



DOS MODELOS DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA

*Ma. Eugenia Zavala de Cosío**

La transición demográfica en América Latina empezó en 1930 con la baja de la mortalidad, seguida en 1965 por la baja de la fecundidad, paralelamente a un intenso proceso de modernización de las sociedades y economías del subcontinente. Ese modelo de transición demográfica sigue el que señala la teoría clásica planteada por A. Landry, aunque muestra modalidades en el cambio de la nupcialidad muy diferentes a las de los países europeos. A partir de los años ochenta, se empiezan a observar reducciones notables de la fecundidad hasta en los sectores más pobres y en las áreas más rezagadas de América Latina. Este proceso corresponde a un nuevo modelo de transición demográfica, que se puede calificar de "malthusianismo de la pobreza" y responde al temor de las familias, que limitan sus nacimientos, frente al deterioro considerable de sus condiciones de vida.

Demographic transition in Latin America began in 1930 with a decrease in mortality rates, followed in 1965 by a decrease in birth rates, parallel to an intense process of modernization in the subcontinent's societies and economies. This model of demographic transition follows A. Landry's classic theory, although it shows very different forms in the changes in marriage rates compared to European countries. In the 80's a significant decrease in birth rates can be observed even in the poorer sectors and the most backward areas in Latin America. This process represents a new model of demographic transition, which could be considered as a "poverty Malthusianism", and can be applied to families who limit births, fearing the great deterioration of their living conditions.

En América Latina, a partir de 1930, se ha iniciado un proceso que ha provocado grandes cambios demográficos, que abarcan un descenso notable de los niveles de la mortalidad, trastornos en el calendario de la nupcialidad y una reducción muy importante de la fecundidad, con un uso cada vez más frecuente de la anticoncepción

* Universidad de París X-Nanterre, Francia.

para limitar el tamaño de las familias. En un primer momento, entre 1930 y 1965, el proceso de modernización de las economías latinoamericanas y de las sociedades, con la industrialización y la urbanización, provocó en parte esos cambios demográficos, que cumplen lo que Alphonse Landry, uno de los fundadores del pensamiento demográfico en los años treinta, bautizó *revolución demográfica*, tomando como ejemplo la modernización de los fenómenos de población en los países europeos.

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 han 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. Además, la crisis económica de los años ochenta precipitó algunos de esos cambios, que llevaron a América Latina a lo que podemos calificar de *maltusianismo de la pobreza*. Las familias de los estratos más bajos han recurrido masivamente a la anticoncepción en los últimos años, principalmente a la esterilización femenina, bajo la presión de la falta de recursos y la baja de sus niveles de vida. Esas modalidades de cambio demográfico se alejan mucho de la teoría clásica de Landry y Notestein, y se presentan como un nuevo modelo de transición demográfica observado frecuentemente en los países en desarrollo.

Sin embargo, una verdadera riqueza de la teoría de la transición demográfica es de tipo epistemológico. Consiste en la proposición

¹ Chesnais, J. C. (1986a). *La transition démographique, étapes, formes, implications économiques*, París, PUF/INED, 580 pp.; y del mismo autor (1986b). "La théorie originelle de la transition démographique: validité et limites du modèle, en *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, París, ORSTOM, 7-23. También F. W. Notestein. "Population the long view", en E. Schultz (ed.). *Food for the World*, University of Chicago Press, 1945, pp. 36-57.

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 se produce cuando cambia la composición del sistema de reproducción.*

Los países latinoamericanos presentan ejemplos de transiciones demográficas diferentes, que vamos a considerar haciendo hincapié en los aspectos originales y explicativos de algunos. No existe un tipo 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 y buscaremos destacar las evoluciones comunes. Señalaremos también las diferencias que se observaron en el subcontinente, con características propias que variaron según las épocas y según las regiones.

El principal detonador de la transición demográfica en América Latina fue, como en todas partes, 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.

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.

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

La alta mortalidad era una consecuencia de la fuerte incidencia de las enfermedades infecciosas, en contra de las cuales se estaba sin defensas hasta finales del siglo XIX, agravadas en las zonas calientes por las enfermedades tropicales endémicas, siendo el paludismo la que causaba más estragos. Además, numerosos brotes epidémicos de viruela, tifo, peste, cólera, fiebre amarilla y 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 a finales del 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 15 por millar 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 ser más eficaces gracias a los descubrimientos científicos más modernos, que se difundieron en seguida en América Latina. Todas las naciones organizaron campañas de vacunación, de higiene pública, de prevención de enfermedades infecciosas, 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, y llegaron en esa fecha a 60 años en la mayoría de los países. Se puede notar un retraso en alcanzar ese índice de esperanza de vida en los más pobres: 1975 en Ecuador, 1985 en el Perú y en varios países de América Central (Guatemala, Honduras, Nicaragua), y cerca del año 2000 en Bolivia y Haití.⁴

La velocidad del cambio de mortalidad en América Latina sobre-

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

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

pasó de lejos todas las previsiones. En sólo tres décadas a partir de 1930, se recorrió el camino que le llevó 200 años a los Estados europeos. Se pueden citar los casos de Chile y de Costa Rica donde la mortalidad bajó de manera sumamente acelerada, gracias a esfuerzos notables con relación a la salud pública y a las infraestructuras médicas. En Chile, la mortalidad infantil disminuyó el 92 por ciento en 65 años, pasando de 250 defunciones por mil en 1920 a 20 en 1985.

Sin embargo, después de los años setenta, las evoluciones se volvieron más lentas, y las diferencias sociales ante la muerte se han agravado considerablemente. En el periodo 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 São 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, explican la persistencia de las enfermedades infecciosas y de una 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 alargaba la esperanza de vida en las clases medias, se elevaban las edades para contraer 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 forma-

ba 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 a la esperanza de vida de las clases medias. Al contrario, a mediados del siglo XX, al mismo tiempo que ésta se elevó, la nupcialidad también aumentó, así como la fecundidad, llevando a crecimientos demográficos extraordinarios. Ésos fueron los años de la *explosión demográfica*, que coincidieron con una coyuntura económica favorable. Es así que surge el llamado *milagro económico* brasileño, mexicano, venezolano, etcétera, 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 63 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 subcontinente.

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.

El preludio 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

⁵ Naciones Unidas (1985). *World Population Trends, Population and Development interrelations and Population Policies*, 1983 Monitoring Report, vol. I, 235 pp.

periodo 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 58 a 63 por ciento en promedio. La proporción de solteras definitivas pasó de 19 por ciento en 1950 a 9 por ciento en 1980. A partir de los años cincuenta, la nupcialidad legal aumentó notablemente, mientras disminuía el 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. En el nivel nacional, se observan edades promedio a la primera unión inferiores a los 20 años en El Salvador, Guatemala, Honduras, Cuba y la República Dominicana. En el 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 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 y Vene-

⁶ Camisa, Z. (1971). *La nupcialidad femenina en América Latina durante el periodo intercensal 1950-1960*, San José de Costa Rica: CELADE, 44 pp.

⁷ Rosero-Bixby, L. (1990). "Nuptiality trends and fertility transition in Latin America", en *Seminar on fertility transition in Latin America*, Buenos Aires: IUSSP, CELADE, CENEP, 3-6 de abril, 37 pp.

⁸ Rosero-Bixby L., *op.cit.*

zuela. 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 y Venezuela; una de cada cuatro en Colombia y México. Una parte importante de las uniones consensuales se legalizan después del nacimiento de varios hijos.

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 escolaridad, y, en las grandes ciudades, la nupcialidad es bastante 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 cincuenta y sesenta se dio en todos los casos, y fue paralela al *marriage boom* europeo del mismo lapso.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 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 periodos en que la nupcialidad dismi-

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

Cuadro 1
AMÉRICA LATINA. INDICADORES DEMOGRÁFICOS EN 1960 Y EN 1985

<i>Países</i>	<i>Edad al primer matrimonio</i> 1960	<i>% solteras a los 50 años</i> 1960	<i>Tasas globales de fecundidad</i>		<i>Baja relativa</i> 1960-1985 (%)
			1960	1985	
Bolivia			6.63	6.30	5.0
Colombia	21.3	11	6.72	3.60	46.4
Ecuador	20.7	4	7.00	5.00	28.6
Perú	21.7	12	6.85	5.20	24.1
Venezuela	20.2*	9	6.70	4.10	38.8
Brasil	23.0*		6.15	4.00	35.0
Paraguay	21.7*	7	6.62	4.90	26.0
Chile	23.5	4	4.98	2.60	47.8
Argentina	23.1	13	3.09	3.40	-10.0
Uruguay	22.8	13	2.90	2.80	3.4
Costa Rica	21.3	4	6.95	3.50	49.6
Cuba	19.4*		4.67	1.80	61.5
Panamá	20.4*	16	5.92	3.50	40.9
El Salvador	18.9	16	6.85	5.60	18.2
Guatemala	18.8	5	6.85	6.10	10.9
Honduras	17.9	17	7.35	6.50	11.6
Nicaragua		3	7.33	5.90	19.5
Haití	22.4		6.15	5.50	10.6
México	20.3	8	6.75	4.70	30.4
Rep. Dominicana	19.2	14	7.32	4.10	44.0

* Año 1970.

Fuente: ONU, 1985; Camisa, 1971; CELADE, 1983.

nuyó, 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 socioeconómica y de la condición femenina.¹⁰ La recuperación de altos niveles de nupcialidad a partir de 1950

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

coincidió con mejoras notables en las condiciones de vida, con un fuerte crecimiento económico y con una promoción de la condición femenina.

Como consecuencia, la fecundidad tuvo tendencia a aumentar todavía más, ya que no sólo la situación sanitaria permitía mejorar la sobrevivencia de las 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: una nupcialidad cada vez más universal y precoz, y 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 o 5 hijos por mujer alrededor de 1870. En 1960, en el periodo 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 experimentado también 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).

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 las 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 lo hacían 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 periodo 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 la medicina disponía de medios perfeccionados para combatir las infecciones, la esterilidad definitiva o temporal, y la mortalidad intrauterina.

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

Las dos revoluciones anticonceptivas

La elevada fecundidad marital, de tipo natural, que se observa 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

¹¹ Zavala de Cosío, M. E. (1988). *Changements de Fécondité au Mexique et Politiques de Population*, París: Université de Paris V, 2 tomos, 637 pp.

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 y 1914, 2.8 hijos en 1936 y 2.4 hijos en 1947.¹² Lo mismo pasó en Montevideo, en algunas regiones de Chile y en la ciudad de La Habana. Los inmigrantes venidos 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.

En el resto de América Latina, en las poblaciones de largo arraigo histórico y cultural, siguió elevada la fecundidad hasta la década de los años sesenta, 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 3.64 en 1970; en Costa Rica, de 7.09 a 4.93 en esa década.

Antes que 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 de 1980, se difundió rápidamente la esterilización femenina, que ha llegado en algunos casos a la cuarta parte de las mujeres unidas en edades fértiles (Brasil, Ecuador, Panamá, Puerto Rico y República Dominicana).

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

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

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 sociales explica el retraso observado en los procesos de cambios demográficos.

La transición reproductiva latinoamericana empezó en los años sesenta, principalmente en las ciudades y entre las mujeres con mayores niveles de educación. 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 *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 periodo 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— cuando en el segundo grupo —unido a los 20-24 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

¹⁴ Zavala de Cosío, M. E., *op.cit.*

y 6 hijos por mujer y se ha asociado con una nupcialidad muy precoz.¹⁵

Dos modelos de transición reproductiva

Basándose en el análisis detallado de las generaciones femeninas en México, nacidas entre 1917 y 1957, en otro trabajo se llegó 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 del 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, y de una gran carencia de servicios médicos y sanitarios. Sin embargo, aun en estos casos, la fecundidad ha bajado, en proporción, no con mejoras sino 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

¹⁵ Chackiel, J. y S. Schkolnik. (1990). “América Latina: transición de la fecundidad en el periodo 1950-1990”, en *Seminar on fertility transition in Latin America*, Buenos Aires: IUSSP, CELADE, CENEP, 3-6 de abril.

¹⁶ Zavala de Cosío, M. E., *op.cit.*

¹⁷ Ryder, N. (1983). “Fertility and family structure”, en ONU, *Proceedings of the expert group on fertility and family*, Nueva Delhi, pp. 279-319.

¹⁸ Ryder, N., *op.cit.*

¹⁹ Para una aplicación a Brasil, véase De Carvalho, J. y L. Rodríguez Wong (1990).

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, que se benefician en América Latina de un amplio reconocimiento social.

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, aunque los niveles de fecundidad hayan permanecido relativamente altos —5 o 6 hijos por mujer.

Los efectos de estos cambios de fecundidad aunque son limitados, de todas maneras resultan notables. Por ejemplo, en Colombia, la fecundidad de las mujeres rurales pasó de 5.1 a 4.8 hijos por mujer entre 1981-1983 y 1984-1986; en la República Dominicana, la baja fue de 5.9 a 4.8 hijos entre 1980-1982 y 1983-1985. En esas mismas fechas, la fecundidad de las mujeres sin escolaridad bajó en Colombia de 5.6 a 5.1 hijos por mujer y de 6.5 a 6.3 en la República Dominicana.²⁰

Un estudio sobre Brasil señaló que la crisis económica que azotó a las capas más pobres de las sociedades latinoamericanas provocó una reducción en el tamaño de las familias, dados los efectos del desempleo, de la malnutrición y de todo tipo de carencias económicas y sociales. Las parejas percibían el nacimiento de demasiados hijos como un peligro para la sobrevivencia de la familia.²¹

A manera de conclusiones

El análisis anterior permite llegar a dos tipos de conclusiones. El primero, confirma la importancia de las condiciones de la baja de la

“La transición de la fecundidad en el Brasil; causas y consecuencias”, en *Seminar on fertility transition in Latin America*, Buenos Aires: IUSSP, CELADE, CENEP, 3-6 de abril, 22 pp.

²⁰ Chackiel, J. y S. Schkolnik, *op. cit.*

²¹ De Carvalho, J. y L. Rodríguez Wong, *op. cit.*

mortalidad y de la fecundidad, en sus propios contextos económicos y sociales, diferentes para cada caso. La teoría de la transición demográfica debe de tomar en cuenta todas las modalidades particulares, que no contradicen precisamente las hipótesis generales, pero que introducen matices importantes en el desarrollo de los procesos demográficos.

La segunda conclusión es más bien de tipo político. Se observa que el desarrollo socioeconómico es de todas maneras necesario para realizar una verdadera transición demográfica. *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 las condiciones de vida. El ejemplo de El Salvador muestra que mucha esterilización —52 por ciento de las usuarias— no equivale forzosa-mente a una 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.

Sin embargo, en cualquier contexto, *el desequilibrio provocado por la reducción de la mortalidad está siempre en el origen del proceso de transición*, y es bastante anterior al momento en que la fecundidad marital termina reduciéndose. De ahí 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, y 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.

París, enero de 1995.



BIBLIOGRAFÍA

- ARRIAGA, E. (1970). *Mortality Decline and its demographic effects in Latin America*, Berkeley, University of California.
- BLAKE, J. (1985). "The fertility transition: continuity or discontinuity with the past?", Florencia: UIESP, *Congrès International de la Population* (4): 393-405.
- BOSERUP, E. (1985). "Economic and Demographic interrelationships in sub-Saharan Africa", en *Population and Development Review*, 11(3): 383-398.
- CAMISA, Z. (1971). *La nupcialidad femenina en América Latina durante el periodo intercensal 1950-1960*, San José de Costa Rica, CELADE, 44 pp.
- CELADE (1987). "América Latina. Indicadores demográficos, sociales y económicos de la población femenina", en *Boletín demográfico*, XX, 39.
- CELADE (1989). "América Latina. Tablas de mortalidad", en *Boletín demográfico*, XXII, 44.
- CHACKIEN, J. SCHKOLNIK, S. (1990). "América Latina: transición de la fecundidad en el periodo 1950-1990", en *Seminar on fertility transition in Latin America*, Buenos Aires: IUSSP, CELADE, CENEP, 3-6 de abril.
- CHESNAIS, J. C. (1986a). *La transition démographique, étapes, formes, implications économiques*, París: PUF/INED, 580 pp.
- CHESNAIS, J. C. (1986b). "La théorie originelle de la transition démographique: validité et limites du modèle", en *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, ORSTOM, 7-23.
- COALE, A.J., COTTS, S. (1986). *The decline of fertility in Europe*, Princeton: Office of Population Research.
- DE CARVALHO, J., RODRÍGUEZ WONG, L. (1990). "La transición de la fecundidad en el Brasil; causas y consecuencias", en *Seminar on fertility transition in Latin America*, Buenos Aires: IUSSP, CELADE, CENEP, 3-6 de abril, 22 pp.
- DAVIS, K., BLAKE, J. (1956). "Social structure and fertility: an analytic framework", en *Economic Development and Cultural Change*, 4:211-235.
- DÍAZ-BRIQUETS, S. (1981). "Determinants of mortality transition in developing countries before and after the second World War: some evidence from Cuba", en *Population Studies*, 35 (3): 399-411.

- FESTY, P. (1979). *La Fécondité des Pays Occidentaux de 1870 a 1970*, Paris: PUF/INED, 398 pp.
- HAJNAL, J. (1953). "The marriage boom", en *Population Index*, 19 (1).
- KNODEL, J., VAN DE WALLE, E. (1979). "Lessons from the Past: policy implications of historical fertility studies", en *Population and Development Review*, 5(2): 217-245.
- LANDRY, A. (1934). *La révolution démographique, Études et essais sur les problèmes de population*, Paris: Sirey, 231p.
- LERIDON, H. (1987). *La seconde révolution contraceptive*, PUF/INED, 378 pp.
- LESTHAEGHE, R. (1983). "A century of demographic and cultural change in Western Europe", en *Population and Development Review*, 9(3): 411-435.
- LOCOH, T. (1986). "Transitions de la fécondité et changements sociaux dans le Tiers Monde", en *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, ORSTOM, 205-233.
- MC CAA, R. (1989). "¿Descenso de la fecundidad en México antes de 1930? Hidalgo de Parral (Chihuahua) y Santiago Zautla (Puebla)", en *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 pp.
- NACIONES UNIDAS (1989). *Recent levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988*, Nueva York.
- NOTESTEIN, F.W. (1945). "Population, the long view", en SCHULTZ, E. (ed.), *Food for the world*, Chicago: University Press, 36-57 pp.
- NOTESTEIN, F.W. (1953). "The economics of population and food supplies", en *International Conference of agricultural economists*, Londres: pp. 13-31.
- PANTELIDES, A. (1990). "Un siglo y cuarto de la fecundidad en Argentina, 1869 al presente", en *Seminar on fertility transition in Latin America*, Buenos Aires: IUSSP, CELADE, CENEP, 3-6 de abril.
- ROSERO-BIXBY, L. (1990). "Nuptiality trends and fertility transition in Latin America", en *Seminar on fertility transition in Latin America*, Buenos Aires: IUSSP, CELADE, CENEP, 3-6 de abril, 37 pp.
- RYDER, N. (1983). "Fertility and family structure", en ONU, *Proceedings of the expert group on fertility and family*, Nueva Delhi, 279-319 pp.

- SÁNCHEZ-ALBORNOZ, N. (1973). *La población de América latina, desde los tiempos precolombinos al año 2000*, Madrid: Alianza Editorial, 312 pp.
- TABÜTIN, D. (1985). "Les limites de la théorie classique de la transition démographique pour l'Occident du XIX siècle et le Tiers Monde actuel", en Florencia: UIESP, *Congrès International de la Population*, (4): 357-371.
- ZAVALA DE COSÍO, M. E. (1988). *Changements de Fécondité au Mexique et Politiques de Population*, París: Université de Paris V, 2 tomos, 637 pp.