más detallados.

El texto se cierra con unas breves consideraciones finales que incluyen algunas referencias al papel de la cooperación internacional en temas de población.

## La Percepción de los Temas de Población

En cada etapa o momento de su historia toda sociedad tiene una percepción o una imagen de sí misma. Esa imagen puede diferir entre distintos miembros o estamentos de la sociedad, pero suele haber elementos en común. Es de particular interés la percepción predominante entre los gobernantes y aquella gente cuya opinión tiene más peso en la conducción de los asuntos sociales, por cuanto esa imagen será un elemento contribuyente para determinar la forma y dirección en que serán usados su poder e influencia.

Entre los elementos más importantes que constituyen esa percepción están las variables de población. En cada momento del tiempo los gobernantes tienen un juicio sobre el volumen de la población, su composición por edades, su composición étnica, su distribución en el territorio, sus aptitudes productivas o para la guerra, y un gran número de otras variables definitorias del grupo humano que constituye la sociedad en cuestión. Ese juicio incluye elementos valorativos, es decir, se atribuye un valor o un grado de deseabilidad a tales características. Así, por ejemplo, puede considerarse valioso y motivo de orgullo la aptitud bélica, la pureza étnica, el nivel educativo alcanzado, y —en la misma medida en que se les atribuya valor— la conservación y acrecentamiento de esas características pasan a constituir objetivos dignos de ser perseguidos por la sociedad en general y por los gobernantes en particular. El ejemplo ilustra, asimismo, cómo la imagen de la población, en conjunción con determinados juicios valorativos, lleva a establecer objetivos para la acción pública.

Es interesante señalar aquí que suele establecerse una clara diferencia entre la sociedad y los individuos, de modo tal que en un momento dado pueda concebirse que un hecho indeseado por un individuo sea bueno para el grupo, a tal punto que en más de un discurso político se alaba o justifica “... el sacrificio individual en aras del interés colectivo...”, o se usan expresiones similares.

Más aún, hay casos en que se distingue a su vez el colectivo de individuos —o población en un momento dado— del concepto de “nación”, el que trasciende al agregado de individuos. Esto puede llevar, por ejemplo, a contraponer el interés inmediato de una generación con el interés de las generaciones futuras, si ello se entiende como bueno para la nación.

A su vez, esto abre las puertas para que la población pueda ser objeto de políticas, es decir, que se busque modificar sus características en nombre de lo que es bueno para la “nación” o “sociedad”, siempre a juicio de sus dirigentes.

Las imágenes o percepciones de los temas y variables de población en las distintas sociedades de América Latina y el Caribe han sido sin duda muy variadas a lo largo de su historia. Sin embargo, es posible encontrar elementos comunes. Tomando como punto de partida el fin de la etapa histórica llamada del “descubrimiento”, se suele hacer referencia a la etapa de la Colonia, para señalar a la etapa que comienza —con variaciones según lugar— a partir de algún momento del siglo XVII. Esta fue una etapa caracterizada por el establecimiento, bajo la égida de las potencias europeas que habían conquistado los distintos territorios, de nuevos asentamientos humanos, de origen externo a la región, que se agregaron a la población del continente. Ese proceso estaba asociado a una visión del continente como un vasto territorio muy rico en recursos naturales, aptos para la explotación minera y agropecuaria, con una población originaria escasa en relación a esos recursos y generalmente percibida como hostil. Se entendía que tal explotación requería de nuevos y numerosos recursos de capital (bienes de capital y capital de trabajo) y, sobre todo, de más recursos humanos. Es verdad que en muchas partes del territorio preexistían importantes asentamientos humanos, es decir poblaciones indígenas, y que en una fracción de esos casos dichas poblaciones quedaron incorporadas al sistema económico implantado por las autoridades coloniales. Sin embargo, también es cierto que en numerosos otros casos se buscó un desplazamiento de dichas poblaciones indígenas del dominio y acceso a los recursos naturales, y aun en los casos en que hubo alguna forma —subordinada— de integración, se buscó agregar recursos humanos nuevos, tanto para aumentar la masa total de tales recursos como para cambiar las proporciones de su composición. Dicho con otras palabras, se creía que había razones tanto políticas como económicas para desear un agregado, principalmente mediante la inmigración, de nuevos pobladores de la región.

A lo largo del proceso de colonización, es decir de consolidación del dominio de las potencias europeas sobre los nuevos territorios, fue disminuyendo la resistencia de los grupos aborígenes. La motivación para la búsqueda de afluencia de nuevos pobladores fue circunscribiéndose al aspecto económico (aunque la emergencia de conflictos entre potencias coloniales dio renovadas razones para hacer de la ocupación territorial una preocupación geopolítica). De hecho, la conquista y la colonización llevaron a una enorme

disminución del número de pobladores aborígenes. Diversos autores han calificado lo sucedido en el siglo XVI como “catástrofe demográfica”. De una población estimada en unos 40 a 50 millones de personas en la época del descubrimiento, se pasó a unos 10 a 15 millones hacia el comienzo del siglo XVII, como producto, “... en ese orden de importancia, (de) las epidemias, las hambrunas y las guerras”. (Pérez Brignoli, 1994). La tasa de variación de dicha población originaria seguía siendo negativa a lo largo del siglo XVII y, pese a la inmigración, el volumen total de efectivos en la región siguió siendo de ese orden al final de tal centuria. Recién durante el siglo XVIII comienza a observarse una variación positiva, que permite comenzar el XIX con, según diversas estimaciones, entre 15 y 19 millones.

14 Esa visión de un territorio despoblado en relación a sus recursos naturales persistió durante la etapa de la independencia, acentuándose en la medida en que la mayor integración de los nuevos países al mercado mundial aumentó la conveniencia de explotar tales recursos. Esa centuria vio crecer la población a un ritmo nunca antes visto, como que pasó a unos 34 millones hacia 1850 y a unos 75 millones hacia 1900, es decir, aproximadamente una duplicación cada cincuenta años. En esto pesó una alta tasa de crecimiento vegetativo, en cuyo valor influía una fecundidad mayor que su contrapartida europea de la época, a lo que se agregaba una importantísima cuota de inmigración. En el caso de Argentina, un ejemplo extremo, algunos métodos indirectos de estimación de los distintos componentes de la tasa de crecimiento han permitido asignar tanto como la mitad del crecimiento observado a la inmigración (para un período ciertamente distinto —desde mediados del siglo XIX a mediados del XX— pero igualmente relevante. Véase otra vez, Pérez Brignoli, 1994). Lo importante, a los efectos que aquí interesan, es que esas corrientes migratorias eran, a lo menos aceptadas (cuando no promovidas) y saludadas como proveedoras de un aumento poblacional que se juzgaba conveniente.

Así, por ejemplo, en algunas naciones del Cono Sur habían leyes de fomento a la inmigración y la colonización, concesión de tierras públicas, celebración de contratos internacionales para tales efectos, y hasta provisión con fondos públicos de animales de labranza, semillas, etc. a los colonos participantes en tales esfuerzos. También es cierto que en la generalidad de los países de la región no existía enunciación formal de una “política de inmigración” ni, mucho menos, de una “política de población”; tampoco estaban plenamente desarrollados los instrumentos de política con los que hoy en día se ponen en práctica tal clase de políticas. Pero, en todo caso, aunque los instrumentos legales y mecanismos de acción pública mostraran

gran variabilidad entre países, los elementos de juicio disponibles permiten concluir, al menos como hipótesis de trabajo, que la imagen predominante en los círculos gubernativos de la mayoría de los países de la región era la de poseer un territorio relativamente despoblado, al cual la inmigración era, en general, bienvenida.

Las altas tasas de crecimiento, con esos componentes, se mantuvieron en varios países; en otros, hasta se acentuaron durante la primera mitad del presente siglo. Tempranamente se vieron seguidas por importantes caídas de la mortalidad en países como Cuba, Uruguay y Argentina, aun cuando muy pronto seguidas de descensos en la fecundidad, que hicieron mantener aproximadamente los valores de crecimiento vegetativo. En algunos casos (por ejemplo, México y Venezuela) hubo algún descenso de la mortalidad unido a *aumentos* de la fecundidad (esto último, esperablemente, se revertiría un tiempo después), con el consiguiente aumento en la tasa de crecimiento vegetativo de la población (Pérez Brignoli, 1994). Así, y pese a la disminución de la incidencia relativa de la inmigración, la población total de la región pasó de casi 75 millones a algo más de 165 millones entre 1900 y 1950 (CELADE, 1994), con lo que se repitió la duplicación aproximada cada cincuenta años.

Dejando de lado la gran depresión de los años treinta y otras crisis coyunturales nacionales, puede decirse que el desarrollo económico de este período permitió la inserción laboral de esa creciente masa poblacional con relativa comodidad. A medida que se ocupaban más intensamente los espacios y los recursos naturales, perdía intensidad, sin desaparecer del todo, la percepción de territorio relativamente despoblado. De ese modo, el corto refloreamiento en los años iniciales de la posguerra de algunos volúmenes de migración europea, seguía percibiéndose como funcional a la situación poblacional de los países receptores.

La mencionada percepción, que, como se señala, guarda una clara continuidad y se prolonga —si bien con importantes diferencias de trasfondo y de matiz— desde la época del descubrimiento hasta mediados del presente siglo, habría de sufrir grandes cambios y daría lugar a intensas polémicas en la segunda mitad de la centuria.

Por una parte, el estancamiento de las economías de la región producido desde los años setenta en adelante, unido a importantes cambios tecnológicos ahorradores de mano de obra en las actividades primarias, en la industria y hasta en algunos servicios, revierten la sensación, hasta entonces predominante, de escasez relativa de recursos humanos.

Simultáneamente, dentro de la región latinoamericana y del Caribe, los acontecimientos demográficos experimentaban cambios de importancia. Como se verá con algún mayor detalle en una sección ulterior del presente trabajo, los países de la región atravesaron, a ritmos diversos, por distintas etapas del proceso de transición demográfica. De esa manera, la tasa de crecimiento de la población de la región aumentó hasta niveles nunca antes vistos, del orden del 2,8% anual a principios de los años sesenta. Esta era una de las tasas más altas registradas en el mundo, en momentos en que a nivel mundial se temía la “explosión demográfica”. Sin embargo, el número medio de hijos por mujer, que era de seis en esa década, comenzó a descender con inusitado ritmo, llegando a tres en el presente quinquenio y revirtiendo así las perspectivas de una tal explosión. En consecuencia, el ritmo de crecimiento también cayó, aunque —por razones que se citarán más adelante— de modo menos dramático, hasta los valores actuales (1,7%) y con tendencia a seguir disminuyendo con firmeza.

Estos cambios en el proceso de desarrollo económico y en los ritmos de crecimiento no dejaron de influir en las percepciones nacionales sobre los temas de población; dichas percepciones cambiantes se dieron, a su vez, en el marco de diferencias entre diversas situaciones nacionales. En Bolivia, por ejemplo, las percepciones diferían respecto de las prevalecientes en países insulares del Caribe, habida cuenta de las diferencias de densidad y tipo de ocupación territorial.

Por otra parte, durante la segunda mitad del siglo irrumpe en la discusión nacional de las percepciones y políticas en materia de población un fenómeno históricamente nuevo en el plano internacional: la discusión de las variables de población a nivel mundial. En conjunto con preocupaciones sobre el eventual agotamiento de los recursos naturales en el mundo como un todo, discusiones como las del Club de Roma adelantaban la idea de que, ante los crecientes niveles de consumo, había un límite de población que el mundo podía soportar sin peligro de hambrunas, guerras y otras calamidades. Ya en 1954 y 1964 se realizaron reuniones internacionales dedicadas a discutir los que se empezaban a identificar como “problemas de población” del globo. En 1974 la Conferencia Mundial de Población de Bucarest dio al tema el más alto estatus en las relaciones internacionales y aprobó el primer Plan de Acción Mundial sobre Población (PAMP), que pretendía mancomunar esfuerzos de países desarrollados y subdesarrollados para enfrentar el tema, buscando “... armonizar las tendencias demográficas y el cambio socioeconómico...” (PAMP, párr. 69). A ello siguió el florecimiento de una pléyade de instituciones internacionales públicas y privadas que se especializaron en

el problema. Las conferencias de México (1984) y de El Cairo (1994), dan cuenta de la tradición de celebrar, decenalmente, importantes eventos mundiales sobre el tema.

En este contexto, merece especial mérito la creación, en el año 1969, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), que desde entonces ha tenido una muy destacada actuación en estas actividades.

La región latinoamericana y caribeña no permaneció al margen de ese proceso de discusión internacional. Su creciente relacionamiento económico, político y cultural con el resto del mundo hizo que participara activamente en el proceso y que recibiera sus influencias. En rigor, puede decirse que en muchos casos la discusión a nivel nacional sobre temas de población estaba más impulsada por el proceso internacional y por sus actores que por impulsos nacidos de su propio interior, y así lo atestigua el hecho de que la intensidad de las discusiones y actividades nacionales en materia de población solían caer en intensidad en los períodos entre conferencias mundiales, para reactivarse en los períodos previos a las mismas.

En ese contexto, no es de extrañar que las discusiones sobre la materia incluyeran elementos de otros debates importantes de la arena internacional. Así, la confrontación ideológica Este-Oeste que prevaleció durante la llamada Guerra Fría —y la particular relación Norte-Sur a que dio lugar— se reflejaron en los debates sobre población. En la Conferencia Mundial de 1974 en Bucarest, por ejemplo, los países en desarrollo tendieron a sostener que el ritmo de crecimiento de la población decrecería por sí mismo si se ayudaba a esos países a desarrollarse, e impugnaban el orden mundial que hacía ese desarrollo más difícil; los países desarrollados de Occidente, por su parte, tendieron a defender el valor de acciones más directas para aminorar el crecimiento como, por ejemplo, las de planificación familiar.

El escenario ideológico y geopolítico mundial también experimentó rápidos y fuertes cambios, y así la Conferencia Internacional de El Cairo tuvo lugar en condiciones de relaciones internacionales muy distintas a las ya citadas de la Conferencia de Bucarest, realizada sólo dos décadas atrás.

En este contexto, con tales mutaciones internas y externas, se perdieron la relativa estabilidad y la aparente simplicidad de la percepción que las sociedades latinoamericanas y caribeñas habían tenido —desde largo tiempo— de sus variables de población. Ahora es más difícil discernir los que son elementos comunes de las percepciones que se dieron en todo el continente en los últimos 50 años del siglo. En las postrimerías de la centuria, ya no sólo interesa el ritmo de crecimiento del número absoluto de población sino que también

importan sobremanera su distribución geográfica dentro de los países, su grado de urbanización, y su relación con el medio ambiente, por citar apenas algunas de las cuestiones presentes en los debates actuales. Al mismo tiempo, el interés por los valores cuantitativos de las variables demográficas es acompañado de una creciente atención a sus aspectos cualitativos como, por ejemplo, la aptitud de los distintos sectores de la población para participar en los procesos de modernización tecnológica de las economías nacionales. Adicionalmente, se considera más la heterogeneidad de los índices demográficos dentro de las sociedades. Así, por ejemplo, el hecho de que los sectores más pobres presenten índices de fecundidad, morbilidad y mortalidad más altos que el promedio nacional, se constituye en objeto de mayor atención pública. Junto con esa preocupación se presta atención creciente a la relación entre tales hechos y la igualdad de derechos individuales, señalándose con frecuencia que esas diferencias son expresiones de inequidad social y que las acciones enderezadas a facilitar su desaparición, como por ejemplo el acceso gratuito de los sectores pobres a la información y los medios para regular su propia fecundidad, se funda más en consideraciones de igualdad de derechos que en la persecución de metas demográficas globales o nacionales. En la misma vena, en el marco de la lucha por la equidad entre géneros, los defensores de los derechos de las mujeres encuentran que el control de su propia fecundidad es una pieza vital para su progreso individual y su equitativa inserción social. Por consiguiente, también en este caso las medidas relacionadas con la regulación de la fecundidad se basan más en el respeto de los derechos individuales que en evaluaciones societales de exceso de crecimiento poblacional.

Habida cuenta de la complejidad mencionada, un buen lugar para encontrar los puntos de coincidencia en las percepciones actuales sobre población de los países de la región es en el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, aprobado por unanimidad, tal como su nombre lo indica, en la reunión oficial preparatoria celebrada en Ciudad de México en mayo de 1993, de cara a la que en ese momento era la próxima reunión mundial de El Cairo. Al igual que en las demás regiones del mundo, los países de América Latina y el Caribe tuvieron oportunidad de prepararse para su intervención en la reunión mundial discutiendo primero entre sí las características propias de los temas de población en su región y las distintas posiciones nacionales. Tras las discusiones, la coincidencia de puntos de vista se reveló como muy grande —pese a la existencia de algunas diferencias importantes de enfoque— y se expresó en el mencionado Consenso.

El Consenso (que se reproduce en CELADE, Notas de Población N° 58, 1993) comienza entregando una visión comprensiva de los temas de pobla-

ción de la región y destacando su relación con el desarrollo y la equidad. En los ocho capítulos que constituyen su parte medular se recoge una serie de recomendaciones para la acción nacional, cada una de ellas fundamentada en una caracterización y diagnóstico de la situación. Tales capítulos versan sobre el crecimiento y la estructura de la población, la distribución territorial y el medio ambiente, la mujer, las políticas y programas de población, la salud y la planificación familiar, y la migración internacional, seguidos por un capítulo de naturaleza instrumental sobre capacitación, producción de datos e investigación, y por otro referido a la cooperación internacional.

En la visión que el Consenso ofrece se destacan su carácter integral y un tratamiento equilibrado de los aspectos conceptuales y los cuantitativos del tema. Con posterioridad a su aprobación, y ya en el marco de la Conferencia de El Cairo, el debate mundial se concentró durante buena parte del tiempo en otras variables, notablemente el tema del aborto y los derechos de los homosexuales. Esta situación llevó a fuertes discusiones, en términos no siempre claros y definidos, y condujo, en el documento finalmente aprobado, a redacciones de compromiso, acompañadas de expresiones de reservas por parte de algunas delegaciones asistentes. Los países de la región no se substrajeron a esos debates, mostrando menos homogeneidad que la alcanzada en el Consenso regional. Ello no llevó a que retirasen su adhesión al Consenso, por lo cual el mismo conserva su validez como expresión de puntos de vista comunes.

19

La región termina el siglo con una visión de los temas de población que es, en comparación con la percepción anterior, relativamente multifacética, ligada de modo complejo al desarrollo económico y muy enlazada también a la percepción de los derechos individuales, en un marco de gran interdependencia internacional.

## **Crecimiento y Estructura por Edades de la Población**

### **Las Tendencias del Crecimiento de la Población**

Tal como se sugiere en el capítulo anterior, el crecimiento de las poblaciones humanas, respondiendo a situaciones históricas concretas, ha tenido cambios importantes a través del tiempo. Desde la prehistoria hasta el siglo XVIII, las tasas de crecimiento de la población han sido relativamente bajas y con gran variabilidad. Puede estimarse la tasa promedio anual, desde el comienzo de la era cristiana hasta mediados del siglo XVIII, en 0,06%

anual. Este bajo crecimiento se debió a las altas tasas de mortalidad, la que frecuentemente experimentaba crisis relacionadas con guerras, pestes y hambrunas generalizadas. Como una respuesta necesaria para la sobrevivencia de la especie, el comportamiento reproductivo de la población se orientaba hacia una elevada fecundidad. La esperanza de vida al nacer giraba en torno a 25 años y la tasa global de fecundidad se situaba entre 5 y 6 hijos por mujer, lo que implicaba tasas brutas de mortalidad y natalidad cercanas al 40 por mil. Estas eran, en general, las condiciones llamadas pretransicionales.

A partir de ese momento, y ligados a transformaciones económicas y sociales sin precedentes ocurridas en Europa, comienzan cambios importantes en el comportamiento demográfico de sus poblaciones. Como fruto de las mejoras en las condiciones de vida y a los adelantos en el campo de la medicina, en primer lugar se observaron importantes descensos de la mortalidad y, luego, en la fecundidad. Estos cambios condujeron inicialmente a aumentos en la tasa de crecimiento de la población, la que se elevó a valores entre 1 y 2% anuales. Posteriormente, y a causa de la baja de la fecundidad, se llegó al equilibrio actual, con tasas muy cercanas a cero. Este nuevo equilibrio se produce con una esperanza de vida al nacimiento cercana a 80 años y una tasa global de fecundidad de 2 hijos por mujer. Este proceso, que da cuenta de la historia demográfica reciente de estos países, ha sido llamado “transición demográfica”.

20

En la actualidad se tiende a considerar la situación antes mencionada como el final de la transición. La combinación de una baja mortalidad con una fecundidad de aproximadamente 2,1 hijos por mujer conduce a una tasa de crecimiento igual a cero. Este nivel de fecundidad suele ser llamado “nivel de reemplazo”, pues significa que cada mujer deja, en promedio, una sola hija, asegurando únicamente el reemplazo de la población. Los países con tasa global de fecundidad superior a 2,1 tienen una tasa de crecimiento superior a cero y aquellos con un valor menor llegarán necesariamente a un crecimiento negativo.

En las últimas décadas, prácticamente todos los países del mundo, en mayor o menor medida, han entrado en un proceso de transición, pero éste varía en el momento de su inicio, en el ritmo con que se dan los cambios, en los años de desfase entre el descenso de la mortalidad y la fecundidad y en los mecanismos que producen dichos descensos, sobre todo por tratarse de contextos históricos muy diferentes. La región de América Latina y el Caribe no escapa a este proceso, el que se da con características propias y con una gran diversidad en las tendencias demográficas entre los países y al interior de éstos.

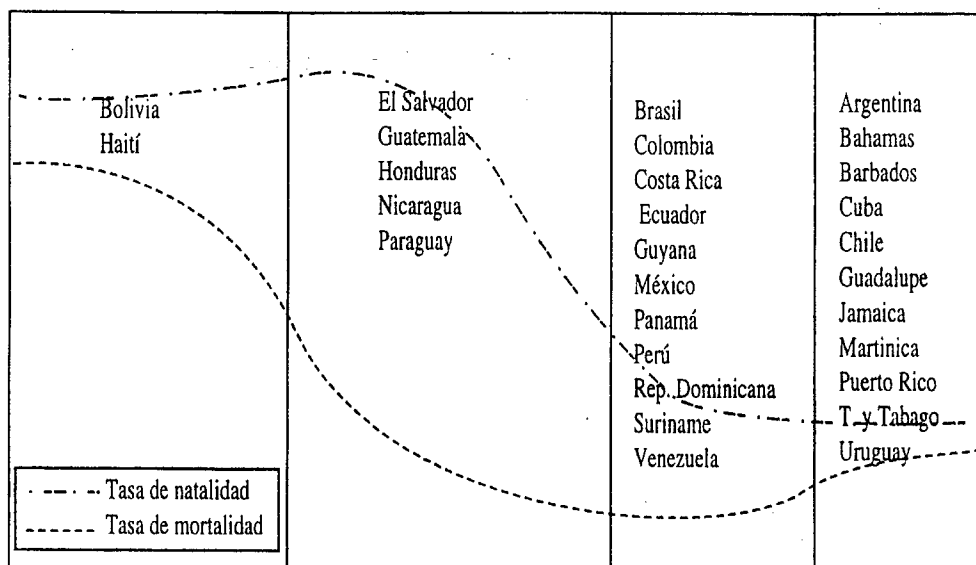
Tal como se indicó en el capítulo anterior, la llegada de los españoles encuentra a América Latina con una población de alrededor de 50 millones de habitantes, la que durante la conquista se reduce a menos de una tercera parte, para luego crecer sostenidamente hasta la actualidad. La etapa pretransicional más reciente se caracterizó por un crecimiento entre el 1 y el 2%, valores más elevados que los que se observaron en Europa, y que son producto de los contingentes migratorios que llegaron al Nuevo Mundo, así como también de una fecundidad relativamente mayor (Pérez Brignoli, 1994). Así, como ya fue mencionado, se estima que en 1950 la población de América Latina y el Caribe era de más de 165 millones, unas diez veces más que en los albores de la independencia.

Si bien en la primera mitad del siglo XX ya en algunos países había comenzado a descender su mortalidad, es realmente con posterioridad a la segunda guerra mundial que este fenómeno se generaliza. Dado que, para América Latina y el Caribe en su conjunto, se mantienen altos niveles de fecundidad hasta avanzados los años sesenta, el crecimiento de la población se eleva a tasas inéditas, del orden del 3% medio anual. Con posterioridad, al descender la fecundidad se reduce esta tasa, aunque en la actualidad es todavía relativamente alta (1,7% entre 1990 y 1995). De esta manera la región llega a 1995 con 480 millones de habitantes, y se espera que para el 2000 esta cifra alcance los 520 millones, es decir más que se triplicaría en 50 años.

Esta breve descripción de las tendencias del crecimiento de la población de la región expresa un promedio de situaciones muy diferentes entre los países. Por ello el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), en sus trabajos recientes, ha agrupado a los países según la etapa de la transición demográfica en que estos se encuentran en la actualidad, tomando en consideración sus tasas brutas de mortalidad y natalidad (CEPAL/CELADE, 1993). Se definieron cuatro grupos de países: *a*) los que están en una etapa incipiente de la transición, con relativamente altas mortalidad y natalidad y crecimiento moderado (del orden del 2,5%); *b*) los que están en una etapa moderada de la transición, en que la mortalidad ha estado descendiendo más fuertemente que la natalidad, con tasas de crecimiento superiores (en torno al 3%); *c*) aquellos en que ya la fecundidad está descendiendo más rápidamente que la mortalidad, a los que se llamó “países en plena transición”, cuyas tasas de crecimiento, más bajas que en el grupo anterior, oscilaban en torno al 2%; y *d*) los países que tienen una transición más avanzada en ambos componentes demográficos y cuyas tasas de crecimiento son cercanas a 1%, o incluso menores.

# DIAGRAMA I

## ESQUEMA DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE (1990-1995)



22

En el diagrama 1 se representa un modelo simplificado de la transición demográfica, en el que las líneas representan las tasas brutas de mortalidad y natalidad. Como es sabido, la diferencia entre ellas es la tasa de crecimiento natural de la población. Este modelo no muestra la tendencia de ningún país en particular, sino que sólo se refiere a un patrón general de comportamiento de las tasas. Como se mencionó antes, las velocidades de cambio y los niveles de las tasas pueden variar de una población a otra. A título ilustrativo, en el mismo diagrama se definieron las cuatro etapas mencionadas, en las que se ubicaron a los países de la región en el período 1990-1995.

Sin duda, en la segunda mitad de este siglo se asiste a cambios demográficos profundos en América Latina y el Caribe, que se reflejan en una transición demográfica mucho más acelerada que la ocurrida en los países desarrollados en el pasado. Como puede verse en el diagrama, el 90% de la población habita en países que están en plena transición o que ya han alcanzado una etapa avanzada de la misma (22 países de 29), mientras que sólo 30 años antes el panorama era todo lo contrario: el 85 por ciento de la población estaba en los inicios de la transición (25 países de los 29).

El otro componente demográfico que afecta el crecimiento de la población de un país es la migración internacional, la que estuvo presente de una u otra forma en la región a lo largo de los últimos cinco siglos. Como se

planteó en el capítulo I, América Latina y el Caribe fue en una primera etapa una región de atracción de migrantes, fenómeno ligado primero a la colonización (colonizadores y esclavos) y luego vinculado con la situación económica y política de Europa. A partir de la segunda mitad del siglo XX la situación cambia radicalmente: la región se transforma en expulsora de población. El destino principal de la emigración de latinoamericanos y caribeños son los Estados Unidos, Canadá y, en menor medida, otras regiones del mundo (Europa, Australia).

En las últimas décadas también cobra importancia la migración intrarregional, tanto entre países fronterizos como en las corrientes de mayor distancia. Algunos movimientos, que se dan permanentemente, tienen su explicación económica; otros, en cambio, son de naturaleza coyuntural, a veces relacionados con conflictos sociopolíticos.

El impacto de estos movimientos sobre el crecimiento de la población depende en gran medida del tamaño de la población de origen o de destino. En general, el impacto es mucho mayor en países pequeños, entre ellos los del Caribe, aunque el número de migrantes no sea muy grande. En cambio, hay países con grandes movimientos migratorios, como es el caso de México, en los que por su dimensión puede que no se detecten grandes efectos sobre el crecimiento; sin embargo, como fenómeno socioeconómico, estos movimientos pueden revestir gran importancia. Más detalles sobre los movimientos internacionales de población pueden encontrarse en el artículo sobre el tema que se incluye en esta misma publicación.

23

## La Evolución de la Estructura por Edades de la Población

Antes de la transición, la pirámide de edades de la población revelaba una estructura muy joven, con alto porcentaje de niños, producto de la alta fecundidad. En 1950 la región de América Latina y El Caribe tenía en promedio un 40% de su población con menos de 15 años de edad. En la actualidad, los países más representativos de esta situación son Bolivia y Haití, que conforman el primer grupo de la categorización antes mencionada. Como ilustración se incluye el gráfico 1, en el que se representa, entre otras, la pirámide de Bolivia para 1995.

Iniciado el proceso de transición demográfica, se pueden identificar diversas etapas en la evolución de la estructura por edades (Chesnais, 1990). La primera ocurre cuando los países comienzan a mostrar descensos importantes de la mortalidad, con tasas de fecundidad aún altas. Debido a que la

mortalidad comienza a descender en primer lugar en edades tempranas, se produce un efecto de rejuvenecimiento de la población. La baja en la mortalidad en la niñez tiene un efecto similar a una elevación de la fecundidad. Es de hacer notar que dicho efecto se ve potenciado por aumentos en la fecundidad, atribuibles probablemente a mejoras en las condiciones de salud de las mujeres para procrear y al mayor tiempo de exposición al embarazo, debido a la prolongación de su vida y/o la de su pareja. Esto ocurría, para la región como promedio, entre los años 1950 y 1965, en que la población de 0 a 14 años alcanzaba aproximadamente el 43% del total; en la actualidad esta situación se produce en los países del segundo grupo, con valores incluso superiores para este indicador (cuadro 1).

Cuando se inician los descensos más pronunciados en la fecundidad que en la mortalidad, se produce lo que Chesnais llama envejecimiento por la base; ello ocurre cuando este descenso es muy reciente, y se expresa en una contracción del porcentaje de población de niños. Tal comportamiento es típico de los países que están desde hace poco tiempo en la fase de plena transición demográfica y se puede apreciar, por ejemplo, en la pirámide de Brasil (gráfico 1). Esto no significa un descenso en valores absolutos en la población en edades tempranas, sino que ésta crece a tasas menores que el promedio de la población.

24

En general, los países que están en la fase de plena transición se caracterizan por un alto porcentaje de población en las edades centrales, producto del descenso de fecundidad, que aún no se refleja en un aumento en la proporción de ancianos. En este caso, el porcentaje de menores de 15 años oscila entre 30 y 35%, situación que es representativa del promedio de la región (cuadro 1).

La estructura por edades de las poblaciones que ya detentan baja mortalidad y fecundidad denota un menor porcentaje de niños y en ella ya es más notorio el incremento de la proporción de ancianos. El porcentaje de menores de 15 años es inferior a 30% y el de la población de 65 y más es de alrededor del 10%. Uruguay es el país con más alto grado de envejecimiento, con porcentajes en esos tramos de edades de 24% y 12%, respectivamente. Ningún país de la región alcanza el grado de envejecimiento de los países desarrollados, los cuales tienen proporciones similares de niños y personas en tercera edad (cerca al 15%).

Aparentemente, el proceso de cambio en la estructura por edades es relativamente lento; desde mediados de siglo a la actualidad la población menor de 15 años pasó de 40% a 35% del total y la proporción de tercera edad lo

## CUADRO I

### INDICADORES DEMOGRAFICOS DE PAISES Y PERIODOS SELECCIONADOS

INDICADORES <sup>1/</sup>	A. LATINA Y CARIBE	Bolivia	México	Brasil	Argentina	Trinidad y Tabago
1950-1954						
Población total (miles)	189556	3006	31738	62567	18928	721
Porcentaje 0-14 años	41.2	41.9	43.6	42.6	30.8	42.3
Porcentaje 65 y más	3.6	3.4	4.5	2.7	4.8	3.9
Ind. envejecimiento <sup>2/</sup>	11.3	12.5	9.6	15.8	6.4	10.9
Crecim. total (p. mil)	26.8	20.4	27.0	31.5	19.7	25.1
Crec. 0-14 años (p. mil)	31.9	22.9	34.4	34.2	21.3	34.3
Crec. 65 y más (p. mil)	35.1	12.3	30.9	51.0	48.0	21.2
TGF	5.9	6.8	6.9	6.2	3.2	5.3
Esperanza al nacer	51.4	40.4	50.7	51.0	62.7	58.2
1965-1969						
Población total (miles)	283347	4212	50596	95847	23962	971
Porcentaje 0-14 años	42.4	43.0	46.5	42.3	29.4	42.2
Porcentaje 65 y más	4.1	3.4	4.3	3.4	7.0	4.4
Ind. envejecimiento <sup>2/</sup>	10.4	12.6	10.9	12.3	4.2	9.5
Crecim. total (p. mil)	25.7	23.3	31.9	25.7	14.5	16.1
Crec. 0-14 años (p. mil)	23.3	23.7	34.0	18.4	8.9	14.1
Crec. 65 y más (p. mil)	32.4	25.6	20.3	42.8	36.7	60.2
TGF	5.5	6.6	6.8	5.3	3.1	3.8
Esperanza al nacer	58.9	45.1	60.3	57.9	66.0	64.8
1990-1994						
Población total (miles)	478738	7414	91145	161790	34587	1306
Porcentaje 0-14 años	33.8	40.6	35.5	32.3	28.7	32.3

## CUADRO I (Continuación)

### INDICADORES DEMOGRAFICOS DE PAISES Y PERIODOS SELECCIONADOS

INDICADORES <sup>1/</sup>	A. LATINA Y CARIBE	Bolivia	México	Brasil	Argentina	Trinidad y Tabago
Porcentaje 65 y más	5.2	3.8	4.3	5.2	9.5	5.7
Ind. envejecimiento <sup>2/</sup>	6.5	10.6	8.3	6.2	3.0	5.7
Crecim. total (p. mil)	17.7	24.1	18.2	17.2	12.2	11.0
Crec. 0-14 años (p. mil)	7.0	20.9	1.6	4.5	-0.5	1.4
Crec. 65 y más (p. mil)	32.3	35.1	34.0	36.9	23.6	14.0
TGF	3.1	4.8	3.1	2.9	2.8	2.4
Esperanza al nacer	68.5	59.3	71.5	66.3	72.1	71.6
2020-2024						
26 Población total (miles)	700934	13131	130247	230250	46133	1808
Porcentaje 0-14 años	23.7	29.2	23.2	22.3	22.2	22.5
Porcentaje 65 y más	9.7	6.1	9.3	10.8	12.5	10.3
Ind. envejecimiento <sup>2/</sup>	2.4	4.8	2.5	2.1	1.8	2.2
Crecim. total (p. mil)	9.5	14.8	8.3	8.6	7.6	8.7
Crec. 0-14 años (p. mil)	-0.7	0.3	-3.2	-1.5	-1.5	-0.8
Crec. 65 y más (p. mil)	38.7	37.8	40.7	39.9	20.4	45.6
TGF	2.2	2.5	2.1	2.1	2.1	2.1
Esperanza al nacer	75.1	71.5	76.6	74.0	77.5	77.4

FUENTES: — Celade, Boletín Demográfico N° 56.

— United Nations World Population Prospects: The 1994 Revision.

<sup>1/</sup> Los indicadores de número de población, porcentajes por edades e índice de envejecimiento, corresponden al año final del período de referencia.

<sup>2/</sup> Índice de envejecimiento (Población 0-14 años/Población 65 y más).

hizo de 3,5% a 5%. Sin embargo, ese cambio es relevante en términos de las tasas de crecimiento de los contingentes de población que se agregan en los distintos tramos de edades, o de los valores absolutos respectivos. En América Latina y el Caribe, durante la década de 1960, la población de 65 y más años creció a tasas similares a la de 0-14 años, lo que significó un aumento de 3.3 millones de personas en el primer grupo y de 28 millones en el segundo; se incorporaban a la sociedad casi diez veces más niños que adultos mayores. Por contraste, se estima que en los años noventa la población de la tercera edad estará creciendo a tasas del 3% anuales, lo que implica un ritmo seis veces superior al de la población de niños, que crecerá a una tasa de 0,5%. Esto significa que se experimentarán aumentos similares en ambos grupos, de 8 y 7 millones de personas, respectivamente.

## La Inercia Demográfica, o el “Cuarto Componente”

Es de interés observar que los países de la región que alcanzaron alta esperanza de vida al nacer y bajas tasas de fecundidad, en algunos casos cercanas a los países desarrollados, aún en la actualidad permanecen con tasas de crecimiento medio anual de su población más elevadas y un grado de envejecimiento bastante menor que dichas naciones desarrolladas. Esto ocurre fundamentalmente en aquellos países que en la tipología antes citada se ubican en el tercer y cuarto grupo de la transición. Quizás el caso más ilustrativo es el de Cuba, cuya esperanza de vida al nacer —superior a 75 años— y tasa global de fecundidad —de 1,8— señalan que el país presenta parámetros demográficos similares a los de los países desarrollados. Sin embargo, su tasa de crecimiento natural es del orden del 1% y el porcentaje de individuos de 65 y más años es de 9%, mientras que en sociedades más desarrolladas tales condiciones de fecundidad y mortalidad corresponden a una tasa de crecimiento negativa y a un porcentaje de entre 15 y 20% de adultos mayores.

La razón de estas diferencias se encuentra en la población muy joven de los países latinoamericanos y caribeños al momento de comenzar el cambio de su fecundidad y en el breve tiempo transcurrido desde el inicio de este proceso. La conformación que va adoptando la pirámide de edades conduce, por cierto tiempo, a mantener elevadas tasas brutas de natalidad y bajas tasas brutas de mortalidad y, por lo tanto, relativamente altas tasas de crecimiento de la población. Esto ocurre porque la población se concentra en edades de baja mortalidad relativa que, además y por coincidencia, son también las edades correspondientes al período reproductivo. Entonces, a causa del efecto de inercia que produce la estructura etaria en el crecimiento de la población, ésta

# GRÁFICO I

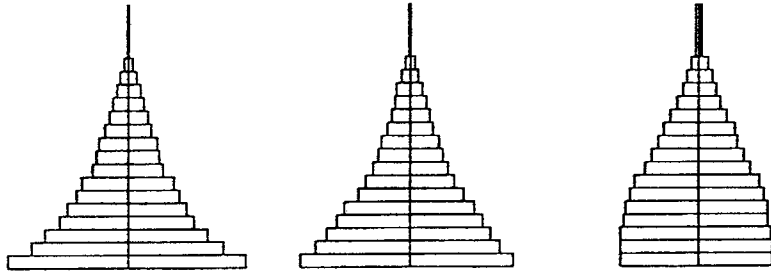
## PIRAMIDES DE POBLACION DE ALGUNOS PAISES LATINOAMERICANOS

1960

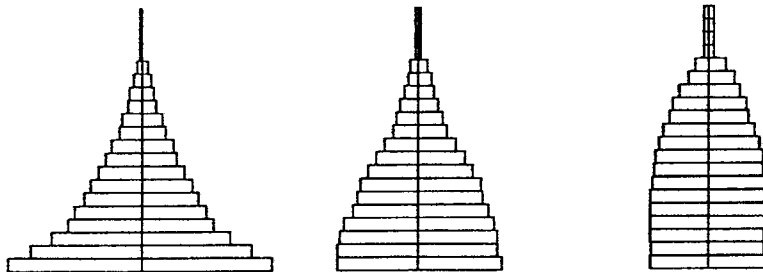
1995

2025

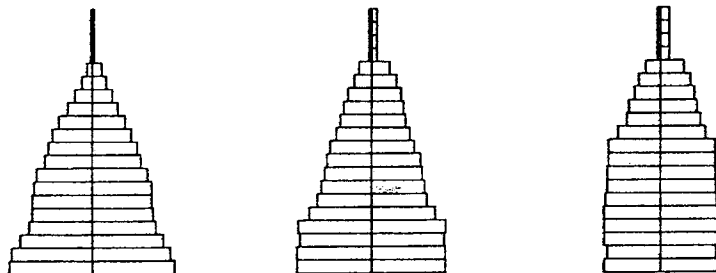
Bolivia



Brasil



Argentina



podría ser considerada como el “cuarto componente” del cambio demográfico. Lo que pasará con la evolución de la población, a partir de un momento dado, no sólo dependerá de la fecundidad, la mortalidad y la migración, sino también de la distribución por edades de dicha población en ese momento.

Otra forma de analizar el mismo fenómeno, en particular la alta frecuencia de nacimientos, que ocurre a pesar de la baja de la fecundidad, es considerando que en los años cincuenta y sesenta nacieron las cohortes de mujeres que tendrán sus hijos en los decenios de 1970, 1980 y en parte del de 1990. Cada una de esas cohortes tendrá en promedio, a lo largo de su vida, menos hijos que las cohortes anteriores pero, como nacieron en un momento de alta fecundidad, serán muchas mujeres las que procrearán en los decenios de 1970 a 1990. Como consecuencia, todavía seguirá produciéndose un número relativamente alto de nacimientos.

## Las Tendencias Futuras en el Crecimiento y la Estructura por Edades

Para el análisis del comportamiento futuro de la población se han tomado como referencia las proyecciones de población por sexo y edades, elaboradas por las Naciones Unidas. Cabe hacer notar que las correspondientes a América Latina han sido proporcionadas por el CELADE (United Nations, 1995; CELADE, 1994). Estas proyecciones se elaboran hasta el año 2050 para todos los países del mundo, utilizando un criterio uniforme, consistente en un valor final de fecundidad de reemplazo, que es alcanzado en fechas distintas por cada país.

Salvo para el caso de Cuba y de algunos países del Caribe de habla inglesa —que ya tienen una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo— se ha supuesto que los países de América Latina y el Caribe alcanzarán una tasa global de fecundidad igual a 2,1 en un período que va del quinquenio 2015-2020 hasta el 2040-2045, dependiendo de la situación actual y de las perspectivas que presentan los programas tendientes a reducir la fecundidad.

Es de destacar que —a pesar de alcanzar una fecundidad de reemplazo— ninguno de ellos llega a la situación estacionaria en el período proyectado. Ello se debe al “cuarto componente” antes mencionado. La estructura por edades de estas poblaciones, al alcanzarse la fecundidad de reemplazo, tiene todavía un “potencial de crecimiento” que operará por varios años más. En el año 2025 América Latina y el Caribe llegará a tener una población de un poco más de 700 millones de personas, y si bien su tasa global de fecundidad para ese año será de 2,1, se espera que un cuarto de siglo más tarde esa

cifra llegue a los 822 millones de habitantes, con tasas de crecimiento medio anual que variarán entre 1 y 0,4%. Este fenómeno hará que la población de la región aumente —desde el momento que llegue al nivel de reemplazo (2040)— en un 10 % más, hasta alcanzar un volumen final de 847 millones aproximadamente en el año 2130.

El efecto de la estructura por edades sobre la tasa de crecimiento es de gran importancia, y puede ilustrarse con el ejemplo de Bolivia. Si este país decidiera tener una tasa de crecimiento nula, mediante la reducción a partir del quinquenio próximo de su fecundidad de 4,8 a 2,1 hijos por mujer, recién alcanzaría un crecimiento cero después de 90 ó 95 años; en el intertanto su población se multiplicaría por un factor de 1,8. En la región, este factor es elevado incluso en países que están en una etapa avanzada de la transición, como por ejemplo Argentina (1.44) y Chile (1.47).

A pesar de las tendencias convergentes de la fecundidad a largo plazo —y en parte por las razones antes expuestas— en el cuadro 1 puede observarse que dentro de 30 años es probable que los países que están más atrás en la transición probablemente presenten una tasa de crecimiento similar o mayor a la que la región en promedio detenta en la actualidad (1,7%). Según las proyecciones, aún a mediados del próximo siglo habrá países que crecerán a tasas cercanas al 1%; sin embargo, la mayoría de esas tasas estará por debajo del 0,5%.

30

En cuanto a la estructura por edades, se prevé una aceleración del proceso de envejecimiento de los países. Por ejemplo, el porcentaje de población menor de 15 años de edad (en la actualidad es de 34%, para la región) en el año 2025 será de 24% y a mediados del siglo XXI llegará al 20%. Esto implica que a mediano plazo todavía habrá países con poblaciones aún jóvenes, ya que los países incluidos en los grupos de transición incipiente y moderada tardarán algunas décadas en alcanzar la situación de los países de los grupos que están más adelante en este proceso. Sin embargo, al final del período de la proyección, la dispersión entre los países de la región será menor, previéndose una variación de entre 19% y 23% en la población de 0-14 años, a excepción de Cuba (18%) y Haití (24,6%), países que hoy se encuentran en los extremos del proceso de transición.

## **Las Preocupaciones Actuales Respecto al Crecimiento y la Estructura por Edades de la Población**

El Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, así como

el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, aprobado en la Conferencia Regional sobre el tema (México, 1993) incluyen un capítulo especial referido al crecimiento de la población y su estructura. Cabe señalar que dichos capítulos no son los únicos lugares de esos documentos en que se hace mención a este aspecto. Una recomendación, que ya estaba presente desde la Conferencia de Bucarest de 1974, se refiere a la necesidad de considerar estos parámetros demográficos en la formulación de políticas y programas de desarrollo.

El documento aprobado en El Cairo toma claro partido por la conveniencia de reducir las tasas de crecimiento de la población en los países en desarrollo. En el capítulo pertinente se expresa con claridad que la meta deseada es alcanzar una tasa de crecimiento igual a cero. Cuando se hace referencia a las bases para la acción, se dice textualmente:

“No obstante, para alcanzar la estabilización de la población durante el siglo XXI será preciso que se apliquen todas las políticas y recomendaciones que figuran en el presente Programa de Acción”.

Luego agrega que:

“...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. Dicho proceso contribuirá a la estabilización de la población mundial...”.

Además, los gobiernos aprobaron objetivos y medidas referentes, por un lado, a los niños, los jóvenes y a las personas de edad avanzada y, por el otro, a grupos especiales de población, todo en atención a la diversidad de situaciones que se observan en el mundo (Naciones Unidas, 1994).

El Consenso Latinoamericano y del Caribe 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. En el Consenso están presentes consideraciones más específicas sobre la persistencia de altas tasas de crecimiento en las edades activas y reproductivas y sobre el emergente proceso de envejecimiento. De todas maneras —tanto porque hay países que aún están en etapas de transición incipiente y moderada, como por la inercia demográfica que presentan los demás países— se destaca la atención que debe darse a las necesidades de niños y adolescentes. Finalmente, se recomienda tomar en cuenta la diversidad de comportamientos demográficos dentro de los países, dada la insuficiencia de trabajar con promedios nacionales en los programas de acción destinados a mejorar las condicio-

nes de vida de sectores específicos, como grupos sociales, étnicos y divisiones geográficas.

La información proporcionada por la Base de Datos sobre Políticas de Población de las Naciones Unidas, donde se presentan los resultados de las Encuestas periódicas a los gobiernos, muestra que la diversidad de situaciones también se expresa en la apreciación de los gobiernos sobre el crecimiento de la población y en las intervenciones con el fin de modificarlas. De los 33 gobiernos de la región consultados en 1990, 17 han declarado que consideran su tasa de crecimiento como muy alta y que han tomado medidas para reducirla. Esos países, entre los cuales están los países insulares del Caribe, América Central y México, abarcan en total el 35% de la población de la región. México cubre aproximadamente la mitad de la población de este conjunto de países. Por otra parte, un 55% de la población de la región habita en 13 países que consideraron estar satisfechos con su tasa de crecimiento y sólo uno de ellos declaró realizar intervenciones para mantener estas tasas. Finalmente, tres países —que representan cerca del 10% de la población de la región— manifestaron tener tasas muy bajas y no haber hecho intervenciones para elevarlas (United Nations, 1992; MacIsaac, D., 1993).

32

La información proporcionada por este tipo de encuestas puede arrojar dudas acerca de la confiabilidad de las respuestas. Por un lado, estas respuestas —que pueden tener un trasfondo político— no necesariamente concuerdan con las actitudes y políticas reales y, por otra parte, también dependen de las entidades que actúan en cada caso como informantes. Debates desarrollados en el período preparatorio y en la misma Conferencia de El Cairo mostraron la existencia de puntos de vista encontrados, incluso entre autoridades de un mismo gobierno. Sin embargo, la estabilidad de los resultados a través de varios años de existencia de la citada encuesta, hace pensar que lo antes analizado se acerca, al menos, a la intencionalidad de los gobiernos.

## La Mortalidad

### Las Tendencias de la Mortalidad

Este tema, que por supuesto constituye una preocupación principalmente para los sectorialistas de la salud, también es motivo de dedicación de otras disciplinas. En particular, los estudiosos de la población tienen ya una larga tradición referida a la medición de la mortalidad y al estudio de los factores

que la determinan. Como variable demográfica, los niveles y patrones por sexo y edades de la mortalidad, contribuyen a la conformación del volumen y estructura de las poblaciones. Como cuestión social, la salud y la muerte, quizás son los elementos que más preocupan a la población, pues se refieren al más preciado de los bienes, la vida; además, como elemento complementario de gran importancia, no sólo se relacionan con la prolongación de la vida sino también con la calidad de la misma.

Como se verá en el capítulo IV, dedicado a la fecundidad, la situación de salud tiene relación con la demografía no sólo por lo que se refiere a la mortalidad sino porque juega un rol preponderante en la reproducción. La salud reproductiva es uno de los aspectos centrales en la consideración actual de los temas de población.

A continuación se examina brevemente la evolución de los indicadores de la mortalidad para la región, con la intención de destacar algunos aspectos relacionados con la percepción de los gobiernos sobre este tema.

En los últimos tres siglos la humanidad ha dado pasos fundamentales para la prolongación de la vida de las personas. Un importante papel corresponde a la mejora en las condiciones de vida, pero lo más destacable son los avances de la medicina, que han permitido el control de múltiples enfermedades que antes conducían casi irremediablemente a la muerte.

33

Algunas estimaciones históricas de la esperanza de vida al nacer ( $e(0)$ ), correspondientes a los países latinoamericanos en que fue posible obtenerlas, muestran que hacia comienzos de este siglo ese indicador variaba en la región entre 30 y 40 años, salvo en el caso de Uruguay donde superaba los 50 años (Pérez Brignoli, 1993). Dado que los resultados se refieren a países seleccionados (con información disponible) se supone que probablemente la región como un todo no llegaba a esos valores.

Si se considera que la región tiene en la actualidad una esperanza de vida al nacimiento cercana a los 69 años, puede pensarse que los progresos de la región han permitido que, en promedio, la población viva actualmente casi el doble de tiempo que a comienzo de este siglo. Esta expresión puede llevar a una idea equivocada, pues este aumento en duración media de la vida ha estado relacionado más con la posibilidad de sobrevivir de personas que antes morían a las pocas horas, días o meses de nacer, que con la prolongación de la vida en las edades mayores.

En 1950-1955, período a partir del cual las Naciones Unidas y el CELA-DE disponen de estimaciones demográficas sistemáticas para todos los países del mundo y para América Latina y el Caribe, respectivamente, la pobla-

ción de la región presentaba una esperanza de vida al nacer ( $e(0)$ ) de 52 años. De los aproximadamente 35 años de vida que se agregan a ese indicador desde los inicios del siglo hasta la actualidad, 17 años se lograron en la primera mitad del mismo y otros tantos de 1950 hasta el presente.

Sin embargo, como se indicó en el capítulo anterior, hay una diversidad de situaciones entre los países de la región (cuadro 2). Si se considera que la población de la región ha estado ganando, en promedio, 2.1 años de vida por quinquenio, las diferencias actuales mostrarían, por ejemplo, un desfase de aproximadamente 47 años al comparar los valores extremos de esperanza de vida al nacer (Costa Rica con 76,3 años y Haití con 56,6). Esto quiere decir que, al ritmo de ganancia de las últimas décadas, este último país tardaría un poco más de nueve quinquenios en alcanzar el valor de la esperanza de vida que Costa Rica tiene hoy.

Con una esperanza de vida al nacer por debajo del promedio de la región están tanto Bolivia y Haití (países de transición demográfica incipiente, con un valor inferior a 60 años) como los países que están en la etapa de transición moderada, con valores algo superiores a los 65 años. Los otros países se ubican por encima de ese promedio, y algunos de ellos llegan a emular la situación de países desarrollados. Brasil y Perú son importantes excepciones al tercer grupo (en plena transición) pues tienen una esperanza de vida al nacer menor, de aproximadamente 66 años lo que, en razón del volumen de sus poblaciones, tiende a disminuir el promedio regional.

Así como existen diferencias entre los países, también se comprueban desigualdades notorias entre regiones y grupos sociales al interior de los mismos. Un estudio reciente de la mortalidad en la niñez en los países de América Latina permite apreciar esas diferencias (véase el gráfico 2) (CELADE/UNICEF, 1995). En términos de la esperanza de vida al nacer, las diferencias según nivel de instrucción de la madre que se encuentran en dicho estudio podrían alcanzar hasta 20 años, lo que implica, al igual que en el caso de Costa Rica y Haití, 47 años de desfase entre el grupo sin instrucción y el grupo con 7 ó más años de estudio.

## La Estructura de la Mortalidad por Edades y Causas

La reducción de la mortalidad ha sido mayor en el sexo femenino y en las edades tempranas. Este hecho está relacionado con la evolución de las causas de muerte, en el sentido que las que más se han logrado combatir con éxito son las que afectan a los niños y a las mujeres. Estas causas de defun-

## CUADRO 2

### INDICADORES DE MORTALIDAD DE PAISES Y AÑOS DEL PERIODO 1984-1994

INDICADORES	Guatemala	México	Trinidad y Tabago	Argentina	Chile	Costa Rica
Esperanza de vida al nacer (1990-1994)	64,8	71,5	71,6	72,1	74,4	76,3
Tasa de mortalidad infantil (por mil) (1990-1994)	48,5	34,0	18,0	24,3	14,0	13,7
Tasa bruta de morta- lidad (por mil) (1990-1994)	7,6	5,2	6,1	8,2	5,5	3,7
Estructuras por edades de las defunciones (1990-1994)						
Total	100,0	100,0	—	100,0	100,0	100,0
0-14 años	45,5	23,9	—	8,0	7,6	13,2
15-64 años	31,1	39,8	—	28,8	33,0	31,5
65 años y más	23,4	36,3	—	63,3	59,5	55,3
(0-14)/(65 y más)	1,94	0,66	—	0,13	0,13	0,24
Composición de la mor- talidad por causas <sup>1/</sup>						
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Enf. transmisibles	44,7	11,5	5,9	6,6	12,6	6,9
Neoplasmas	4,1	11,3	13,2	19,7	20,1	20,9
Enf. sist. circulatorio	7,5	21,8	40,2	45	29,1	30,8
Enf. período perinatal	16,3	5,4	1,6	3,5	2,5	4,5

## CUADRO 2 (Continuación)

### INDICADORES DE MORTALIDAD DE PAISES Y AÑOS DEL PERIODO 1984-1994

INDICADORES	Guatemala	México	Trinidad y Tabago	Argentina	Chile	Costa Rica
Causas externas	6,8	14,9	7,9	6,9	13,8	11
Otras enfermedades	20,6	35,1	31,2	18,3	21,9	25,9
(E. transmisibles/E no transmisibles) <sup>2/</sup>	1,56	0,20	0,08	0,11	0,18	0,13
Tasa de mortalidad materna <sup>3/</sup>						
(p. cien mil nac. vivos)	220,0	247,0	54,0	140,0	52,0	49,0

36

FUENTES: — CELADE, Proyecciones de Población 1950-2050. (Variante media).

— OMS, Annuaires de Statistiques Sanitaires Mondiales, 1987, 1992, 1993 y 1994.

— OPS, "Las condiciones de salud en las Américas", Vol. I, 1994.

<sup>1/</sup> La información sobre causas de muerte corresponde a los siguientes años: Guatemala, 1984; Chile, 1989; Argentina, Costa Rica y Trinidad y Tabago, 1991; y México, 1992.

<sup>2/</sup> Las denominadas "enfermedades transmisibles" son aquellas clasificadas como enfermedades transmisibles y del período perinatal. Las denominadas "enfermedades no transmisibles" son aquellas clasificadas como neoplasmas, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas y otras enfermedades.

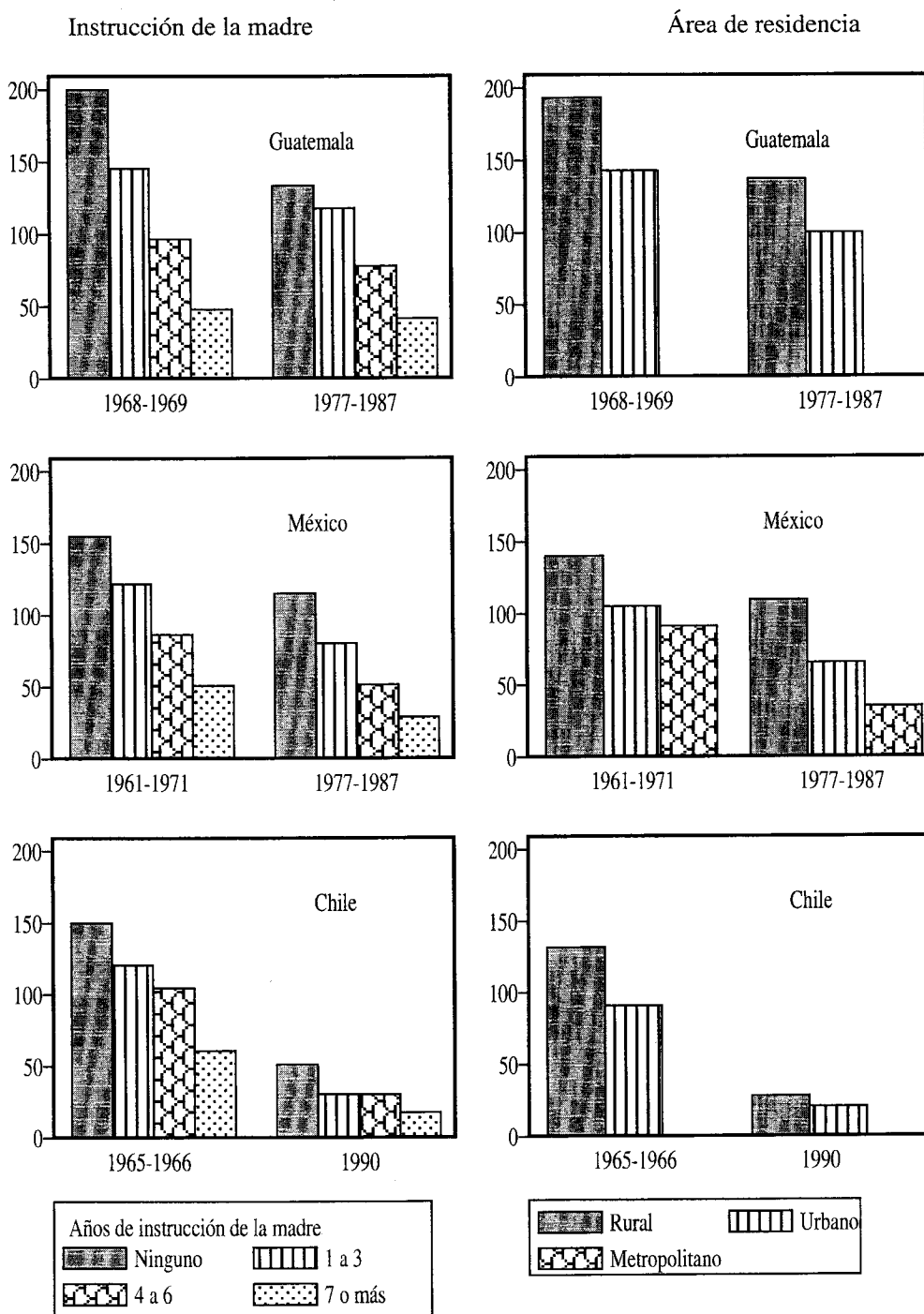
<sup>3/</sup> La tasa de mortalidad materna corresponde a: 1985 (Brasil), 1988 (Bolivia), 1990 (México), 1991 (T. y Tabago) y 1992 (Guatemala).

ción hacen referencia a las enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias) y a las relacionadas con la función reproductiva. Por otra parte, cada vez se vuelven más importantes las muertes por enfermedades cardiovasculares, tumores y causas externas (accidentes, violencia, suicidios, traumatismos y envenenamiento), que afectan más las edades adultas y mayores, particularmente a los hombres.

En general cuando la esperanza de vida al nacer pasa de 50 a 75 años, la tasas de mortalidad para la población de 0 a 4 años de edad muestran un des-

## GRAFICO 2

### MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS (TASAS POR MIL) SEGUN INSTRUCCION DE LA MADRE Y AREA DE RESIDENCIA. PAISES DE LA REGION EN DIFERENTES MOMENTOS



censo de 90%. Ese porcentaje de descenso de la mortalidad es cada vez menor cuanto mayor sea la edad, y alcanza el 64% en la población de 40-64 años y el 34% en la de 65 y más (Chackiel y Plaut, 1994). Por otra parte, puede observarse que en países como Guatemala el 55 por ciento de las defunciones ocurren entre los menores de 15 años, mientras que en países avanzados en la transición ese valor es inferior al 10%. Este hecho se explica, en parte, por el cambio en la estructura por edades de la población, pero principalmente por las diferencias en el descenso de la mortalidad según edades. Consistentemente con lo anterior, en el cuadro 2 se puede observar que en Guatemala, en 1984, el 45% de las defunciones se debió a enfermedades transmisibles, mientras que en Argentina, Trinidad y Tabago y Costa Rica esa cifra no alcanzaba al 7%. En el primer país sólo un 19% de las defunciones corresponde a enfermedades crónicas y causas externas, en tanto que en Argentina esas defunciones superan el 70% del total.

Este cambio de los perfiles epidemiológicos, en el sentido de pasar de una predominancia de causas de muerte por enfermedades infecciosas y parasitarias a enfermedades degenerativas, ha sido denominado por algunos autores como “transición epidemiológica” (Frenk et al., 1994). Este proceso explica el comienzo del descenso de la mortalidad, lo que a su vez marca el inicio de la transición demográfica en la región. La forma en que se da difiere entre los países pues, como se ha visto, en algunos de ellos comienza en la primera mitad del siglo actual y en otros recién ocurre en las últimas décadas.

Los factores que explican estas variaciones en la mortalidad y la estructura por causas de muerte son múltiples y complejos. Entre ellos se mencionan los adelantos de la medicina —como el descubrimiento de pesticidas y antibióticos— así como mejoras en las condiciones de vida que se traducen en mejoras sanitarias, en acceso a la atención a la salud, principalmente a los cuidados primarios, y en los adelantos en el nivel educativo de la población. En esa variación también pueden influir ciertos aspectos demográficos, como el proceso de urbanización y, más recientemente, el descenso de la fecundidad. Este último factor es identificado como importante para el descenso de la mortalidad infantil y materna.

El esquema de la “transición epidemiológica” describe sólo a grandes rasgos lo ocurrido en la realidad, ya que la evolución de las causas de muerte no ha seguido una tendencia lineal. En particular, esta propuesta se ve contradicha por los rebotes de enfermedades infecciosas recientemente ocurridos en la región, como son el cólera, la malaria y la fiebre del dengue. A esto se une la aparición de una nueva enfermedad transmisible, el SIDA, que afecta incluso a países desarrollados.

Es importante señalar que cuando la esperanza de vida al nacer ya es elevada, el proceso adquiere características diferentes. En la actualidad se está entrando a una fase de postergación de la muerte de adultos mediante avances en el combate de algunas causas de defunción que antes se consideraban como inevitables, como las enfermedades cardiovasculares y cierto tipo de tumores. En una situación de alta mortalidad los descensos de la misma producen un rejuvenecimiento de la población al evitar más muertes entre los niños; en cambio, en una situación de baja mortalidad —en que las muertes ocurren principalmente en edades avanzadas— cabe esperar un envejecimiento más acelerado de la población. De hecho, se está asistiendo a nueva transición epidemiológica o, al menos, a una nueva etapa del proceso.

La mayoría de la población de la región vive una situación en que coexisten con similar importancia enfermedades propias de distintas etapas de la transición epidemiológica. Cuando aún no se superan los problemas propios de las enfermedades transmisibles, ya adquieren importancia las de tipo crónico y las degenerativas, en parte por los cambios ocurridos en salud y condiciones de vida y también por el proceso incipiente de envejecimiento de la población.

## **Las Referencias a la Mortalidad en los Acuerdos Sobre Temas de Población**

39

La bibliografía reciente sobre las preocupaciones de los gobiernos de la región por los temas de población no hace referencia muy detallada a la mortalidad y los aspectos epidemiológicos, sino que concentra su atención en la salud reproductiva, lo que se tratará en el próximo capítulo. Esto no expresa una falta de interés sino que proviene de que la discusión y preocupación por la salud se manifiesta en otras instancias nacionales, regionales e internacionales. Ello puede comprobarse en la adopción de algunas metas cuantitativas sobre salud, incluidas en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL/CELADE, 1994), sobre las que se dice textualmente "... se basan en acuerdos preestablecidos". Así, se citan la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia de UNICEF y las metas de Salud Para Todos en el Año 2000 de la Organización Mundial de la Salud. Además, cabe mencionar otros importantes esfuerzos mundiales y regionales, como la Reunión de Alma Ata (OMS/UNICEF, 1978) y los diversos planes y programas conducidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los temas de mortalidad y salud son tratados con más detalles en el documento de El Cairo. En él se señala que en muchas partes del mundo no se han logrado las metas formuladas en foros internacionales y se hace referencia a los efectos negativos que en el sector salud estarían produciendo los ajustes estructurales:

“El impacto de las reducciones de los gastos en salud y otros servicios sociales que han tenido lugar en muchos países de resultados de la retracción del sector público, la asignación inadecuada de los recursos disponibles para la salud, el ajuste estructural y la transición a la economía de mercado, han impedido que se produjeran cambios importantes en los estilos de vida, los medios de subsistencia y las modalidades de consumo y es también un factor que influye en el aumento de la morbilidad y la mortalidad. Aunque las reformas económicas son esenciales para un crecimiento económico sostenido, también es imprescindible que al formular y ejecutar programas de ajuste estructural se tenga en cuenta la dimensión social.”

En dicho documento se establecen objetivos relacionados con la accesibilidad a los servicios de atención en salud y con el aumento de años y calidad de vida. Al igual que en el Plan de Acción Regional, en las medidas se consideran también metas cuantitativas referidas a la esperanza de vida al nacimiento, mencionando que están en conformidad con la Declaración de Alma Ata. El nuevo aporte está en la determinación de metas que van más allá del año 2000, diferenciadas según los niveles actuales (cuadro 3).

En dicho documento se establecen metas relativas a la mortalidad infantil y en la niñez, basadas en las resoluciones de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Se agregan metas que llegan más allá del año 2000, diferentes según el nivel actual, y se señala la importancia de reducir las desigualdades dentro de los países. En particular, se hace referencia a la mortalidad temprana de poblaciones indígenas, en el sentido de que no debiera exceder al promedio nacional.

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son consideradas como una de las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva, que en la mayoría de los casos son evitables. En general, los países en desarrollo presentan tasas de mortalidad materna que son decenas de veces superiores a las de países desarrollados. En 1988 los extremos eran de más de 700 muertes por cien mil nacidos vivos en los países de menor desarrollo, frente a 26 por cien mil en las regiones más desarrolladas, es decir cerca de treinta veces más alta en los primeros. La preocupación por esta situación hace que, tanto en el informe de El Cairo como en los informes nacionales, se planteen también metas y medidas tendientes a reducir la incidencia de la mortalidad materna.

### CUADRO 3

#### METAS ESTABLECIDAS EN EL CAIRO REFERIDAS A LA MORTALIDAD

Indicadores	Año meta		
	2000	2005	2015
<b>Esperanza de vida al nacer</b>			
Meta general	70	>70	>75
Países con alta mortalidad		>65	>70
<b>Mortalidad Infantil (&lt;1 año)</b>			
Meta general	un tercio de la de 1990, con un máximo de 50‰		<35‰
Países con mortalidad intermedia		<50‰	
<b>Mortalidad niñez (&lt;5 años)</b>			
Meta general	un tercio de la de 1990, con un máximo de 70‰		<45‰
Países con mortalidad intermedia		<60‰	
<b>Mortalidad materna (por cien mil)</b>			
Meta general	la mitad de la de 1990		la mitad de la del 2000
Países con mortalidad intermedia		<100	<60
Países con mortalidad alta		<125	<75

Una sección especial del capítulo del Programa de Acción de El Cairo sobre el tema de Salud, Morbilidad y Mortalidad, está dedicada al Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En esa sección se plantean objetivos relacionados con la disminución de la difusión de la enfermedad, la necesidad de atención médica y apoyo adecuados a los enfermos, y con la necesidad de evitar que sean objeto de discriminación.

Aunque en la región la importancia relativa del VIH y el SIDA es menor que en otras partes del mundo, el Consenso Latinoamericano y del Caribe considera que “constituye un motivo de creciente preocupación”, e insta a los gobiernos a incorporar de manera prioritaria en los programas de planificación familiar y salud reproductiva medidas con objetivos similares a los citados en el párrafo anterior respecto al Programa de Acción de El Cairo. Sin embargo, al igual que en otros aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, las medidas propuestas tropiezan en la práctica con dificultades, imputables a factores culturales y religiosos de ciertos sectores y a los temores que provoca una enfermedad letal de la cual todavía se sabe poco.

Si bien en el concierto de los países en desarrollo, la región parece mostrar una situación de privilegio en términos del cumplimiento de las metas, en las encuestas periódicas que se hacen a los gobiernos, dos terceras partes de los países han manifestado que sus niveles de mortalidad son inaceptables (United Nations, 1992; MacIsaac, 1993). En estos resultados intervienen tanto la situación de los países que aún tienen una alta mortalidad relativa como la disconformidad con aquellos aspectos pendientes de resolución en algunos casos de baja mortalidad. En los informes nacionales preparatorios de la Conferencia de El Cairo solamente seis países de la región presentan metas cuantitativas respecto a la mortalidad, las que se refieren particularmente a la mortalidad infantil y materna (Naciones Unidas, 1994a). Sin embargo, con el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países se han fijado metas de salud en los más diversos campos.

## **La Fecundidad, la Planificación Familiar y la Salud Reproductiva**

### **Las Tendencias de la Fecundidad**

La fecundidad, las formas de regularla y sus efectos sobre el crecimiento de la población han constituido motivo de debates y desacuerdos tanto entre

sectores de la sociedad como entre los gobiernos. La discusión del papel de esta variable en el desarrollo se ve fuertemente impregnada por consideraciones políticas, éticas y religiosas que hacen muy complejo el análisis de los factores determinantes de su nivel y tendencias. En el caso de la mortalidad, es clara la voluntad general por lograr su descenso y se defiende el derecho a la vida como el más importante de todos. En el caso de la fecundidad, se discute la conveniencia de tener menos hijos y se producen oposiciones a ciertas formas de control, fundamentadas en razones ético-religiosas y en el mismo derecho a la vida. Sin embargo, prácticamente en todos los países de la región y más allá de los debates, la tendencia general es a tener un promedio de hijos cada vez menor.

En América Latina y el Caribe, excluidos los casos de Argentina y Uruguay, cuya transición demográfica fue anterior al resto, la fecundidad comienza su tendencia al descenso más marcada a mediados de los años sesenta. Es más, como ya fue mencionado, en la mayoría de los casos se asistió, entre 1950 y 1965, a un aumento en la tasa global de fecundidad, que condujo a que la región en promedio mostrara un leve ascenso, de 5,9 a 6 hijos por mujer. Entre los países cuya fecundidad aumentó más marcadamente están Costa Rica (6,7 a 7,1, entre 1950-1955 y 1955-1960), Chile (4,9 a 5,3 en el mismo período), El Salvador (6,5 a 6,9) y Panamá (5,7 a 5,9). En el resto de los países los niveles se mantuvieron constantes hasta 1965.

En los últimos 30 años, es decir desde mediados de los años sesenta hasta mediados de los noventa, las mujeres de la región pasaron a tener en promedio de 6 a 3 hijos, es decir, redujeron su fecundidad a la mitad. Este proceso fue diferente según países y según áreas y sectores sociales dentro de ellos. En la transición de la fecundidad se han dado las más diversas experiencias, tanto en el valor de partida como en el momento de inicio y la velocidad del cambio. En el cuadro 4 se muestran los indicadores de fecundidad para países con distinta experiencia respecto a su evolución.

La gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe pertenecientes al grupo que está en plena transición tienen, en el período 1990-1995, una tasa global de fecundidad cercana a los 3 hijos por mujer, mientras que aquellos que están en una etapa anterior de la transición se sitúan entre 4 y 5 hijos. Cuba, y algunos países del Caribe de habla inglesa, cuya transición demográfica se encuentra más avanzada, presentan una fecundidad muy baja, por debajo de 2,1 hijos por mujer, valor que fue definido como de reemplazo.

El descenso de la fecundidad habría comenzado primero en las zonas urbanas y entre la población con mejores índices educativos y luego se

## CUADRO 4

### INDICADORES DE FECUNDIDAD DE PAISES Y AÑOS SELECCIONADOS DEL PERIODO (1985-1994)

INDICADORES	Guatemala	Bolivia	México	Brasil	Argentina	Trinidad y Tabago
Tasa global de fecundidad (1990-1994)	5,4	4,8	3,1	2,9	2,8	2,4
Número medio de hijos deseados 1/ 2/	4,1	2,8	3,3	3,0	—	3,1
Uso de anticonceptivos						
Total de mujeres encuestadas. <sup>1/3/</sup>	100,0	100,0	100,0	100,0	—	100,0
Usan algún método	23,1	30,2	52,9	66,3	—	52,7
Usan mét. tradicionales	4,1	18,0	8,1	9,7	—	8,3
Usan mét.modernos	19,0	12,2	44,8	56,6	—	44,4
No usan ningún método	76,9	69,8	47,1	33,7	—	47,3
Tasa de fecundidad adolescente (15-19) (1990-1994) (p. mil)	123,0	82,4	76,6	77,5	60,9	—
Porcent. nacimientos de alto riesgo (1990-1994)						
15-19 años	17,0	12,4	16,5	15,7	13,5	—
35 años y más	12,6	16,2	10,2	11,5	11,7	—

FUENTES: — CELADE, Proyecciones de Población 1950-2050. (Variante Media).

— Demographic and Health Surveys, 1985-1989. Tomado de Krawczyk, M., "Las mujeres en América Latina y el Caribe: un protagonismo posible en el tema de población". CELADE, Santiago de Chile, 1992.

<sup>1/</sup> Los indicadores número medio de hijos deseados y uso de anticonceptivos corresponden a 1986 (Brasil), 1987 (Guatemala, México y T.y Tobago) y 1989 (Bolivia).

<sup>2/</sup> Número medio de hijos deseados de mujeres en edad fértil alguna vez casadas.

<sup>3/</sup> Son mujeres en edad fértil casadas al momento de la Encuesta.

habría extendido a las áreas rurales y a sectores de precarias condiciones de vida (Chackiel y Schkolnik, 1992). De todas maneras, persisten diferencias importantes dentro de los países no obstante que, según lo señalan varias investigaciones, en la actualidad el número deseado de hijos es muy similar en los distintos estratos sociales (CEPAL/CELADE, 1993).

Es de destacar que este proceso no se detiene durante la década de 1980, la que es considerada como de retroceso en las condiciones de vida de la población. Es probable, incluso, que para ciertos sectores de bajos ingresos, la situación de crisis haya sido un impulso adicional para disminuir la descendencia. Ello, conjuntamente con la globalización cultural —que promueve un tipo de familia más pequeña—, lo que ayuda a explicar la uniformidad en el número ideal de hijos en diversos grupos sociales.

## Los Factores Intervinientes en el Cambio en la Fecundidad

Como es sabido, los niveles de fecundidad dependen tanto de factores biológicos como de factores socioeconómicos y culturales. Se supone que los primeros determinan la fecundidad natural, es decir, aquella en la que no hay control voluntario de la descendencia. Los factores socioeconómicos, por su parte, corresponden a los efectos del contexto socioeconómico sobre la fecundidad. Entre ellos se han destacado, el nivel educativo de la población, el trabajo femenino y el proceso acelerado de urbanización, todos los cuales provocan cambios en las pautas reproductivas de la población.

Los factores biológicos que más inciden en la fecundidad son: la duración del período reproductivo, la fertilidad de la mujer (capacidad de procrear), la fecundabilidad (probabilidad de concebir durante el ciclo menstrual), la mortalidad intrauterina (abortos) y la infecundabilidad postparto. Refiriéndose a ellos, Vallin expresa que “la paradoja extraordinaria del descenso de la fecundidad es que se haya producido precisamente cuando la evolución de estos factores del régimen natural deberían haber provocado un fuerte incremento” (Vallin, 1994).

Estos factores podrían explicar en parte el aumento que se produjo en la fecundidad de varios países de la región en los años cincuenta, lo que probablemente estuvo ligado a los descensos de la mortalidad y a las mejoras en la salud de la población, ya que la menor mortalidad de las mujeres en edad fértil, así como la de sus esposos, conduce a un mayor tiempo de exposición al embarazo. Las mejoras en la salud favorecen la culminación de los embarazos en nacidos vivos, pues uno de los mayores avances en este sentido es

la reducción de las complicaciones del embarazo y el parto. Debe considerarse también la probable incidencia que podrían tener las mejores expectativas sociales y económicas, propias de esos años, y su influencia en la formación más temprana de las familias y en la decisión de tener un mayor número de hijos.

Los factores socioeconómicos y culturales conducirían a formas de regulación de la fecundidad mediante diversos mecanismos, entre los cuales puede estar la modificación de alguno de los factores biológicos. Estos mecanismos, denominados variables intermedias, actúan sobre el tiempo de exposición al riesgo de embarazo y sobre la probabilidad de que la mujer sea fecundada. Las variables intermedias que pueden tener una mayor responsabilidad en el descenso de la fecundidad son: las distintas formas de anticoncepción, la nupcialidad (proporción de casadas o unidas, edad al primer matrimonio o unión), el aborto inducido y la infecundabilidad postparto (en particular la asociada con el período de lactancia del recién nacido).

En la transición europea se reconocen varias etapas, en las cuales se considera el papel de diferentes formas de regulación de la fecundidad. Se estima que a comienzos del siglo XVIII la nupcialidad desempeñó un papel regulador de importancia, a través del aumento del celibato y la edad al contraer matrimonio, para luego dar paso a los anticonceptivos tradicionales y al aborto y, más recientemente, a los anticonceptivos modernos, en lo que se ha denominado la “segunda revolución anticonceptiva”.

La relativamente alta fecundidad que la región de América Latina y el Caribe ha mostrado en la etapa pretransicional se debería fundamentalmente a la temprana edad al matrimonio y a la alta proporción de casadas. Este hecho se hizo más pronunciado durante la década de 1950, provocando el aumento de la fecundidad ya mencionado. Como la declinación de la fecundidad en Latinoamérica y el Caribe se produjo en forma más extendida sólo hace unas tres décadas, el papel mayor le ha correspondido a la anticoncepción. Los países que primero comenzaron a experimentar descensos en la fecundidad —como Argentina, Uruguay, y en menor medida Cuba y Chile— siguieron en una primera fase el patrón europeo de uso de anticonceptivos tradicionales. Luego, a partir de mediados de los años sesenta, y coincidiendo con la “segunda revolución anticonceptiva” europea, los países latinoamericanos y caribeños comenzaron, en mayor o menor medida, a regular la fecundidad con métodos modernos (Zavala de Cosío, 1993).

El cuadro 4 permite apreciar la alta asociación inversa que existe entre la tasa global de fecundidad y el porcentaje de mujeres casadas que usan anticon-

ceptivos. Sin embargo, en el caso de algunos países, sería muy difícil explicar los cambios en la fecundidad por la anticoncepción, cuya prevalencia es aún muy baja. Se especula que en esos cambios podría incidir la práctica del aborto como forma de limitar los nacimientos, aunque la información existente es aún muy precaria como para establecer su verdadera importancia.

Si bien el incremento en el uso de anticonceptivos explicaría en gran medida el descenso en la fecundidad, hay fuertes evidencias de la existencia de lo que se ha denominado una demanda insatisfecha de planificación familiar. Esta insatisfacción se refiere a la falta de información adecuada, de acceso a los métodos y de falta de libre opción entre ellos. Este hecho es el que conduciría a las fuertes diferencias entre número ideal y número efectivo de hijos —sobre todo en los sectores más carenciados— y a la extensión del uso del aborto para evitar nacimientos no deseados.

Cuba es el único país de la región donde el aborto es aceptado legalmente. Si bien en la región no hay cifras sobre la incidencia de prácticas abortivas, algunos indicios señalan que ésta es numéricamente importante. Las evidencias estarían dadas por la alta atención hospitalaria de complicaciones por causas de aborto. Por ejemplo, se ha estimado —con base en información hospitalaria— que a comienzos de los años ochenta en Brasil se realizaban alrededor de 3 millones de abortos anuales (Merrick, 1983).

47

## **Un Tema Polémico: Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Reproductiva**

### ***La Planificación Familiar***

La planificación familiar ha suscitado polémicas desde hace mucho tiempo, principalmente en la década de 1960, cuando los gobiernos de los países, con el apoyo de agencias internacionales, llevaron a cabo acciones para incrementar el uso de anticonceptivos. La discusión, en parte, rondaba alrededor de las relaciones entre crecimiento y desarrollo económico, propiciada en gran medida por los sectores que consideraban al control de la natalidad como un instrumento para evitar las explosiones sociales producto de la falta de desarrollo y de las injusticias de los sistemas económicos vigentes. La Iglesia Católica, basándose en consideraciones religiosas y éticas, mantenía una postura contraria al uso de anticonceptivos no naturales, pero esta postura no constituía el elemento de mayor conflicto en la discusión internacional. De todas maneras, esta discrepancia hizo que El Vaticano no suscribiera los

planes de acción de las Conferencias de Población de Bucarest (1974) y de México (1984). Concomitantemente, en algunos países hubo corrientes de opinión pronatalistas que invocaban razones de orden geopolítico y de soberanía y defensa nacional.

Cuando se pensaba que el debate sobre estos temas estaba superado, en el marco del proceso de preparación de la CIPD resurgieron con fuerza las discrepancias sobre los enfoques relacionados con la planificación familiar y los comportamientos reproductivos. Sin embargo, este recrudecimiento de la discusión no tuvo ahora a los sectores críticos del liberalismo económico como principales oponentes a las resoluciones propuestas en el ámbito de las Naciones Unidas; ese papel fue asumido por el Vaticano, conjuntamente con algunos países musulmanes y latinoamericanos. En general, las discrepancias actuales están principalmente relacionadas con aspectos éticos y religiosos, aunque en la argumentación es frecuente que se esgriman también argumentos de tipo socioeconómico y político.

Los temas que motivaron una mayor discusión son: el concepto mismo de planificación familiar; los conceptos de derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva; la salud reproductiva y sexual de los adolescentes, y el aborto.

48

Cabe consignar que en el Consenso sobre Población y Desarrollo, los gobiernos latinoamericanos y del Caribe lograron acuerdos muy importantes sobre estos temas. Muchos de los párrafos del Consenso, de una u otra forma, fueron recogidos en el documento final de la Conferencia de El Cairo, lo que ayudó a aminorar las diferencias entre los países.

Al referirse a los derechos reproductivos y a la planificación familiar, el Consenso dice textualmente:

“Reconociendo que la posibilidad de regular la fecundidad es un derecho humano fundamental universalmente reconocido, se recomienda a los gobiernos garantizar el ejercicio pleno de este derecho como un objetivo de primordial importancia, y proporcionar la información veraz y completa necesaria para tal fin. Para ello, se deberá asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar, ampliar su cobertura y mejorar su calidad, dando atención irrestricta a todos los hombres y mujeres que lo deseen, en un marco de pleno respeto a las libertades individuales y a la diversidad de creencias y valores propia de la heterogeneidad sociocultural y religiosa.”

Otro acápite agrega:

“...el derecho de los individuos, las parejas y las uniones a disponer de una amplia gama de métodos de regulación de la fecundidad, lo que, junto con la orientación profesional para que el usuario seleccione el método más adecuado a

sus condiciones socioculturales e individuales, determina en gran medida la calidad y la efectividad de los servicios de planificación familiar...”.

El documento aprobado en El Cairo señala que:

“Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”.

Estos conceptos han concitado la unanimidad, con reservas de la Santa Sede y de algunos países, entre ellos varios de la región. Por una parte, las reservas de países latinoamericanos —apoyadas en el derecho a la vida que contempla la legislación nacional e internacional— indican que bajo la denominación de “derechos reproductivos” y de “salud reproductiva y sexual” no deben quedar incluidos el aborto ni ninguna forma voluntaria de interrupción del embarazo. Por otra parte, también dejan constancia que las menciones de “individuos”, “parejas” y “todas las formas de familia” se deben interpretar únicamente como referidas a uniones entre hombre y mujer, no aceptando parejas de un mismo sexo. El planteamiento se basa en la defensa de la familia como unidad básica de la sociedad, principio incluido en la Constitución de varias naciones de la región.

Es interesante destacar que, excluida la Santa Sede, ningún país hizo reservas referidas al uso de anticonceptivos no naturales como medio de planificar la familia. Esta postura sería consistente con el resultado de la encuesta realizada a los gobiernos de la región, en que 17 países indicaron cierto grado de intervención, presuntamente a través de programas de planificación familiar con métodos modernos, para lograr tasas más bajas de fecundidad. Además, muchos de los que no indicaron que intervienen, mantienen programas oficiales y privados de planificación familiar en el marco de la atención de la salud maternoinfantil. Con referencia a la pregunta sobre políticas gubernamentales referidas al uso de métodos modernos de anticoncepción, de los 33 países que respondieron sólo uno indicó que no presta apoyo (United Nations, 1992).

### ***El Aborto***

Como es sabido, el aborto constituye un tema de constante polémica en la sociedad de hoy. Sin embargo, puede pensarse que hay ciertos puntos de encuentro entre las diversas posiciones, al menos en dos aspectos: a) se

reconoce en el aborto un problema de salud pública importante, pues es posible demostrar que, principalmente en los países en desarrollo, las altas tasas de mortalidad materna tienen en esta causa su componente principal; b) hay coincidencia en que el aborto no debiera ser considerado como un método de planificación familiar aceptable.

Las discrepancias fundamentales parecen estar en la forma de enfrentar esta situación. Al ser el aborto un problema grave de salud, hay quienes consideran que la solución estaría en su legalización, con lo que el aborto podría efectuarse en forma no riesgosa para la madre. La posición opuesta indica que la práctica del aborto no puede ser legal ni aceptable, por ser un crimen; por lo tanto, la única vía de evitarla sería mediante su penalización. En términos de políticas destinadas a reducir el aborto, se considera importante ampliar los programas de planificación familiar y de educación sexual. Las reservas frente a estas políticas señalan, entre otras consideraciones, que en la práctica el aborto no ha disminuido en aquellas sociedades que tienen fuertes programas de planificación familiar, argumentando que esto se debe probablemente a que las mujeres estarían más inclinadas a abortar cuando fallan los anticonceptivos.

50 Por la importancia que tuvo el tema en la última Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es útil transcribir el párrafo 8.25 del Plan de Acción, finalmente adoptado.

“En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.”

En la sesión plenaria de aprobación del Programa de Acción de El Cairo, a las reservas referidas al aborto enunciadas por la Santa Sede y varios paí-

ses musulmanes se sumaron ocho países latinoamericanos. La mayoría de estos señalan que el aborto es contrario a su Constitución, que viola el derecho a la vida que regiría desde la concepción y que, por lo tanto, no podrían aceptar en ningún caso la interrupción de embarazos.

Si bien dichos países hicieron esas reservas al tema, ninguno de ellos cuestiona la utilización de anticonceptivos como una forma de evitar los nacimientos no deseados. Por ello, puede explicarse que en el Consenso Latinoamericano y del Caribe hayan aprobado, además de un capítulo especial sobre la planificación familiar, el siguiente párrafo:

“Considerando que el aborto constituye un importante problema de salud pública en los países de la región, y que, aunque existen diversas posiciones al respecto, en general ninguno de ellos lo acepta como método de regulación de la fecundidad, se recomienda a los gobiernos prestar mayor atención al estudio y seguimiento del tema, con el fin de evaluar sus dimensiones reales y sus efectos sobre la salud de las mujeres y la familia y, asimismo, promover el acceso universal a una orientación adecuada sobre métodos para evitar embarazos no deseados.”

### *El Embarazo Adolescente*

Los cambios en la fecundidad han ocurrido con mayor intensidad entre las mujeres con más de 35 años de edad, por lo que la procreación se concentra en mujeres entre los 20 y 29 años. La fecundidad de las mujeres menores de 20 años no muestra un proceso de descenso claro, y es posible que en algunos casos esté incrementándose. La tendencia es positiva, en general, debido a que disminuyen más los nacimientos de alto riesgo correspondientes a mujeres mayores; sin embargo, surge la preocupación del aumento en la proporción de embarazos de adolescentes.

El Consenso Latinoamericano y del Caribe menciona en varias partes la necesidad de prestar especial atención al embarazo de las adolescentes; quizás donde mejor se expresa esta preocupación —y se plantean medidas para prevenirlo— es en el párrafo 6 del capítulo sobre Desarrollo, Salud, Planificación Familiar y Bienestar:

“Considerando que el embarazo adolescente es un motivo de preocupación por sus efectos sobre la salud materna e infantil, particularmente por la alta incidencia de la morbilidad materna, y por sus consecuencias psicosociales, tales como la interrupción del proceso educativo, desventajas en la preparación para ingresar al mercado laboral y dificultades para consolidar una pareja, se insta a los gobiernos a que dediquen esfuerzos, de manera prioritaria, a diseñar y adoptar modelos de atención integral a la salud reproductiva de los adolescentes,

prestando particular atención a la educación en población, y dentro de ella a la educación familiar, la educación sexual integral y la planificación familiar. Estos modelos deberán diseñarse de acuerdo con el contexto sociocultural en el que serán aplicados. Asimismo, se deberán reexaminar las regulaciones que restrinjan el acceso de este grupo de edad a los métodos anticonceptivos. Se recomienda además emprender programas que aborden las consecuencias psicosociales del embarazo de las adolescentes, procurando evitar la interrupción de su proceso educativo y facilitando su incorporación al mercado laboral.”

Este aspecto es recogido con el mismo énfasis en varios capítulos (Crecimiento y Estructura de la Población; Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva; Salud, Morbilidad y Mortalidad) del Programa de Acción de la CIPD. En lo central se plantea la necesidad de mayor información, educación y asesoría a los jóvenes de ambos sexos en cuanto a una mayor comprensión de su sexualidad y a las formas de prevenir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. La Santa Sede y otras delegaciones expresaron reservas a referencias que, según ellas, “podrían interpretarse como favorables a la actividad sexual extramatrimonial, especialmente entre los adolescentes”. A estas reservas explícitas, en muchos países de la región se suman las dificultades concretas en la implementación de las medidas concretas aquí mencionadas, debido a la resistencia de sectores que adoptan posturas críticas frente a tales medidas, o a la de aquellos que tienen dificultades para abordar el tema de la información sexual, de por sí “tabú” y que lo es aún más si se trata de adolescentes.

52

## Consideraciones Finales

En el presente documento se hizo una revisión de las tendencias demográficas recientes en los países de América Latina y el Caribe y de la percepción que tienen los gobiernos acerca de los temas de población, surgidos de las mencionadas tendencias y su relación con el proceso de desarrollo socioeconómico y en el marco de los derechos individuales.

En las últimas décadas la región se vio afectada por profundos cambios demográficos, que implicaron un desplazamiento del tema del alto crecimiento de la población hacia otros aspectos, como los derechos reproductivos y la salud reproductiva, la migración internacional, el proceso de urbanización, la relación entre las tendencias demográficas y el medio ambiente, el proceso de envejecimiento de la población. De todas maneras, persisten situaciones de países y de importantes sectores de población que aún detentan tasas elevadas de mortalidad y fecundidad, propias de etapas iniciales de

la transición demográfica y que implican todavía desafíos importantes en torno a la salud maternoinfantil y a las elevadas tasas de dependencia de población en edades tempranas.

Se reconoce que las políticas y programas de población deben ejecutarse principalmente mediante actividades nacionales que involucren a gobiernos, las comunidades locales y al sector no gubernamental. Sin embargo, también se asigna un importante papel a las actividades regionales, subregionales e internacionales. Esto último está determinado en gran medida por el alto grado de interdependencia económica, social y cultural que caracteriza al mundo de hoy, lo que necesariamente conduce a la coordinación de muchos programas que afectan a más de un país, al intercambio de experiencias e información y a otras formas de cooperación internacional. Por ello, tanto el Programa de Acción de la CIPD como el Consenso Latinoamericano y del Caribe instan a los gobiernos de países desarrollados a proporcionar recursos para las actividades en materia de población a aquellos países que lo requieren y, a los países en desarrollo, a intensificar la cooperación técnica horizontal.

Todo ello resulta de la aparición —mencionada en el Capítulo I— de las variables de población como tema clave de la discusión de política internacional. Por momentos prima la consideración de las variables demográficas que más directamente afectan las relaciones internacionales, y ese es el caso de las migraciones entre países, y en especial las corrientes de refugiados; sin embargo, la discusión no se detiene en esas manifestaciones y también abarca —como se ha señalado— a la mortalidad y —sobre todo— a la fecundidad y a la relación de todas esas variables con los derechos individuales. Dentro de ese marco, puede esperarse que la región siga participando en el futuro en esas discusiones a nivel global y, más en particular, es también dable esperar un relativamente alto nivel de discusión y de actividades en el plano de la región y en cada uno de los ámbitos nacionales de los países que la componen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 54
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1993): *Notas de Población No 58*, Santiago de Chile.
- (1994): *Boletín Demográfico No. 54*, Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) (1993): *Población, equidad y transformación productiva* (LC/DEM/G.131), Santiago de Chile.
- (1994): *Proyecto de Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo* (LC/DEM/G.144), Santiago de Chile.
- CHACKIEL, J. y MARTÍNEZ, J. (1993): “Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950”, *La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe*, Vol 1, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE, México.
- CHACKIEL, J. y PLAUT, R. (1994): “América Latina: Tendencias Demográficas con Énfasis en la Mortalidad”, *Notas de Población No. 60*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Santiago de Chile.
- CHACKIEL, J. y SCHKOLNIK, S. (1992): “América Latina: Transición de la fecundidad en el período 1950-1990”, *Notas de Población No. 55*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Santiago de Chile.
- CHESNAIS, J. C. (1990): *El Proceso de Envejecimiento de la Población*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Serie E No. 35, Santiago de Chile.
- FRENK, J. et al. (1994): “La transición epidemiológica en América Latina”, *Notas de Población No. 60*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Santiago de Chile.
- MACISAAC, D. (1993): *General Analysis of the Governmental Perceptions and Policies in Latin America and the Caribbean*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Santiago de Chile, inédito.
- MERRICK, T. W. (1983): “La fecundidad y la planificación familiar en Brasil”, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número especial, Nueva York.
- NACIONES UNIDAS (1994): *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 al 13 de septiembre, A/CONF. 171/13.
- (1994a): *Síntesis de los informes nacionales sobre la población y el desarrollo*, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/49/482.
- (1992): *World Population Monitoring 1991* (ST/ESA/SER.A/126), Nueva York.
- (1995): *World Population Prospects. The 1994 Revision*, Nueva York.
- OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1978), *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma Ata, URSS.

PÉREZ BRIGNOLI, H. (1994): “América Latina en la Transición Demográfica, 1800-1980”, *La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe*, Vol 1, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE, México.

VALLIN, J. (1994): *La Demografía*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Serie E No. 41, Santiago de Chile.