

**LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA
LATINA**

María Eugenia Cosío-Zavala

82

Aquest estudi va ésser elaborat per l'autora com a base per a les
llicions impartides al Curs de postgrau "*Mètodes i Tècniques per
a l'Estudi de la Població*" impartit al CED.

Centre d'Estudis Demogràfics

1993

INDICE

INTRODUCCION	1
1. LA ANTERIORIDAD DE LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD.	3
2. LA TRANSICIÓN REPRODUCTIVA.	7
2.1. El preludeo a la transición: elevación de la nupcialidad y de la fecundidad hasta 1965.	7
2.2. Una fecundidad natural hasta 1965.	12
2.3. Las dos revoluciones anticonceptivas.	13
3. DOS MODELOS DE TRANSICIÓN REPRODUCTIVA.	16
BIBLIOGRAFIA	19

RESUM

El present paper analitza els determinants de la transició demogràfica a Amèrica Llatina en el si dels diferents models que s'hi observaren. L'autora exposa la inexistència d'un model únic de transició demogràfica, tant en el temps com en l'espai. Defineix el procés com el canvi en la composició del model tradicional vigent en qualsevol societat originat pel desequilibri demogràfic que comporta el descens de la mortalitat; ara bé, a partir d'aquest fenomen detonador, les dinàmiques demogràfiques evolucionaran amb modalitats i ritmes diferents com a conseqüència de factors històrics, econòmics, polítics i culturals propis de cada àrea geogràfica o sector social. En el cas de sudamèrica, caldria afegir la incidència en les pautes de mortalitat i fecunditat dels avenços mèdics moderns i de les polítiques governamentals en matèria de sanitat i infraestructura. Des d'aquesta òptica, s'estudien els diversos models del subcontinent americà destacant les evolucions comuns i divergents entre ells i el continent europeu.

RESUMEN

El presente texto analiza los determinantes de la transición demográfica en América Latina, dentro de los diferentes modelos observados. La autora hace notar la inexistencia de un único modelo de transición demográfica, tanto en el tiempo como en el espacio. Define el proceso como el cambio en la composición del modelo tradicional vigente en cada sociedad, ocasionado por el desequilibrio que conlleva el descenso de la mortalidad. A partir de este detonador las dinámicas demográficas evolucionan con modalidades y ritmos diferentes, como consecuencia de factores históricos, económicos, políticos y culturales propios de cada área geográfica o sector social. En el caso de sudamérica, es necesario añadir los avances médicos modernos y las políticas gubernamentales en materia de sanidad e infraestructura y su impacto en las pautas de mortalidad y fecundidad. Desde esta óptica se estudian los diversos modelos del subcontinente americano destacando las evoluciones comunes y divergentes entre ellos y el continente europeo.

RÉSUMÉ

Le présent article analyse les déterminants de la transition démographique en Amérique Latine en fonction des différents modèles qui s'y appliquent. L'auteur note l'inexistence d'un modèle unique de transition démographique, tant dans le temps que dans l'espace. Le processus est défini comme un changement dans la composition du modèle traditionnel en vigueur dans n'importe quelle société à la suite du déséquilibre entraîné par la baisse de la mortalité. À partir de ce détonateur, les dynamiques démographiques évoluent selon des modalités et des rythmes différents en conséquence de facteurs historiques, économiques, politiques et culturels spécifiques à chaque région géographique ou secteur social. Dans le cas sudaméricain, il faut ajouter les progrès médicaux récents et les politiques gouvernementales en matière d'infrastructures sanitaires et leur impact sur la mortalité et la fécondité. À partir de cet angle, on étudie les différents modèles du sous-continent américain avec l'objectif d'identifier les traits communs d'évolution et les divergences entre ceux-ci et le continent européen.

ABSTRACT

This paper analysis the determinants of the demographic transition in Latin America according to different models that could be applied there. The author notes that there is no unique demographic transition model across time and space. The process is defined as a change within the composition of the original transition model as a consequence of a disequilibrium brought up by a fall of mortality. From that, demographic dynamics in each region or social sector develop according to different modalities and rythms as a consequences of historical, economic, political and cultural factors. In the Latin-American case, recent medical improvements, state policies in the domain of health infrastructures and their impact on mortality and fertility should be added. From this perspective, the author studies different models for the Latin American continent with the aim of identifying common factors of evolution and divergences between these models and the European one.

LA TRANSICION DEMOGRAFICA EN AMERICA LATINA

Alphonse LANDRY, uno de los fundadores del pensamiento demográfico en los años 1930, bautizó "revolución demográfica" al proceso de modernización de los fenómenos de población en los países europeos. Los cambios tan esenciales en relación a la vida y a la muerte aparecían en esa época como una verdadera liberación. Por fin, el hombre tenía algunos poderes para controlar a la muerte omnipresente, esa "piedra sobre la cabeza" en palabras de Alfred Sauvy. Además, la limitación de los nacimientos marcaba la aparición de una nueva era en que se podía regular la transmisión de la vida.

Una larga reflexión sobre esos procesos llevó a la elaboración de la teoría de la transición demográfica, definiendo el paso de una mortalidad y fecundidad elevadas hacia una mortalidad y fecundidad reducidas como

un proceso universal, observado tanto en los países desarrollados como en el Tercer Mundo, en donde resultarían de los mismos mecanismos ⁽¹⁾.

Ese esfuerzo globalizador ha sido controvertido, puesto que las modalidades de los cambios ha variado considerablemente entre los países europeos, que empezaron su transición en el siglo XVIII, y los países actualmente en vías de desarrollo, que la iniciaron hace apenas 50 o 60 años. Los adelantos técnicos en materia de lucha contra la muerte y de anticoncepción son muy diferentes hoy en día, lo mismo que las variables económicas, las estructuras sociales y los valores culturales.

Sin embargo, la principal riqueza de la teoría es más bien epistemológica. Consiste en la proposición analítica de explicar las dinámicas demográficas a la luz de sus interrelaciones con las estructuras de las sociedades. Desde ese punto de vista, la mortalidad, la nupcialidad, la movilidad espacial y la fecundidad forman un sistema de reproducción demográfica, en el cual cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales. Las dinámicas demográficas de cualquier tipo de sociedad se pueden analizar como diferentes modelos de reproducción, cuyas características varían considerablemente según los contextos históricos y espaciales. La transición demográfica es un cambio en la composición del modelo.

Los países latinoamericanos presentan ejemplos de varios modelos de transición demográfica, que vamos a considerar haciendo hincapié en los aspectos originales y explicativos de algunos. No existe un modelo único de transición demográfica latinoamericana y las evoluciones se han realizado con modalidades y ritmos diferentes.

En este trabajo, analizaremos los determinantes generales que prevalecieron en América Latina buscando destacar las evoluciones

¹ CHESNAIS, JC., 1986a. **La transition démographique, étapes, formes, implications économiques**, Paris, PUF/INED, 580p.

CHESNAIS, JC., 1986b. "La théorie originelle de la transition démographique: validité et limites du modèle", in **Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement**, París, ORSTOM, 7-23.

comunes. Señalaremos los diferentes modelos que se observaron en el subcontinente, que variaron según las épocas y según las regiones.

El principal detonador de la transición demográfica en América Latina fue, como en todos lados el inicio de un cambio en la mortalidad. Se empezó a romper el equilibrio demográfico tradicional cuando se partió de un crecimiento lento, con fuerte mortalidad y elevada natalidad, hacia un crecimiento explosivo, con una reducción pronunciada de la mortalidad. Esta etapa fue el prelude a la reducción posterior de la fecundidad.

1. La anterioridad de la reducción de la mortalidad.

La transición demográfica en la mayoría de los países latinoamericanos se inició a partir de 1930. Durante el siglo XIX, las esperanzas de vida eran todavía muy reducidas: 25 años hacia 1825, 26 años en 1890 ⁽²⁾, similar a la de Francia en 1750.

La alta mortalidad era una consecuencia de la fuerte incidencia de la enfermedades infecciosas, en contra de las cuales se estaba sin defensas hasta finales de siglo XIX, agravadas en la zonas calientes por la enfermedades tropicales endémicas, siendo el paludismo la que causaba más estragos. Además, numerosos brotes epidémicos de viruela, tifus, peste, cólera, fiebre amarilla, gripe española azotaron la región a lo largo del siglo XIX, en un contexto de crisis económica, de inestabilidad política y de guerras devastadoras.

La mortalidad se empezó a reducir en algunas grandes ciudades con las primeras campañas de salud pública y de saneamiento de finales de

(2) ARRIAGA, E., 1970. **Mortality Decline and its demographic effects in Latin America**, Berkeley, University of California.

siglo XIX. La vida media alcanzaba 39 años en la Ciudad de la Habana, en 1905-1907, semejante a los niveles europeos de la época ⁽³⁾. También en los países del extremo sur, que recibieron flujos importantes de inmigrantes europeos, las tasas brutas de mortalidad bajaron a un 15 por mil en 1897 en Uruguay, en 1920-1924 en Argentina. Sin embargo, estos casos se presentan como excepciones y, por regla general, la mortalidad no se había reducido, con apenas 30 años de esperanza de vida en 1930.

A partir de esa fecha, la medicina moderna y los programas de salud pública empezaron a ser eficaces gracias a los descubrimientos científicos más modernos, que se difundieron enseguida en América Latina. Todos los Estados organizaron campañas de vacunación, de higiene pública, de prevención de enfermedades infecciosas y de erradicación del paludismo. Se construyeron redes de agua potable y de alcantarillado, centros de salud, clínicas, dispensarios y hospitales.

Como resultado, las esperanzas de vida se duplicaron entre 1930 y 1960, llegando en esa fecha a 60 años en la mayoría de los países. Se puede notar un retraso en la fecha de alcance de los 60 años de esperanza de vida en los países más pobres: 1975 en Ecuador, 1985 en el Perú y en varios países de América Central (Guatemala, Honduras, Nicaragua), cerca del año 2000 en Bolivia y Haití ⁽⁴⁾.

La velocidad del cambio de mortalidad en América Latina sobrepasó de lejos todas las previsiones. En sólo tres décadas a partir de 1930, se recorrió el camino que le llevó doscientos años a los países europeos. Se pueden citar los casos de Chile y de Costa Rica donde la mortalidad bajó de manera sumamente acelerada, gracias a esfuerzos notables en relación a la salud pública y a las infraestructuras médicas. En Chile, la mortalidad infantil disminuyó un 92 por ciento en 65 años, pasando de 250 defunciones por mil en 1920 a 20 por mil en 1985.

⁽³⁾ DIAZ-BRIQUETS, S., 1981, "Determinants of mortality transition in developing countries before and after the second World War: some evidence from Cuba." **Population Studies**, 35 (3): 399-411.

⁽⁴⁾ CELADE, 1989. "América Latina. Tablas de mortalidad." **Boletín demográfico**, XXII, 44.

Sin embargo, después de los años 1970, las evoluciones se han vuelto más lentas, y la diferencias sociales ante la muerte se han agravado considerablemente. En el período 1960-1970 en Brasil, la diferencia entre las esperanzas de vida extremas llegaba a 19 años: 43,8 años en el noroeste y 62,9 años en Sao Paulo.

La pobreza, la carencia de servicios mínimos de saneamiento y de agua potable en poblaciones cada vez más numerosas de las grandes ciudades, el acceso desigual a los servicios de salud entre campo y ciudad, entre pobres y ricos, todos estos factores explican la persistencia de las enfermedades infecciosas y de un fuerte mortalidad infantil en algunas zonas. Por ejemplo, en 1985, de cada mil nacimientos en Bolivia, todavía morían 124 niños antes de cumplir un año de edad. Las políticas de prevención y de salud pública encuentran allí sus límites más visibles, debido a graves carencias de nutrición y de higiene, a las desigualdades sociales y al estancamiento económico.

No obstante, la baja tan acelerada de la mortalidad tuvo un fuerte impacto en la fecundidad: primero, al mejorarse las condiciones sanitarias de los embarazos y de los partos; segundo, al aumentar la duración de los matrimonios, por una importante reducción de la viudez. A través de esas dos evoluciones, las tasas de fecundidad aumentaron hasta 1965. Describiremos estos cambios en una sección posterior.

En tiempos pasados, el alza de la fecundidad consecutiva a la reducción de la mortalidad se moderaba tradicionalmente con la nupcialidad, como se observó en los países europeos. Por ejemplo, en Europa del Norte, entre 1750 y 1870, mientras se alargaban las vidas medias, se elevaban las edades al matrimonio tanto de hombres como de mujeres, al mismo tiempo que aumentaban las proporciones de solteros definitivos. Eso permitía controlar el crecimiento demográfico y conservar cierto equilibrio entre las generaciones, limitando el tamaño de las descendencias. La emigración de jóvenes hacia otros países o regiones también formaba parte de ese sistema de regulación demográfica, para compensar el desequilibrio introducido por la mayor sobrevivencia en la niñez y en edades adultas.

En América Latina, no se utilizó el control de la nupcialidad como respuesta al alza de las vidas medias. Al contrario, a mediados del siglo XX, al mismo tiempo que se elevaron las esperanzas de vida, la nupcialidad aumentó así como la fecundidad, llevando a crecimientos demográficos extraordinarios. Esos fueron los años de la explosión demográfica, que coincidieron con una coyuntura económica favorable, años de los llamados milagros económicos brasileño, mejicano, venezolano, etc., en que el crecimiento demográfico y económico se estimulaban mutuamente.

Como consecuencia, la población latinoamericana pasó de 111 millones de habitantes en 1930 a 216 millones en 1960. Culminaron las tasas de crecimiento demográfico con una tasa media anual de 2,8 por ciento entre 1960 y 1965. El rejuvenecimiento debido a estos años de fuerte crecimiento demográfico, inscribió en las estructuras de edades un potencial de crecimiento que condicionará las evoluciones futuras: 406 millones en 1985, 549 millones en 2000, 783 millones en 2025 ⁽⁵⁾. Partiendo de los 62 millones de latinoamericanos con los cuales empezó el siglo, la población se habrá multiplicado por nueve durante el siglo XX. Esta evolución debida al crecimiento natural será única en la historia de la población del sub-continente.

(5) NACIONES UNIDAS, 1985. **World Population Trends, Population and Development interrelations and Population Policies**, 1983 Monitoring Report, Vol. I, 235p.

2. La transición reproductiva

En América Latina, no se recurrió al control de la nupcialidad como en las poblaciones tradicionales europeas para limitar el tamaño de las familias, sino que surgió una tendencia inversa: una elevación de la nupcialidad y una mayor precocidad de las uniones.

2.1. *El preludeo a la transición: elevación de la nupcialidad y de la fecundidad hasta 1965.*

Los censos de 1950 y de 1960 señalaban un aumento de la nupcialidad y una mayor precocidad de las primeras uniones, al elevarse en ese período la proporción de mujeres unidas a los 20-24 años y a los 40-44 años de edad ⁽⁶⁾ Estos datos podrían parecer una prueba frágil, ya que siempre se dudó de la calidad de los censos, pero varios estudios recientes han confirmado, con otras fuentes, la tendencia hacia una mayor nupcialidad ⁽⁷⁾.

Entre 1950 y 1960, la proporción de mujeres en unión aumentó de un 58 a un 63 por ciento en promedio. La proporción de solteras definitivas pasó del 19 por ciento en 1950 al 9 por ciento en 1980. A partir de los años 1950, la nupcialidad legal aumentó notablemente, mientras disminuía el

(6) CAMISA, Z., 1971. **La nupcialidad femenina en América Latina durante el período incensal 1950-1960**, San José de Costa Rica, CELADE, 44p.

(7) ROSETO-BIXBY, L., 1990. "Nuptiality trends and fertility transition in Latin America." **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990, 37p.

celibato permanente, la proporción de uniones consensuales y la interrupción de uniones, por la reducción de la viudez ⁽⁸⁾.

Se pueden distinguir tres grupos de países según los patrones de nupcialidad:

- a) los países de nupcialidad muy temprana, entre 18 y 19 años de edad promedio a la primera unión: América Central y el Caribe. A nivel nacional, se observan edades promedios a la primera unión inferiores a los 20 años en El Salvador, Guatemala, Honduras, Cuba y la República Dominicana. A nivel regional, las costas del Golfo de México en la República mexicana tienen también ese patrón de nupcialidad muy temprana. Además, más del 50 por ciento de las uniones son uniones consensuales, como por ejemplo en la República Dominicana y en Panamá.

Es de subrayarse, en el caso de Cuba, que las mejoras notables en la condición femenina, tanto en el campo de la salud, como de la educación y de la condición social, no se han traducido en un retraso significativo de la edad a la primera unión. Las mujeres cubanas han conservado una nupcialidad muy precoz, con una edad media al unirse de 19,5 años. Sin embargo, la alta proporción de divorcios es una señal de cambios importantes en la vida matrimonial.

- b) los países de nupcialidad precoz, entre 20 y 21 años: Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela. Tradicionalmente, los países de América del Sur y del altiplano mexicano tienen una nupcialidad menos temprana que el grupo anterior. Costa Rica y Panamá se distinguen de los otros países centroamericanos al haber adoptado un patrón de uniones menos precoz, que se puede relacionar con niveles elevados de escolaridad femenina. En este grupo, una unión de cada tres empieza por una unión consensual en Ecuador, Perú, Venezuela; una de cada cuatro en Colombia y México. Una parte importante de las uniones consensuales se legalizan después del nacimiento de varios hijos.

⁽⁸⁾ ROSERO-BIXBY, L., *op.cit.*

c) los países de nupcialidad tardía, entre 22 y 23 años de edad promedio a la unión: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. El caso de Brasil es particular, ya que las diferencias regionales en los patrones de nupcialidad son importantes. Sin embargo, por regla general, se relaciona este grupo de países con poblaciones que recibieron cantidades importantes de inmigrantes europeos a principios del siglo XX. También se observan altos niveles de escolarización, y, en las grandes ciudades, la nupcialidad es bastantes más tardía que en los grupos anteriores.

A pesar de notables diferencias en los tres modelos de nupcialidad en América Latina, la evolución hacia edades más tempranas a la primera unión en los años 1950 y 1960 se dio en todos los casos, y fue paralela al "marriage boom" europeo de los años 1950-1960 ⁽⁹⁾. También se puede definir como un "marriage boom" latinoamericano y se explica en forma similar por la urbanización acelerada y el rápido crecimiento económico, la gran oferta de empleos en los sectores industriales y terciarios, las migraciones hacia las metrópolis que originaron cambios en las prácticas matrimoniales y una confrontación directa con los modelos occidentales. Las edades medias a la primera unión disminuyeron y entre el 87 y 97 por ciento de las mujeres llegaron a casarse, incluyendo los países del cono sur donde las mujeres se casan menos (cuadro 1).

Señalábamos anteriormente que el uso del control de la nupcialidad como mecanismo de regulación demográfica nunca fue, en el contexto latinoamericano del siglo XX, un patrón socialmente aceptable. Generalmente, en los períodos en que la nupcialidad disminuyó, como se observó a lo largo del siglo XIX en México, la reducción e inestabilidad de los matrimonios aparecía como una respuesta al deterioro de la situación socio-económica y de la condición femenina ⁽¹⁰⁾. La recuperación de altos niveles de nupcialidad a partir de 1950 coincidió con mejoras notables en

⁽⁹⁾ HAJNAL, J., 1953. "The marriage boom", **Population Index**, 19 (1).

⁽¹⁰⁾ MC CAA, R., 1989. "Descenso de la fecundidad en México antes de 1930. Hidalgo de Parral (Chihuahua) y Santiago Zautla (Puebla)." **Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México.**

las condiciones de vida, con un fuerte crecimiento económico y con una promoción de la condición de la población femenina.

Como consecuencia, la fecundidad tuvo tendencia a aumentar todavía más; no sólo la situación sanitaria permitía mejorar la sobrevivencia de la madres y de los nacimientos, elevando la fecundidad general, sino que además había más uniones estables y éstas duraban más tiempo. Por lo tanto, la fecundidad pretransicional era sumamente elevada en América Latina, lo que se puede atribuir a dos fenómenos principales:

- a) una nupcialidad cada vez más universal y precoz
- b) un alza de fecundidad hasta 1965, consecutiva a la reducción acelerada de los niveles de mortalidad.

En el umbral de la transición demográfica, la fecundidad latinoamericana se situaba entre 6 y 7,5 hijos por mujer. Sobrepasaba por mucho la fecundidad europea, que llegó a lo sumo a 4 ó 5 hijos por mujer alrededor de 1870. En 1960, en el período de más alta fecundidad, sólo cuatro países tenían tasas globales de fecundidad inferiores a 6 hijos por mujer: Chile (4,98) y Cuba (4,67), a pesar de haber también experimentado un aumento entre 1950 y 1960; Argentina (3,09) y Uruguay (2,90), al final de su transición de fecundidad. En estos dos últimos países, la fecundidad se ha mantenido casi estable hasta hoy en día (cuadro 1).

Cuadro 1

América Latina. indicadores demográficos en 1960 y 1985.

PAÍSES	EDAD AL PRIMER MATRIMONIO	CELIBATO A LOS 50 AÑOS %	ISF	ISF	REDUCCIÓN RELATIVA %
	1960	1960	1960	1985	1960-85
Bolivia			6,63	6,3	5,0
Colombia	21,3	11	6,72	3,6	46,4
Ecuador	20,7	4	7,00	5,0	28,6
Perú	21,7	12	6,85	5,2	24,1
Venezuela	20,2°	9	6,70	4,1	38,8
Brasil	23,0°		6,15	4,0	35,0
Paraguay	21,7°	7	6,62	4,9	26,0
Chile	23,5	4	4,98	2,6	47,8
Argentina	23,1	13	3,09	3,4	-10,0
Uruguay	22,8	13	2,90	2,8	3,4
Costa Rica	21,3	4	6,95	3,5	49,6
Cuba	19,4°		4,67	1,8	61,5
Panamá	20,4°	16	5,92	3,5	40,9
Salvador	18,9	16	6,85	5,6	18,2
Guatemala	18,8	5	6,85	6,1	10,9
Honduras	17,9	17	7,35	6,5	11,6
Nicaragua		3	7,33	5,9	19,5
Haití	22,4		6,15	5,5	10,6
México	20,3	8	6,75	4,7	30,4
República Dominicana	19,2	14	7,32	4,1	44,0

Notas: Cifras marcadas con un °: año 1970.

ISF: Índice sintético de fecundidad.

Fuente: Naciones Unidas, 1985; Camisa, Z., CELADE, 1983.

2.2. Una fecundidad natural hasta 1965.

La fecundidad era de tipo "natural" hasta 1965 en la gran mayoría de los países de América Latina. Se entiende por fecundidad natural, en el sentido que le dio el demógrafo francés Louis Henry, a la ausencia de control de los nacimientos durante la vida fértil de la parejas. Bajo esa definición, la fecundidad marital latinoamericana era bastante similar a la europea en la época del antiguo régimen. La similitud se explica porque en el sistema europeo, una vez librada la dificultad de llegar al matrimonio, no había ningún tipo de control de los nacimientos.

Por ejemplo, eran bastante semejantes, en ausencia de control de los nacimientos, las descendencias finales de las mujeres francesas casadas en 1670-1679 y de las mujeres rurales mexicanas nacidas en 1920-1934: de 8,3 hijos en Francia y de 8,8 hijos en México, entre las mujeres unidas a los 15-19 años; de 7,1 hijos en Francia y 7,0 en México, si se unían a los 20-24 años. Sin embargo, un mejor nivel sanitario a mediados del siglo XX permitió una fecundidad marital ligeramente superior en los países latinoamericanos alrededor de 1965. El abandono progresivo de la lactancia explica también las tasas elevadísimas de fecundidad marital que se han observado en algunas zonas rurales latinoamericanas hasta la fecha (entre 8 y 10 hijos por mujer).

El aumento de la fecundidad marital en el período 1940-1965 siguió a la reducción de la mortalidad: disminución de las esterilidades patológicas y de la viudez. El impacto fue muy grande en América Latina, ya que la mortalidad disminuyó muy aceleradamente y que la medicina disponía de medios perfeccionados para combatir las infecciones, la esterilidad definitiva o temporal y la mortalidad intra-uterina.

La regresión de la esterilidad se pudo medir con datos mexicanos: la proporción de mujeres todavía sin hijos a los 5 años de unión, de 15 por ciento en las generaciones 1927-1931, pasó a 5 por ciento en las generaciones 1947-1951. Además, la proporción de mujeres unidas sin

ningún hijo, después de los 35 años de edad, disminuyó de 4 a 2 por ciento entre las generaciones 1927-1931 y 1947-1951 ⁽¹¹⁾.

Según las tablas de mortalidad mexicanas, la proporción de viudas bajó de 54 por ciento entre 1920-1930 y 1960-1970 y, con una misma descendencia final, la tasa neta de reproducción aumentó del 88 por ciento, de 1.48 a 2.79, sólo por el efecto de la baja de mortalidad.

2.3. Las dos revoluciones anticonceptivas.

La elevada fecundidad marital, de tipo natural, que se observaba en 1965, era la regla general en América Latina. Sin embargo, hemos señalado anteriormente niveles bajos de fecundidad en Argentina, Uruguay, y en un grado algo mayor en Chile y Cuba. En estas poblaciones, sobre las cuales la inmigración europea tuvo un impacto decisivo, las parejas controlaban sus nacimientos desde fechas muy tempranas.

En Argentina, por ejemplo, las familias, con 7 hijos en promedio en 1869-1914 pasaron a 3,5 hijos a partir de 1930. Buenos Aires siempre tuvo una fecundidad inferior: 4 hijos por pareja entre 1895-1914, 2,8 hijos en 1936 y 2,4 hijos en 1947 ⁽¹²⁾. Lo mismo pasó en Montevideo, en algunas regiones de Chile, en la ciudad de La Habana. Los inmigrantes procedentes de Europa limitaban sus nacimientos al mismo tiempo que se difundía el uso de métodos tradicionales de anticoncepción en los países europeos a principios de este siglo. Al llegar a América, estos inmigrantes traían consigo la transición demográfica de ultramar y sus bajos niveles de mortalidad y de fecundidad. Participaron plenamente en la primera revolución contraceptiva europea entre 1870 y 1965.

⁽¹¹⁾ ZAVALA DE COSIO, M.E., 1988. **Changements de Fécondité au Mexique et Politiques de Population**, Paris, Université de Paris V, 2 tomes, 637p.

⁽¹²⁾ PANTELIDES, A., 1990. "Un siglo y cuarto de la fecundidad en Argentina, 1869 al presente." **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990.

En el resto de América Latina, en las poblaciones de largo arraigamiento histórico y cultural, siguió elevada la fecundidad hasta la década de los años 1960, cuando empezó la reducción general de la fecundidad. En Chile, en Costa Rica, en algunas islas del Caribe en una primera etapa, las tasas de natalidad y de fecundidad disminuyeron rápidamente entre 1960 y 1970. Por ejemplo, en Chile, la tasa global de fecundidad pasó de 5,14 hijos por mujer en 1960 a 3,6 en 1970; en Costa Rica, de 7,09 a 4,93 respectivamente.

Antes de nada, bajó la fecundidad marital, sobre todo después de los 30 años de edad, en la parte final de la vida reproductiva. Desde un principio, se debió al uso de métodos anticonceptivos, que se multiplicó por cuatro entre 1965 y 1983 en promedio. Alrededor de 1980, una mujer unida de cada cinco estaba esterilizada, una de cada seis tomaba píldoras anticonceptivas y una de cada veinte usaba un dispositivo intrauterino.

La fecha de 1965 coincide con lo que se ha llamado la "segunda revolución contraceptiva" en Europa ⁽¹³⁾, o sea con la difusión de métodos modernos de anticoncepción, principalmente la píldora anticonceptiva y el DIU (dispositivo intrauterino). Posteriormente, en la década 1980, se difundió rápidamente la esterilización femenina, que ha llegado en algunos casos a la cuarta parte de las mujeres unidas en edades fértiles (en Brasil, Ecuador, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana).

En la gran mayoría de los países, las tasas globales de fecundidad ya habían disminuido en 1985 entre un 10 y un 61 por ciento con respecto a 1960, salvo en Uruguay y Bolivia (3 y 5 por ciento de reducción) y la elevación de la fecundidad en Argentina (cuadro 1). En general, ha habido una asociación positiva entre la velocidad del cambio de fecundidad y la difusión de métodos anticonceptivos.

Sin embargo, en algunos países de lento crecimiento económico y altos niveles de analfabetismo, la fecundidad permanecía elevada en 1985: 6,3 hijos por mujer en Bolivia, 6,1 en Guatemala, 6,5 en Honduras, 5,9 en Nicaragua, 5,5 en Haití. En estos casos, ya habíamos señalado también altos niveles de mortalidad. La lentitud de los progresos económicos y

(13) LERIDON, H., 1987. **La seconde révolution contraceptive**, PUF/INED, 378p.

sociales explica que no se hayan dado aún los diferentes cambios demográficos.

La transición reproductiva latinoamericana empezó en los años 1960 principalmente en las ciudades y entre las mujeres más educadas. Además, apareció primero en las uniones concluidas después de los 20 años de edad, ya que el retraso a la primera unión, limitado a sectores sociales minoritarios, señalaba cambios profundos en las mentalidades. En estos grupos sociales privilegiados, la transición de la fecundidad obedeció a grosso modo a los mismos determinantes que en Europa, que se pueden calificar de actitudes modernas hacia la reproducción.

Evidencias de este fenómeno se pueden encontrar en un análisis detallado de la fecundidad en México. Entre las mujeres nacidas en el período 1942-1946, las descendencias eran de 7 hijos por mujer para las que se unieron a los 15-19 años de edad y de 5 hijos por mujer si se unieron a los 20-24 años. Además el 82 por ciento de las parejas tenían un quinto hijo en el primer grupo (de las unidas a los 15-19 años), la proporción de parejas con un quinto hijo era del 48 por ciento. En las zonas metropolitanas, las descendencias llegaban a 2,8 hijos por mujer en las generaciones 1947-1951⁽¹⁴⁾.

Esto explica cómo, en las áreas metropolitanas latinoamericanas, los niveles de fecundidad están llegando a menos de 2,5 hijos por mujer (en Colombia, Cuba, Chile, México, Panamá, Paraguay). En cambio, en las áreas rurales, la fecundidad ha permanecido entre 5 y 6 hijos por mujer y se ha asociado con una nupcialidad muy precoz ⁽¹⁵⁾.

(14) ZAVALA DE COSIO, M.E., **op.cit.**

(15) CHACKIEL, J. SCHKOLNIK, S., 1990. "América Latina: transición de la fecundidad en el período 1950-1990," **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990.

3. Dos modelos de transición reproductiva.

Basándose en el análisis detallado de las generaciones femeninas en México, nacidas entre 1917 y 1957, habíamos llegado, en otro trabajo, a la conclusión de que han coexistido dos modelos demográficos en las sociedades latinoamericanas ⁽¹⁶⁾.

Antes que nada, la transición demográfica se inició con una reducción de la mortalidad, sumamente rápida en América Latina a partir de 1930. Posteriormente, los cambios en los patrones de reproducción reflejaron cambios profundos en las estructuras familiares, en la urbanización, en la escolarización, en el mercado de trabajo, en la condición femenina. Se empezaron a limitar los nacimientos, usando métodos modernos de anticoncepción (la píldora), probablemente el aborto, e incluso los métodos tradicionales cuando existía una fuerte presión religiosa y social o cuando la reducción fue anterior a 1965. Este modelo de transición demográfica, que se difundió a partir de las grandes ciudades, fue muy similar al de "las sociedades que inventaron la modernización" ⁽¹⁷⁾.

En las capas más pobres de la sociedad o en los países menos desarrollados, "en los cuales la modernización se impuso en cierto grado" ⁽¹⁸⁾, tanto la mortalidad como la fecundidad han conservado niveles todavía elevados, como consecuencia de la pobreza, de la malnutrición, del analfabetismo, de una gran carencia de servicios médicos y sanitarios. Sin embargo, aún en estos casos, la fecundidad ha bajado en relación, no con

⁽¹⁶⁾ ZAVALA DE COSIO, M.E., **op.cit.**

⁽¹⁷⁾ RYDER, N., 1983. "Fertility and family structure", ONU, **Proceedings of the expert group on fertility and family**, New Delhi, 279-319.

⁽¹⁸⁾ RYDER, N., **op.cit.**

mejoras sino que, al contrario, con un bajo nivel de vida, ya que el tener muchos hijos plantea serios problemas económicos a las familias pobres, especialmente en áreas rurales rezagadas ⁽¹⁹⁾. El factor principal, en este caso, es la existencia de una oferta abundante de métodos anticonceptivos modernos, al alcance de estos sectores pobres de la sociedad, en el marco de programas de planificación familiar públicos o privados.

Generalmente, las mujeres han recurrido principalmente a la esterilización, después del nacimiento de muchos hijos, pero conservando las pautas tradicionales de reproducción: nupcialidad alta y temprana, intervalos intergenésicos cortos. La fecundidad se ha reducido en la última década porque las mujeres conocen y usan los métodos anticonceptivos cuando estiman que ya tienen familias bastante numerosas, pero los niveles de fecundidad han permanecido relativamente altos (5 o 6 hijos por mujer). Los efectos de este cambio de fecundidad son necesariamente limitados.

Para reducir la fecundidad de manera significativa, se tendrá que llegar tarde o temprano, a mejoras en las condiciones de vida. Lo mismo pasa con la mortalidad, que, pese a las técnicas sanitarias modernas, no ha bajado más allá de cierto nivel, sin aumentos indispensables en los niveles de vida. El ejemplo de El Salvador muestra que mucha esterilización (52 por ciento de la usuarias) no equivale a baja fecundidad (5,6 hijos por mujer en 1985).

De todo este análisis, se desprende también que las formas de los procesos de transición dependen mucho del contexto histórico y cultural. En Europa, la nupcialidad era secularmente baja antes de que apareciera la limitación de los nacimientos. En América Latina, primero aumentaron la nupcialidad y la fecundidad, y luego se controlaron los nacimientos.

(19) Para una aplicación a Brasil, vease DE CARVALHO, J., RODRIGUEZ WONG, L., 1990. "La transición de la fecundidad en el Brasil; causas y consecuencias," **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990, 22p.

Sin embargo, en cualquier contexto, el desequilibrio provocado por la reducción de la mortalidad está siempre al origen del proceso de transición, y es bastante anterior al momento en que la fecundidad marital termina reduciéndose. De esto se puede concluir que, para completar la transición demográfica en América Latina, es indispensable seguir las diferentes etapas, empezando por mejorar la sobrevivencia de niños y adultos avanzando en la promoción de la mujer, antes de llegar a una reducción importante y duradera de la fecundidad. No existe otro camino de transición.

BIBLIOGRAFIA

ARRIAGA,E., 1970. **Mortality decline and its demographics effects in Latin America**, Berkeley, University of California.

BLAKE,J., 1985. "The fertility transition: continuity with the past?", Florence, UIESP, **Congrès International de la population**, (4): 393-405.

BOSERUP,E., 1985. "Economic and Demographic interrelationships in sub-Saharan Africa", **Population and Development Review**, 11(3): p. 383-398.

CAMISA, Z., 1971. **La nupcialidad femenina en América Latina durante el período intercensal 1950-1960**, San José de Costa Rica, CELADE, 4 p.

CELADE, 1987. "América Latina. Indicadores demográficos, sociales y económicos de la población femenina", **Boletín demográfico**, XX, 39 p.

CELADE, 1989. "América Latina. Tablas de mortalidad", **Boletín demográfico**, XXII, 44 p.

CHACKIEL, J. SCHKOLNIK, S., 1990. "América Latina: transición de la fecundidad en el período 1950-1990", **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990.

CHESNAIS, J.C. 1986a. **La transition démographique, étapes, formes, implications économiques**, París, PUF/INED, 580 p.

CHESNAIS, J.C., 1986b. "La théorie originelle de la transition démographique: validité et limites du modèle", in **Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement**, ORSTOM, p. 7-23.

COALE, A.J.; COTTS, S., 1986. **The decline of fertility in Europe**, Princeton, Office of Population Research.

DE CARVALHO, J.; RODRIGUEZ WONG, L., 1990. "La transición de la fecundidad en el Brasil; causas y consecuencias", **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990, 22 p.

DAVIS, K.; BLAKE, J., 1956. "Social structure and fertility: an analytic framework", **Economic Development and Cultural Change**, 4: p. 211-235.

DIAZ-BRIQUETS, S., 1981. "Determinants of mortality transition in developing countries before and after the second World War: some evidence from Cuba", **Population Studies**, 35 (3): p. 399-411.

FESTY, P., 1979. **La Fécondité des Pays Occidentaux de 1870 1970**, Paris, PUF/INED, 398 p.

HAJNAL, J., 1953. "The marriage boom", **Population Index**, 19 (1).

KNODEL, J.; VAN DE WALLE, E. 1979. "Lessons from the Past: policy implications of historical fertility studies", **Population and Development Review**, 5(2): p. 217-245.

LANDRY, A., 1934. **La révolution démographique, Etudes et essais sur les problèmes de population**, Paris, Sirey, 231 p.

LERIDON, H., 1987. **La seconde révolution contraceptive**, PUF/INED, 378 p.

LESTHAEGHE, R., 1983. "A century of demographic and cultural change in Western Europe", **Population and Development Review**, 9(3): p. 411-435.

LOCOH, T., 1986. "Transitions de la fécondité et changements sociaux dans le Tiers Monde", in **Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement**, ORSTOM, p. 205-233.

MC CAA, R., 1989. "Descenso de la fecundidad en México antes de 1930 Hidalgo de Parral (Chihuahua) y Santiago Zautla (Puebla)", **Tercera**

Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México.

NACIONES UNIDAS, 1985. **World Population Trends, Population and Development interrelations and Population policies**, 1983 Monitoring report, Vol. I, 235 p.

NACIONES UNIDAS, 1989. **Recent levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988**, New York.

NOTESTEIN, F.W., 1945. "Population, the long view", in SCHULTZ, E. ed. **Food for the world**, Chicago, University Press, p. 36-57.

PANTELIDES, A., 1990. "Un siglo y cuarto de la fecundidad en Argentina, 1869 al presente", **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990.

ROSETO-BIXBY, L., 1990. "Nuptiality trends and fertility transition in Latin America", **Seminar on fertility transition in Latin America**, IUSSP, CELADE, CENEP, Buenos Aires, 3-6 abril 1990, 37 p.

RYDER, N., 1983. "Fertility and family structure", ONU, **Proceedings of the expert group on fertility and family**, New Delhi, p. 279-319.

SANCHEZ-ALBORNOZ, N., 1973. **La población de América latina, desde los tiempos pre-colombinos al año 2000**, Madrid, Alianza Editorial, 312 p.

TABUTIN, D., 1985. "Les limites de la théorie classique de la transition démographique pour l'Occident du XIX siècle et le Tiers actuel", Florence, UIESP, **Congrès International de la Population**, (4): p. 357-371.

ZAVALA DE COSIO, M.E., 1988. **Changements de Fécondité au Mexique et Politiques de Population**, Paris, Université de Paris V, 2 tomes, 637 p.