

América Latina: una transición demográfica acelerada y sus consecuencias*

JUAN CHACKIEL**

RESUMEN: El texto hace referencia a la evolución de la fecundidad y la mortalidad en América Latina como un proceso que se describe a través de la denominada teoría de la transición demográfica. Se hace especial énfasis en las consecuencias de este proceso, observables en la transformación en la estructura por edad de la población y concretamente en el envejecimiento demográfico y sus implicaciones para el sistema económico, al incrementarse las demandas de una población cuya esperanza de vida se ha ampliado considerablemente en el pasado reciente. Con datos de las proyecciones demográficas se describen los probables escenarios demográficos que caracterizarán a la región en las próximas décadas.

ABSTRACT: The text refers to the evolution of fertility and mortality in Latin America as a process described through the so-called theory of demographic transition. Special emphasis is placed on the consequences of this process, observed in the transformation of the population's age structure and specifically in demographic ageing and its implications for the economic system, as a result of the increase in the demands of a population whose life expectancy has considerable increased in the recent past. Data from demographic projections are used to describe the probable demographic scenarios for the region over the next few decades.

Palabras clave: transición demográfica, América Latina, descenso de la fecundidad, esperanza de vida, envejecimiento.

Key words: demographic transition, Latin America, fertility decrease, life expectancy, ageing.

* Texto presentado en la Conferencia Magistral Raúl Benítez Zenteno, en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.

** Demógrafo, consultor del Centro Latinoamericano de Demografía

INTRODUCCIÓN

Al promediar la década de los sesenta, la elevada fecundidad, acompañada de descensos en la mortalidad, ubicaba a la región en los comienzos de la transición demográfica en la etapa de más alto crecimiento y, como consecuencia, la población se duplicaría en 25 años. Esto produjo un profundo debate entre quienes sostenían que la elevada fecundidad era un impedimento para el desarrollo y había que actuar para modificarla, y aquellos que planteaban que la alta fecundidad era la consecuencia de situaciones de inequidad y marginalidad en que vivían vastos sectores de la población y que, por ende, los cambios demográficos solamente se producirían como consecuencia de la remoción de esas causas. Por lo tanto, los planteamientos de políticas diferían de manera sustancial y la literatura al respecto lo documenta ampliamente.

Medio siglo después podemos hacer una descripción de cuál o cuáles fueron las tendencias demográficas de la región y alimentar así no sólo el debate académico, sino también analizar los desafíos a los que se enfrenta la sociedad latinoamericana. Para ello se tomará como marco de referencia el proceso de transición demográfica que fuera esbozado a partir de la experiencia de los países europeos, de acuerdo con su evolución desde mediados del siglo XVIII.

La definición de dicha transición se estableció como la experiencia histórica de las tendencias demográficas, consistente en el pasaje de altos niveles de mortalidad y fecundidad, con crecimiento de la población reducido, a bajos niveles de mortalidad primero, con el consecuente aumento del creci-

(Celade) de la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

miento, y luego de la fecundidad, para llegar a un nuevo equilibrio con crecimiento bajo.

En este análisis, para fines prácticos se adoptó una tipología de los países que los ubica en cuatro etapas, según el nivel de sus tasas brutas de natalidad y mortalidad y que fuera utilizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en sus trabajos recientes sobre la dinámica demográfica y las estrategias de desarrollo.¹ Las etapas consideradas son: transición incipiente, moderada, plena y avanzada.² Como toda tipología, es arbitraria y presenta limitaciones a las que aludiré en varias oportunidades. Los datos utilizados a lo largo del texto, en general provienen de las estimaciones y proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) y de la División de Población de las Naciones Unidas.

Antes de entrar a examinar los datos es conveniente hacer dos advertencias: *a)* el concepto de transición demográfica no puede ser establecido como una teoría o ley que necesariamente se haya cumplido en todas las sociedades; *b)* numerosos autores han presentado casos de comportamiento demográfico atípico respecto a la forma en que operaría esta transición; en especial, las diferencias entre lo acontecido en los países desarrollados y la forma en que se manifiesta en América Latina. Ello también se expresa en la heterogeneidad intraregional e incluso en el interior de los países.

A la luz de las tendencias demográficas de los países latinoamericanos, en una mirada somera se pueden establecer al menos las siguientes diferencias entre la transición

¹ CEPAL, *América Latina y el Caribe: dinámica de la población y el desarrollo* (Santiago de Chile: Cuadernos de la CEPAL núm. 74, 1995).

² Las cuatro etapas se definen como sigue: Transición incipiente: Tasa bruta de natalidad=32+, Tasa bruta de mortalidad=11+; moderada: Tbn=32+, Tbm= 7-11; plena: Tbn=24-32, Tbm=4-11; avanzada: Tbn=24, Tbm=4-11.

europea y lo ocurrido en nuestra región: desde mediados del siglo XX comienza en varios países latinoamericanos el proceso de transición, a excepción de Uruguay, Argentina y Cuba, que lo habrían iniciado con anterioridad. Desde esta fecha la esperanza de vida al nacer en la región era de un poco más de 50 años, y la tasa global de fecundidad de cerca de seis hijos por mujer. Para la segunda mitad de la década de los noventa, la primera se estimaba en 71 años y la segunda en 2.7 hijos por mujer. En los países más avanzados en la transición ocurrieron cambios sustanciales en pocas décadas, mientras que en Europa esto habría tomado más de un siglo. Hay entonces una diferencia importante en la velocidad con la que ocurre la transición en Latinoamérica.

Esa diferencia de velocidad se debe en gran medida a las causas y mecanismos que producen las bajas de mortalidad y fecundidad, ligadas al contexto histórico en que se enmarcan. En los países desarrollados la transición fue producto del cambio social, provocado por la revolución industrial, de transformaciones en la nupcialidad, de avances en materia de conocimiento médico para enfrentarse a las enfermedades y de la generación de procedimientos más efectivos para el control de la fecundidad. En cambio, en los países latinoamericanos la transición no está necesariamente acompañada del desarrollo y, aún más, se está dando también en condiciones de aumento de la pobreza, de manera que el control de nacimientos resulta ser una estrategia de sobrevivencia entre los sectores más vulnerables. Ello sería posible porque en la actualidad se dispone de mayor información y acceso a los medios anticonceptivos, como parte de un ejercicio de la población de los derechos reproductivos. Sin embargo, en ciertos países también se han observado políticas de control natal que, en ocasiones, parecieran afectar el derecho de decidir su descendencia entre amplios sectores de la población.

Por otra parte, como se mencionó, en Europa el resultado de la baja fecundidad estuvo más asociado con modificaciones en la nupcialidad lo que, por cierto, también estaría presente en la actualidad como parte de los factores responsables de lo que se ha dado en llamar segunda transición demográfica europea. Entre ellos, el aumento de la edad al casarse y de las disoluciones matrimoniales, así como el aumento de las uniones consensuales. Llámese segunda transición o una nueva etapa de la transición clásica, lo cierto es que en Europa se perciben cambios demográficos que indican que no está todo dicho en esta materia.

Todavía hay pocos indicios para establecer que estos mecanismos estén actuando en nuestra región, aunque es probable que puedan explicar el comportamiento reproductivo de ciertos sectores de la población. Cabe señalar que sobre la posibilidad de una “segunda transición demográfica” en la región, investigadores mexicanos han hecho interesantes aportes en trabajos presentados en diversos foros.³

En 1950, 17 de un total de 20 países se concentraban en la categoría “transición incipiente”, agrupando 84% de la población de la región. A finales del siglo solamente permanecía Haití en esa categoría (1.6% de la población regional). Además, en 1950-1955, solamente Uruguay estaba en transición avanzada, mientras que en el periodo 1995-2000 ya estaban situados ocho países que representan tres cuartas partes de la población latinoamericana. En conjunto, los países en transición plena y avanzada abarcarían más de 90% de la población.

³ J. Quilodrán, “Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio”, *Papeles de Población*, núm. 25, UAEM (2000).

B. García, y O. Rojas, “Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género”, *Notas de Población*, núm. 78, CEPAL/Celade, Santiago de Chile (2004).

Las estimaciones y proyecciones realizadas por el Celade con los datos disponibles más recientes, muestran que un cambio sustancial es el pasaje de México y Colombia a la categoría de transición avanzada. Ese hecho cambia radicalmente el panorama regional, dado que ahora se ubican en transición avanzada los países más populosos: Brasil, México, Colombia y Argentina.

Cabe hacer notar que la categoría de transición avanzada, en el periodo más reciente, es un claro ejemplo de la diversidad de experiencias de los países, aun dentro de una misma categoría. Por ejemplo, Uruguay y Argentina, con una transición iniciada a comienzos del siglo pasado, se ubican con otros países de transición reciente que, por su potencial de crecimiento debido a que tienen una población más joven, aún mantienen una tasa de crecimiento más elevada. Por otra parte, Cuba ya ha alcanzado una tasa de fecundidad muy inferior al resto de los países, lo que unido a su fuerte emigración conduce a una muy baja tasa de crecimiento de la población.

A continuación se analizan brevemente las tendencias de la fecundidad y la mortalidad, y sus consecuencias sobre la tasa de crecimiento y la estructura por edades de la población. Por su comportamiento difícil de predecir y por su carácter fluctuante, está ausente de este análisis la migración internacional, fenómeno en muchos casos creciente y con un importante impacto, por su volumen o por su importancia relativa en países de población poco numerosa.

LA FECUNDIDAD

De los tres componentes del cambio en el crecimiento y la estructura por edades de la población, la fecundidad es el que desempeña el papel más importante, de ahí que se le haya dedicado una mayor atención por parte de los investigadores, sobre todo de aquellos que trabajan en la formulación de políticas de población.

CUADRO 1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
PARA REGIONES DEL MUNDO 1950-2050

	1950-1955	1970-1975	2000-2005	2020-2025	2045-2050
Total mundial	5.0	4.5	2.7	2.3	2.1
Regiones más desarrolladas	2.8	2.1	1.6	1.7	1.8
Regiones menos desarrolladas	6.2	5.4	2.9	2.4	2.1
África	6.7	6.7	5.0	3.7	2.5
Asia	5.9	5.1	2.5	2.1	1.9
Europa	2.7	2.2	1.4	1.6	1.8
América Latina y Caribe	5.9	5.1	2.6	2.1	1.9
América del Norte	3.5	2.0	2.0	1.8	1.9
Oceanía	3.9	3.2	2.3	2.1	1.9

Fuente: Naciones Unidas, *Revisión de Proyecciones de Población (2004)*, <<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>>.

El debate sobre su nivel, las formas de regularla y sus efectos sobre el crecimiento de la población, ha estado siempre impregnado de consideraciones éticas, religiosas y políticas, lo que hace más complejo el análisis de sus tendencias y factores determinantes. Pero, más allá de las discusiones, que

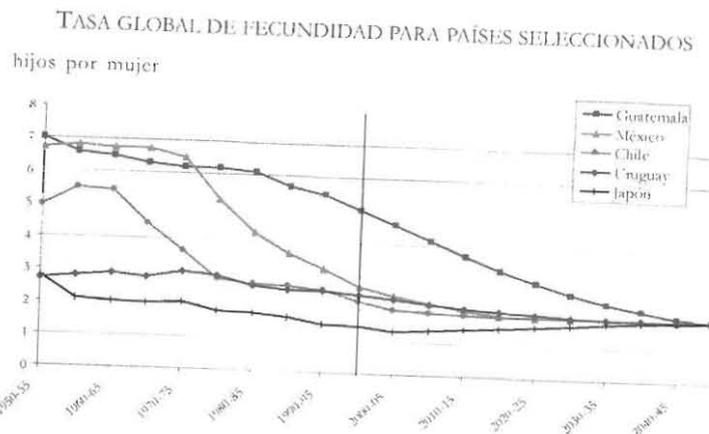
sobre todo se han dado en las conferencias internacionales y en los gobiernos nacionales, la tendencia general es la disminución del número de hijos.

La tasa global de fecundidad de América Latina a mediados de la década de los sesenta era muy próxima a seis hijos por mujer, solamente superada por el continente africano. Luego, en un plazo de 35 años, llega al final del siglo pasado a una tasa de 2.6 hijos por mujer, experimentando una reducción cercana a 55%, muy similar a lo ocurrido en Asia. Cabe por cierto destacar que la tasa global de fecundidad en Latinoamérica en el periodo 1995-2000 representa aproximadamente el mismo valor que Europa tenía medio siglo antes. En general, los países de ese continente y de otras zonas desarrolladas ya habrían alcanzado una tasa global de fecundidad de 2.1, valor que apenas asegura el reemplazo generacional.

La proyección de la fecundidad es que continuará su caída y que América Latina alcanzará el nivel de reemplazo generacional en un cuarto de siglo más. Los valores para el periodo 2045-2050 se establecieron como hipótesis por la División de Población de las Naciones Unidas. En particular, para los países que tienen actualmente una fecundidad muy por debajo del reemplazo, se pronosticó que se revertirá la trayectoria descendente que traían del pasado.

Aunque el análisis efectuado sobre la transición demográfica muestra un importante avance en muchos países, lo cierto es que todavía la región presenta una fuerte heterogeneidad. Lo primero que se advierte es una velocidad muy variable en el descenso de la tasa global de fecundidad. Los países seleccionados en la gráfica 1 muestran, como se mencionó, que aun entre los más rezagados en la transición ha empezado a descender su fecundidad. En este caso, en la segunda mitad del siglo XX Guatemala pasó de siete a cinco hijos por mujer.

GRÁFICA 1



Fuente: CEPAL/Celade, *Revisión de Proyecciones (2004)*, <<http://www.eclac.cl/celade/default.asp>>. Naciones Unidas, *Revisión de Proyecciones de Población (2004)*, <<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>>.

En Brasil y México, los dos países más poblados de la región, que tenían una fecundidad elevada en los años sesenta, su fuerte descenso comenzó a finales de esta década y en la actualidad ya se acercan a países como Uruguay y Chile. Lo interesante es que ello parece darse en forma independiente de las políticas de gobierno sobre planificación familiar, ya que en México ésta tuvo patrocinio oficial, lo que no sucedió de la misma manera en Brasil.

Como elemento de referencia se incluye en la gráfica el caso de Japón, que si bien tuvo una fecundidad similar a la de Uruguay en 1950, descendió a valores menores a los del reemplazo con mucha anticipación.

Las estimaciones más recientes muestran que Chile y Uruguay, además de Cuba, ya estarían con una tasa menor a 2.1 hijos por mujer. No muy lejos se encuentra un conjunto de países que fluctúan entre 2.2 y 2.4, donde se ubicaría México.

Cuando comenzó la transición de la fecundidad en la región y varios países se aproximaron a una fecundidad de alrededor de tres hijos por mujer, hubo planteamientos acerca de que ése podría ser el piso regional. Esa idea se basó en consideraciones que aludían a los patrones culturales de la población latinoamericana, unida a la falta de información sobre anticonceptivos y al acceso a los medios de controlar los nacimientos por parte de vastos sectores. Sin embargo, las proyecciones que aquí se presentan suponen que la tasa global de los países sea convergente hacia 1.85 hijos por mujer para mediados del siglo XXI. Esta hipótesis probablemente sigue siendo conservadora, habida cuenta de que la fecundidad continúa su descenso en la mayoría de los países, ya no sólo por lo que sucede en las clases medias y altas, sino también en los sectores sociales de bajos ingresos, al menos en los países de transición avanzada.

De todas maneras, el panorama general en la región es que se mantiene una brecha importante al considerar la información según estratos sociales. Los datos disponibles permiten comparar lo sucedido con la fecundidad, según nivel de instrucción de la madre, desde la década de los setenta hasta finales del siglo pasado para varios países y muestran que la brecha es en general menor en países de transición avanzada. Incluso, en el caso de Chile, las tendencias de la tasa global de fecundidad por nivel de instrucción parecen ser convergentes y se ubican entre dos y tres hijos por mujer. Para México y Colombia también se observa una tendencia a la convergencia. Sin embargo, en los países que están en etapas tempranas de la transición, como Honduras, la brecha es mayor y en los sectores de menos instrucción se mantienen tasas de fecundidad superiores a seis hijos por mujer.

Un aspecto que induce a pensar que los descensos futuros de la fecundidad dependen en mayor medida de lo

que ocurrirá en los sectores socioeconómicos más vulnerables de la sociedad, es el hecho de que en las zonas urbanas y en los estratos medios y altos la tasa global ya alcanzó valores por debajo del nivel de reemplazo, es decir, inferior a 2.1 hijos por mujer. En un trabajo realizado en el Celade sobre la fecundidad de sectores rezagados, se concluyó que los aportes al descenso de la fecundidad de estos grupos se han producido fundamentalmente debido al cambio en sus patrones reproductivos, más que por la movilidad social, si bien están presentes ambos factores.⁴

Las encuestas especializadas muestran que las mujeres de estratos bajos y medio-bajos tienen un número ideal de hijos no tan alejado de aquéllas que están en mejor situación socioeconómica, lo que podría ser en parte por las limitaciones que impone la pobreza para la crianza de los hijos, pero también porque han tenido cambios culturales respecto a sus aspiraciones reproductivas. Fillo sin desconocer la política muchas veces agresiva de fomentar la esterilización como método anticonceptivo, en ocasiones en forma no totalmente voluntaria. De hecho, la esterilización aparece como el método anticonceptivo con más prevalencia, lo que en parte podría suceder por el menor acceso a otros métodos alternativos.

En síntesis, la fecundidad, el componente que más afecta el crecimiento de la población y su estructura por edades, ha tenido una baja sostenida y se avizora que continuará esa tendencia, aunque todavía está distante del nivel de los países desarrollados que han llegado a tasas globales incluso inferiores a un hijo y medio por mujer.

⁴ S. Schkolnik, y J. Chackiel, "Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina", *Revista de la CEPAL*, núm. 83, Santiago de Chile (2004).

LA MORTALIDAD

A diferencia de la fecundidad, por obvias razones, la reducción de la mortalidad es un hecho no discutido, pues está referido al bien más apreciado por todos: la vida. Claro está que a medida que se tienen logros en la prolongación de la vida, también deben considerarse las condiciones en que se sobrevive. En la medida en que la población vive más tiempo, surge la preocupación por asegurarle una existencia digna en todo los sentidos. América Latina tenía a comienzos del siglo XX una esperanza de vida al nacer que probablemente estaba entre 30 y 40 años, salvo en el caso de Uruguay que superaba los 50 años. Considerando que a fines del siglo XX dicho indicador fue de aproximadamente 70 años, el promedio de vida se habría duplicado en un plazo de 100 años. Esta situación merece una aclaración importante: como la esperanza de vida considera la duración promedio de vida de toda la población, su aumento en las etapas tempranas de la transición se debe fundamentalmente a los años que se agregan a los niños pequeños por el descenso en la mortalidad infantil. Como veremos más adelante, ello conduce a un rejuvenecimiento de la población. Ahora, en las etapas avanzadas de la transición, cuando la mortalidad infantil ya es muy baja, los años de vida se ganan por el descenso de la mortalidad en edades mayores.

De acuerdo con los resultados de las estimaciones de Naciones Unidas para el periodo 1950-2000, de los cerca de 35 años de vida que se han agregado durante el siglo pasado, 15 años se habrían ganado en la primera mitad del siglo y otros 20 en la segunda. En la primera mitad las ganancias fundamentales ocurrieron a partir de la década de los treinta.

Como en el caso de otros indicadores, en Latinoamérica la esperanza de vida al nacer se ubica en un plano intermedio

CUADRO 2

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
PARA REGIONES DEL MUNDO 1950-2050

	1950-1955	1970-1975	2000-2005	2020-2025	2045-2050
Total mundial	46.6	58.1	65.4	70.0	75.1
Regiones más desarrolladas	66.1	71.4	75.6	78.8	82.1
Regiones menos desarrolladas	41.1	54.8	63.4	68.4	74.0
África	38.4	46.7	49.1	49.9	65.4
Asia	41.4	56.4	67.3	72.5	77.2
Europa	65.6	71.0	73.7	77.0	80.6
América Latina y Caribe	51.4	60.9	71.5	76.0	79.5
América del Norte	68.8	71.6	77.6	79.9	82.7
Oceanía	60.4	65.8	74.0	77.9	81.2

FUENTE: Naciones Unidas, *Revisión de Proyecciones de Población (2004)*, <<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>>.

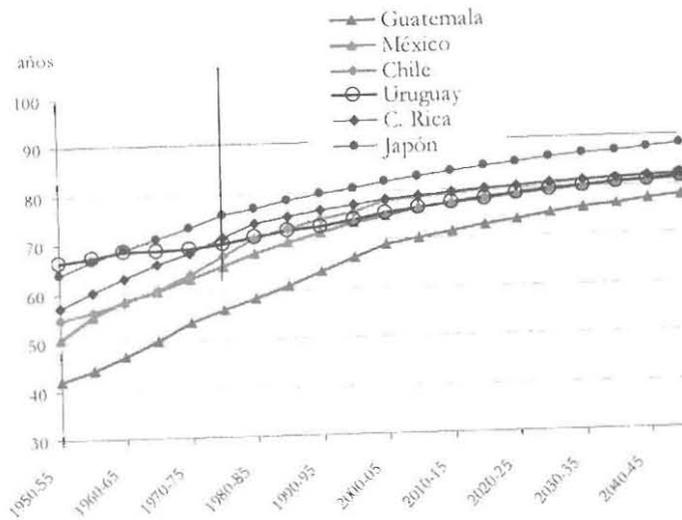
entre los países más desarrollados y las regiones de menor desarrollo. En el periodo de 1950 a 2005 se pasó de una esperanza de vida de 51 a 72 años. Sin embargo, aun considerando la importante ganancia obtenida por América Latina en el periodo, el continente asiático la superó, lo que sería aún más notable si se compara con Asia del Este. Por cierto, Europa también muestra diferencias importantes en su interior, pues mientras los países del Este tienen una esperanza de vida al nacer de menos de 68 años, los países nórdicos alcanzan diez años más.

En síntesis, en la región los progresos son importantes, ya que a mediados del siglo pasado la población de los países más desarrollados vivía en promedio 15 años más que en Latinoamérica, mientras que en la actualidad esa diferencia se ha acortado a menos de cinco años. Pero también la región

tiene un fuerte componente de heterogeneidad tanto entre países como en el interior de éstos.

GRÁFICA 2

ESPERANZA DE VIDA AL NACER PARA PAÍSES SELECCIONADOS



FUENTE: Naciones Unidas (2004): *Revisión de Proyecciones de Población*, <<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>>.

La diferencia máxima entre países de la región en la esperanza de vida al nacer es muy alta: Haití 58 años y Costa Rica 78, lo que equivale en el tiempo a un desfase de 50 años de acuerdo con el ritmo de ganancia regional. Costa Rica es el país que tiene la mayor duración de vida, si bien México y sobre todo Chile han tenido importantes ganancias en este indicador. Uruguay sería un caso de estancamiento relativo respecto a la tendencia de la esperanza de vida, lo que se ve resaltado por el hecho de que Japón, que tenía en 1950 un

valor similar, tiene a partir de entonces un despegue impresionante, de tal manera que este país tiene la expectativa de vida más alta del mundo, con 81 años, aunque le siguen de cerca algunos países de Europa.

Es bien conocida también la existencia de una mayor esperanza de vida de las mujeres con respecto a los hombres, situación que hasta ahora ha tendido a incrementarse. La diferencia de la esperanza de vida por sexo es variable entre países; el promedio para la región ha pasado de 3.5 años en 1950 a 6.5 al final del siglo. Esta diferencia por sexo tiene incidencia en el más acentuado proceso de envejecimiento de mujeres respecto a hombres.

Si bien la región ha tenido avances y la mayoría de los países ha alcanzando la meta fijada por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994, de 70 años de esperanza de vida en 2005, no se estaría logrando de la misma manera el objetivo fijado por la Conferencia de reducir las diferencias en el interior de cada país.

La información sobre las diferencias en la mortalidad por estratos sociales o área de residencia, está en mayor medida disponible para la mortalidad infantil. En la información proporcionada por las encuestas de demografía y salud para la década de los noventa, se observa que sistemáticamente la mortalidad de niños de áreas rurales es más elevada que en las zonas urbanas. Dicha diferencia es más marcada cuando se compara este indicador tomando en consideración el nivel de instrucción de la madre. La tasa de mortalidad infantil de hijos de madres sin instrucción, en algunos casos es el triple de la correspondiente a niños cuyas madres tienen al menos estudios secundarios. Si bien se observa un descenso en los grupos más vulnerables, la brecha no disminuye con el tiempo, y en algunos casos aumenta. Lo mismo ocurre al comparar países en distintas etapas de la transición de la mortalidad.

CUADRO 3

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR MIL)
SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y NIVEL
DE INSTRUCCIÓN FORMAL DE LA MADRE.

País	Fuente	ÁREA DE RESIDENCIA			NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
		Urbana (U)	Rural (R)	Sin instrucción (SI)	Primaria (P)	Secundaria (S+)	R/U	SI/S+	
Haití	DHS 1994/95	83.2	88.9	95.2	78.4	75.6	11.1	1.3	
	DHS 2000	87.0	90.5	90.9	97.5	55.9	1.0	1.6	
Guatemala	DHS 1987	66.6	84.2	82.9	80.1	41.8	1.3	2.0	
	DHS 1998/99	49.0	49.1	55.7	46.5	41.1	1.0	1.4	
Brasil	DHS 1986	72.9	106.0	113.2	89.1	23.1	1.5	4.9	
	DHS 1996	42.4	65.3	93.2	58.1	32.0	1.5	2.9	
R. Dominicana	DHS 1986	71.9	93.4	96.1	73.7	47.5	1.3	2.0	
	DHS 1999	35.3	39.1	34.7	50.6	17.9	1.1	1.9	
Colombia	DHS 1986	37.5	40.7	49.3	42.0	28.6	1.1	1.7	
	DHS 2000	21.3	31.1	42.3	28.2	19.6	1.5	2.2	

FUENTE: Encuestas Demográficas y de Salud (DHS).

No obstante, podría suceder una cosa diferente en Uruguay, Costa Rica, Cuba y Chile, que no están representados en el cuadro 3 por no contar con la información generada por estas encuestas. Estos países tienen una baja mortalidad, probablemente por disponer de sistemas de salud más eficientes y equitativos.

Por otra parte, la amplia brecha que existe en la mortalidad infantil entre la población indígena y no indígena en la casi totalidad de países, según una investigación reciente con datos censales llevada a cabo en la CEPAL,⁵ permite apreciar que también este indicador está descendiendo entre los pueblos originarios. En general, las diferencias son más marcadas cuando se consideran países en que los indígenas son una minoría que habita en general en zonas rurales con un mayor aislamiento geográfico y cultural.

CONSECUENCIAS SOBRE EL CRECIMIENTO Y LA ESTRUCTURA POR EDADES

En América Latina, como ya se mencionó, la mortalidad ha estado descendiendo durante la primera mitad del siglo XX, sin embargo, se mantuvo de todas maneras un crecimiento no muy elevado de la población, propio de una transición incipiente. Con posterioridad a la segunda guerra mundial se acentuó la caída de la mortalidad, lo que unido a una fecundidad siempre elevada, provocó que en promedio la población de la región creciera cerca de 3% medio anual y en muchos países se superara esta cifra.

Lo anterior explica que mientras Latinoamérica presenta una mortalidad y una fecundidad intermedias entre las regiones

⁵ CEPAL, *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile (2006).

CUADRO 4

TASA DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE LA POBLACIÓN PARA REGIONES DEL MUNDO 1950-2050 (POR CIENTO)

	1950-1955	1970-1975	2000-2005	2020-2025	2045-2050
Mundo	1.8	1.9	1.2	0.9	0.4
Regiones más desarrolladas	1.2	0.8	0.3	0.1	-0.1
Regiones menos desarrolladas	2.1	2.4	1.4	1.0	0.5
África	2.2	2.7	2.2	1.8	1.2
Asia	2.0	2.3	1.2	0.8	0.2
Europa	1.0	0.6	0.0	-0.2	-0.4
América Latina y Caribe	2.7	2.5	1.4	0.9	0.2
América del Norte	1.7	1.0	1.0	0.7	0.4
Oceania	2.2	1.6	1.3	1.0	0.5

FUENTE: Naciones Unidas, *Revisión de Proyecciones de Población (2004)*, <<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>>.

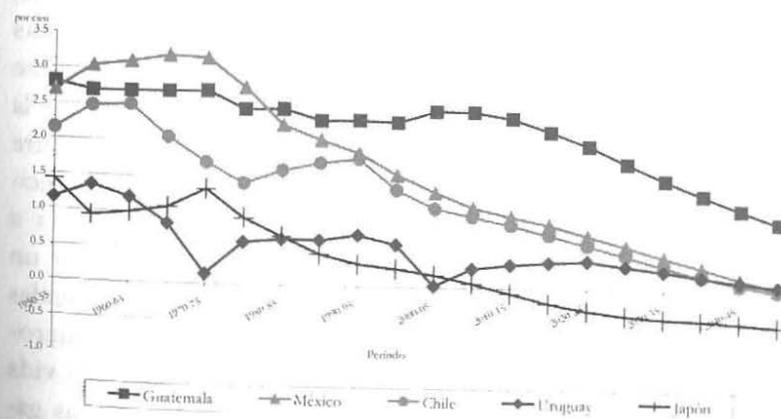
del mundo, su tasa de crecimiento a mitad del siglo pasado fue quizás de las más altas observadas hasta ahora en la humanidad. Posteriormente, debido al inicio del descenso de la fecundidad en la segunda mitad de la década de los sesenta, con cierto desfase también comienza a disminuir el crecimiento, que en la actualidad es de aproximadamente 1.4% anual, es decir, la mitad que hace medio siglo atrás. Las altas tasas de crecimiento que tenía América Latina hicieron que la población pasara de 161 millones de personas en 1950 a 513 millones en 2000, es decir, que se triplicó en medio siglo.

La actual tasa de crecimiento es superada ampliamente por la tasa de África, pero es aún superior a la que el mundo desarrollado tenía en 1950. Su crecimiento se ve incrementado por el alto potencial que implica tener una población todavía joven, con un porcentaje importante de mujeres en edad fértil. Aunque las mujeres tienen menos hijos en promedio,

su número se ha multiplicado por la elevada fecundidad del pasado. Este fenómeno demográfico es un verdadero “cuarto componente” del crecimiento de la población y es lo que explica que países que han alcanzado la tasa global de fecundidad de reemplazo de su población, aún tengan tasas de crecimiento superiores a cero. Luego de alcanzar la tasa de fecundidad de reemplazo (TGF=2.1), pasarán varias décadas hasta que el crecimiento sea cero. América Latina, aunque llegara a tener una fecundidad de reemplazo en el periodo 2020-2025, no alcanzaría a tener una tasa de crecimiento cero en el periodo proyectado, aunque estaría cerca de ese valor. Por su potencial de crecimiento en ese momento, su población todavía crecerá hasta el 2050 cerca de 14%, lo que equivale aproximadamente a 96 millones de personas más, casi la población que tenía México a fines del siglo XX.

GRÁFICA 3

TASA DE CRECIMIENTO PARA PAÍSES SELECCIONADOS



FUENTE: CEPAL./Celade, *Revisión de Proyecciones (2004)*, <<http://www.eclac/celade/default.asp>>. Naciones Unidas, *Revisión de Proyecciones de Población (2004)*, <<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>>.

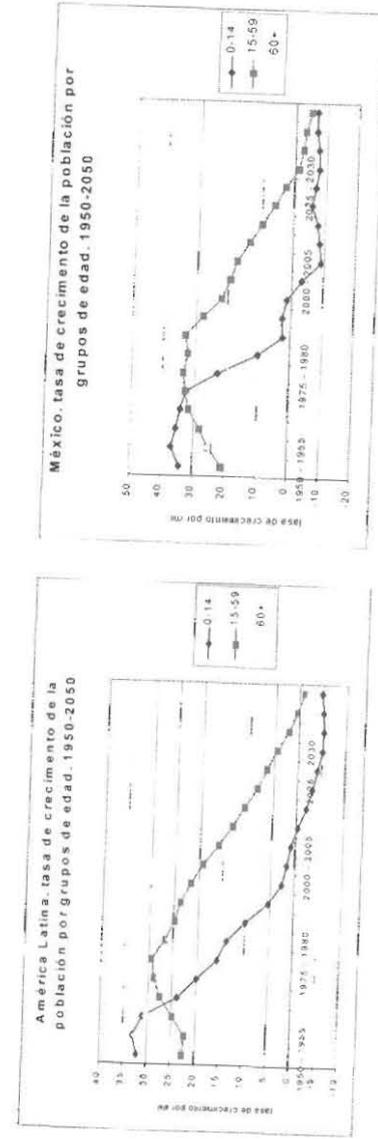
Respecto a las tendencias de la tasa de crecimiento medio anual, llama la atención la rapidez de su descenso en casos como México, que de tasas de más de 3% todavía en 1975, llega en la actualidad a aproximadamente 1.3%, muy cercano al promedio regional. Guatemala, como país rezagado en la transición, sigue creciendo a tasas elevadas bordeando 2.5%, mientras que Japón, como referencia, en 10 años más comenzará a tener una población decreciente.

El descenso de las tasas de crecimiento es insuficiente para comprender el efecto que este proceso tiene en la estructura por edades de la población, lo que probablemente hoy sea parte central de las nuevas preocupaciones sociales. La raíz del cambio estructural mayor está en la diferente tasa de crecimiento que afecta a cada grupo de edades.

La tendencia hacia una tasa de crecimiento cero se da en forma muy diferente en los distintos tramos de edades. Menos nacimientos son la causa de que a partir de la segunda mitad de la década de los sesenta, la tasa de crecimiento de la población de 0-14 años comenzara a descender pronunciadamente, y que en poco tiempo más se tornara negativa. Mientras tanto, en el otro extremo de la vida la tendencia es totalmente contrapuesta. Hasta muy recientemente, el crecimiento de la población de adultos mayores era en América Latina de entre 2.5 y 3%, pero en los albores del siglo XXI su ritmo de crecimiento se eleva hasta valores notoriamente superiores a 3.5%. Este crecimiento tan acelerado tiene su origen, por un lado, en que los adultos mayores son las generaciones nacidas décadas atrás durante el *baby boom*, es decir, muy numerosas. Por otra parte, como se mencionó, la esperanza de vida que en los comienzos de la transición aumentaba por las ganancias obtenidas en las edades tempranas, ahora lo hace a partir del descenso de la mortalidad adulta. El crecimiento de

GRÁFICA 4

TASAS DE CRECIMIENTO POR GRUPOS DE EDADES



FUENTE: CIEPAL/Celade, *Revisión de Proyecciones* (2004), <<http://www.eclac.cl/celade/default.asp>>

la población en edades productivas y reproductivas sigue un curso intermedio.

En el caso de México, que en general sigue el mismo esquema, llama la atención el bajo crecimiento de la población de 60 años y más entre los años 1960 y 1980. Es posible asociar ese menor ritmo de envejecimiento en esos años a la revolución ocurrida en el país en la década de 1910 y, por tanto, a las muertes tanto por violencia como por las epidemias ligadas al contexto histórico de ese momento y, además, al menor número de nacimientos.⁶

La consecuencia directa que tiene la diferencia tan marcada en el crecimiento de los distintos tramos de edades, es el cambio en la estructura por edades de la población, y en ello está la raíz del proceso de envejecimiento.

Según Chesnais,⁷ las fases por las que transita la estructura por edades en relación con la transición demográfica son cuatro:

Rejuvenecimiento: que ocurre durante la transición moderada cuando se reduce la mortalidad, principalmente la de edades tempranas, y tiene un efecto similar a un aumento de la fecundidad por la mayor sobrevivencia de niños. También se han observado en esta fase leves aumentos de la fecundidad, probablemente debido a mejores condiciones de salud que permiten que más embarazos culminen en nacidos vivos y al incremento del periodo de exposición al embarazo por parte de las mujeres.

Envejecimiento por la base: propio de la fase de transición plena, en que se reduce más la fecundidad que la mortalidad,

⁶ Raúl Benítez Zenteno estimó en cerca de dos millones la reducción de la población en dicha década ("Análisis demográfico de México", borrador original).

⁷ J. C. Chesnais, *El proceso de envejecimiento de la población* (Santiago de Chile: Célade e INED, Serie E. 35., 1990).

produciendo un estrechamiento de la base de la pirámide, sin afectar mayormente el resto.

Envejecimiento por el centro: cuando la transición plena ya lleva algunos años, o se está en el inicio de la transición avanzada, y los nacimientos numerosos del pasado alcanzan las edades centrales.

Envejecimiento por la cúspide: corresponde a la fase de transición muy avanzada, cuando la fecundidad ya es baja y el envejecimiento se produce más por las ganancias en la esperanza de vida de los mayores.

La comparación del porcentaje de población en grandes grupos de edades en cada país según la etapa de la transición en que se encuentre, muestra los enormes contrastes existentes. Mientras que en Uruguay, el país más envejecido de Latinoamérica, en el año 2000 un cuarto de su población era menor de 15 años, en Guatemala, para el mismo año, este grupo representaba 44%. Esa cifra es superior, incluso, al porcentaje de población de 0-14 años de México hace más de 50 años.

Si se observa el porcentaje de personas mayores de 60 años, pareciera que el proceso de envejecimiento es aun incipiente en la región. Países como México y Chile, que han tenido un descenso muy pronunciado en la fecundidad y la mortalidad, no han tenido un aumento tan importante en el porcentaje de adultos mayores. Incluso, en el caso de México se muestra estable. Sin embargo, estos países cuentan con un porcentaje elevado de población en edades centrales, superiores a 60%. En cambio, en Guatemala y Uruguay, que están en los extremos de la transición en la región, este porcentaje es inferior, del orden de 50%. Este hecho se debe a que México y Chile son representativos de los países que están en la fase de envejecimiento por el centro, y por lo tanto tendrían un importante potencial de crecimiento.

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS
DE EDADES, POR PAÍS EN TRES CORTES TRANSVERSALES

Países y edades	1950	2000	2050
Guatemala			
Menos de 15	45	44	23
15-59	51	50	64
60 y más	4	6	13
México			
Menos de 15	42	33	18
15-59	51	60	57
60 y más	7	7	25
Chile			
Menos de 15	37	28	17
15-59	56	62	55
60 y más	7	10	29
Uruguay			
Menos de 15	28	25	17
15-59	49	58	56
60 y más	12	17	27
Japón			
Menos de 15	36	15	13
15-59	62	62	45
60 y más	8	23	42

FUENTE: CEPAL/Celade, *Revisión de Proyecciones (2004)*, <<http://www.eclac.cl/celade/default.asp>>. Naciones Unidas, *Revisión de Proyecciones de Población (2004)*, <<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>>.

Como contraste, se incorporó en el cuadro el caso de Japón, que de tener en 1950 el 8% de su población en el grupo 60 y más, cinco décadas después casi triplicó esa cifra. Además, su proyección a 2050 es que este grupo representará 42%, mientras que los países latinoamericanos incluidos en el cuadro no llegarían a 30%. México tendría 25%, un valor apenas superior al que tenía Japón en el año 2000.

Los valores relativos no dan cuenta tan claramente del cambio que está ocurriendo en América Latina, pues las cifras absolutas indican, por ejemplo, que en la década de los sesenta, a los menores de 15 años se incorporaron 28 millones de personas y a los de 60 años y más, cinco millones. De acuerdo con lo proyectado, en la década actual se incorporarán 15 millones de adultos mayores, el triple que en la década de los sesenta. Además, en muchos países que tienen una fecundidad muy baja, ya está comenzando a decrecer la población de niños.

Una diferencia importante con los países hoy desarrollados es que el desafío de un envejecimiento de esa magnitud y a ese ritmo en las próximas décadas, de no mediar un cambio, no encuentra a nuestros países con el grado de desarrollo para generar los recursos necesarios para hacer frente a las nuevas demandas que ello implica.

LA OPORTUNIDAD DEMOGRÁFICA

Frente al proceso de envejecimiento en general prima una visión negativa, en el sentido de que la población será mayoritariamente envejecida y por lo tanto habrá que enfrentarse a una enorme carga social. Fillo considerando además que las personas de edad avanzada requieren muchos más recursos que los niños, tanto para su subsistencia como para su atención en salud, la que es más costosa por tratarse de enfermedades crónicas y de tratamientos en general más onerosos.

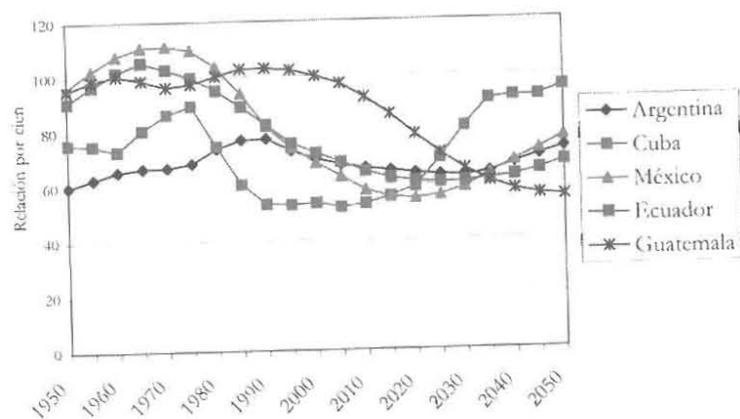
Ante esta visión, ha surgido otra más optimista respecto a la situación latinoamericana que hace referencia al “bono demográfico” u “oportunidad demográfica”.⁸ Este opti-

⁸ J. Chackiel, *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* (Santiago de Chile: CEPAL/Celade, Serie Población y Desarrollo núm. 4, 2000).

mismo tiene su fundamento en que la región estaría en la fase de envejecimiento por el centro de la pirámide, lo que conduciría en los próximos años a un ciclo en que la relación de dependencia demográfica sea relativamente más baja, probablemente la más baja de la historia.

GRÁFICA 5

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



FUENTE: CEPAL/Celade, *Revisión de Proyecciones* (2004): <<http://www.eclac.cl/celade/default.asp>>.

Si bien los valores de la relación de dependencia demográfica⁹ corroboran que se está entrando en esa fase de la estructura por edades, muestran también que dicha relación volverá a aumentar. De allí el nombre de “oportunidad”, en el sentido de que habría que aprovechar esta coyuntura para el ansiado despegue del desarrollo y estar preparados para cuando el envejecimiento se haga inexorablemente mayor.

⁹ La relación de dependencia demográfica es el cociente entre la población menor de 15 más la de 60 y más años sobre la población entre 15-59 años.

La tesis del bono demográfico se basa no sólo en la consideración de la baja de la relación de dependencia, sino también en el cambio de su composición interna. Como la menor relación ocurre por la disminución que habría del número de niños, se considera que ello generará ahorros que permitirán realizar inversiones productivas que dinamicen la economía. Además, ello permitiría volcar recursos también en el área social, lo que propiciaría una mejor educación y salud, que iría en apoyo de una mayor productividad, además de enfrentar los mayores gastos que acarrea el envejecimiento.

Sin embargo, existen numerosos argumentos acerca de lo relativo que puede ser el impacto real de la baja en la relación de dependencia demográfica.

En primer lugar hay una serie de elementos que provienen del mercado laboral, que podrían incrementar la relación real de dependencia económica de la población: el alto crecimiento de población en edades de trabajar implica un aumento de la demanda de empleos nuevos en la sociedad que, de no corresponder con la oferta, traería mayor desocupación con las consecuencias negativas que ello implica. A esto podría agregarse el sostenido aumento que hay en algunos países de la oferta de trabajo femenino. De hecho, se produciría una relación de dependencia económica real que sería más elevada que la dependencia demográfica. La comparación entre los valores de la dependencia demográfica y la dependencia económica real, muestran que esta última depende más del mercado laboral que de la estructura por edades de la población, sin negar que ésta también está presente.

Por otra parte, el envejecimiento observado en la población general también ocurre en el interior de la población económicamente activa. Ello podría traer una serie de consecuencias negativas: una más baja productividad por la menor capacidad de los mayores a incorporarse a los progresos

técnicos; costos más elevados por el mayor porcentaje de trabajadores con más antigüedad en sus puestos, y una menor movilidad de la mano de obra más envejecida. Estos hechos no han sido suficientemente establecidos, lo que no quita importancia a la necesidad de tenerlos presentes.

Además, debe considerarse el mayor costo para la sociedad que significa la manutención de adultos mayores en relación con la de niños, principalmente por los gastos en salud y el cuidado en el hogar. Todo ello se vería agravado por el envejecimiento de la población mayor de 60 años, que le daría un mayor peso a la población que estaría en la "cuarta edad", con una alta proporción de dependientes.

En una investigación para estimar las transferencias intergeneracionales per cápita, tanto públicas como privadas, para Brasil en 1996,¹⁰ se concluye que lo que se reasigna de las edades centrales para cada adulto mayor es muy superior a la reasignación para cada niño. También se constata que la reasignación mayor a las personas de edad proviene del sector público, y la inversa sucede con los niños.

Realizando una simulación para Brasil, se proyecta para 2025 y 2050 la distribución por edad de los ingresos y gastos fiscales, suponiendo que per cápita, éstos se mantienen constantes.¹¹ De esta manera el cambio que se observa es fruto exclusivamente de lo que le pasa a la estructura por edades. Los ingresos crecerían más entre 2000 y 2025 debido a la expansión de la pirámide en las edades centrales (bono), y un poco menos en el periodo siguiente. En cambio

¹⁰ Turra, C. y I. Queiroz, "Las transferencias intergeneracionales y la desigualdad social en Brasil: un análisis inicial". *Notas de Población 80* (Santiago de Chile: Celade, 2005).

¹¹ Rodríguez, L. y J. A. Magno de Carvalho, "El rápido proceso de envejecimiento y las políticas sociales en Brasil". *Notas de Población 81* (Santiago de Chile: Celade, 2006).

los gastos se elevarían progresivamente debido al aumento de personas de edad, previéndose a futuro una situación de déficit fiscal.

Adicionalmente, habría que considerar que la población pobre está en etapas aún tempranas de la transición demográfica y por tanto presentaría un rezago en la presencia del "bono demográfico". Además, la pobreza se vincula a un mayor número de cesantes, lo que amplía aún más las diferencias al considerar la relación de dependencia real. Ello significa que los más necesitados no tendrían aún ese beneficio, lo que implica que una mejora en sus condiciones de vida necesariamente deberá darse vía una mejor distribución de los ingresos.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La atención en salud y las causas de muerte prevalentes son temas que preocupan en las sociedades envejecidas, todo ello vinculado con el cambio de perfil epidemiológico que está ocurriendo.

La transición demográfica está estrechamente ligada a la transición epidemiológica en una relación de causa y efecto. Por un lado, el inicio de la transición demográfica comenzó con la disminución de la mortalidad, la que en un comienzo se produjo por el combate a las enfermedades infecciosas y parasitarias que afectaban primordialmente a los niños. Como se mencionó, ello acarrea en las primeras etapas de la transición demográfica un leve rejuvenecimiento de la estructura por edades de la población.

Posteriormente, los cambios en las tasas de mortalidad por edad y causas de defunción, así como el envejecimiento

de la población, traen como consecuencia modificaciones en los perfiles epidemiológicos. Se pasa de una supremacía de muertes por causas transmisibles y de la primera infancia, a un predominio de causas derivadas de enfermedades crónicas y degenerativas propias de edades mayores. Ello ocurre aun considerando rebrotes de algunas enfermedades transmisibles y apariciones de nuevas enfermedades de ese tipo como el VIH/SIDA.

En el cuadro 6 se observa cómo en los años sesenta predominaban ampliamente las muertes por enfermedades transmisibles y del período perinatal sobre las producidas por enfermedades crónicas, degenerativas y externas. Ello se resume en el cociente del perfil de mortalidad, indicador sintético de la etapa de la transición epidemiológica en que se encuentra una población,¹² que es sistemáticamente mayor que 1 en las etapas tempranas de ambas transiciones y la inversa cuando se está en una etapa más avanzada. La propuesta de este índice fue planteada por investigadores mexicanos, entre ellos el doctor José Luis Bobadilla, a quien rindo un sentido homenaje.¹³ El caso de México es un buen ejemplo del funcionamiento del índice, ya que el cociente para ambos sexos pasa de aproximadamente 2.5 en los años sesenta a 0.3 en la década de los noventa. También la diferencia es marcada entre países, tal como queda de manifiesto al comparar para años más recientes Guatemala con cerca de 40% de muertes por causas transmisibles y del período perinatal, con Uruguay que tiene aproximadamente 7%.

¹² Cociente de perfil de mortalidad. Cociente entre muertes, causas transmisibles y del período perinatal sobre las causadas por enfermedades cardiovasculares, neoplasmas y causas externas.

¹³ J. Frenk, J. L. Bobadilla y R. Lozano, "The Epidemiological Transition in Latin America". En *Adult Mortality in Latin America*, compilado por I. Timaeus, J. Chackiel y L. Ruzicka (Oxford: IUSSP, Clarendon Press, 1996).

Otra manera de aquilatar la relación entre ambas transiciones es observar la estructura por edades de las defunciones, que resulta de la tendencia de las tasas de mortalidad por edades y de la estructura por edades de la población. En la última columna de la lámina se presenta una aproximación al cociente del perfil de la mortalidad: el cociente de las muertes de menores de 15 años sobre las de 65 años y más.

En este caso, cuanto más avanza la transición demográfica y la epidemiológica, se corrobora que más envejecida resultará la estructura por edades de las defunciones. La tendencia es a pasar de una predominancia de muertes en edades tempranas sobre la de adultos mayores, a un comportamiento inverso. Se llega así a estructuras de las defunciones notoriamente más envejecidas que la de la población expuesta al riesgo. Por ejemplo, en Uruguay el porcentaje de muertes de 65 y más fue de 69% en 1990, y en México de 45% en 1994. La población de 65 y más era en ese momento de 11.5% en Uruguay y de 4.3% en México.

Lo anterior corrobora que hasta ahora el mayor peso en el cambio epidemiológico está dado por el combate a causas de defunción que afectan a las edades más jóvenes. De todas maneras, también influye el hecho de que la población tenga un más alto porcentaje de viejos, los que ineludiblemente morirán en su mayoría por enfermedades crónicas y degenerativas.

En el proceso casi paralelo e interrelacionado de las transiciones epidemiológica y demográfica, está la génesis del cambio en la estructura de la demanda en salud y constituye la base de las necesarias reformas del sistema de atención que están en marcha en varios países. De hecho, es importante recalcar que todavía coexisten demandas de atención en salud propias de la atención materno-infantil junto a las correspondientes a los adultos mayores. Ello ocurriría por la existencia

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LAS DEFUNCIONES POR SEXO Y CAUSAS.
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, 1960-1965 Y 1985-1990

Causa	Uruguay				Chile			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	1960-1965	1990	1960-1965	1990	1960-1965	1994	1960-1965	1994
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Transmisibles	9.3	4.3	9.0	5.5	34.8	10.5	35.6	12.1
Perinatales	6.3	1.8	6.2	1.6	13.9	1.7	13.2	1.7
Ap. circulatorio	38.0	37.8	43.8	46.1	15.3	27.2	19.1	32.3
Neoplasmas	22.8	27.0	22.4	22.8	9.2	21.0	12.7	25.1
Externas	7.4	8.3	3.2	3.9	11.1	17.1	3.6	5.4
Otras causas	16.2	20.8	15.5	20.1	15.8	22.5	15.8	23.4
CPM	0.2	0.1	0.2	0.1	1.4	0.2	1.4	0.2

Causa	México				Guatemala			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	1960-1965	1994	1960-1965	1994	1960-1965	2000	1960-1965	2000
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Transmisibles	40.5	9.9	45.6	10.9	62.8	30.2	66.2	36.2
Perinatales	12.8	5.2	11.8	4.7	14.2	7.3	12.0	6.7
Ap. circulatorio	9.7	19.7	13.3	27.0	3.4	14.3	3.8	19.9
Neoplasmas	3.6	9.9	6.4	14.2	1.8	4.3	2.9	8.0
Externas	8.9	20.2	2.6	5.8	4.3	10.8	1.0
Otras causas	24.5	35.1	20.3	37.3	13.5	33.1	14.2	29.2
CPM	2.4	0.3	2.6	0.3	8.1	1.3	10.2	1.5

CPM- coeficiente de perfil de mortalidad = transmisibles y perinatales/ tumores, cardiovasculares y externas

FUENTE: J. Chackiel, *La dinámica demográfica en América Latina* (Santiago de Chile: CEPAL/Celade, Serie Población y Desarrollo núm. 52, 2004).

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LAS DEFUNCIONES
POR GRUPOS DE EDAD. PAÍSES SELECCIONADOS

País y período	Total	Grupos de edad			
		0-14	15-44	45-64	65 y +
Uruguay					
1950-1955	100.0	13.6	9.1	22.7	54.6
1990	100.0	4.9	5.6	20.7	68.8
Cuba					
1950-1955	100.0	33.1	15.9	18.0	33.0
1995	100.0	3.1	10.4	19.1	67.4
Chile					
1950-1955	100.0	42.3	15.7	19.0	22.9
1994	100.0	6.4	11.2	21.6	60.8
México					
1950-1955	100.0	53.3	13.9	13.9	19.0
1994	100.0	16.3	18.1	20.7	44.9
Guatemala					
1950-1955	100.0	63.7	16.6	10.6	9.2
1999-2001	100.0	30.8	22.1	16.2	30.9

FUENTE: J. Chackiel, *La dinámica demográfica en América Latina* (Santiago de Chile: CEPAL/Celade, Serie Población y Desarrollo núm. 52, 2004).

de sectores rezagados, con fecundidad todavía alta, que se suman a la necesidad de prestar atención al creciente contingente de adultos mayores.

CONSIDERACIONES FINALES

Éste es un esbozo de los desafíos que acarrea la transición demográfica; no menos importantes son otras consecuencias, entre ellas los cambios en las demandas de educación y seguridad social, y las transformaciones culturales en el interior de las familias y la propia sociedad. Habrá que considerar la

coexistencia de varias generaciones presentes muchas veces en el mismo hogar.

En la imagen de la familia típica en el futuro que nos espera, además del efecto de la modificación de la relación de dependencia y la carga para los padres, también deberían analizarse los aspectos psicosociales en familias con hijo único y con abuelos y bisabuelos presentes muchas veces en el hogar. Ésta es la situación que muchos de mi generación ya hemos experimentado o estamos experimentando.

Para finalizar, quisiera recurrir a dos ideas planteadas por Raúl Benítez Zenteno, como conclusión de los debates que sobre la transición demográfica se han sostenido en décadas pasadas. Raúl, como fue su ejemplo de vida, muestra su grado de compromiso con los más necesitados, y nos invita a seguir profundizando en estos temas, siempre pensando en la calidad de vida de la población: “Estamos frente a una situación demográfica que hemos inducido y programado cuidadosamente, pero no sabemos aún ni su significado económico, ni su significado social y, menos aún sus implicaciones culturales para los individuos, las familias y los grupos sociales”.¹⁴

¹⁴ R. Benítez Zenteno, intervención en el Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, Santiago de Chile, 8 a 10 de septiembre de 1999. Publicación en CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias núm. 2, Santiago de Chile, 2000.