AMÉRICA LATINA EN LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

(1800-2050)

HÉCTOR PÉREZ BRIGNOLI

teseo

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

CCP Centro Centroamericano de Población

AMÉRICA LATINA EN LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA (1800-2050)

AMÉRICA LATINA EN LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA (1800-2050)

Héctor Pérez Brignoli

teseo

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

CCP Centro Centroamericano de Población

Pérez Brignoli, Héctor
América Latina en la transición demográfica (1800-2050) / Héctor Pérez Brignoli. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2022. 400 p.; 20 x 13 cm.
ISBN 978-987-723-331-5
1. América Latina. 2. Población. 3. Crecimiento Demográfico. I. Título.
CDD 304.6098

Este libro se publica gracias al apoyo financiero del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

© Editorial Teseo, 2022
Buenos Aires, Argentina
Editorial Teseo
Hecho el depósito que previene la ley 11.723
Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escríbanos a: **info@editorialteseo.com**
www.editorialteseo.com

ISBN: 9789877233315

Imagen de tapa: Mauro Mora en Unsplash

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva del/los autor/es.

TeseoPress Design (www.teseopress.com)

ExLibrisTeseo 62ffc0284d17b. Sólo para uso personal

Para Luis Octavio (1978-2017)

Índice

Introducción. El pensamiento demográfico latinoamericano y las inquietudes de este libro 13

1. La transición demográfica 21
   Definiciones 21
   Observando casos europeos y latinoamericanos 25
   El crecimiento de la población 40
   El multiplicador de la transición 45
   Conclusiones 47

2. El espacio estratégico del crecimiento demográfico 49
   Definiciones 49
   La experiencia europea 50
   La experiencia latinoamericana 54
   Dos trayectorias convergentes 63

3. La estructura de la población por edades: de una población joven a una población envejecida 65
   Las pirámides de edades 65
   Los grandes grupos de edad 71
   El dividendo o bono demográfico 79
   El espacio estratégico del envejecimiento 84

4. El descenso de la mortalidad y la conquista de la salud 89
   Definiciones 89
   La atenuación de las crisis de mortalidad 93
   La mortalidad infantil 99
   La sobremortalidad masculina 102
   El descenso de la mortalidad según edades 105
   Descomposición de los cambios en la esperanza de vida por edad y sexo. Ejemplos de Argentina, México y Costa Rica 110
   Las causas de muerte 113

Los determinantes socioeconómicos en el descenso de la mortalidad 119
Nutrición y condiciones de vida 125
Las políticas sanitarias, la higiene pública y privada y los avances en la medicina 126
La conquista de la salud en América Latina 138
La viruela 139
La fiebre amarilla 145
La tuberculosis 150
La pobreza, la vivienda urbana y la cuestión social 152
El Estado y la salud pública 154
Educación y alfabetización. La investigación médica ... 160
Conclusión: el descenso de la mortalidad como parte de un proceso de cambio histórico global 165
Anexo. Una nota sobre LAMBdA 168

5. El descenso de la fecundidad y la segunda transición demográfica 169
Definiciones 169
La fecundidad natural 171
La fecundidad natural: ejemplos latinoamericanos 173
Estimaciones de la fecundidad por cohortes 180
La nupcialidad y la edad al matrimonio 182
Los determinantes del descenso 184
La revolución de los anticonceptivos 188
La invención de la píldora anticonceptiva 201
La segunda transición demográfica. Implicaciones sociales y culturales 202
La segunda transición demográfica en América Latina 206
El desarrollo de la planificación familiar y las políticas de población 215
Conclusiones 232

6. Migraciones, diásporas y transición demográfica. Las grandes líneas del poblamiento latinoamericano 239
Definiciones 239
El poblamiento inicial 242
La catástrofe demográfica 244

La ocupación del territorio 250
La esclavitud africana 261
Las migraciones europeas hasta 1800 271
El éxito reproductivo de las migraciones europeas y africanas hasta 1800 272
Las migraciones europeas, asiáticas y africanas desde 1800 276
Migraciones internas y urbanización 286
Inmigración y emigración desde 1950 291
La inmigración desde países vecinos 296
La emigración hacia los Estados Unidos y otros destinos 298
Migraciones y transición demográfica 313
Consideraciones para terminar 316

7. El envejecimiento y sus consecuencias 317
El envejecimiento, 1950-2100 317
Transferencias intergeneracionales 326
Cambios en las relaciones familiares 335
Futuro del Estado benefactor 338
¿Un declive futuro de la población? 341

Epílogo. La transición demográfica: un proceso de cambio histórico global 347

Anexo. Breve nota sobre la pandemia del COVID-19 355

Bibliografía seleccionada 365

Introducción

El pensamiento demográfico latinoamericano y las inquietudes de este libro

En 1992 el recordado maestro Raúl Benítez Zenteno me invitó a presentar una ponencia sobre el tema de este libro en la Plenaria II de la IV Conferencia Latinoamericana de Población, celebrada en la Ciudad de México del 23 al 26 de marzo de 1993. El *paper* fue bien recibido y fue bastante citado en los años que siguieron. En setiembre de 2009, gracias a una invitación de David Reher, participé en una reunión sobre *the long-term implications of the demographic transition* realizada en Madrid, en la Fundación Ramón Areces, por el Grupo de Estudios de Población y Sociedad (GEPS). Los datos que se presentan en los capítulos 1, 2 y 3 fueron preparados, en una primera versión, para dicha reunión. La redacción del presente libro fue iniciada en 2012, pero recibió su impulso final en 2019 y 2020, en parte gracias al confinamiento obligado debido a la pandemia del COVID-19.

La perspectiva que se sigue es la de un historiador que camina de la mano con la demografía, y que trata de trabajar con los mejores datos posibles. La transición demográfica es un proceso duradero y complejo, que solo se puede apreciar debidamente mediante una visión de muy largo plazo; eso explica el inicio en 1800 y también el cierre en 2050; obviamente, en los últimos treinta años de este largo período, se utilizan datos de las proyecciones de población; en el último capítulo, referido al tema del envejecimiento, se utilizan también las proyecciones hasta 2100. El público a quien va dirigido este libro es amplio: especialistas e

interesados en la historia y las ciencias sociales, la salud pública y las humanidades, estudiantes, profesores, comunicadores, etc. A pesar de la complejidad técnica de algunos aspectos, siempre se ha tratado de mantener un lenguaje sencillo y accesible. Los temas aquí abordados nos interesan a todos, y en muchos casos plantean desafíos que todas las sociedades tendrán, de una o de otra manera, que enfrentar y resolver. Espero que sea una contribución para su estudio y discusión.

El capítulo 1 presenta el concepto de "transición demográfica", en su forma más simple, a partir de ejemplos europeos bien conocidos, y luego introduce el tema en América Latina; el análisis se limita a considerar las tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural. En la última sección, se estudia el crecimiento de la población latinoamericana en el período 1800-2050, en perspectiva mundial comparativa; las estimaciones de la población total anual por países se detallan, en cuanto a fuentes y métodos, en el anexo 1, disponible en Internet en mi sitio web: perezbrignoli.com.

El capítulo 2 presenta la transición demográfica recurriendo a los diagramas del "espacio estratégico del crecimiento", definidos por Ansley Coale, los cuales combinan la tasa global de fecundidad con la esperanza de vida al nacimiento. Las trayectorias latinoamericanas son comparadas con las europeas y se precisa lo que sería la peculiaridad latinoamericana en la transición demográfica. Los datos necesarios para construir los diagramas del espacio estratégico del crecimiento en los casos de Argentina, México, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, El Salvador y Uruguay fueron estimados utilizando la *inverse projection,* un método creado por Ronald D. Lee, y están disponibles en el anexo 2 de este libro en mi sitio web recién indicado.

El capítulo 3 considera la evolución de la estructura de la población por edades y el envejecimiento; de nuevo se comparan los casos latinoamericanos con los europeos.

El capítulo 4 se ocupa del descenso de la mortalidad y la conquista de la salud. Se introduce el concepto de "transición epidemiológica" o "transición sanitaria" y se considera la evolución de la mortalidad por sexo, edad y causas de muerte; se analiza el final de las grandes epidemias y se estudian los cambios en la salud pública y la medicina, entre otros, que permiten explicar el cambio de la esperanza de vida al nacimiento, que va desde unos 30 años a mediados del siglo XIX hasta más de 70 años hacia finales del siglo XX.

El capítulo 5 estudia el descenso de la fecundidad y la llamada "segunda transición demográfica". Se otorga especial énfasis a la invención y difusión masiva de los métodos contraceptivos, y se analizan sus múltiples consecuencias en cuanto a las relaciones de género y la organización familiar. El concepto de "segunda transición demográfica" es polémico y hay demógrafos que lo consideran prematuro, o más bien resultado de un análisis puramente sociológico. Lo he incluido porque me parece que cubre un aspecto que de otro modo quedaría fuera de consideración. El lector debe decidir sobre su pertinencia o no.

El capítulo 6 se dedica a estudiar las migraciones a lo largo de toda la historia de América Latina, desde la conquista europea y la catástrofe demográfica en el siglo XVI hasta los movimientos de emigración que caracterizan las primeras décadas del siglo XXI.

El capítulo 7 se refiere al envejecimiento y sus consecuencias y cierra el libro con un cierto tono de inquietud y preocupación sobre el futuro que nos espera, pero sobre todo el que vivirán nuestros hijos y nietos.

Como colofón –esta es una palabra que me suena algo grandilocuente–, incluyo una nota sobre la pandemia debida al COVID-19. Como a todos en el mundo, este hecho nos agarró de sorpresa, y cambió radicalmente la perspectiva de que la última pandemia había sido la gripe española de 1918-1920. Como las cosas no han concluido, y los datos disponibles no son suficientes, decidí incluir una breve nota

al final del texto, en vez de tratar de integrarlo en el capítulo 4, donde estaría su residencia más lógica.

El pensamiento demográfico latinoamericano se va construyendo desde finales del siglo XIX y pasa por diferentes etapas que voy a tratar de resumir a continuación. Nace como una preocupación de los Estados nacionales en formación, heredera en un todo de las inquietudes del pensamiento ilustrado del siglo XVIII y el liberalismo triunfante del siglo XIX. El buen gobierno requiere el conocimiento de la población, sus características principales y su distribución geográfica. El lema de Alberdi "Gobernar es poblar" es recurrente a lo largo y ancho del continente hasta las primeras décadas del siglo XX, y va de la mano con la promoción de la inmigración; la imagen de que América Latina está llena de espacios vacíos que hay que poblar permanece vigente durante largos años. La promoción de la inmigración estuvo también cargada de tintes racistas, ya que se buscaba sobre todo a los europeos, "blancos e industriosos", con la intención manifiesta de que ayudaran a "mejorar" las razas locales. Todo esto se inscribía en la ideología del progreso; la modernización de los Estados implicó la organización de oficinas de estadística, la realización de los primeros censos y la publicación de estadísticas. En estos trabajos se incluyeron los primeros análisis de los datos recogidos y se trató de seguir los estándares internacionales relativos a las estadísticas, la clasificación de las causas de muerte, etc. Solo unos pocos países lograron llevar adelante, con regularidad, la realización de los censos y la publicación de estadísticas vitales, comerciales, agrícolas, monetarias, etc. Recién hacia 1950 casi todos los países latinoamericanos lograron incorporarse plenamente a la producción de estadísticas modernas, adoptando los estándares internacionales definidos por las Naciones Unidos y otros organismos internacionales. La realización de los censos de población de 1950, con el financiamiento y la asesoría del Bureau of the Census de los

Estados Unidos a través del IASI (Instituto Interamericano de Estadística), constituyó un hito particularmente significativo. En 1958, la creación del CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía), localizado en Santiago de Chile en el marco de la Cepal, fue otro hito importante: a través de becas y cursos, contribuyó decisivamente a la profesionalización de los funcionarios de las oficinas nacionales de estadística; a ello se sumó el desarrollo de la producción de datos demográficos mediante el uso de censos, encuestas y estadísticas vitales, la evaluación de la calidad de los datos disponibles, y la elaboración de proyecciones de población. La demografía y los datos demográficos eran concebidos como herramientas fundamentales para el buen gobierno y la programación de las políticas sociales. La agenda de investigación del CELADE seguía de cerca las preocupaciones básicas de las Naciones Unidas en el ámbito de la población: en esos años el énfasis iba hacia las consecuencias del fuerte crecimiento demográfico, las migraciones del campo a la ciudad, la mortalidad infantil y el control de la natalidad.

En las universidades los estudios demográficos se desarrollaron con lentitud; era lo esperable en un ámbito dominado por abogados, médicos e ingenieros. Actuarios y matemáticos calcularon las primeras tablas de mortalidad, y los temas de población aparecieron, poco a poco, en la geografía, la economía y la estadística. Hay que esperar a la década de 1960 para que, en el contexto de universidades que se modernizan y profesionalizan, sobre todo en el campo de las ciencias naturales y las ciencias sociales, surjan algunos centros de docencia e investigación: entre los más significativos, hay mencionar el *Centro de Estudios Económicos y Demográficos* de El Colegio de México en 1964, el *Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional* (CEDEPLAR) en la Universidade Federal de Minas Gerais en 1967, el *Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó"* (NEPO) de la Universidade Estadual de Campinas en 1982, el *Centro Centroamericano de Población* de la Universidad de Costa Rica en 1993, los

programas de Maestría y Doctorado en Demografía (1993 y 2001) de la Universidad Nacional de Córdoba, y la *Maestría en Población y Desarrollo de FLACSO-México* a partir de 1993. A este núcleo inicial, se han sumado después muchos otros programas de posgrado e investigación, al punto que hoy, en 2022, la lista es particularmente nutrida. Las asociaciones profesionales pronto hicieron también su aparición, primero a nivel nacional y luego a escala regional con la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) constituida en Caxambu (Brasil) en setiembre de 2004; ALAP cuenta hoy (2022) con más de 500 miembros pertenecientes a 30 países distintos. Estas asociaciones organizan reuniones científicas periódicas, publican libros y revistas, y promueven en forma muy significativa los estudios poblacionales. En el plano internacional, hay que destacar también el papel importante que han jugado y juegan la International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) y la Population Association of America (PAA). En las décadas de 1950 y 1960, los profesionales en el campo de la demografía se formaron básicamente en Europa (sobre todo en Londres y París) y en los Estados Unidos; ya en las décadas de 1970 y 1980, el panorama fue más variado, dada la oferta de maestrías y doctorados locales, y solo un grupo relativamente reducido pasó a culminar su formación fuera de la región latinoamericana.

En la década de 1980, comenzó a producirse un importante cambio de énfasis en las agendas de investigación demográfica. La cuestión del control natal evolucionó hacia la salud reproductiva, y enseguida se incorporaron temas como las relaciones de género, las etnias, las familias, los tipos de unión y los arreglos de convivencia, entre otros. El análisis demográfico convencional comenzaba a enriquecerse, y a la vez complicarse, con la introducción de conceptos y métodos más bien típicos de la sociología y la antropología. Podría decirse, en cierta forma, que la demografía "cualitativa" empezó a competir fuertemente con la demografía "cuantitativa", ampliamente dominante hasta

entonces. Años después, como resultado de los cambios demográficos, el tema del envejecimiento y sus consecuencias empezó también a llenar las agendas de investigación. El cambio climático y el impacto del crecimiento poblacional sobre el medio ambiente, por lo general subordinados al tema del desarrollo sostenible, empezaron también a imponerse desde los primeros años del siglo XXI. Por todo esto, y por la dinámica institucional recién mencionada, es esperable que la demografía latinoamericana continúe por mucho tiempo todavía en la vanguardia del pensamiento creativo.

Antes de cerrar el tema, caben unas breves consideraciones sobre la demografía histórica, una cuestión que he tratado extensamente en el capítulo 5 del volumen IX de la *Historia General de América Latina*, auspiciado por la Unesco (París, Editorial Trotta, 2006, pp. 103-117). La demografía histórica surgió en Europa y los Estados Unidos como un campo interdisciplinario especializado, a mediados del siglo XX. Primero bajo la influencia de la escuela francesa de Louis Henry, en las décadas de 1960 y 1970, y luego también bajo el influjo de los estudios del Grupo de Cambridge, en América Latina se constituyeron varios grupos de trabajo que, con el curso del tiempo, giraron hacia otras direcciones de investigación, como la historia social, la historia de las mentalidades y la historia cultural. A pesar de este recorrido particular, la historiografía producida bajo estos signos ha sido bastante rica, y se resume, al menos en sus líneas generales, en el presente libro.

De alguna manera, este libro se plantea como una continuación de la obra clásica de Nicolás Sánchez Albornoz, *La población de América Latina. Desde los tiempos precolombinos al año 2025* (Madrid, Alianza Editorial, 1994, [1973] edición revisada). A lo largo de los años, me he beneficiado del diálogo y la amistad con Hernán Otero, José Luis Moreno, María Cristina Cacopardo y Dora Celton, en Argentina, con María Luiza Marcilio, María Silvia Bassanezi y Sergio

Odilon Nadalin, en Brasil, con Cecilia Rabel, María Eugenia Zavala, y Marta Mier y Terán, en México, con Robert McCaa, George Lovell, Noble David Cook, Ronald D. Lee, Alberto Palloni, y Herbert S. Klein, en los Estados Unidos, con Nicolás Sánchez Albornoz en España y con Massimo Livi Bacci en Italia. A estos nombres hay que agregar los de los recordados Elsa Malvido, Woodrow Borah y Aníbal Arcondo. David Reher y Luis Rosero Bixby, colegas y amigos de tantos años y desafíos, han leído y comentado el texto que se presenta al lector, lo cual agradezco infinitamente; el Dr. Jorge Deliyore me hizo ver algunos errores en los capítulos 4 y 5. Gilbert Brenes y Carlos Revoratti leyeron todo el manuscrito e hicieron importantes sugerencias para mejorarlo. María Eugenia Zavala también lo leyó y me sugirió el contacto con la Editorial Teseo; sé bien que María Eugenia no comparte la utilización del concepto de "segunda transición demográfica". El *Centro Centroamericano de Población* de la Universidad de Costa Rica contribuyó financieramente para la publicación de la obra; agradezco mucho a su director, M. Sc. Jorge Barquero, por la pronta gestión de este apoyo. A todos, gracias de nuevo; por supuesto que soy el único responsable de los errores que puedan subsistir. Yolanda no solo ha leído y corregido el manuscrito; como siempre, me ha empujado a pulirlo y concluirlo. Silvia nos ha ayudado a renovar esperanzas, dentro de circunstancias personales, a veces difíciles y azarosas.

San José (Costa Rica)
25 de febrero de 2022.

1

La transición demográfica

Definiciones

El concepto de "transición demográfica" fue formulado a mediados del siglo XX, aunque el demógrafo francés Adolph Landry ya había propuesto hacia 1933 la noción muy similar de "revolución demográfica". Fueron autores como Frank Notestein y Kingsley Davis quienes emplearon el término luego de la Segunda Guerra Mundial, utilizando el vocablo aparentemente más neutro de "transición", y tuvieron gran éxito. El concepto se incorporó al vocabulario de las ciencias sociales y en pocos años se volvió relativamente común.[1]

El concepto de "transición demográfica" incluye tres dimensiones distintas. En primer lugar, se trata de una descripción de cambios estructurales de largo plazo, ocurridos básicamente en Europa entre 1750 y 1950; en segundo lugar, se postula un modelo causal de explicación de esos cambios; y, en tercer lugar, se incluye también la idea de convergencia global. Esto último quiere decir que, en cuanto aspecto del proceso de modernización, la transición demográfica será experimentada, tarde o temprano, por todos los países y regiones del mundo.[2]

---

1 Ver Chesnais, Jean-Claude. *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*. París: Presses Universitaries de France - INED, 1986., pp. 5-8.

2 Lee, Ronald D. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change". *The Journal of Economic Perspectives,* 17, n.º 4 (2003):

Así entendida, la transición demográfica comprende un largo período de cambios estructurales entre dos etapas de "equilibrio demográfico". Ambas, las fases pre y postransicional tienen un crecimiento poblacional casi nulo y una estructura de edades con una razón de dependencia cercana a 0,6.[3] En la fase pretransicional, el crecimiento nulo o casi nulo es el resultado de una combinación de tasas muy altas de fecundidad y mortalidad, mientras que en la fase postransicional el mismo resultado se alcanza con una combinación de tasas muy bajas de mortalidad y fecundidad. La proporción de gente en el grupo de edades de 15-64 años es similar en ambas fases, pero la composición del numerador de la razón de dependencia es radicalmente distinta. En la fase pretransicional, el grupo de edad de 0-14 años es mucho mayor que el grupo de 65 y más, mientras que en la fase postransicional el peso de ambos grupos es similar y cercano al 20 %. La transición demográfica es precisamente la gran transformación que conduce de una fase a la otra.

167-190.; Wilson, Chris. "On the Scale of Global Demographic Convergence, 1950-2000". *Population and Development Review,* 27, n.º 1 (2001): 155-172.

3 La razón o relación de dependencia es el cociente entre el total de la población dependiente económicamente (menores de 15 años más mayores de 65 años) y la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años); frecuentemente, se lo expresa también como porcentaje.

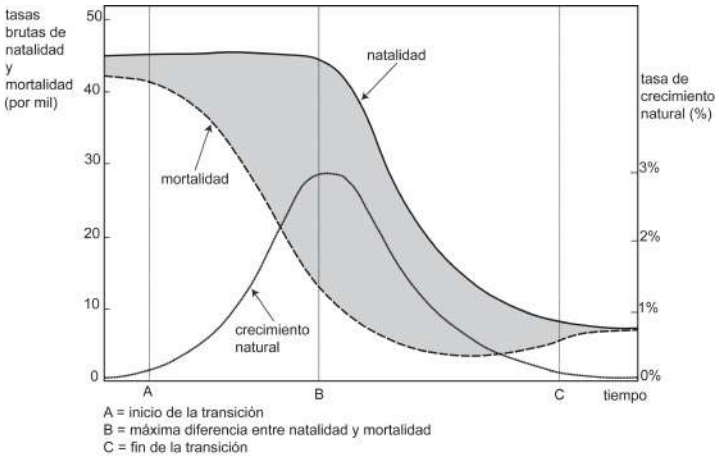


Gráfico 1.1. Esquema de la transición demográfica.

El proceso se presenta en forma esquemática en el gráfico 1.1, utilizando la evolución de las tasas brutas de natalidad y mortalidad y la tasa de crecimiento vegetativo o natural de la población. Como se puede ver, en la fase previa a la transición, las tasas brutas de natalidad y mortalidad oscilan entre el 40 y el 45 por mil y el crecimiento natural es bajo, apenas superando el 0 %. La transición se inicia con el descenso gradual de la mortalidad (línea A), mientras que la natalidad sigue siendo elevada y solo comienza a declinar muchos años después. El desfase entre ambos índices, representado por el área gris del gráfico 1.1, expresa precisamente la transición, reflejada, si miramos las tasas de crecimiento natural, en un aumento gradual, que llega a un máximo cuando la diferencia entre la natalidad y la mortalidad es mayor (línea B). A medida que avanzamos en el tiempo y cuando ambos índices siguen descendiendo progresivamente, la tasa de crecimiento natural también baja, acercándose a cero cuando las tasas brutas de natalidad y mortalidad están ya por debajo del 10 por mil (línea C). Este esquema general es claro pero muy simplificado;

eso se puede apreciar en cuanto observamos la evolución de la natalidad y la mortalidad en casos concretos, como veremos dentro de poco.

El rápido crecimiento de la población se basó en interacciones y cambios profundos entre la mortalidad y la fecundidad. En términos de la historia humana, la transformación vivida fue absolutamente nueva. El modelo explicativo habitual de la transición demográfica no incluye las migraciones, a pesar de que, durante la transición demográfica europea, la migración ultramarina fue muy fuerte. La explicación del descenso de la mortalidad se vincula a mejoras en la nutrición, la salud pública, las prácticas de higiene y los avances en la medicina, pero la particular combinación de estos factores y el peso relativo de cada uno de ellos son algo que solo resulta inteligible en cada caso específico. El descenso en la fecundidad, por su parte, dependió de cambios tanto en la conducta individual como en la grupal, incluyendo la modificación en la escala de valores que condujo a controlar el número deseado y efectivo de hijos.

Las visiones históricas globales del mundo moderno han considerado la transición demográfica como un aspecto de la revolución industrial y el proceso de urbanización; pero la historiografía reciente ha comenzado a modificar esta visión excesivamente esquemática subrayando el carácter global, interactivo y acumulativo de las fuerzas en juego: el capital, el Estado moderno y la ideología racionalista del mundo occidental. De hecho, el impacto social de la industrialización fue muy limitado antes de las últimas décadas del siglo XIX, mucho después del inicio de la transición demográfica. En sus orígenes, los motores del cambio parecen haber sido las complejas redes de conexiones implicadas por las así llamadas "revoluciones industriosas", la rápida expansión del comercio ultramarino, el desarrollo del Estado moderno y la fase final de la así llamada "gran domesticación".[4] Este último hecho se refiere al lento pero con-

---

4 Ver Bayly, Christopher Alan. *The Birth of the Modern World, 1780-1914: Global Connections and Comparisons*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2004., pp. 49-82.

tinuo avance de la frontera agrícola sobre los bosques y tierras "vacías" disponibles desde mediados del siglo XVIII en el norte y el este de Europa, Siberia y vastas zonas interiores de África, Asia y las Américas. Dicho en breve, la transición demográfica no fue un simple resultado de la industrialización, sino el efecto global, acumulativo e interactivo de fuerzas que venían operando desde los comienzos de la modernización. Este marco general es importante para captar los múltiples significados de la convergencia demográfica global y entender apropiadamente cómo experimentó América Latina la transición demográfica.

Observando casos europeos y latinoamericanos

Las largas series inglesas, reconstruidas pacientemente por Wrigley y Schofield a partir de 1541, nos permiten una observación privilegiada a lo largo de casi quinientos años. Hasta mediados del siglo XVIII, las fuertes oscilaciones de la mortalidad comprometían a menudo el crecimiento demográfico; las tendencias en la tasa de crecimiento natural mostraban un continuo decrecimiento desde niveles próximos al 1 % anual en la segunda mitad del siglo XVI hasta casi cero en la segunda mitad del siglo XVII. La recuperación paulatina durante el siglo XVIII cruza la línea del 1 % anual poco antes de 1800 y se mantiene en ese nivel durante todo el siglo XIX; con todo, el crecimiento es moderado pues nunca llega al 2 % anual; durante el siglo XX, el descenso paulatino conduce otra vez a niveles próximos a cero ya en las puertas del siglo XXI. Estos movimientos responden, como se puede apreciar bien en el gráfico 1.2, a un descenso suave y desfasado entre las tasas de mortalidad y natalidad; durante el siglo XX, la proximidad de ambas curvas se asemeja, aunque con oscilaciones poco violentas, a la situación de los siglos XVI y XVII.

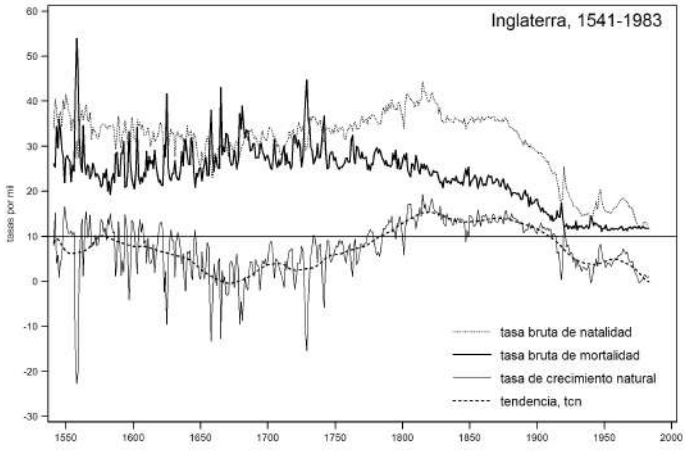


Gráfico 1.2. La transición demográfica en Inglaterra, 1541-1983.[5]

En el conjunto, la transición demográfica inglesa fue lenta y se produjo a ritmos moderados; no hubo nada semejante a la explosión demográfica experimentada por los países del tercer mundo durante el siglo XX. Nótese además que, en nuestro análisis de la transición, examinamos únicamente la tasa de crecimiento natural, derivada directamente del juego entre la natalidad y la mortalidad; la migración queda así excluida del análisis. Más adelante volveremos sobre el tema.

Suecia es otro caso emblemático en el estudio de la transición demográfica. Las tasas respectivas se presentan en el gráfico 1.3. El período de observación es mucho menor que en el caso inglés, pero se extiende a lo largo de 250 años. La coincidencia en las fases de la transición

---

5 Los datos provienen de Wrigley, Edward Anthony y Schofield, Roger. *The Population History of England, 1541-1871. A Reconstruction*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.; Keyfitz, Nathan y Flieger, Wilhelm. *Demografía: métodos y modelos estadísticos*. Trad. Cambiaggio, Stella. Buenos Aires: Marymar, 1975., pp. 507-508.

demográfica resulta sintomática; hasta inicios del siglo XIX, impera el régimen demográfico tradicional, mientras que el descenso desfasado entre la mortalidad y la natalidad ocurre a lo largo de todo el siglo XIX y parte del XX. La tasa de crecimiento natural es bastante similar a la inglesa, sobrepasando el 1 % durante toda la transición, para luego caer y acercarse a cero a finales del siglo XX.

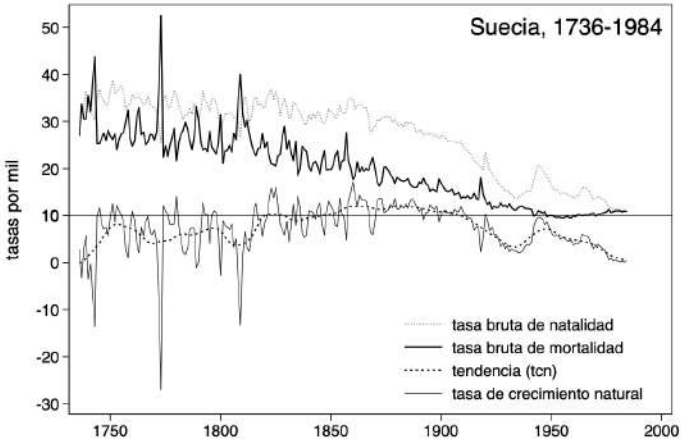


Gráfico 1.3. La transición demográfica en Suecia, 1736-1984.[6]

De nuevo tenemos un proceso largo con niveles de aumento constantes pero moderados. Inglaterra y Suecia ilustran bien lo que fue la transición demográfica europea más típica. Veamos ahora los ejemplos latinoamericanos.

En el caso de Costa Rica (gráfico 1.4), disponemos de series anuales a partir de 1750, algo único dentro de los países latinoamericanos. Esto nos permite observar la situación desde las últimas décadas del período colonial.

---

6 Datos de Keyfitz y Flieger, *Demografía: métodos y modelos estadísticos*., pp. 500-508; 526-534.

Llaman la atención los niveles de mortalidad y natalidad, mucho más altos que los de Inglaterra y Suecia, con picos de mortalidad elevadísimos debido a grandes epidemias (por ejemplo, la pandemia de viruela en 1781 y el cólera morbus en 1856). La natalidad, en cambio, muestra menos fluctuaciones y se mantiene invariablemente alta hasta la segunda mitad del siglo XX.

El crecimiento demográfico supera el 1 % anual a lo largo del siglo XIX y se eleva gradualmente en el siglo XX para alcanzar niveles explosivos (3 % o más) en la década de 1950. En resumen, la transición demográfica parece haberse iniciado en la segunda mitad del siglo XIX, luego de la gran epidemia de 1856, y se completa más de un siglo después, hacia fines del siglo XX; es una transición larga, caracterizada por un crecimiento demográfico fuerte.

Otro ejemplo típico se puede observar en el caso de Chile (gráfico 1.5), con datos anuales a partir de 1850. La tasa de crecimiento natural se mueve siempre por encima del 1 % anual (o 10 por mil), y se eleva rápidamente en la década de 1930 (debido a la caída en la mortalidad) para superar el 2 % anual en la década de 1960. Al igual que en el caso de Costa Rica, los niveles de mortalidad y natalidad iniciales son bastante más elevados que en los casos de Inglaterra y Suecia. El descenso de la natalidad es rápido: en menos de veinte años, la tasa bruta cae de un 38 por mil (hacia 1960) a un 20 por mil (hacia 1980); y la declinación se prolonga luego hasta finales del siglo XX. En el descenso de la mortalidad, se observan dos fases: a) una caída fuerte desde la década de 1920 hasta 1950; y b) un descenso mucho más suave desde los años cincuenta hasta finales del siglo; al final, la mortalidad se estaciona en torno a un 8 por mil.

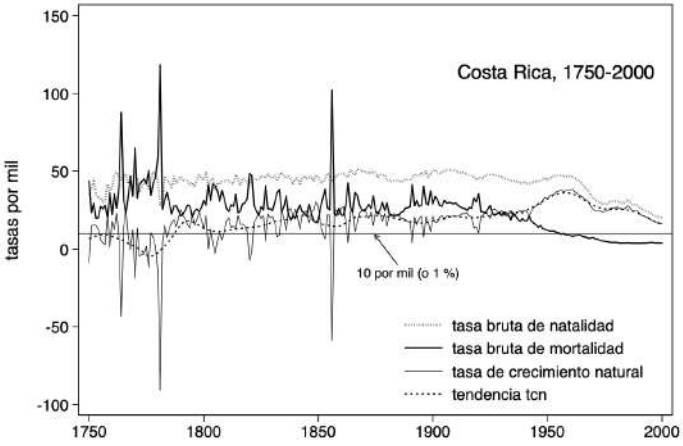


Gráfico 1.4. La transición demográfica en Costa Rica, 1750-2000.[7]

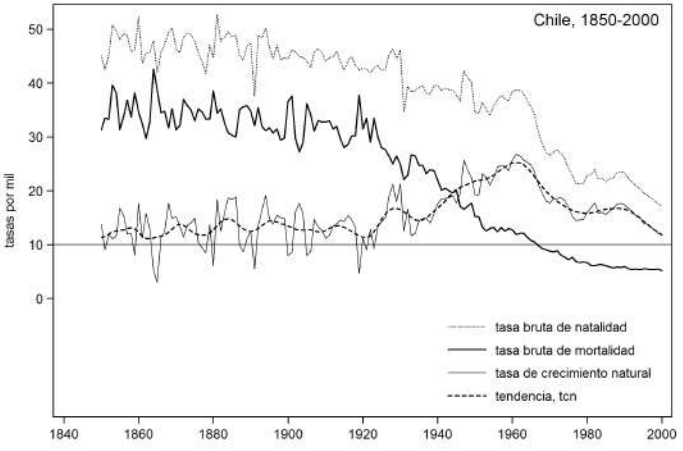


Gráfico 1.5. La transición demográfica en Chile, 1850-2000.

7 Para las fuentes de datos de los gráficos 1.4 a 1.15, ver el anexo 1.

Consideremos ahora otros casos latinoamericanos donde reencontraremos el patrón típico ya hallado en los de Costa Rica y Chile. Comencemos con México (gráfico 1.6). Una vez pasado el período de la Revolución mexicana (1911-1920), la mortalidad desciende en forma firme y continua hasta la década de 1980, cuando se estaciona en niveles muy bajos, alrededor del 8 por mil. La natalidad, en cambio, se mantiene por encima del 40 por mil hasta finales de la década de 1970, cuando empieza un descenso pronunciado que se prolonga hasta las primeras décadas del siglo XXI.[8] El fuerte desfase entre la caída de la mortalidad y la natalidad se refleja en una tasa de crecimiento natural "explosiva", superando el 30 por mil (o tres por ciento anual) en las décadas de 1950 y 1960. El descenso en el crecimiento natural, paralelo a la caída en la natalidad, es firme, pero supera todavía el 1 % anual en los primeros años del siglo XXI.

Venezuela y Brasil (gráficos 1.7 y 1.8, respectivamente) reproducen, de cerca, el patrón mexicano, excepción hecha, claro está, de la coyuntura particular de la Revolución mexicana. Una natalidad muy elevada que solo comienza a descender en la década de 1960, y lo hace desde entonces en forma persistente hasta el umbral del siglo XXI, y una mortalidad que empieza a caer, de manera constante, desde la década de 1920, para estacionarse en niveles muy bajos hacia 1980. La tasa de crecimiento natural se eleva rápidamente desde inicios del siglo XX para alcanzar una cúspide notable (por encima del 3 % anual) hacia 1950/1960; una caída constante desde entonces se prolonga hasta inicios del siglo XXI, con un descenso más notable en el caso de Brasil que en el de Venezuela.

---

8 Zavala de Cosío, M.aría Eugenia. *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*. México: Fondo de Cultura Económica/El Colegio de México, 1992.

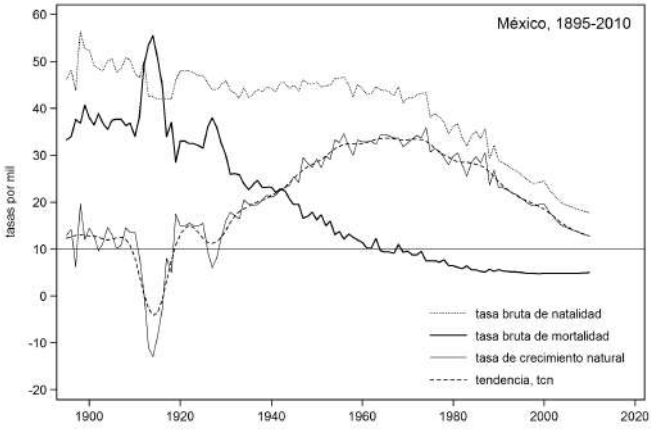


Gráfico 1.6. La transición demográfica en México, 1895-2010.

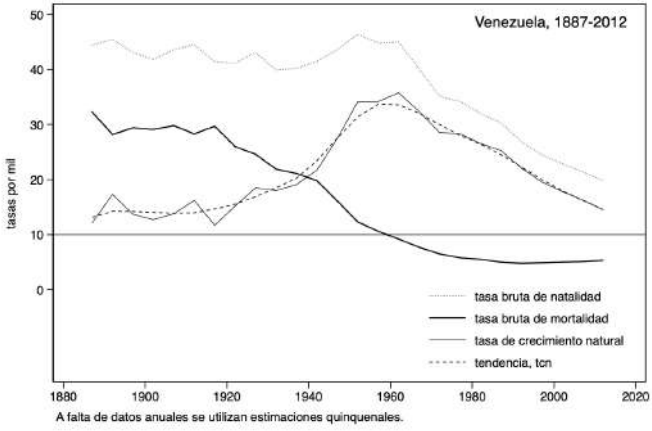


Gráfico 1.7. La transición demográfica en Venezuela, 1887-2012.

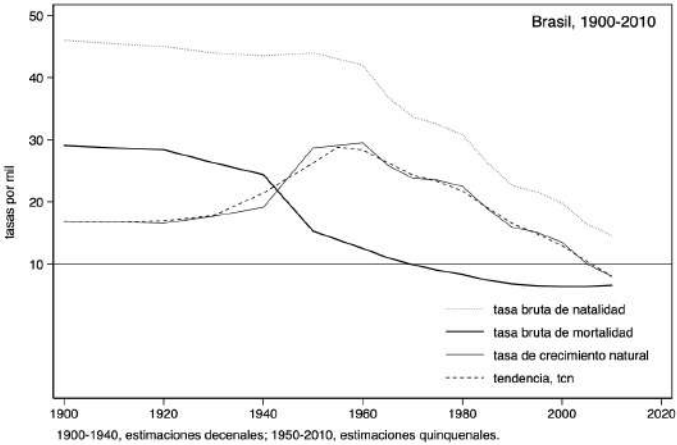


Gráfico 1.8. La transición demográfica en Brasil, 1900-2010.

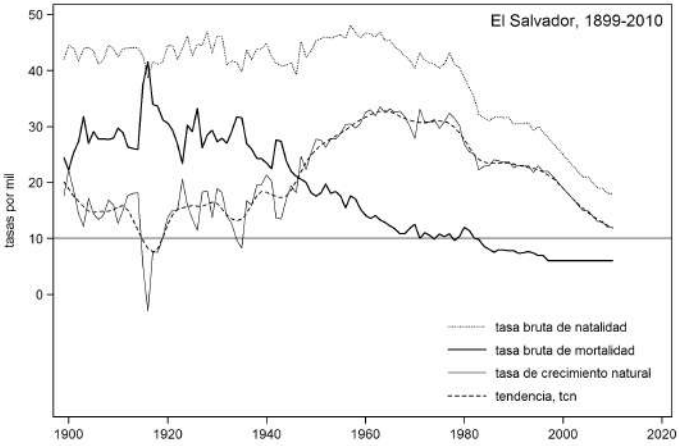


Gráfico 1.9. La transición demográfica en El Salvador, 1899-2010.

Un patrón similar de transición demográfica se observa en el caso de El Salvador (gráfico 1.9), aunque la natalidad cae algo más tarde, en las décadas de 1970 y 1980, mientras que lo mismo ocurre con la mortalidad, cuyo descenso recién empieza hacia 1945. La transición aparece bien consolidada hacia 2010. Aunque no tenemos series largas que nos permitan una observación detallada, este patrón típico también se encuentra en Colombia, Perú (gráfico 1.10), Ecuador (gráfico 1.11), Panamá y la República Dominicana.

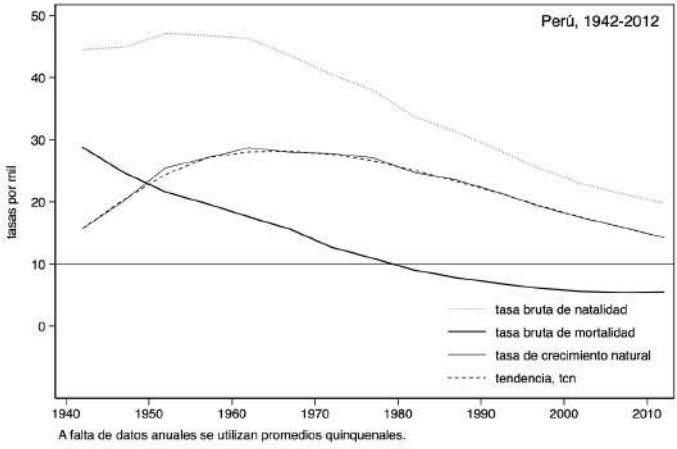


Gráfico 1.10. La transición demográfica en Perú, 1942-2012.

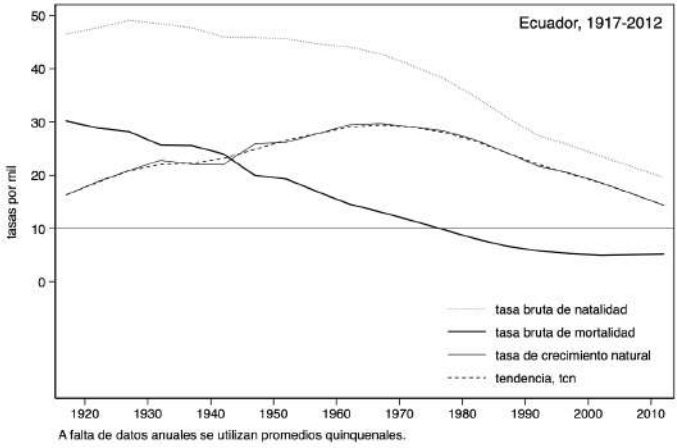


Gráfico 1.11. La transición demográfica en Ecuador, 1917-2012.

Argentina y Cuba muestran un patrón diferente (gráficos 1.12 y 1.13, respectivamente). Ambos países parecen experimentar la transición ya al inicio del período de observación, al menos si nos atenemos al movimiento descendente de la natalidad y la mortalidad, y a la diferencia entre ambas curvas. En Argentina la natalidad muestra tres fases: a) un descenso fuerte y continuo desde niveles muy elevados en las décadas finales del siglo XIX; b) un largo estacionamiento alrededor del 25 por mil observable entre 1930 y 1980; y c) un descenso suave pero continuo a partir de la década de 1980. La mortalidad muestra también tres fases distintas: a) un descenso leve en las décadas finales del siglo XIX; b) una declinación notable desde inicios del siglo XX hasta la década de 1950; c) y muy pocas variaciones, alrededor del 8 por mil, entre 1950 y 2010. La tasa de crecimiento natural se mueve alrededor del 20 por mil durante casi todo el período, con oscilaciones largas que siguen de cerca los movimientos de la natalidad; solo en la

primera década del siglo XXI, la tasa de crecimiento natural llega al 10 por mil.

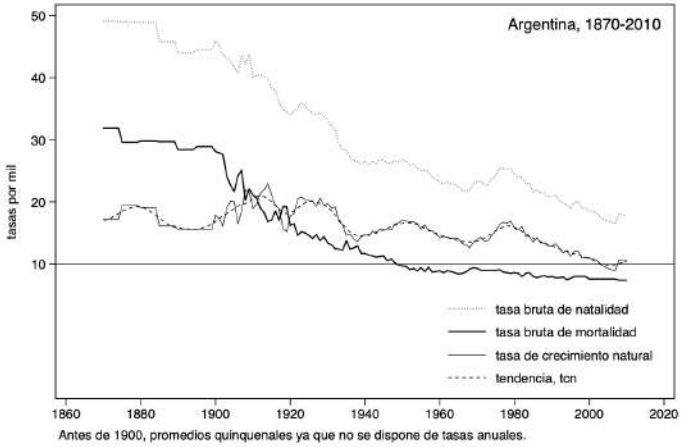


Gráfico 1.12. La transición demográfica en Argentina, 1870-2010.

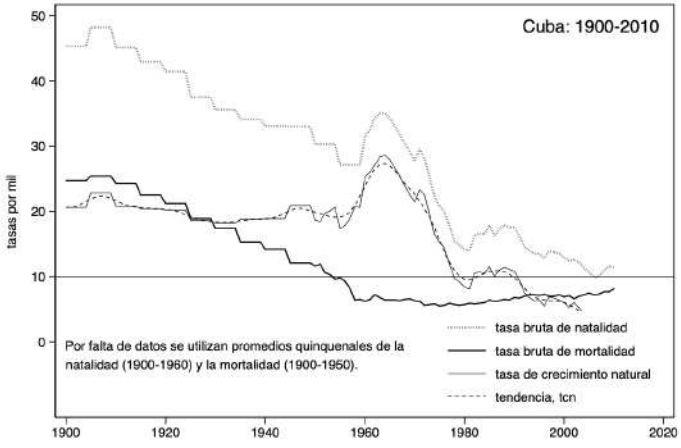


Gráfico 1.13. La transición demográfica en Cuba, 1900-2010.

En suma, el caso argentino parece ejemplificar una transición demográfica muy peculiar;[9] el proceso se inicia muy temprano (a finales del siglo XIX) y se prolonga durante todo el siglo XX.

Aunque la observación se limita al siglo XX, el caso cubano muestra similitudes con el argentino. La mortalidad desciende regularmente durante la primera mitad del siglo XX y se estaciona a finales de la década de 1950 bien por debajo del 10 por mil, y con escasas fluctuaciones. La natalidad también declina, pero cae por debajo del 30 por mil recién en la década de 1950; luego de un breve *baby boom* en los primeros años de la Revolución cubana, declina primero muy rápido y luego en forma más suave, tras lo cual llega al 10 por mil en los umbrales del siglo XXI.

Un caso relativamente similar es el de Uruguay,[10] donde la transición demográfica parece haber comenzado antes del período de observación, para el cual disponemos de datos.

La natalidad desciende regularmente desde finales del siglo XIX y se estaciona levemente por encima del 20 por mil en la década de 1930; hacia 1980 comienza otra fase de descenso que continúa a inicios del siglo XXI. La mortalidad es muy baja ya a finales del siglo XIX y desciende suavemente por debajo del 10 por mil en la década de 1940, manteniéndose en esos mismos niveles hasta el final del período de observación. De acuerdo con estos datos, el caso uruguayo sería el de transición más temprana en toda América Latina.

---

9 Ver Pantelides, Edith A. *Evolución de la fecundidad en la Argentina*. Buenos Aires, Santiago, Chile: Centro de Estudios de Población. Centro Latinoamericano de Demografía, 1979.; Pantelides, Edith A. *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX*. Cuaderno del CENEP: Cuadernos del CENEP. Buenos Aires: CENEP, 1989.

10 Ver Rothman, Ana María. *Evolución de la fecundidad en Argentina y Uruguay*. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella, 1970.

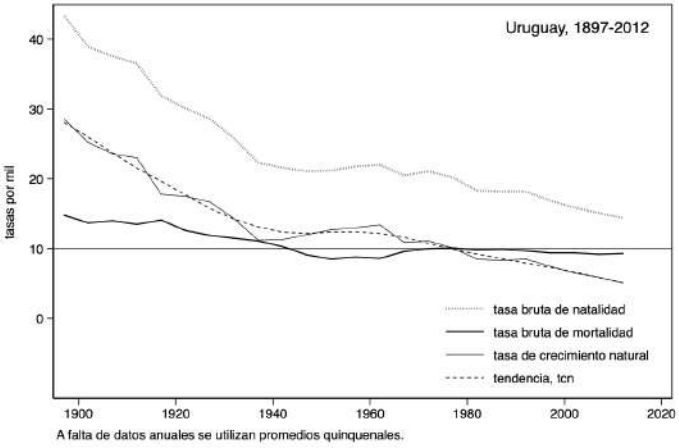


Gráfico 1.14. La transición demográfica en Uruguay, 1897-2012.

Guatemala (gráfico 1.15) muestra un ejemplo de lo que podríamos denominar una transición tardía. La mortalidad empieza a bajar recién hacia 1950, mientras que el descenso de la natalidad solo se afirma en la década de 1980. A comienzos del siglo XXI, la tasa de crecimiento natural supera todavía el 2 % anual. Otros países que comparten esta situación, pero para los cuales no tenemos series largas suficientemente confiables, son Bolivia, Haití, Nicaragua, Honduras y posiblemente Paraguay.[11]

11 En el caso del Paraguay, se carecen de estadísticas vitales confiables. Así, por ejemplo, en 1966-1999, la Dirección General de Estadística y Censos estimó un subregistro de la mortalidad registrada entre 37 % y 4 1 %; ver PAHO. "Paraguay, Country profile". *Epidemiological Bulletin,* 25, n.º 2 (2004): 12-15.

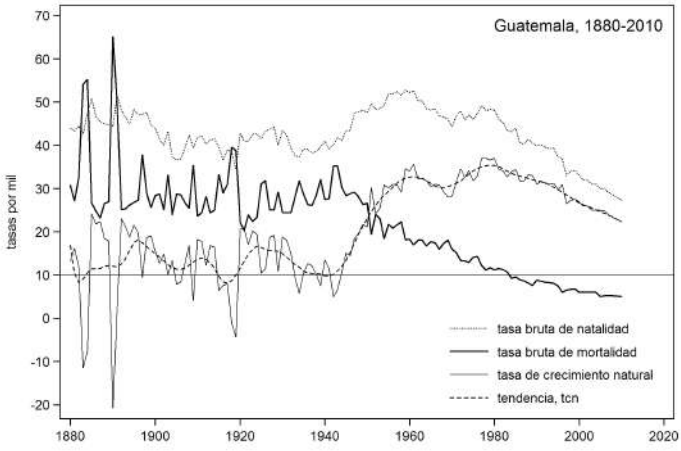


Gráfico 1.15. La transición demográfica en Guatemala, 1880-2010.

En resumen, la observación de los casos latinoamericanos parece mostrar tres patrones distintos de transición demográfica: a) la transición temprana, ilustrada por los casos de Uruguay, Argentina y Cuba; b) la transición típica, ejemplificada por Costa Rica, Brasil, Chile, Venezuela, El Salvador, Perú, Ecuador, México, Colombia, República Dominicana, Puerto Rico y Panamá; c) y la transición tardía, ilustrada por Haití, Bolivia, Nicaragua, Honduras, Guatemala y Paraguay. Las características básicas de cada uno de estos modelos se resumen a continuación.

En la *transición temprana*, la tasa bruta de mortalidad desciende regularmente desde finales del siglo XIX hasta la década de 1950, y permanece desde entonces por debajo del 10 por mil; la tasa bruta de natalidad declina también desde finales del siglo XIX, se estaciona en valores próximos al 25 por mil en la década de 1940, y baja pronunciadamente en la década de 1980. Lo que se observa en estos casos de transición temprana es un descenso casi paralelo en la mortalidad y la natalidad, lo que origina tasas de crecimiento

positivas pero relativamente moderadas, con fluctuaciones que siguen de cerca las oscilaciones de la natalidad. En el caso de Cuba, se observa un rápido pero finalmente corto aumento de la natalidad durante los primeros años de la Revolución, el cual fue claramente excepcional.

La *transición típica* se caracteriza por un descenso continuo de la mortalidad a partir de la década de 1920, tras lo cual se llega a un nivel por debajo del 10 por mil recién hacia 1980; la natalidad, muy elevada, alcanza una cima en las décadas de 1950 y 1960, y cae de manera moderada a partir de 1970 y de manera drástica desde la década de 1990. La tasa de crecimiento sigue una curva en forma de campana, con máximos hacia 1960.

La *transición tardía*, por su parte, sigue de cerca el patrón de la típica, pero con dos diferencias: la tasa bruta de mortalidad recién llega a su nivel más bajo en la década de 1990, y la tasa bruta de natalidad solo comienza a descender en la década de 1980.

Para completar la observación de casos latinoamericanos y europeos, conviene examinar el caso español (gráfico 1.16). Algunos paralelismos con los casos latinoamericanos de transición temprana llaman la atención. La mortalidad desciende desde finales del siglo XIX y recién se estaciona por debajo del 10 por mil hacia 1960, mientras que se observan tres momentos puntuales de fuertes aumentos: 1885 (epidemia de cólera), 1918 (epidemia de la gripe española) y 1938-1941 (guerra civil). La natalidad desciende regularmente desde los inicios del siglo XX y se estaciona alrededor del 20 por mil entre 1940 y 1978, para caer después a niveles similares a los de la mortalidad a finales del siglo XX.

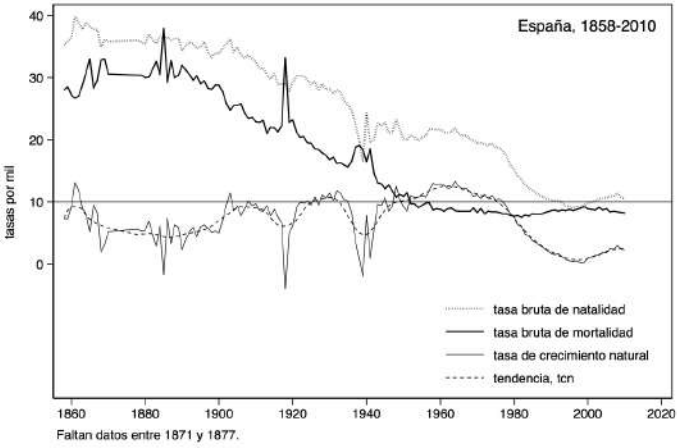


Gráfico 1.16. La transición demográfica en España, 1858-2010.[12]

El crecimiento de la población

Un efecto directo de la transición demográfica es el rápido crecimiento de la población. Nos concentraremos en el examen de la evolución de la población total y de su tasa de crecimiento medio anual, por países y regiones, a partir de 1800. Recurriendo a las proyecciones de las Naciones Unidas, del CELADE y del Bureau of the Census de los Estados Unidos, extenderemos la observación hasta 2050. El gráfico 1.17 muestra la evolución de la población total del conjunto de América Latina en una perspectiva comparativa con países asiáticos, Europa Occidental y los Estados

12 Los datos provienen de Nadal, Jordi. *La población española (siglos XVI a XX)*. Barcelona: Ariel, 1971., pp. 129-130; Nations, United. *Demographic Yearbook, Historical supplement, 1948-97*. Nueva York: United Nations, 1998.; datos del Instituto Nacional de Estadísticas a partir de 1995.

Unidos. Las poblaciones de China e India[13] superan en muchos millones las poblaciones del hemisferio occidental y de otras regiones asiáticas; a finales del siglo XX, llama la atención el contraste entre el crecimiento explosivo de la India y el freno evidente de la población china. La de Europa Occidental[14] crece, en cambio, en forma muy lenta, pasando de 140 millones en 1820 a 400 millones hacia 2020; y esta última cifra se mantendrá fija probablemente hasta 2050. Japón e Indonesia tienen poblaciones de un volumen similar entre 1900 y 1970; luego las trayectorias divergen: la japonesa sigue creciendo muy pausadamente y empieza a declinar hacia 2010; hacia 2050 la de Indonesia superará probablemente los 300 millones, es decir, tendrá un volumen tres veces mayor que el de la japonesa: transición demográfica completa, en un caso, y fuerte explosión demográfica, en el otro.

La población de América Latina experimentó un crecimiento lento en el siglo XIX, fuerte durante casi todo el siglo XX, y contenido en las primeras décadas del siglo XXI. La población latinoamericana supera a la de los Estados Unidos hacia 1950 y a la de Europa Occidental hacia 1990 (gráfico 1.17). La escala del gráfico no permite visualizar bien la evolución de América Latina con respecto a los Estados Unidos y Europa Occidental. Esto se puede hacer observando los gráficos 1.18 y 1.19. En el siglo XIX, la población latinoamericana creció regularmente por encima del 1 % anual, el crecimiento se acelera notoriamente a partir de 1920 y alcanza una cúspide a mediados del siglo XX, para luego descender regularmente en el siglo XXI. La comparación con los Estados Unidos es interesante. Hacia 1800, la población de los Estados Unidos apenas superaba los 5

---

13 Para fines comparativos, se suman las poblaciones de la India, Pakistán y Bangladés, lo cual corresponde aproximadamente a la India bajo la dominación británica.

14 Incluye Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Suiza, los Países Bajos, Suecia, Noruega, España, Portugal, Irlanda y el Reino Unido.

millones de habitantes, es decir, era tres veces menor que la población del conjunto de la América Latina; el crecimiento continuo del poblamiento norteamericano, que atrajo, como se sabe, a millones de inmigrantes europeos, revirtió la situación hacia 1860, cuando la población de los Estados Unidos superó los totales latinoamericanos. Esta situación se mantuvo durante casi un siglo, hasta que hacia 1950 la latinoamericana volvió a superar a la de los Estados Unidos, manteniendo una brecha de unos 100 millones de habitantes durante las primeras décadas del siglo XXI.

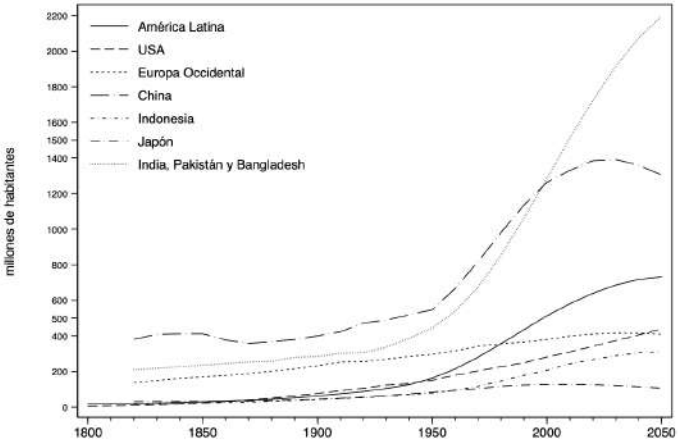


Gráfico 1.17. Evolución de la población total de América Latina, Europa Occidental, Estados Unidos, China, Japón, Indonesia e India, Pakistán y Bangladés, 1800-2050.[15]

15 Los datos de América Latina provienen del anexo 1; los de Estados Unidos, de las cifras oficiales del Bureau of the Census; el resto, de Maddison, Agnus. "Statistics on World Population, GDP and Per Capita GDP, 1-2008 AD (Vertical File)". University of Groningen. Acceso: julio de 2012. En bit.ly/3sXrDyx.

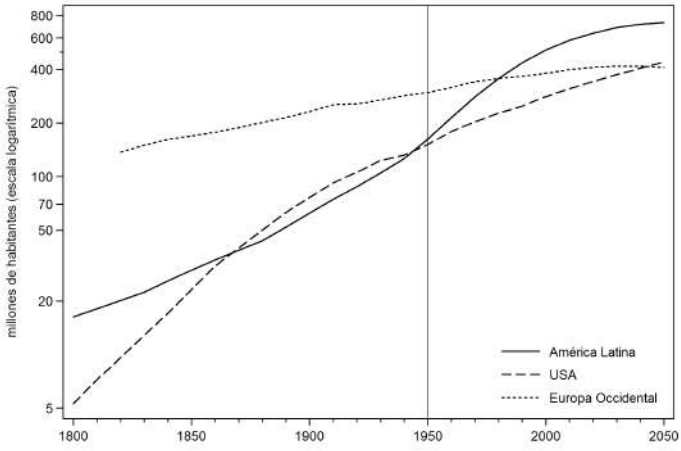


Gráfico 1.18. Evolución de la población total en América Latina, los Estados Unidos y Europa Occidental, 1800-2050.

Las tasas de crecimiento medio anual de la población de los Estados Unidos (gráfico 1.19) muestran una disminución regular desde la segunda mitad del siglo XIX, producto de la disminución relativa de las llegadas anuales de inmigrantes y de un descenso paulatino de la fecundidad. El lento crecimiento de la población de Europa Occidental contrasta con las explosiones americanas, y, como se puede apreciar en el gráfico 1.19, la tasa media anual osciló alrededor del 0,5 % en el largo período que transcurre desde 1820 hasta 2050. La comparación con las tasas de crecimiento de los países asiáticos considerados (gráfico 1.20) es también instructiva; hasta la segunda mitad del siglo XX, las tasas medias de incremento de la población latinoamericana van muy por encima de las asiáticas; solo hacia 1970 el ritmo de crecimiento de la población de la India, Pakistán y Bangladés alcanza valores similares a los del ritmo de crecimiento latinoamericano.

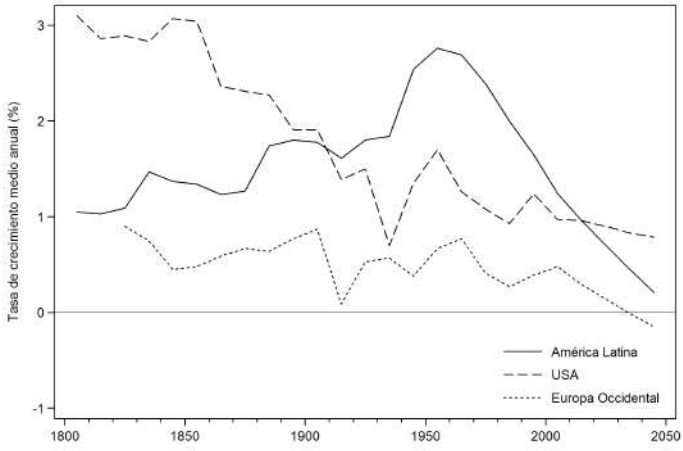


Gráfico 1.19. Tasas de crecimiento medio anual de la población de América Latina, los Estados Unidos y Europa Occidental, 1800-2050.

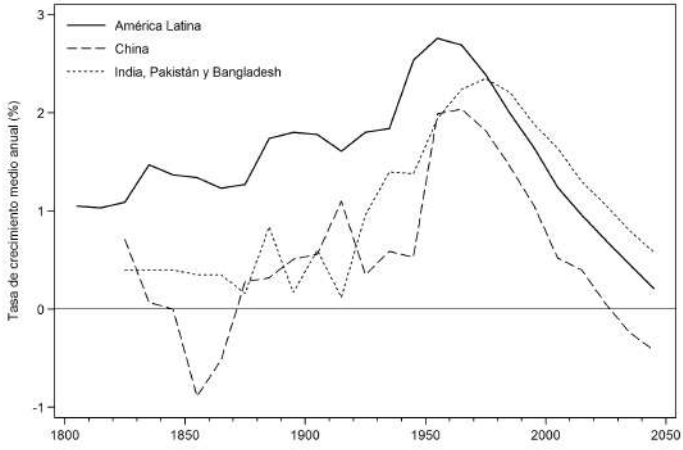


Gráfico 1.20. Tasas medias de crecimiento anual de la población de América Latina, China e India, Pakistán y Bangladés, 1800-2050.

Una de las lecciones más obvias que se desprende de los datos observados es que las poblaciones crecen, a lo largo de los 250 años examinados, a ritmos muy distintos; por otra parte, también es evidente que en los países de Europa Occidental, de donde provienen los casos típicos que dieron origen a la noción de "transición demográfica", la población creció a un ritmo que se puede calificar, una vez planteada una perspectiva comparada, como muy moderado.

El multiplicador de la transición

Un intento por esclarecer el problema fue propuesto por Jean Claude Chesnais, recurriendo a la noción de "multiplicador de la transición".[16] La idea es simple, una vez identificados el comienzo y el fin de la transición, se comparan las cifras iniciales y finales de la población total y se calcula el multiplicador necesario para pasar de la población inicial a la población final; el número de años transcurridos entre ambos momentos también se toma en consideración para completar la evaluación. Así, por ejemplo, en el caso de la India, la transición habría comenzado en 1920 y estaría completa hacia 2010; en un lapso de 90 años, la población total se multiplicó 3,77 veces. En México el proceso se habría también iniciado hacia 1920 y completado en 2000; la transición habría durado 80 años, mientras que la población se multiplicó 7,02 veces.[17] En el caso de los países europeos, la transición fue mucho más larga, y los multiplicadores, menores. En Suecia duró 150 años, desde 1810 hasta 1960, y el valor del multiplicador fue de 3,83; en Italia se habría extendido desde 1876 hasta 1965, con un multiplicador de 2,26, mientras que en Francia el

16 Ver Chesnais, *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*., pp. 291-308.

17 Chesnais, *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*., p. 301.

lapso fue de 185 años (1785-1970), y un multiplicador de apenas 1,62.[18]

La idea de Chesnais es interesante y permite un enfoque claro y sintético de la duración y la intensidad de la transición.[19] Su principal limitación tiene que ver con lo difícil que es establecer con claridad cuándo inicia la transición; lo cual se desprende claramente de la observación de series largas sobre la evolución de la natalidad, la mortalidad y las tasas de crecimiento. Nótese, por ejemplo, que, en la América Latina del siglo XIX, se observan ritmos de crecimiento anual muy por encima del 1 % anual, algo que, si se compara con los ritmos europeos, parecería un patrón típico de la transición demográfica; se trata, sin embargo, de poblaciones y sociedades que difícilmente podrían calificarse como modernas, al menos en el mismo sentido en que lo serían Inglaterra y Francia. Un problema adicional, relativo al inicio de la transición, es que en muchos casos no existen buenos datos para el siglo XIX, por lo cual estamos condenados a iniciar la observación en una época en la cual la transición demográfica podría perfectamente haber ya comenzado. Establecer el fin de la transición resulta mucho más fácil, en primer lugar, porque se trata de un fenómeno reciente y, por ende, disponemos de información demográfica mucho más abundante y confiable, y, en segundo lugar, porque la tasa de crecimiento cero, o próxima de cero, muestra muy pocas oscilaciones debido a los niveles muy bajos de la natalidad y la mortalidad. Muy distinta era la situación antes del inicio de la transición, cuando la tasa de crecimiento cero era el resultado de una mortalidad y natalidad elevadas pero fluctuantes, como bien puede observarse en las series largas de Inglaterra (gráfico 1.2), Suecia (gráfico 1.3) y Costa Rica (gráfico 1.4).

---

18 Chesnais, *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*., p. 294.

19 Para una formalización más detallada del concepto, ver Chesnais, J.-C. "Demographic transition patterns and their impact on the age structure". *Population and Development Review,* 16, n.º 2 (1990): 327-336.

Conclusiones

La observación de las tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural, al igual que de las cifras sobre la población total y su ritmo de crecimiento, permiten un estudio somero de la transición demográfica. Sin embargo, no siempre es fácil identificar cuándo comienza y cuándo termina en verdad la transición. La dinámica demográfica depende del juego de la mortalidad, la natalidad y la migración, pero no se puede entender cabalmente sin considerar la estructura de la población por sexo y edades. Dicho de otro modo, un mismo juego de valores relativo a la natalidad y la mortalidad puede tener consecuencias demográficas muy diferentes en poblaciones con estructuras de sexo y edades también distintas.

Los clásicos trabajos de Lotka,[20] seguidos por los de Ansley Coale[21] y Bourgeois-Pichat,[22] han permitido entender apropiadamente el papel de la estructura por edades en la dinámica demográfica. El concepto central de estos análisis es el de "población estable". Lotka demostró que una población sometida a tasas de mortalidad y natalidad constantes, durante un cierto período, termina teniendo una estructura por edades también constante; a estas poblaciones teóricas, las denominó "estables". Resulta muy útil comparar las trayectorias de las poblaciones observadas con las condiciones de estabilidad. De hecho, las poblaciones estables ofrecen un marco comparativo que Livi Bacci[23] ha denominado "espacio estratégico del crecimiento". La tarea

---

20 Lotka, Alfred J. *Théorie analytique des associations biologiques*. París: Hermann, 1939.

21 Coale, Ansley J. *The growth and structure of human populations: a mathematical investigation*. Princeton: Princeton University Press, 1972.

22 Nations, United. *Le concept de population stable. Application à l' étude des populations des pays ne disposant pas de bonnes statistiques démographiques*. Nueva York: Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, 1966.

23 Livi Bacci, Massimo. *Historia mínima de la población mundial*. Trad. Pentimalli, Atilio. Barcelona: Ariel, 1990., pp. 33-37.

del próximo capítulo es precisamente observar los diferentes casos latinoamericanos dentro de dicho espacio. Como veremos, esto permitirá un análisis mucho más detallado del proceso de transición demográfica.

2

El espacio estratégico del crecimiento demográfico

Definiciones

Al final de un vasto proyecto sobre el descenso de la fecundidad en Europa, Ansley J. Coale[24] propuso, como un instrumento didáctico para la presentación sintética de los resultados, un diagrama que permite visualizar el espacio estratégico del crecimiento demográfico.[25] El gráfico contrasta la fecundidad y la mortalidad en las poblaciones observadas con un "mapa" de las diferentes combinaciones de fecundidad y mortalidad que producen tasas de crecimiento entre -1 % y 3,5 % anuales en las poblaciones estables. Las poblaciones estables son poblaciones teóricas, definidas por tasas de mortalidad y fecundidad constantes[26] a lo largo del tiempo (el crecimiento es, por ende, también

---

24 Coale, Ansley J. y Cotts Watkins, Susan (eds). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton: Princeton University Press, 1986., pp. 2-7.

25 Como se indicó en el capítulo 1, la denominación de "espacio estratégico del crecimiento demográfico" fue propuesta por Livi Bacci. Ver Livi Bacci, Massimo. *Historia mínima de la población mundial*. Trad. Pentimalli, Atilio. Barcelona: Ariel, 1990., pp. 33-37.

26 Para el cálculo de una población estable, se necesita definir la mortalidad y la fecundidad por edades; en la década de 1960, Ansley Coale construyó un repertorio de tablas de mortalidad a partir de los datos disponibles para los siglos XIX y XX, definió también patrones típicos de fecundidad por edad y calculó las poblaciones estables correspondientes a los distintos niveles de mortalidad y fecundidad. De estos trabajos se publicaron dos ediciones: la primera, en 1966, y la segunda, en 1983. Las curvas de isocrecimiento de los diagramas se tomaron de las poblaciones estables femeninas con una mortalidad tipo oeste. Ver Coale, Ansley J., Demeny, Paul George, y Vaughan, Bar-

constante), las cuales originan asimismo una estructura de la población por edades que no cambia, es decir, que se mantiene constante. Aunque las poblaciones estables fueron ya definidas por Euler en el siglo XVIII, el desarrollo de su teoría se debe, como se indicó al final del capítulo 1, sobre todo a los trabajos de Alfred J. Lotka, Ansley J. Coale y Jean Bourgeois-Pichat.

El "mapa" de curvas de isocrecimiento que muestran los diagramas propuestos por Coale cubre toda la gama de situaciones posibles experimentadas por las poblaciones humanas que conocemos y para las cuales tenemos datos demográficos. Es sumamente instructivo comparar dicho mapa de posibilidades con las trayectorias reales de las poblaciones observadas; como veremos enseguida, las trayectorias de cada sociedad ocurren en espacios relativamente específicos, lo que lleva a pensar que estas son, en buena parte, el producto de presiones de condicionantes históricos, geográficos, culturales y ambientales.

La experiencia europea

La experiencia europea queda condensada en el gráfico 2.1 y se proveen muchos detalles adicionales a través de los casos de Inglaterra (gráfico 2.2) y de Suecia (gráfico 2.3). Antes de la transición, el espacio del crecimiento es reducido y se concentra en una zona en que la esperanza de vida al nacimiento oscila entre 20 y 35 años y la tasa global de fecundidad se mueve entre 4 y un poco más de 6 hijos por mujer en edad fértil;[27] en las poblaciones estables femeninas

bara. *Regional model life tables and stable populations*. 2.º ed. Nueva York: Academic Press, 1983.

27 La tasa global de fecundidad es una medida sintética que calcula la descendencia total de cada mujer en edad fértil (de 15 a 49 años).

del modelo de mortalidad oeste,[28] las tasas intrínsecas de crecimiento[29] de dichas combinaciones de fecundidad y mortalidad varían entre menos del 0 % anual y un máximo del 1 % anual. El crecimiento de la población es, por ende, relativamente lento. Recuérdese, para fijar las ideas, que una población con un crecimiento anual del 1 % tarda 70 años en duplicarse.[30]

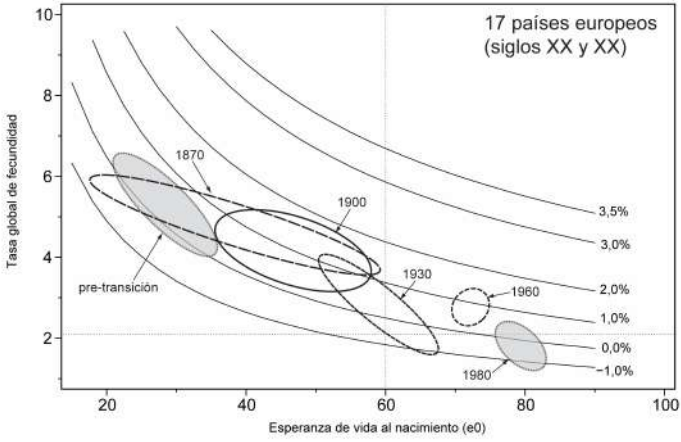


Gráfico 2.1. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en 17 países europeos, siglos XIX y XX.[31]

---

28 Si se adoptara otro modelo de mortalidad, el sur, norte o este, de las tablas de Coale y Demeny, las curvas de isocrecimiento tendrían la misma forma y se desplazarían levemente; para los fines de la comparación, el cambio en el modelo de mortalidad sería insignificante.

29 Las tasas intrínsecas de crecimiento son las tasas de crecimiento de las poblaciones estables, las cuales se mantienen constantes a lo largo del tiempo.

30 Un cálculo aproximado del tiempo de duplicación se obtiene dividiendo 70 por la tasa de crecimiento anual expresada en porcentajes.

31 Coale, *The Decline of Fertility in Europe*., p. 27. Los países incluidos en el estudio dirigido por Coale fueron Austria, Bélgica, Dinamarca, Inglaterra y Gales, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, los Países Bajos, Noruega, Polonia, Rusia, Escocia, España, Suecia y Suiza.

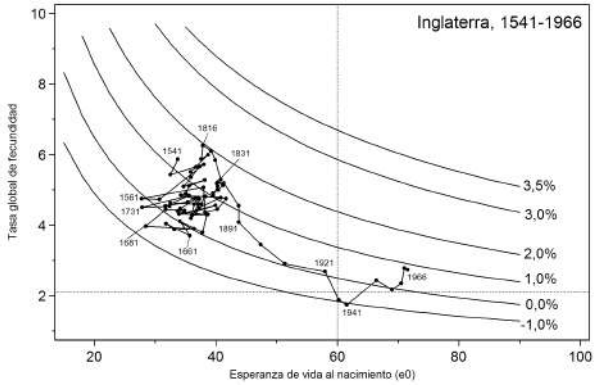


Gráfico 2.2. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Inglaterra y Gales, 1541-1966.[32]

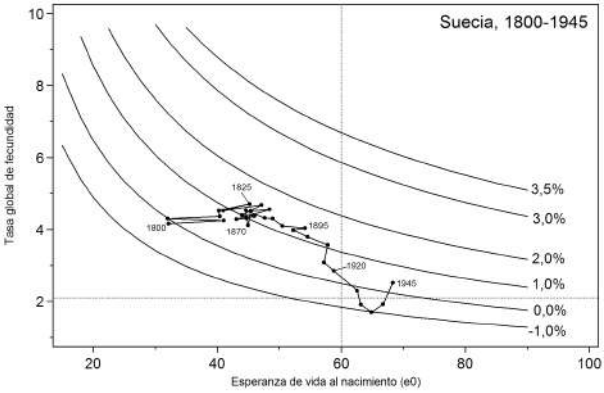


Gráfico 2.3. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Suecia, 1800-1945.[33]

---

32 Datos de Wrigley, Edward Anthony y Schofield, Roger. *The Population History of England, 1541-1871. A Reconstruction*. Cambridge: Harvard University Press, 1981. hasta 1871; a partir de esa fecha de Keyfitz, Nathan y Flieger, Wilhelm. *Demografía: métodos y modelos estadísticos*. Trad. Cambiaggio, Stella. Buenos Aires: Marymar, 1975.

33 Datos de Keyfitz y Flieger, *Demografía: métodos y modelos estadísticos*., pp. 106-109.

Durante la transición demográfica europea, el espacio estratégico del crecimiento se expande considerablemente, reflejando los cambios en la mortalidad y la fecundidad; al final de la transición, hacia 1980, el espacio se reduce notablemente, expresando la existencia de una esperanza de vida al nacimiento muy alta y una fecundidad muy baja. Las curvas de isocrecimiento acotan el espacio en forma significativa; durante la transición, el crecimiento aumenta desde menos del 1 % hasta casi el 2 % anual, pero nunca supera este último límite. De hecho, ya en la década de 1930 se observó una caída notable del crecimiento anual y de la fecundidad. Hacia 1980, cuando la transición ha finalizado, el crecimiento es nulo o negativo. Nótese, para una interpretación adecuada de los diagramas, que una tasa global de fecundidad de 2,1 significa, en poblaciones con baja mortalidad, que se llegó a la tasa de remplazo; es decir, que cada madre en la generación presente será remplazada por una madre en la generación futura; el crecimiento poblacional será, pues, nulo. Si la tasa global cae por debajo de 2,1, se estará por debajo del nivel de remplazo, es decir, la población disminuirá de tamaño.

Inglaterra y Gales (gráfico 2.2) y Suecia (gráfico 2.3) ilustran bien la secuencia temporal de la transición demográfica europea. En el caso inglés, se trata de series muy largas, que cubren desde mediados del siglo XVI hasta fines del siglo XX; en el caso sueco, las series se extienden durante un siglo y medio, a partir de 1800. Los espacios estratégicos del crecimiento demográfico son, en ambos casos, parecidos. A mediados del siglo XIX, la trayectoria combinada de la mortalidad y la fecundidad se aparta de la zona pretransicional y se dirige sin vacilaciones hacia los espacios de la transición y la postransición. Los umbrales de una tasa global de fecundidad de 2,1 o menos y de una esperanza de vida al nacimiento de más de 60 años demarcan los nuevos espacios del crecimiento (o decrecimiento) demográfico.

La experiencia latinoamericana

Los casos de Costa Rica (gráfico 2.4) y Chile (gráfico 2.5) ilustran, con las series más largas de que disponemos, ejemplos latinoamericanos típicos. Las trayectorias difieren considerablemente en relación con los patrones europeos. La transición demográfica ocurre mediante una disminución constante de la mortalidad y una elevación de la fecundidad en las décadas de 1940 y 1950; el resultado es una trayectoria de la transición por zonas donde el crecimiento de la población supera con creces el 2 % anual y llega incluso, momentáneamente, al 3 % anual. Otro rasgo que llama la atención es que los niveles de la fecundidad latinoamericana son consistentemente más elevados que los europeos.

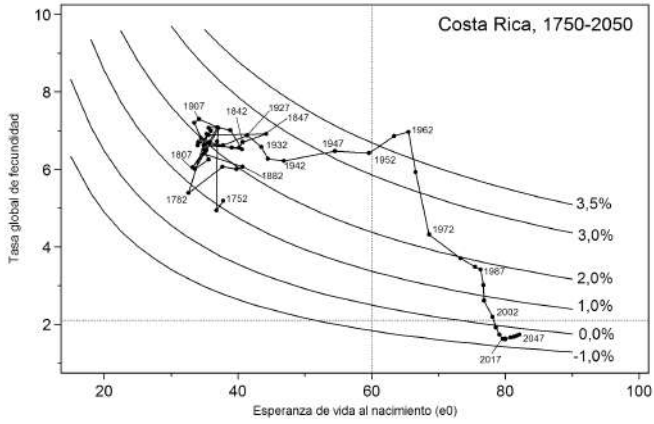


Gráfico 2.4. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Costa Rica, 1750-2050.[34]

34 Pérez Brignoli, Héctor. *La población de Costa Rica, 1500-2000. Una historia experimental*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 2010.

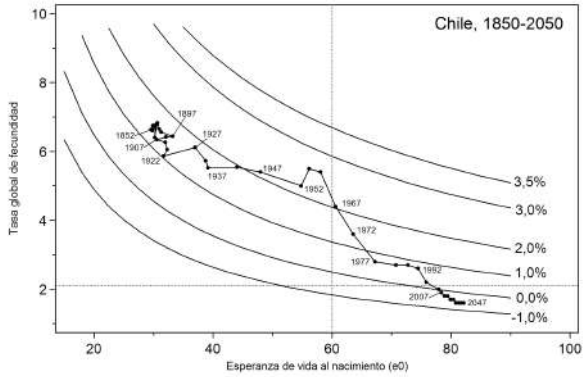


Gráfico 2.5. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Chile, 1850-2050.[35]

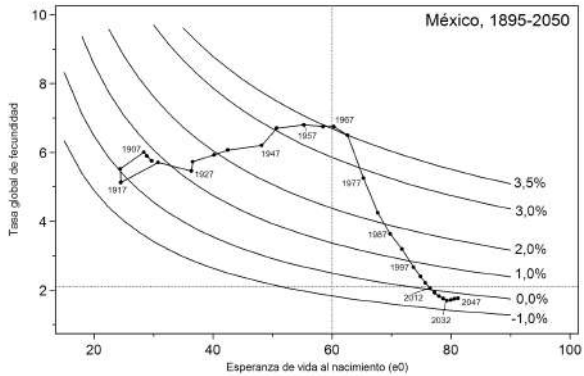


Gráfico 2.6. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en México, 1895-2050.

35 Los datos de los gráficos 2.4 a 2.11 fueron estimados mediante la *inverse projection* hasta 1950; a partir de esa fecha, se utilizaron las estimaciones del CELADE. Para detalles sobre las fuentes y métodos, véase el anexo 2.

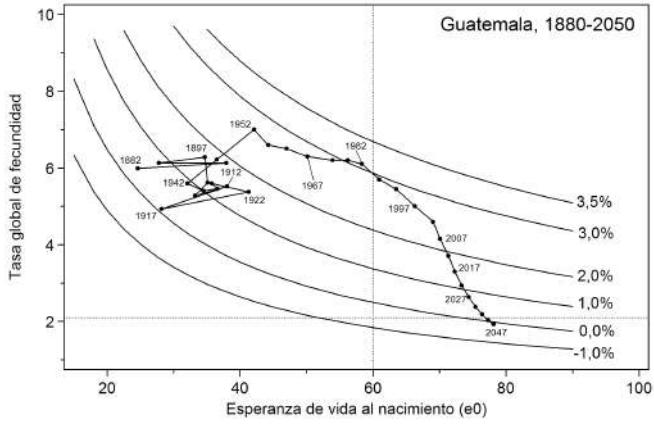


Gráfico 2.7. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Guatemala, 1880-2050.

México muestra (gráfico 2.6) con toda claridad un patrón similar al de Chile y Costa Rica, el cual también se puede observar en los casos de Guatemala (gráfico 2.7) y El Salvador (gráfico 2.8). La única diferencia significativa es que, en el caso guatemalteco, la fecundidad y la mortalidad caen bastante más tarde que en los casos de México, Chile, Costa Rica y El Salvador. Pero, observada desde 2010, la trayectoria de la transición demográfica guatemalteca es innegablemente convergente.

Aunque no disponemos de datos suficientes para presentar las trayectorias de Brasil, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela y Panamá, podemos aventurar la hipótesis de que su comportamiento es similar al de Costa Rica, Chile, México y El Salvador, constituyendo lo que denominamos en el capítulo 1 como el patrón latinoamericano típico de la transición demográfica. Guatemala, en cambio, con un descenso más tardío y lento de la mortalidad y la fecundidad, ilustra lo que llamamos "transición tardía"; podemos aventurar

también la hipótesis de que Bolivia, Paraguay, Honduras, Nicaragua, Haití y la República Dominicana comparten posiblemente este patrón de una transición tardía.

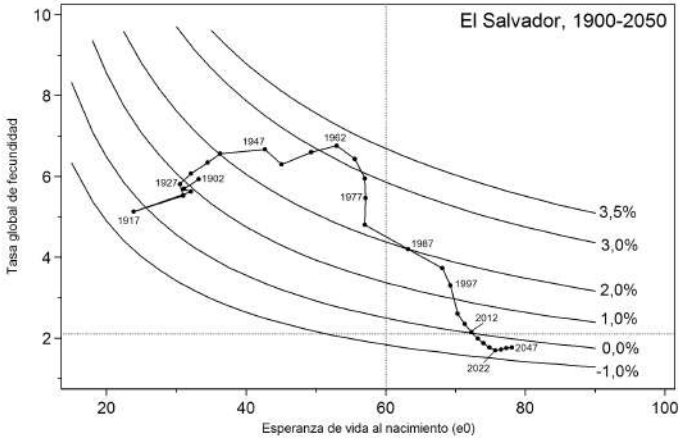


Gráfico 2.8. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en El Salvador, 1900-2050.

Argentina, Uruguay y Cuba, cuyas trayectorias se presentan en los gráficos 2.9, 2.10 y 2.11, respectivamente, ilustran con claridad lo que fue una transición temprana, con niveles de mortalidad y fecundidad mucho más parecidos a los ejemplos europeos. En los tres casos, el fuerte componente inmigratorio proveniente sobre todo de España e Italia, en el período 1870-1930 y retomado brevemente después de 1945, parece haber condicionado los caracteres básicos de dicha transición demográfica temprana. Algunos aspectos específicos de los tres casos llaman también la atención y merecen un comentario aparte. El modelo argentino muestra un descenso regular de la mortalidad y una declinación gradual pero oscilante de la

fecundidad: expansión hasta 1922, caída sostenida en la década del treinta y prolongación suave hasta la década del sesenta; para aumentar luego brevemente hasta 1977 y volver a declinar, esta vez en forma vertical a finales del siglo xx y comienzos del xxi. En Uruguay, la fuerte caída de la fecundidad en las primeras décadas del siglo xx precede en realidad a la disminución suave de la mortalidad a partir de los años 20. En Cuba el descenso de la mortalidad y la fecundidad es gradual, con dos excepciones: la segunda sube momentáneamente en los primeros años de la Revolución, y luego cae verticalmente hasta llegar al 2,1 de la tasa global de fecundidad de remplazo mucho antes que cualquier otro país latinoamericano, hacia 1972. Desde la década de 1980, la fecundidad cubana se mantiene por debajo del nivel de reemplazo, mientras que la esperanza de vida al nacimiento se acerca a los 80 años; el fin de la transición demográfica parece estar ya bien consolidado. Comparando los tres casos, debe notarse el descenso muy temprano y relativamente fuerte de la fecundidad en Uruguay; en Cuba, un descenso parecido se observa mucho más tarde, cuando la esperanza de vida al nacimiento ha superado con creces los 60 años. En Argentina, en cambio, la declinación de la fecundidad y la mortalidad es gradual y paralela.

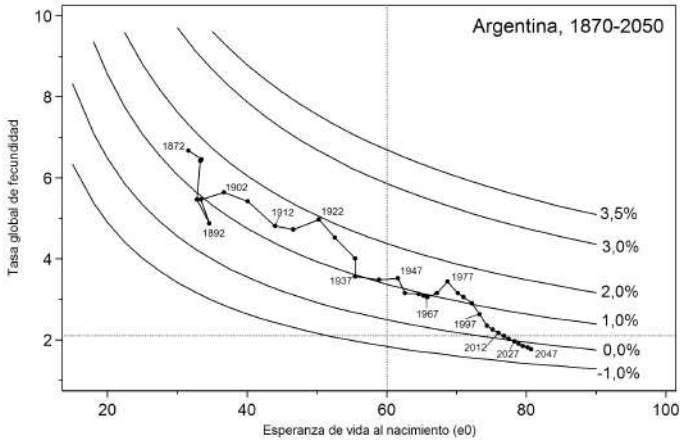


Gráfico 2.9. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Argentina, 1870-2050.

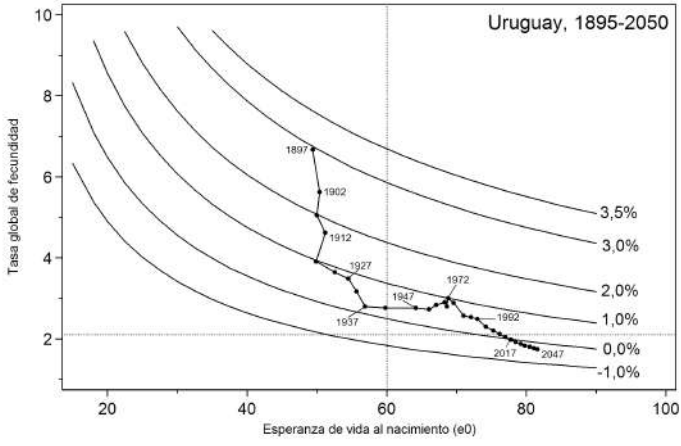


Gráfico 2.10. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Uruguay, 1895-2050.

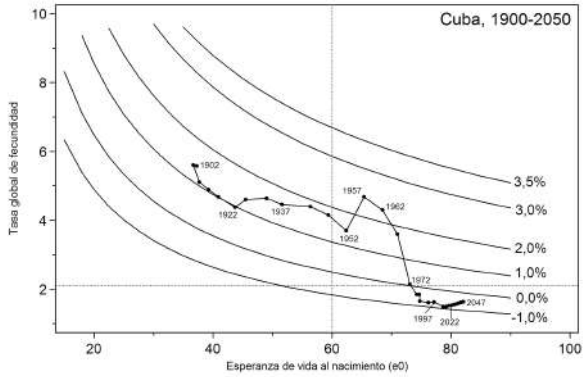


Gráfico 2.11. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en Cuba, 1900-2050.

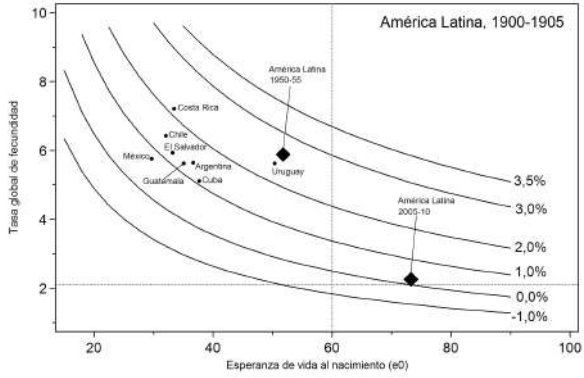


Gráfico 2.12. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en algunos países de América Latina, 1900-1905.[36]

Además de las trayectorias temporales, resulta útil considerar el espacio del crecimiento demográfico teniendo en

36 Estimaciones utilizando la *inverse projection*; datos del anexo 2.

cuenta períodos específicos. Un primer corte hacia inicios del siglo XX (gráfico 2.12) nos muestra los puntos que identifican la mortalidad y la fecundidad en una elipse bastante concentrada, con esperanzas de vida al nacimiento entre 30 y 40 años, y una tasa global de fecundidad que varía entre 5 y 7 hijos por mujer; solo Uruguay se aparta de esta zona, gracias a una mortalidad considerablemente más baja. Los rombos identifican los promedios latinoamericanos medio siglo y un siglo después; son muy útiles para determinar la dirección de las transformaciones futuras. Observando este gráfico y los anteriores, uno podría afirmar que, a comienzos del siglo XX, la transición demográfica está, excepción hecha de Uruguay, apenas comenzando.

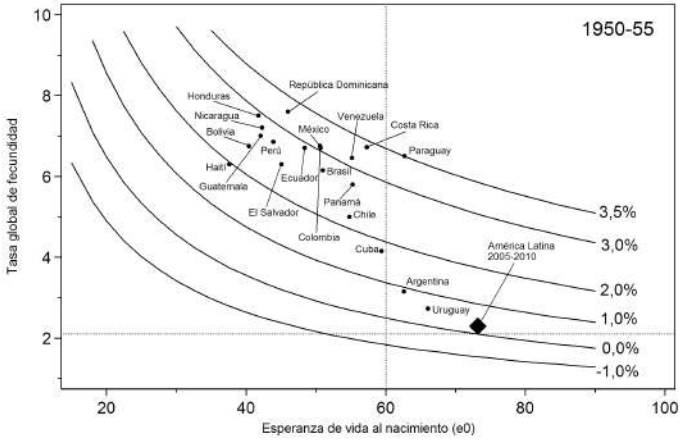


Gráfico 2.13. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en América Latina, 1950-1955.[37]

A mediados del siglo XX (gráfico 2.13), la transición demográfica alcanza todos los países del subcontinente. Como era de

37 Datos del CELADE.

esperar, la dispersión de los puntos es muy grande, pero se distinguen tres grupos de países. Uruguay, Argentina y Cuba configuran el grupo de transición temprana, con una mortalidad y una fecundidad ya muy bajas. Honduras, Nicaragua, la República Dominicana, Bolivia, Haití, Guatemala, y seguramente también Paraguay están apenas iniciando la transición, con niveles de fecundidad muy elevados (superiores a 6 hijos por mujer en edad fértil) y una esperanza de vida de alrededor de 40 años.[38] El tercer grupo, integrado por México, Costa Rica, Brasil, Colombia, Venezuela, Chile, El Salvador, Panamá, Ecuador y Perú, incluye a los países en plena transición, con una mortalidad en franco descenso y tasas de fecundidad todavía elevadas.

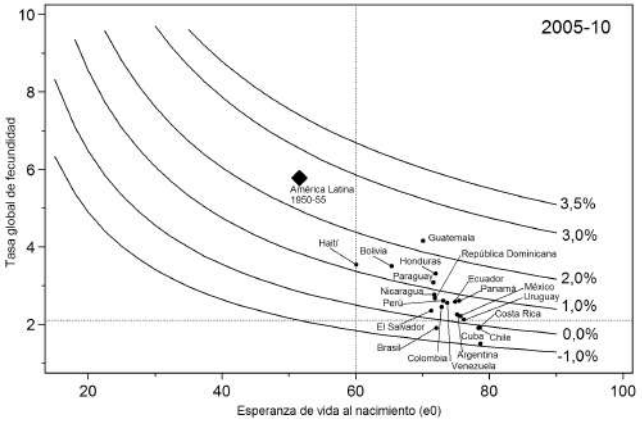


Gráfico 2.14. El espacio estratégico del crecimiento demográfico en América Latina, 2005-2010.[39]

38 Sobre los datos de Paraguay, ver la nota 11 en el capítulo 1. En los gráficos 2.13 y 2.14, se respetan los datos de CELADE, pero es obvio que una esperanza de vida al nacimiento de más de 60 años, en 1950-1955, que ubicaría a Paraguay en el mismo nivel de mortalidad que Argentina y Uruguay, es simplemente inverosímil.

39 Datos del CELADE.

El gran cambio demográfico ocurrido en la segunda mitad del siglo XX se puede observar bien en el gráfico 2.14, donde se expresa la situación entre 2005 y 2010. La dispersión de los puntos es mucho menor; todos los países tienen esperanzas de vida al nacimiento bastante mayores a los 60 años (aunque se observa un cierto retraso en Bolivia y Haití), y la fecundidad ha descendido en forma generalizada. Interesa notar los países que exhiben niveles de fecundidad por debajo o apenas por encima del nivel de remplazo: Cuba, Chile, Costa Rica, Brasil, Argentina, Uruguay y México. Estos son, sin duda, los países más avanzados en el proceso de transición demográfica. Perú, Colombia, Ecuador, Venezuela, Panamá, Nicaragua y la República Dominicana tienen todavía un camino corto que recorrer en el descenso de la mortalidad y la fecundidad. Más larga es, en cambio, la distancia que les faltaría alcanzar a Guatemala, Honduras, Paraguay, Bolivia y Haití. La magnitud del salto es evidente cuando se observa la nube de puntos en 2005-2010 con respecto al promedio latinoamericano hacia 1950-1955: una esperanza de vida al nacimiento de 50 años y un nivel de fecundidad apenas por debajo de 6 hijos por mujer en edad fértil. Medio siglo después, la esperanza de vida al nacimiento ha aumentado más de 20 años y la tasa global de fecundidad apenas supera los 2,1 hijos del nivel de remplazo. Observando los promedios regionales, la consolidación y el próximo fin de la transición demográfica parecen inevitables.

Dos trayectorias convergentes

Se pueden resumir ahora, en un gráfico simplificado (gráfico 2.15), las trayectorias de la transición demográfica en Europa y América Latina. En Europa, la mortalidad descendió gradualmente, y en algunos países cruzó el umbral de los 60 años de esperanza de vida al nacimiento antes de 1930. La fecundidad partió de niveles apenas superiores a una tasa global de fecundidad de 5 y descendió gradualmente, aunque con oscilaciones,

y quedó debajo del nivel de remplazo hacia 1980. Los ritmos de crecimiento anual nunca alcanzaron el 2 %. La transición demográfica europea se desenvolvió así en un espacio de crecimiento demográfico gradual y moderado. La latinoamericana, en cambio, partió de niveles de fecundidad muy elevados, los cuales subieron notablemente entre 1920 y 1960, precisamente en paralelo con el descenso gradual de la mortalidad. El resultado fue, obviamente, un crecimiento explosivo, con tasas superiores al 3 % anual. El descenso de la fecundidad, después de la cima de los años sesenta, fue rápido y pronunciado, llegando a niveles próximos al remplazo en menos de 50 años.

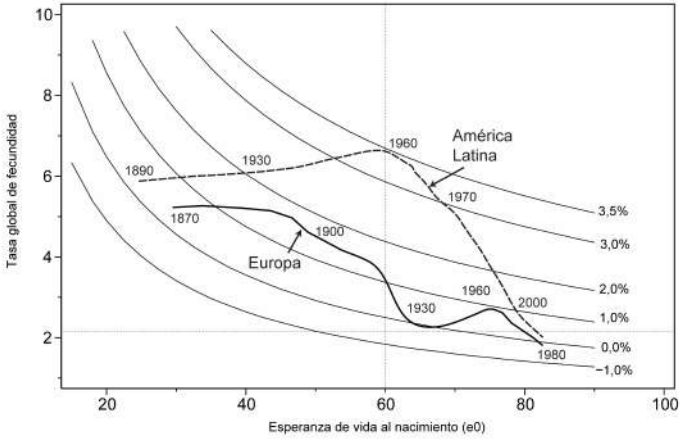


Gráfico 2.15. Trayectorias de la transición demográfica en Europa y América Latina.

Hasta ahora hemos considerado la transición demográfica observando los indicadores de mortalidad y fecundidad y el crecimiento de la población. Para completar el estudio, se requiere considerar los cambios en la estructura de la población por edades. Esta será la tarea del próximo capítulo.

3

La estructura de la población por edades: de una población joven a una población envejecida

Las pirámides de edades

Uno de los cambios más significativos durante el proceso de transición demográfica es el que se da en la estructura de edades. Dicho en forma sumaria, se pasa de una población predominantemente joven a una población envejecida. Una forma usual de observación de este proceso es a través de las pirámides de edades.

Comencemos, como ocurrió ya en los capítulos previos, considerando los casos de Inglaterra y Gales y de Suecia (gráficos 3.1, 3.2, y 3.3). La pirámide de la población inglesa en 1850 tiene la forma triangular típica, lo que implica que, a medida que aumenta la edad, disminuye regularmente el número de habitantes; después de los 70 años, la cúspide se vuelve muy aguda y se convierte en una aguja en los últimos tramos de edad. La forma revela una estructura de edades relativamente joven, con una edad mediana de 16,6 años; recuérdese, para fijar las ideas, que esto significa que la mitad de la población inglesa tiene, en 1850, menos de 16,6 años de edad. En 1900 la pirámide aumenta notablemente de tamaño, un resultado del incremento en el ritmo de crecimiento, y mantiene la forma estrictamente triangular; la edad mediana sube levemente, a 17,5 años. El cambio es notable cuando se observan las pirámides de 2000 y la pirámide proyectada para 2050

(gráfico 3.2). La base se ha contraído –esta es una clara consecuencia de la caída en la fecundidad–, mientras que la población adulta y anciana crece regularmente en número. En el conjunto la población ha aumentado en tamaño y ha envejecido: la edad mediana es de 32,6 años en 2000, y será de 38,3 años en 2050.[40]

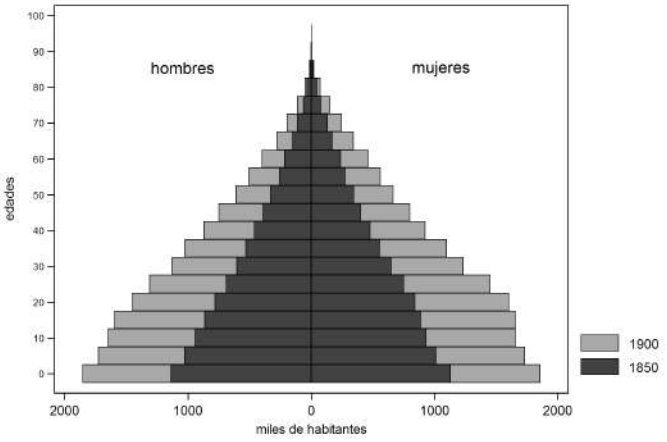


Gráfico 3.1. Pirámides de edades, Inglaterra y Gales, 1850 y 1900.

Otro aspecto notable es que el aumento en el tamaño de la población inglesa ocurre básicamente en las edades adultas.[41] Nótese, por ejemplo, que la base de la pirámide, representada por los grupos de población menor de 15 años, fue mayor en 1900 que en 2000 y lo seguirá siendo también,

40 Nótese que, aunque las cifras de 2050 son proyectadas a partir de 2010, un porcentaje muy elevado de la población ya ha nacido en la fecha inicial de la proyección; de hecho, solo los menores de 40 años en 2050 son una población enteramente calculada.

41 La población total de Inglaterra y Gales pasó de 18 millones en 1850 a 32 millones en 1900, 52 millones en 2000 y 66 millones en 2050.

probablemente, en 2050. De nuevo, este es un resultado del descenso continuo en la fecundidad.

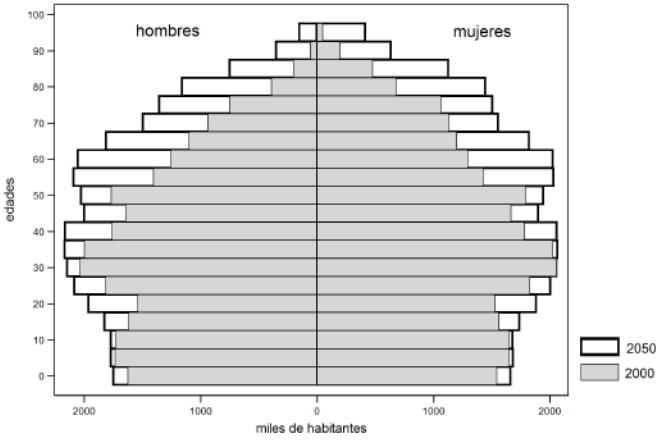


Gráfico 3.2. Pirámide de edades, Inglaterra y Gales, 2000 y 2050.

El caso de Inglaterra y Gales muestra bien lo que ocurre con la estructura por edades de la población en el curso de la transición demográfica. Durante el período de descenso de la mortalidad y aumento de los ritmos de crecimiento, la población se mantiene relativamente joven y la forma de la pirámide de edades se asemeja a un triángulo. En cuanto inicia el descenso en la fecundidad, la base comienza a achicarse y la pirámide se asemeja, según los casos, a una cebolla o a un cilindro.

Las pirámides de la población sueca entre 1800 y 2000 se pueden ver en el gráfico 3.3. Se repite lo ya observado en el caso de Inglaterra y Gales: una población relativamente joven en 1800 y 1900, frente a una población envejecida en 2000 y 2050. La sueca, sin embargo, es relativamente más vieja que la inglesa. La edad mediana en 1800 era de 25,2 años, muy parecida a los 24,9 años observados en

1900. En 2000 la edad mediana de la población sueca era de 34,1 años, y en 2050 alcanzará, probablemente, 37,3 años. El resultado final es pues muy similar al de Inglaterra y Gales, en el siglo XXI. Las edades medianas relativamente elevadas en 1800 y 1900 obedecen a una fecundidad sueca más baja que la inglesa, durante el siglo XIX (ver los gráficos 1.2 y 1.3).

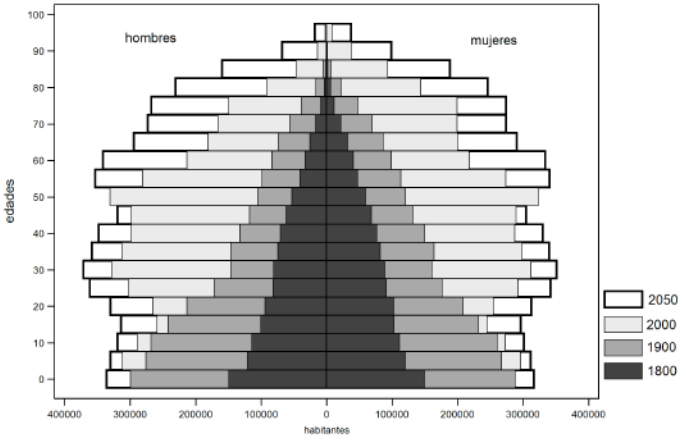


Gráfico 3.3. Pirámide de edades, Suecia, 1800-2050.

Hemos elegido los casos de México, Argentina y Guatemala para ilustrar los cambios en la estructura por edades de las poblaciones latinoamericanas durante la transición demográfica. Como se indicó en el capítulo 2, México ejemplifica lo que podemos llamar la "transición demográfica típica". Las pirámides de edades mexicanas (gráfico 3.4) muestran en 1900 y 1950 las típicas formas triangulares de poblaciones predominantemente jóvenes, con edades medianas de 15,13 y 18,7 años, respectivamente. En 2000 la población ha apenas envejecido, con una edad mediana de 23,4 años, aunque, en la base de la pirámide, se observa una leve contracción en el primer escalón, que representa el

grupo de 0-4 años. La reducción de la base será muy notable en 2050, como lo será también el aumento de la población mayor de 30 años; la edad mediana habrá subido, probablemente, a 43,8 años. En suma, se espera un fuerte proceso de envejecimiento en un lapso de apenas cincuenta años.

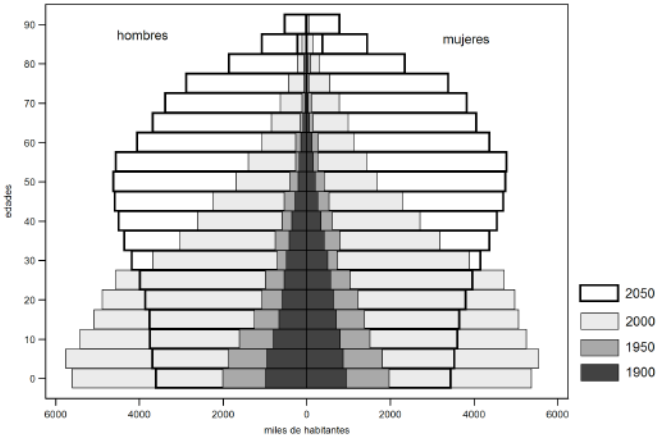


Gráfico 3.4. Pirámide de edades, México, 1900-2050.

Una compresión más lenta de la pirámide de edades se observa en el caso argentino (gráfico 3.5), representativo de lo que hemos llamado una "transición demográfica latinoamericana temprana". En 1950 se observa ya una población que experimentó una reducción paulatina de la fecundidad veinte años antes, y por ende una edad mediana de 25,7 años. El descenso gradual en la fecundidad continuó, con breves fluctuaciones, y se sigue observando en las pirámides del 2000 y el 2050; en esta última fecha, la población argentina tendrá una edad mediana de 40,6 años.

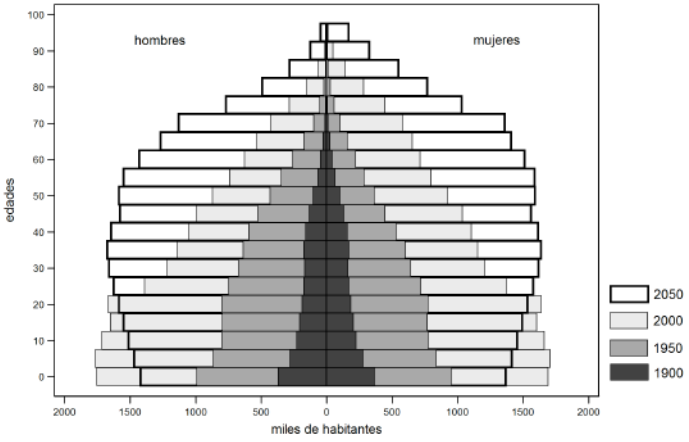


Gráfico 3.5. Pirámide de edades, Argentina, 1900-2050.

El caso guatemalteco (gráfico 3.6) ejemplifica bien lo que hemos llamado, en el capítulo anterior, una "transición tardía". Las pirámides de 1900, 1950 y 2000 exhiben la típica forma triangular, de poblaciones predominantemente jóvenes, lo cual se refleja también en las edades medianas: 16, 17,5 y 17,7, respectivamente. Solo en 2050 se observará, probablemente, un cambio en la forma de la pirámide, con el típico abultamiento de las edades adultas, propio de una población en la que ya ha caído regularmente la fecundidad.

Las pirámides de México, Argentina y Guatemala ilustran también una situación latinoamericana típica: en los siglos XX y XXI, las poblaciones crecen fuertemente. Ello se puede seguir directamente observando la superficie de las pirámides, ya que, al graficarse cifras absolutas, los tamaños relativos de estas expresan directamente los aumentos en la población total: en los tres casos, es notable el incremento de 1900 a 1950, la virtual explosión que ocurrió entre 1950 y 2000, y el crecimiento moderado entre 2000 y 2050.

Cuadro 3.1. Edades mediana de poblaciones seleccionadas

Países	1800	1850	1900	1950	2000	2050
Inglaterra y Gales		16,6	17,5		32,6	38,3
Suecia	25,2		24,9		34,1	37,3
México			15,1	18,7	23,4	43,8
Argentina			17,4	25,7	27,9	40,6
Guatemala			16,0	17,5	17,7	32,3

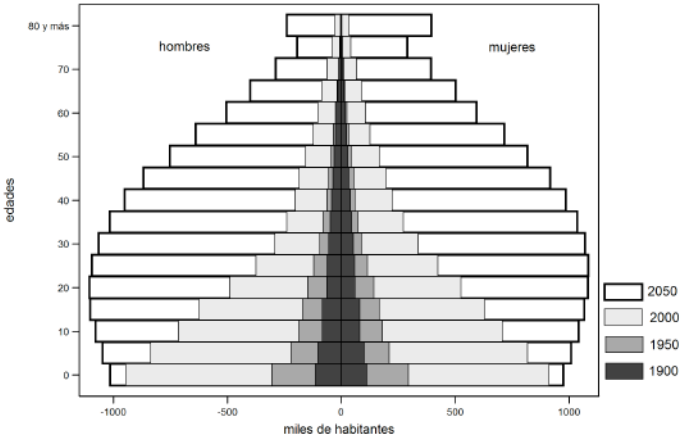


Gráfico 3.6. Pirámide de edades, Guatemala, 1900-2050.

Los grandes grupos de edad

Para examinar los cambios en la estructura por edades a lo largo del tiempo es conveniente también considerar la evolución de la población clasificada por grandes grupos de edades. El caso inglés se presenta en el gráfico 3.7.

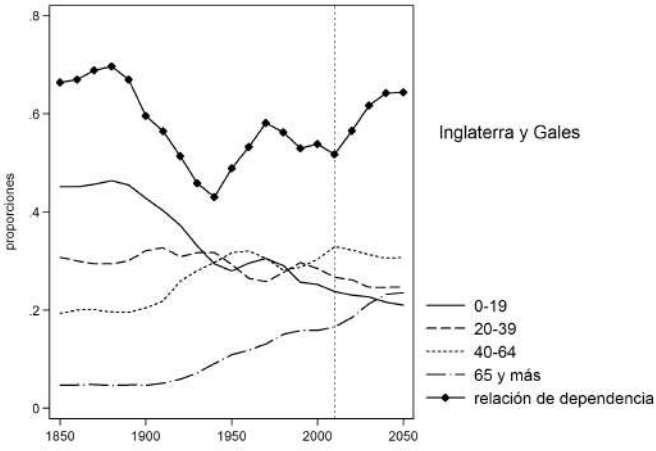


Gráfico 3.7. Inglaterra y Gales: grandes grupos de edad y relación de dependencia, 1850-2050.

El grupo de 0-19 años incluye los niños y jóvenes que en su mayoría no están todavía en edad de trabajar. Los límites de edad de este grupo han variado a lo largo del tiempo. Convencionalmente, en demografía este grupo se limita a los menores de 15 años, y así se considera en el cálculo de la relación de dependencia, como se verá más adelante. Sin embargo, dadas las tendencias presentes en el mercado laboral y la educación hacia finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, parece conveniente extender ese grupo de edad a los menores de 20 años. El grupo de adultos en edad de trabajar se extiende entre los 20 y los 64; parece conveniente también dividir este grupo entre los adultos jóvenes, es decir, los menores de 40 y los adultos maduros de 40-64. El grupo de 65 y más incluye los adultos mayores; aunque el límite inferior es convencional, corresponde en casi todos los países a la edad promedio de retiro laboral.

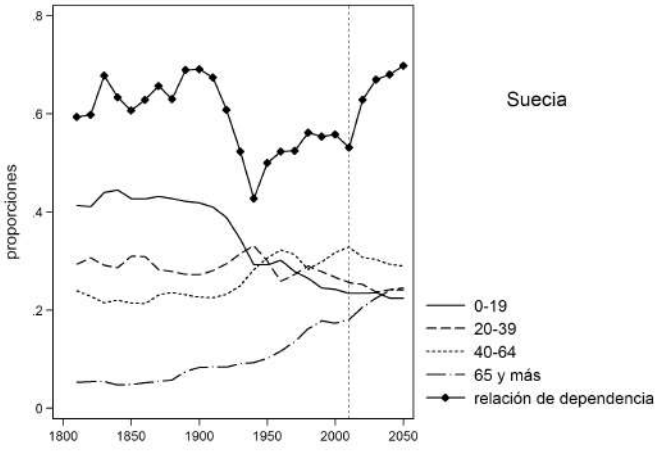


Gráfico 3.8. Suecia: grandes grupos de edades y relación de dependencia, 1800-2050.

La relación de dependencia es una proporción que considera en el numerador a la población que no trabaja (grupos de 0-14 años más el grupo de 65 y más), y en el denominador, a la población en edades productivas (grupo de 15 a 64 años). Así, por ejemplo, una relación de dependencia de 0,6 significa que hay 6 dependientes por cada 10 personas en edad de trabajar, o sea, potencialmente activas. Si se prefiere interpretar la relación en porcentajes, se diría que hay 60 dependientes por cada 100 potencialmente activos. La relación de dependencia es un índice sintético que expresa el peso relativo de los jóvenes y los viejos con respecto a las personas potencialmente activas. En el caso de Inglaterra y Gales (gráfico 3.7), la relación de dependencia es muy alta a mediados del siglo XIX, reflejando el fuerte peso de los menores de 15 años, producto de una fecundidad todavía elevada; nótese que en esa época el peso relativo de los mayores de 65 años casi no varía. Con el descenso de la fecundidad, la relación de dependencia cae ya que disminuye la proporción de jóvenes (véase la declinación en el grupo

de 0-19 años). La relación de dependencia llega a un mínimo hacia 1940; luego se eleva de nuevo como producto del aumento continuo en la proporción del grupo de 65 y más; este incremento se debe, obviamente, al crecimiento sostenido de la esperanza de vida al nacimiento. Así las cosas, la relación de dependencia en el siglo XXI alcanzará niveles similares a los que tuvo a mediados del siglo XIX, aunque el origen de ello estará, esta vez, en el aumento relativo de los adultos mayores. Una situación especial y enteramente nueva se producirá hacia 2040, cuando la curva que expresa la proporción de los adultos mayores corte la que representa la de los menores de 20 años. Una situación como esta no se ha observado en el pasado, y podría tomarse como un indicador de que la transición demográfica ha concluido.

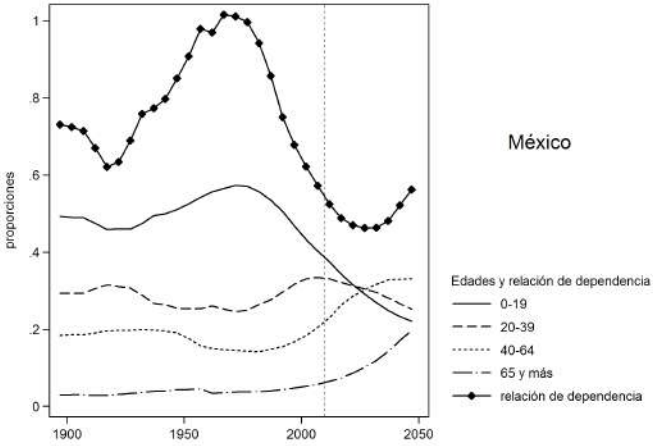


Gráfico 3.9. México: grandes grupos de edades y relación de dependencia, 1900-2050.

La evolución de los grandes grupos de edad y la relación de dependencia en Suecia (gráfico 3.8) es muy similar a la ya observada en Inglaterra y Gales. En los casos latinoamericanos,

la evolución es bastante distinta y refleja peculiaridades ya señaladas: una fecundidad exuberante, con una drástica caída a finales del siglo XX, y un aumento gradual en la esperanza de vida al nacimiento. En el caso de México (gráfico 3.9), la relación de dependencia se incrementa fuertemente durante la primera mitad del siglo XX, y llega a una cúspide hacia 1970, con valores en torno a 1, es decir, una situación en la que había 100 adultos en edad de trabajar por cada 100 dependientes; estos últimos eran sobre todo niños y jóvenes, como se puede apreciar al comparar las curvas de los menores de 20 años y de los mayores de 65 años. Después de esa cima, la relación de dependencia cae abruptamente hasta las primeras décadas del siglo XXI. La intersección entre las proporciones de los menores de 20 años y los mayores de 65 no se observa todavía hacia 2050, pero la tendencia parece inequívoca.

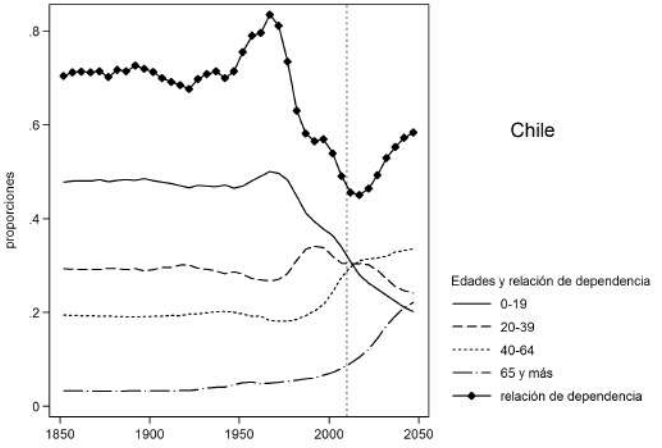


Gráfico 3.10. Chile: grandes grupos de edades y relación de dependencia, 1850-2050.

Chile (gráfico 3.10) muestra tendencias parecidas a las mexicanas, aunque, con series que se inician en 1850, el lapso

de observación es considerablemente más amplio. La relación de dependencia se mantiene estable y elevada desde 1850 hasta 1945, y se observan, en esos casi 100 años, pocos cambios en las proporciones de los grandes grupos de edad; la estructura por edades es la típica de un país con alta fecundidad y mortalidad en leve descenso. La situación cambia fuertemente en las décadas de 1950 y 1960 debido al aumento coyuntural en la fecundidad y la caída notable en la mortalidad; la relación de dependencia crece reflejando el aumento en la proporción de jóvenes y viejos. La fuerte y sostenida caída en la fecundidad desde la década de 1970 conduce inevitablemente a la caída en la proporción de jóvenes y el aumento en la proporción de adultos y adultos mayores. La relación de dependencia se incrementará de nuevo en las primeras décadas del siglo XXI, y la proporción de ancianos igualará a la de jóvenes hacia 2040.

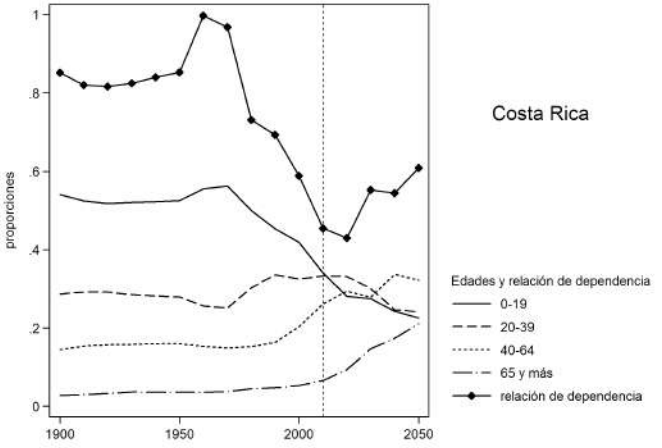


Gráfico 3.11. Costa Rica: grandes grupos de edades y relación de dependencia, 1900-2050.

En Costa Rica (gráfico 3.11), las tendencias son similares a las chilenas, y muestran el patrón evolutivo que podemos

considerar como el más típico de la transición demográfica latinoamericana. Argentina (gráfico 3.12), Uruguay (gráfico 3.13) y Cuba (gráfico 3.14) evidencian las experiencias ya citadas de una transición demográfica temprana, siempre dentro del contexto latinoamericano. En los tres casos, se observa una caída regular de la proporción de jóvenes y un aumento sostenido en la de los adultos mayores. La relación de dependencia varía directamente en relación con las fluctuaciones de dichos grupos. Argentina y Uruguay muestran variaciones suaves que reflejan fluctuaciones igualmente moderadas en la fecundidad y la mortalidad. El caso cubano, en cambio, presenta cambios más dramáticos, con una caída muy drástica en el número de jóvenes desde la década de 1970 y una rápida elevación de la proporción de adultos mayores. Hacia 2030, mucho antes que en cualquier otro país de América Latina, la proporción de jóvenes será igual que la de los ancianos, y Cuba habrá así completado la transición demográfica.

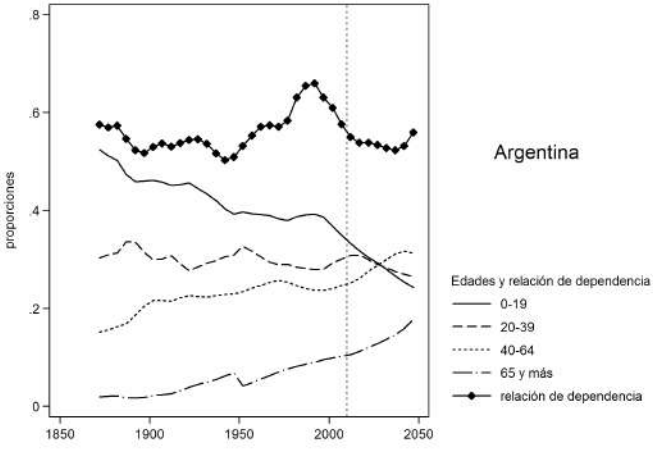


Gráfico 3.12. Argentina: grandes grupos de edades y relación de dependencia, 1870-2050.

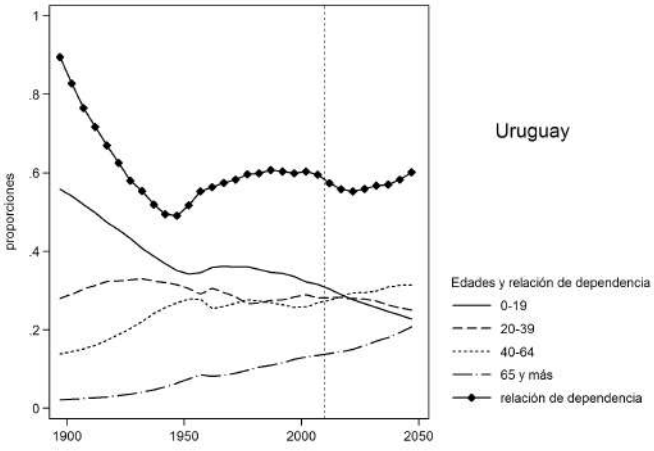


Gráfico 3.13. Uruguay: grandes grupos de edad y relación de dependencia, 1900-2050.

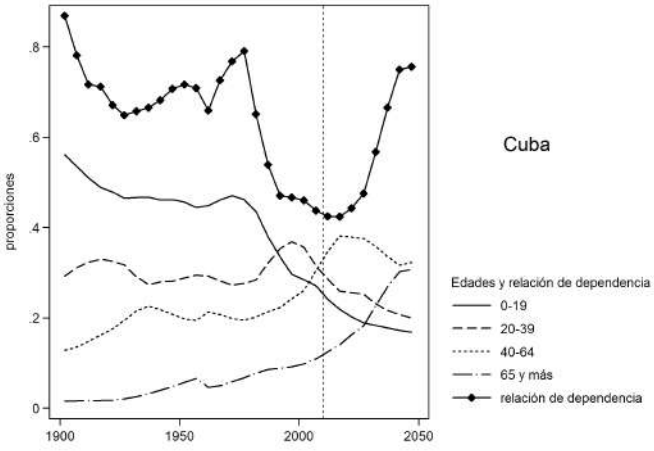


Gráfico 3.14 Cuba: grandes grupos de edad y relación de dependencia.

El dividendo o bono demográfico

Los cambios en la estructura de edades que acaban de analizarse, y en particular la evolución de la relación de dependencia, han dado lugar también a la noción de "dividendo" o "bono demográfico". Con esto se focaliza la atención en lo que sería una ventana de oportunidad o período particularmente favorable para el desarrollo económico, determinado en gran parte por estos cambios.

Las relaciones entre la población y el desarrollo económico han sido planteadas en forma muy general y a menudo con formulaciones simplistas. Malthus, a finales del siglo XVIII, inauguró una línea de pensamiento que enfatiza el crecimiento demográfico como un obstáculo o limitante para el crecimiento económico.[42] Formuló su famosa ley afirmando que, mientras que la población crecía en progresión geométrica (2, 4, 8, 16, 32, etc.), la producción de alimentos lo hacía en progresión aritmética (2, 3, 4, 5, etc.); de esto se deduce que el crecimiento rápido de la población provocará con prontitud una crisis de subsistencia (y, eventualmente, un aumento de la mortalidad); en su visión, el crecimiento económico dependía del control sobre el tamaño de la población. Las ideas de Malthus resultaron equivocadas una vez que cobró auge la Revolución Industrial, pero adquirieron nuevo relieve en relación con la explosión demográfica y el desarrollo del tercer mundo, una vez terminada la Segunda Guerra Mundial.

En la década de 1960, los trabajos de Ester Boserup[43] invirtieron la causalidad malthusiana: el crecimiento demográfico era visto como un factor positivo del desarrollo agrícola ya que empujaba a un uso más intensivo de los recursos disponibles. No faltaron tampoco autores que

---

42 Malthus, Robert S. *Ensayo sobre el principio de población*. Trad. Ortiz, Teodoro. Segunda edición revisada. México: Fondo de Cultura Económica, 1951 [1798-1890].

43 Boserup, Ester. *The Conditions of Agricultural Growth*. Chicago: Aldine, 1965.

consideraron el tamaño de la población como un factor no relevante o neutral en relación con el crecimiento económico. En todos estos enfoques, el énfasis recae en el tamaño o el ritmo de crecimiento de la población total; no existe ninguna consideración sobre el posible efecto económico de los cambios en la estructura de edades. Una excepción importante, que no puede dejar de mencionarse, han sido los trabajos de Richard A. Easterlin. En su análisis, basado sobre todo en la experiencia de los Estados Unidos entre 1940 y 1980, el tamaño de una cohorte[44] influye negativamente en su ingreso relativo y bienestar económico; se producen ciclos de fecundidad, nacimientos y grupos de edades que duran al menos dos generaciones, y se conocen como "ciclos de Easterlin". Otro aporte de este autor ha sido la llamada "hipótesis del ingreso relativo"; en este caso, las aspiraciones que se forman en la adolescencia y derivan del estándar de vida del hogar influyen en su fecundidad futura.[45]

A finales del siglo XX, algunos economistas que trataban de explicar el fuerte crecimiento económico de algunos países de Asia Oriental, después de la Segunda Guerra Mundial, integraron dichos cambios como parte de los motores del crecimiento; fue precisamente en ese contexto en el que surgió la idea del "bono" o "dividendo" demográfico.[46] El argumento es muy sencillo: al disminuir la mortalidad y la fecundidad, en el curso de la transición, hay un aumento en la proporción de

---

44 Todos los nacidos en un mismo año o período.

45 Easterlin, Richard A. *Birth and Fortune*. Nueva York: Basic Books, 1980.; Smith, D. P. "A reconsideration of Easterlin cycles". *Population Studies,* 35 (1981): 247-264.

46 Bloom, David E. y Williamson, Jeffrey G. "Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia". *The World Bank Economic Review,* 12, n.º 31 (1998): 419-455.; Bloom, David E., Canning, David, y Sevilla, Jaypee. *Economic Growth and the Demographic Transition. Working Paper 8685.* Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, 2001.; Williamson, Jeffrey G. "Demographic Dividends Revisited". *Asian Development Review,* 30, n.º 2 (2013): 1-25.

la población en edad de trabajar; dicho efecto dura un cierto período de tiempo, hasta que la situación tiende a equilibrarse, dado el proceso de envejecimiento. Un esquema estilizado de este proceso se puede ver en el gráfico 3.15. Ese rápido y persistente aumento de la población en edad de trabajar es lo que se ha denominado "bono" o "dividendo" demográfico, y determinaría la existencia de condiciones particularmente favorables para el crecimiento económico: antes de la transición demográfica, la existencia de una fuerte proporción de población joven (menores de 15 años) implicaba una carga financiera considerable que pesaba sobre la población económicamente activa; al concluir la transición, con una población en rápido proceso de envejecimiento, ocurre algo parecido, solo que ahora la carga financiera proviene del aumento en la proporción de los mayores de 65 años, ya retirados de las actividades productivas.

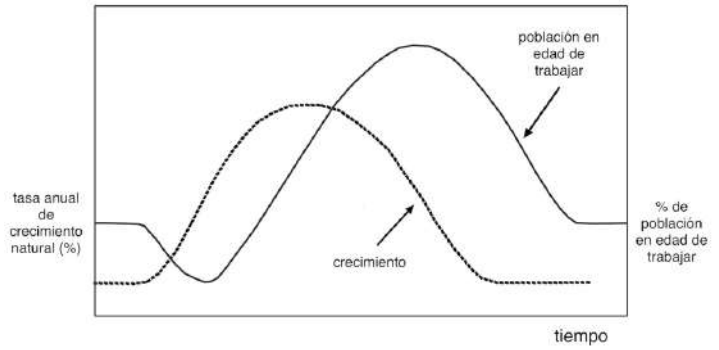


Gráfico 3.15 El "bono" demográfico: crecimiento de la población y estructura de edades según Bloom y Williamson (1998).

El bono o dividendo demográfico debe entenderse apenas como una posibilidad favorable para el desarrollo económico; la existencia de una mayor proporción de gente en edad de trabajar tendrá un efecto positivo

sobre el crecimiento solo si existen inversiones apropiadas en cuanto al capital humano (educación, salud pública), la planificación familiar y la generación de empleo; de otro modo, podría causar únicamente desempleo y pobreza; no se puede perder de vista que el crecimiento económico depende básicamente del aumento en la productividad.

El gráfico 3.16 presenta la evolución del porcentaje de población en edad de trabajar en Chile, Venezuela, México, Costa Rica y Guatemala. Los países en el gráfico con una transición demográfica latinoamericana típica, tal como se ha definido en las páginas anteriores, Chile, Venezuela, México y Costa Rica, muestran trayectorias muy similares; pocos cambios, entre un 55 % y un 60 %, hasta la década de 1950; sigue una corta caída en los porcentajes de la población en edad de trabajar originada en el rápido descenso de la mortalidad (sobre todo infantil), sucedida por un aumento continuo en la década de 1970, una vez que empieza a consolidarse el descenso en la fecundidad; la proporción se mantiene alrededor de un 65 % del total, he ahí el bono o dividendo demográfico, situación que se sostiene hasta mediados del siglo, pero con tendencia decreciente; dicho decrecimiento indica el fin del bono demográfico. La población de Guatemala muestra un patrón similar, pero desplazado en el tiempo, debido a que, como ya se indicó, en dicho caso la transición demográfica es más tardía.

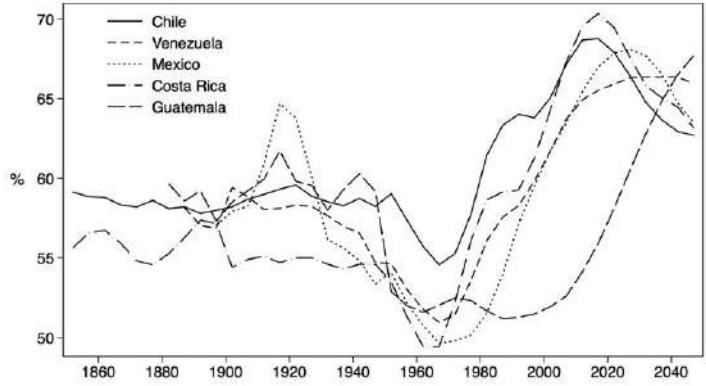


Gráfico 3.16. Porcentaje de población de 15-64 años en Chile, Venezuela, México, Costa Rica y Guatemala.

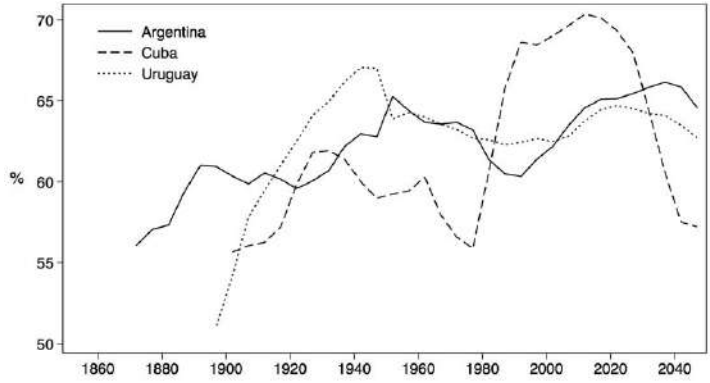


Gráfico 3.17. Porcentaje de población de 15-64 años en Argentina, Cuba y Uruguay.

El gráfico 3.17 muestra el mismo indicador en los casos de Argentina, Cuba y Uruguay, los países latinoamericanos que experimentaron una transición demográfica temprana y relativamente pausada, y una fuerte inmigración hasta por lo menos la década de 1930. En los tres casos, el efecto del bono demográfico solo podría presentarse una vez

concluido el impacto positivo de la inmigración sobre el aumento de la población en edad de trabajar; en el caso de Uruguay, parece imperceptible; en el argentino, es visible a partir de la década de 1960 y se prolonga hasta mediados del siglo XXI, con aumentos moderados. Es fuerte, en cambio, en el caso de Cuba, donde la proporción de la población en edad de trabajar crece en más de un 10 % en las décadas de 1960 y 1970, y se mantiene en torno a un 70 % de la población total hasta la década del 2010; luego, dicha proporción cae con una intensidad similar a la de su crecimiento, décadas atrás. Esta particular evolución de la población cubana tiene que ver con la temprana y persistente declinación de la fecundidad, algo que también se comentó antes.

El espacio estratégico del envejecimiento

Para concluir este capítulo, vamos a retomar los gráficos del espacio estratégico del crecimiento, ya utilizados en el capítulo 2. En este caso, trataremos de ver el espacio estratégico del envejecimiento. En el eje vertical del gráfico, se indican los valores, en porcentajes, de la población mayor de 65 años; en el eje horizontal, la esperanza de vida al nacimiento. Al igual que en los gráficos del espacio estratégico del crecimiento, agregamos un conjunto de isocuantas, provenientes de las poblaciones estables de las tablas de Coale y Demeny[47] (poblaciones femeninas del modelo oeste), que sirven como marco de referencia; se trata de las combinaciones del porcentaje de mayores de 65 años y la esperanza de vida al nacimiento que se observan en las poblaciones estables femeninas indicadas, para las siguientes tasas intrínsecas de crecimiento anual: -1 %, 0, +1 %, +2 %, +3 % y +3,5 %. En el espacio así definido, se representan

47 Coale, Ansley J., Demeny, Paul George, y Vaughan, Barbara. *Regional model life tables and stable populations*. 2.º ed. Nueva York: Academic Press, 1983.

luego los valores observados para América Latina y el Caribe en su conjunto en 1950, 2000, 2050 y 2100, y por países (solo América Latina), para 2000 y 2050. Las cifras de 1950 y 2000 son estimaciones; las de 2050 y 2100, por su parte, corresponden a las proyecciones revisadas en 2019.[48]

En el cuadro 3.2, se pueden consultar las cifras del gráfico 3.18 por países, para 2000 y 2050; en dicho gráfico fue imposible rotular todos los países. En 1950 la situación observada indica un envejecimiento ausente y una esperanza de vida al nacimiento apenas mayor de 50 años, en las poblaciones estables estos valores se ubican en la curva de isocrecimiento de casi 3 % anual; en 2000 se observa una enorme ganancia en la esperanza de vida, la cual supera ahora los 70 años; la proporción de mayores de 65 años apenas es mayor que en 1950, y estas cifras se sitúan por encima de la curva de isocrecimiento del 2 %. Los datos por países en 2000 reflejan, sin embargo, una dispersión de valores bastante grande, desde Haití (e0 = 57,7 y 65+= 4,1 %) hasta Cuba (e0= 77,2 y 65+ = 9,9 %); en el espacio del isocrecimiento, las cifras varían desde menos del 1 % anual (Uruguay) hasta casi un 3,5 % anual (Nicaragua y Honduras). Esta dispersión indica, claramente, que los países considerados se encuentran en diferentes fases del proceso de transición demográfica. El cambio es dramático en 2050: la dispersión se reduce mucho en la esperanza de vida al nacimiento, la cual ahora oscila en casi todos los países alrededor de los 80 años, mientras que el porcentaje de mayores de 65 años sigue variando bastante, entre un 30 % o más en los casos de Cuba y Puerto Rico, y apenas un 10 % en los casos de Haití y Guatemala. En las curvas de isocrecimiento, casi todos los países se ubican entre el 0 % y el 1 % anual; y algunos, como Cuba, Puerto Rico, Brasil, Costa Rica, Chile y Uruguay, se sitúan en la banda de decrecimiento del -1 % anual. En 2100, el conjunto de América Latina y el Caribe

48 Cepal. *Observatorio Demográfico 2019. América Latina y el Caribe. Proyecciones de Población*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2020.

experimentará un decrecimiento cercano al -1 % anual, el porcentaje de mayores de 65 años superará el 30 % y la esperanza de vida al nacimiento será de casi 87 años.

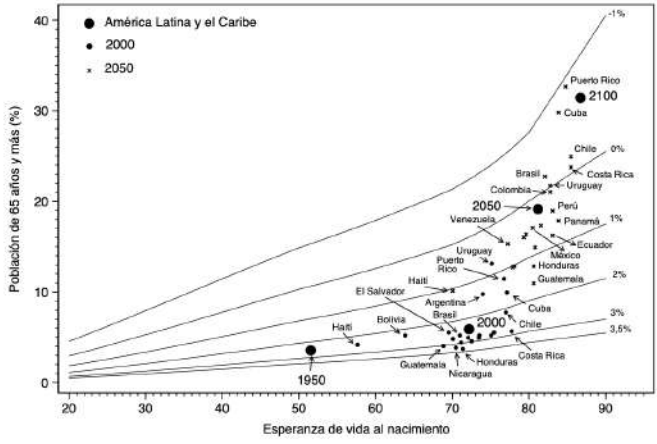


Gráfico 3.18. El espacio estratégico del envejecimiento en América Latina y el Caribe (1950-2100). Población mayor de 65 años (%) y esperanza de vida al nacimiento.
Fuente: Datos del Observatorio Demográfico, 2019.

El escenario de 2050, treinta años adelante del momento de la proyección (2019), es bastante probable; el de 2100 es, por supuesto, mucho más conjetural. Si ocurriera como lo predice la proyección, en América Latina y el Caribe habría concluido el proceso de transición demográfica y se avecinaría una nueva, y en buena parte desconocida, trayectoria.

Cuadro 3.2. América Latina. Población mayor de 65 años (%) y esperanza de vida al nacimiento en 2000 y 2050

Países	2000		2050	
	Esperanza de vida al nacimiento	*% de población mayor de 65 años*	*Esperanza de vida al nacimiento*	*% de población mayor de 65 años*
Argentina	74,0	9,7	81,6	17,3
Bolivia	63,9	5,2	77,9	12,7
Brasil	71,0	5,2	82,1	22,7
Chile	77,0	7,7	85,5	24,9
Colombia	73,6	5,2	82,8	21,0
Costa Rica	77,8	5,6	85,5	23,7
Cuba	77,2	9,9	83,9	29,8
Ecuador	73,5	4,9	83,1	16,2
El Salvador	69,6	5,5	79,7	16,3
Guatemala	68,9	4,0	80,7	10,9
Haiti	57,7	4,1	70,1	10,1
Honduras	71,4	3,7	80,7	12,8
Mexico	75,1	5,2	80,5	17,0
Nicaragua	70,5	3,8	80,8	14,9
Panama	75,5	5,5	83,9	17,8
Paraguay	71,2	4,4	78,1	12,8
Peru	72,1	4,9	83,1	18,9
República Dominicana	70,1	4,8	79,4	16,0
Uruguay	75,2	13,1	82,8	21,7
Venezuela	72,6	4,5	77,3	15,3
Puerto Rico	76,8	11,4	84,8	32,6
América Latina y el Caribe	72,2	5,7	81,3	19,0

Fuente: Datos del Observatorio Demográfico, 2019.

4

El descenso de la mortalidad y la conquista de la salud

Definiciones

La mortalidad humana se estudia desde distintos puntos de vista. El enfoque demográfico privilegia los aspectos estadísticos, centrándose en la observación de la población que muere, de acuerdo con su clasificación según el sexo y la edad, en un período determinado. De esto resulta el cálculo de tasas y probabilidades y, en una segunda etapa, la construcción de tablas de vida o de mortalidad. Con estas herramientas, se puede observar la incidencia de la mortalidad en una población y un período dados, en forma muy precisa y detallada. La consideración de las causas de la mortalidad humana requiere de otros enfoques, desarrollados desde la perspectiva de la epidemiología y la salud pública; todas estas miradas complementan y especifican los enfoques propios de la demografía.

La epidemiología se ocupa del estudio de la distribución y los determinantes de una enfermedad o condición fisiológica en las poblaciones humanas; se focaliza primariamente en grupos y no en individuos y se preocupa tanto por la etiología (causa) como por la prevención de las enfermedades. La epidemiología es un estudio típicamente interdisciplinario, que recurre a la biología, las ciencias médicas, las ciencias sociales, la estadística y la demografía; la elaboración de modelos

matemáticos de ciertos aspectos de las enfermedades es típico de esta disciplina. La salud pública, por su parte, tiene un objeto de estudio similar al de la epidemiología, pero su enfoque se orienta más bien hacia las acciones requeridas de parte de los poderes públicos para garantizar la salud y el bienestar de la población.

Dos conceptos complementarios han sido propuestos para sistematizar el descenso y la evolución de la mortalidad. El primero es el de "transición epidemiológica", formulado por Omran en 1971, y el segundo, el de "transición sanitaria", planteado por varios autores algunos años después. La idea básica de Omran[49] es que, durante la transición demográfica, cambiaron los patrones de la morbilidad y la mortalidad: a una etapa de pestilencias y hambrunas frecuentes, en el período pretransicional, le sucedió otra de descenso de las enfermedades infecciosas y desaparición de las crisis epidémicas, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida; en una tercera etapa, la mortalidad continuó descendiendo y pasaron a predominar las enfermedades crónicas y degenerativas. Otros autores agregaron después una cuarta etapa, caracterizada por el aumento de las enfermedades degenerativas tardías y las enfermedades "ambientales", incluyendo las adicciones, las enfermedades mentales, los trastornos psicológicos y los accidentes. Estas etapas secuenciales se derivan de la experiencia europea y norteamericana, y se ilustran, en forma esquemática, en el gráfico 4.1.

---

[49] Omran, A. R. "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change". *The Milbank Quaterly,* 49 (1971): 509-583.

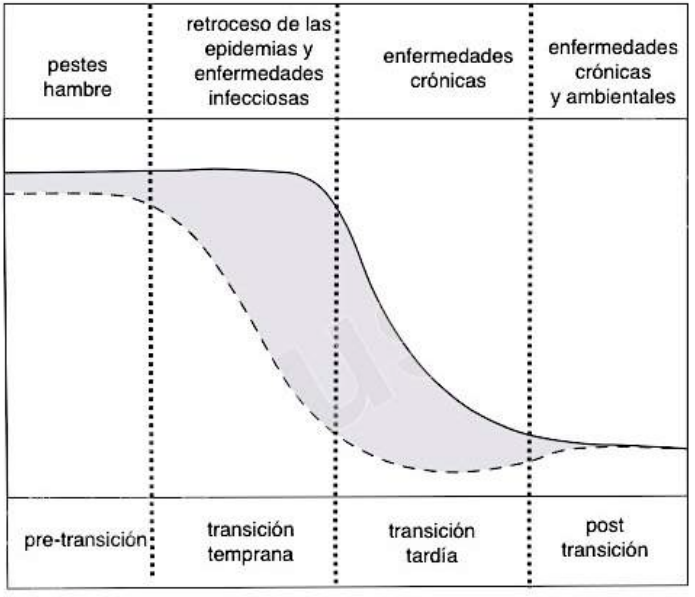


Gráfico 4.1. Esquema de la transición epidemiológica.

En el resto del mundo, la transición epidemiológica es parecida, pero los ritmos son diferentes, y, en muchos casos, hay traslapes y combinaciones.

Las causas de los cambios en el patrón de la morbilidad y la mortalidad se agrupan normalmente en cuatro tipos de factores:

a. determinantes ecobiológicos relativos al complejo equilibrio entre las poblaciones de microorganismos, el medio ambiente y los agentes humanos;
b. determinantes socioeconómicos, políticos y culturales, como la nutrición y los hábitos de higiene;
c. determinantes relativos a la salud pública, incluyendo el tratamiento del agua y los desechos y las medidas

de aislamiento y cuarentena en relación con las epidemias; y

d. determinantes científicos y médicos, desde las vacunas hasta las técnicas de tratamiento y curación de las enfermedades.

En el caso europeo, hay un relativo consenso entre los especialistas en cuanto a la incidencia de estos factores en el descenso de la mortalidad, el cual se puede resumir en los términos siguientes. La tendencia general al declive de la mortalidad, a partir del siglo XVIII, se dio en un contexto de muchas variantes a nivel local y regional; los adelantos en la medicina tuvieron un papel relativamente limitado hasta comienzos del siglo XX, y lo mismo puede decirse del de los hospitales y la mayoría de las prácticas médicas. El retroceso de la peste bubónica y otras enfermedades infecciosas ocurrió mucho antes de que se conocieran métodos efectivos para su curación, los cuales dependen básicamente de las sulfamidas y los antibióticos, ambos desconocidos antes del siglo XX. Las mejoras en la nutrición y la oferta de alimentos han sido señalados como factores importantes en la explicación del descenso de la mortalidad, y no hay dudas de que cumplieron un papel positivo; pero no están presentes en todos los casos observados de descenso. El factor más significativo pudo haber sido un cambio en las políticas públicas, con una intervención fundamental del Estado en la mejora de las condiciones sanitarias, la educación y las prácticas higiénicas. La observación comparativa de los procesos de declive de la mortalidad en los países subdesarrollados ha arrojado mucha luz sobre la importancia crucial de estos aspectos.[50]

---

50 Preston, Samuel H. "Causes and Consequences of Mortality Decline in Less Developed Countries during the Twentieth Century". En *Population and Economic Change in Developing Countries*, editado por Easterlin, Richard A., 289-360. Chicago: University of Chicago Press, 1980.

Después de estas consideraciones, se puede entender mejor por qué, en la década de 1980, comenzó a desarrollarse el concepto de "transición sanitaria". En inglés el concepto aludido es el de health transition y muchos piensan que sería más apropiado traducirlo como "transición de la salud", a pesar de que el uso más corriente es el de "transición sanitaria". Como quiera que sea, el hecho es que se pone el énfasis en los *"determinantes sociales, culturales y de comportamiento del estado de salud"* de una población dada, en un momento o período definido.[51] La amplitud de este enfoque tropieza, sin embargo, con las dificultades para definir y medir con precisión el estado de salud de una población y lo complicado que resulta establecer las fronteras entre la salud, el bienestar y la justicia social. Lo que de todos modos está claro es que en el descenso de la mortalidad intervienen múltiples factores, que se combinan, en cada caso, de una manera particular; variables muy significativas en ciertas situaciones pueden no serlo tanto en otras. Hay dos cosas, sin embargo, bien documentadas. La primera es que, antes de la revolución científica debida a la obra de Pasteur y Koch, la cual hizo posibles la identificación de los agentes patógenos (microbianos y virales) y la difusión de la asepsia y la pasteurización, el impacto de la medicina es reducido. La segunda se refiere a la importancia crucial de las políticas de salud pública, incluyendo el saneamiento ambiental y las medidas de prevención del contagio y difusión de las enfermedades infecciosas.

La atenuación de las crisis de mortalidad

La primera etapa en el descenso de la mortalidad que caracteriza a la transición demográfica consiste, como ya se

---

51 Robles González, Elena, Bernabeu Mestre, Josep y García Benavides, Fernando. "La transición sanitaria: una revisión conceptual". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica,* XIV, n.º 1 (1996): 117-144., p. 127.

dijo, en la atenuación paulatina de las crisis de mortalidad hasta su virtual desaparición. Las crisis se definen como un aumento muy elevado del número de defunciones, por encima del nivel habitual o promedio; en una representación gráfica, esto quiere decir que la curva de las defunciones, expresada en términos absolutos o en tasas anuales, se eleva bruscamente, mostrando una suerte de "pico".

La medida de la intensidad de las crisis dependerá, obviamente, del método que se utilice para establecer el nivel "normal" o "promedio" de la mortalidad en la población observada. En lo que sigue, seguiremos el método propuesto por Lorenzo del Panta y Massimo Livi Bacci para estudiar las crisis de mortalidad en Italia a lo largo de varios siglos.[52] Es un procedimiento simple, fácil de entender, y requiere únicamente series anuales de defunciones; esto es importante, ya que no nos exige conocer, por ejemplo, la población total u otros datos sobre la población bajo estudio, muchas veces ausentes o de obtención difícil y calidad dudosa. El nivel promedio de la mortalidad anual se calcula con una media móvil truncada de 11 años, eliminando los dos valores más altos y los dos más bajos, es decir, utilizando siete valores y dividiendo la suma de dichos valores entre siete;[53] calculando así el nivel promedio de la mortalidad anual, se procede a obtener las diferencias entre el número de muertes observadas en cada año y el valor promedio, conservando el signo de la diferencia, el cual será positivo si el valor observado es mayor que el promedio, y negativo en caso contrario. El último paso es calcular estas diferencias en porcentajes con respecto a la mortalidad promedio de cada año. Los resultados de este procedimiento, aplicados a cinco casos distintos, se presentan en los gráficos 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5, los cuales serán comentados enseguida. Cuando el nivel de la mortalidad sube más del 50 % sobre el promedio anual, se considera que se trata de una crisis,

---

52 Del Panta, Lorenzo y Livi Bacci, Massimo. "Chronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie, 1600-1850". *Population,* numéro spécial (1977): 401-440.

53 La media móvil se centra, como es habitual, en el sexto año, es decir, en el punto medio de los once años utilizados para el cálculo.

ya que compromete la capacidad "normal" de reproducción de la población; los picos más fuertes de la mortalidad se producen cuando el número de defunciones se multiplica por 2 (100 %), por 3 (200 %) o por 4 (300 %), lo cual implica, obviamente, crisis cada vez más graves: la recuperación de la población requerirá mucho más tiempo, durante el cual la tasa neta de reproducción se mantendrá por debajo de uno. La inspección de los gráficos permite hacerse una idea de la duración en años, la frecuencia y la intensidad de las crisis de mortalidad; cuando ha sido posible, se han identificado las epidemias que explican principalmente dichas crisis. Para los fines de este trabajo, el análisis gráfico de las crisis permite mostrar la tendencia a la atenuación hasta su virtual desaparición; no requerimos de medidas más sofisticadas sobre su intensidad y frecuencia, como han sido las propuestas por autores como Jacques Dupâquier.[54]

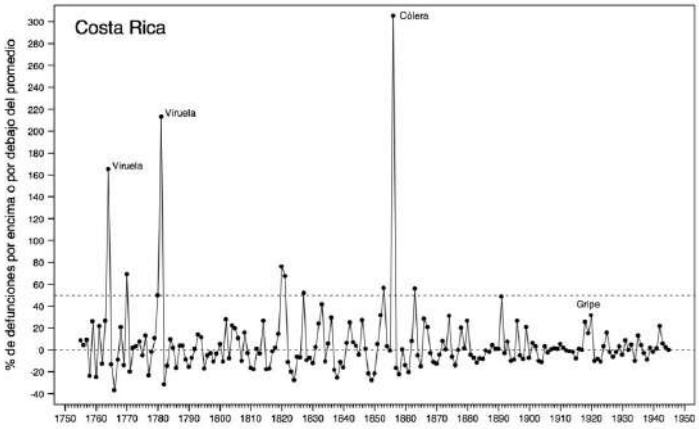


Gráfico 4.2. Crisis de mortalidad en Costa Rica, 1750-1950.

54 Dupâquier, Jacques. "L'analyse statistique des crises de mortalité". En *The Great Mortalities: Methodological Studies of Demographic Crises in the Past*, editado por Charbonneau, H. y Larose, A. Liège: IUSSP, 1979.

Veamos ahora los ejemplos seleccionados. El gráfico 4.2 muestra las defunciones de Costa Rica,[55] en porcentajes, por encima y por debajo del nivel promedio, calculado con el método de Del Panta y Livi Bacci, a lo largo de 200 años, entre 1750 y 1950. Se perciben inmediatamente las grandes crisis de mortalidad en 1764 y 1781, originadas por epidemias de viruela, y la de 1856, ocasionada por el cólera morbus; crisis menores ocurrieron en 1770, 1819-1821, 1827, 1853, 1863 y 1891. Después de esta última, no hubo otras, y las fluctuaciones de la mortalidad declinan notablemente; solo en 1918-1920 se percibe un leve aumento, causado en gran parte por la epidemia de gripe española que afecta Costa Rica en esos años. Luego de este ejemplo a nivel de un país, presentamos casos referidos a ciudades importantes a lo largo del siglo XIX; recordemos que las ciudades, y sobre todo los puertos, eran particularmente vulnerables al impacto de las epidemias debido a la concentración de la población y la facilidad del contagio, como también a causa, muchas veces, de condiciones sanitarias particularmente desfavorables (agua potable, tratamiento de basura y aguas negras).

El gráfico 4.3 representa las defunciones de la ciudad de La Habana,[56] capital de Cuba, entre 1810 y 1910, siempre siguiendo el método de Del Panta y Livi Bacci. La crisis más severa, en 1898, se ubica en el contexto del bloqueo y la guerra entre España y los Estados Unidos, que condujo a la ocupación y la independencia de Cuba, y corona peldaños sucesivos de elevación de las defunciones en 1896 y 1897. Se trata, obviamente, de un acontecimiento excepcional, que no resulta equiparable a crisis de mortalidad como las de 1833, 1850 y 1852, ocasionadas por el cólera. Los demás "picos" de las defunciones por encima del promedio que se

---

55 Los datos provienen de Pérez Brignoli, Héctor. *La población de Costa Rica, 1500-2000. Una historia experimental*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 2010.

56 Los datos provienen de Le Roy y Cassá, J. E. *Estudios sobre la mortalidad de La Habana durante el siglo XIX y los comienzos del actual*. La Habana, 1913.

pueden observar en el gráfico obedecen sobre todo a brotes de fiebre amarilla, cólera y viruela, pero oscilan entre un 15 % y un 35 %; eso quiere decir que están bastante por debajo del 50 % que se considera típico de una crisis leve. En el gráfico 4.4, se pueden apreciar las fluctuaciones de la mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires, en Argentina, entre 1800 y 1915.

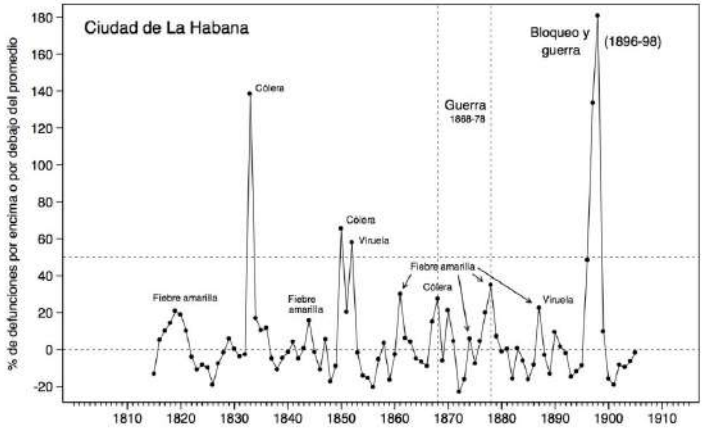


Gráfico 4.3. Crisis de mortalidad en La Habana, 1810-1910.

Luego de la gran epidemia de fiebre amarilla en 1871, la más letal de todas, la mortalidad oscila suavemente y cada vez con menos amplitud; en el período anterior, solo se observan cuatro crisis, en 1809, 1823, 1829 y 1867. Si se calculan las tasas brutas de mortalidad, se pasa de valores en torno al 40 por mil entre 1800 y 1830 a valores por debajo del 20 por mil a partir de 1900.[57]

---

57 Besio Moreno, Nicolás. *Buenos Aires. Puerto del Río de la Plata. Capital de la Argentina. Estudio crítico de su población, 1536-1936.* Buenos Aires, 1939, pp. 83-90.

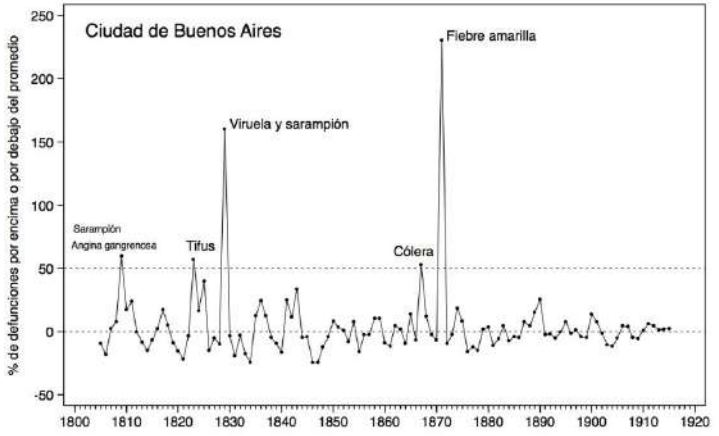


Gráfico 4.4. Crisis de mortalidad en Buenos Aires, 1800-1915.

El último ejemplo aparece en el gráfico 4.5 y corresponde a la Ciudad de México,[58] entre 1800 y 1900. La epidemia más mortífera ocurrió en 1813, y fue causada principalmente por el tifus exantemático; otras crisis se manifestaron en 1825 (viruela, sarampión y tifus), 1830 (viruela), 1833 (cólera) y 1850 (cólera). La atenuación de las crisis se observa claramente, y ningún "pico" significativo se localiza después de 1850.

58 Los datos provienen de Maldonado, Celia. *Estadísticas vitales de la ciudad de México (siglo XIX)*. México: INAH, 1976., y de Peñafiel, Antonio. *Boletín Semestral de la Dirección General de Estadística de la República Mexicana*, México, 1893.

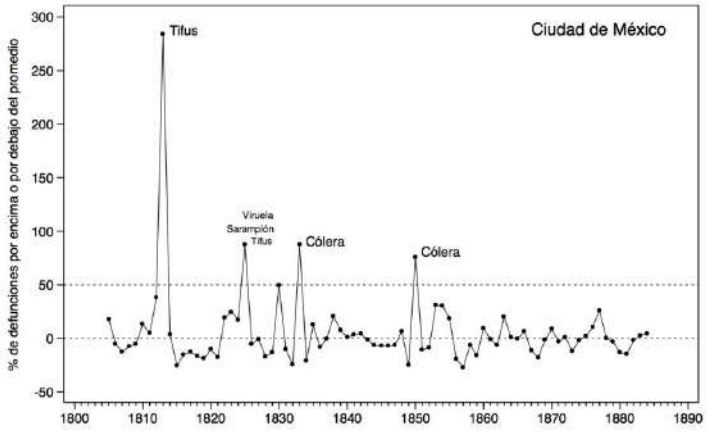


Gráfico 4.5. Crisis de mortalidad en la Ciudad de México, 1800-1900.

La mortalidad infantil

La mortalidad infantil, es decir, la de los menores de un año, es un indicador fundamental para el estudio detallado de la evolución de la mortalidad. Como se sabe, en poblaciones con una mortalidad elevada o, lo que es lo mismo, con una esperanza de vida al nacimiento de 30 o 40 años, la incidencia de la mortalidad infantil es muy fuerte. Basta considerar, por ejemplo, que, si observamos la tabla de mortalidad masculina de México en 1930, con un esperanza de vida al nacimiento de 36 años, en el primer año de vida muere un 15 % de los nacidos ese año; en el caso de las mujeres, la proporción es algo menor, pero casi llega al 14 %. En 1960, con una esperanza de vida al nacimiento de 58 años para los varones, esa proporción había bajado al 7,9 %; en el caso de las mujeres, era de 6,8 %.[59]

[59] Benítez Zenteno, Raúl y Cabrera Acevedo, Gustavo. *Tablas abreviadas de mortalidad de la población de México, 1930, 1940, 1950, 1960.* México: El Colegio de México, 1967.

No disponemos de muchas series largas y confiables para documentar apropiadamente la evolución de la mortalidad infantil. Sin embargo, comentaremos algunos casos que nos permiten hacernos una idea general relativamente precisa. Las series se presentan en el gráfico 4.6, con datos anuales de Chile (1848-1995)[60] y Costa Rica (1910-1995),[61] y datos quinquenales de Cuba (1900-1995)[62] y la Ciudad de Buenos Aires (1860-1995)[63].

La serie chilena, la más larga de todas, nos ilustra bien lo que parece ser la tendencia general; durante la segunda mitad del siglo XIX, el nivel promedio de la mortalidad infantil oscila entre 300 y 350 por mil; a partir de los primeros años del siglo XX, comienza a descender, y hacia 1940 va ya por debajo del 200 por mil, cruza la barra del 100 por mil a inicios de la década de 1960 y llega, en los ochenta, a estacionarse en algo menos del 20 por mil. El caso de Costa Rica, con datos desde 1910, muestra una trayectoria parecida, solo que, en el punto de partida, hacia 1910, el nivel promedio de la mortalidad infantil fue algo menor del 200 por mil; el descenso es continuo a partir de 1926, y las fluctuaciones en torno a la tendencia son cada vez menores; en la década de 1960, oscila alrededor del 70 por mil. En la década siguiente, se produce un descenso dramático, gracias a programas agresivos y exitosos del Ministerio de Salud,[64] que llevan el índice a menos del 20 por mil,

---

60 Braun, Juan, Braun, Matías, Briones, Ignacio y Díaz, José. *Economía Chilena, 1810-1995. Estadísticas Históricas*. Documento de Trabajo n.º 187. Santiago de Chile: Pontífica Universidad Católica de Chile. Instituto de Economía, 2000.

61 Rosero-Bixby, Luis. "Factores asociados con la mortalidad infantil en Costa Rica, 1961-1975". En *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*, editado por Costarricense, Asociación Demográfica, 31-59. San José, 1984., Tabla A-2.

62 Alfonso Fraga, Juan Carlos. *Cuba. Una transición demográfica temprana y completa*. La Habana, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 2009.

63 Mazzeo, Victoria. "La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el período 1860-2001". *Papeles de Población,* 53, n.º Julio-setiembre (2007): 241-272.

64 Rosero-Bixby, Luis. "Infant Mortality in Costa Rica. Explaining the recent decline". *Studies in Family Planning,* 17, n.º 2 (1986): 57-65.

mientras que las fluctuaciones en torno a la tendencia prácticamente desaparecen.

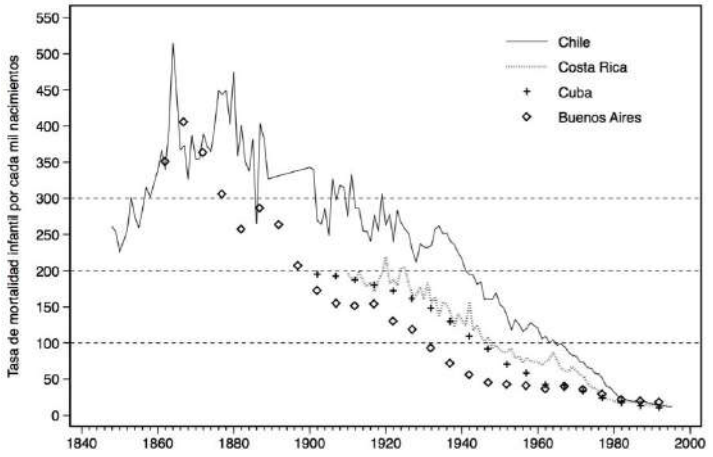


Gráfico 4.6. Evolución de la mortalidad infantil en Chile, Costa Rica, Cuba y la Ciudad de Buenos Aires.

El caso de Cuba, presentado en promedios quinquenales, lo que explica la ausencia de oscilaciones alrededor de la tendencia, muestra un descenso y niveles similares a los de Costa Rica hasta los cincuenta. En las décadas de 1960 y 1970, el descenso de la mortalidad infantil cubana es mucho más fuerte, y eso se debe, sin duda, a las exitosas políticas de salud aplicadas luego de la Revolución, a partir de 1959. En la década de 1980, ambas curvas se superponen, y, de hecho, también coinciden con la de Chile. Los datos relativos a la Ciudad de Buenos Aires, también presentados en tasas quinquenales, ilustran la trayectoria de una ciudad que, ya a fines del siglo XIX, es la más "moderna" y "europea" de las capitales latinoamericanas. Al principio, en las décadas de 1860, 1870 y 1880, las tasas son muy elevadas, pero luego caen con mucha rapidez y firmeza, muy por debajo de los niveles de Cuba y Costa Rica; solo en la década de 1960

en el caso de Cuba, a finales de la del setenta en el caso de Costa Rica, y un poco después, en el caso de Chile, todas las curvas se superponen. Esta convergencia es un indicador que es crítico para medir el estado de salud y la incidencia de la mortalidad en una población, parece indicar que este avance se consolida independientemente de la naturaleza del régimen político.

La sobremortalidad masculina

El descenso de la mortalidad muestra también importantes diferenciales por sexo, los cuales se pueden resumir diciendo que se observa una sobremortalidad masculina en todas las edades. Es importante notar que la sobremortalidad masculina aumenta a medida que crece la esperanza de vida al nacimiento. La explicación de este fenómeno tiene un componente biológico y un componente social o "externo" al organismo humano.[65] Como la sobremortalidad masculina se observa en todas las edades y en sociedades y épocas muy diversas, es necesario atribuir una parte del fenómeno a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres; los hombres parecen ser, en este sentido, biológicamente más débiles que las mujeres. Recordemos también que, en casi todas las sociedades, se ha observado una relación de masculinidad al nacimiento de alrededor de 105, lo cual quiere decir que nacen 105 varones por cada 100 mujeres; este "exceso" de nacimientos masculinos se compensa luego con la sobremortalidad masculina, y permite entender mejor el relativo equilibrio en la proporción de sexos en el conjunto de la población. Otros componentes de la sobremortalidad masculina son evidentemente sociales, como la mayor exposición a riesgos por accidentes, violencia, hábitos como

---

65 Ver Pressat, Roland. *The Dictionary of Demography*. Editado por Wilson, Christopher. Oxford: Blackwell Reference, 1985., pp. 205-207.

el fumado y el alcoholismo, etc. En el caso de las mujeres, ha sido común observar una sobremortalidad femenina durante el período fértil, relacionada con problemas durante el embarazo y el parto; se trata pues de la mortalidad materna, la cual tiende a desaparecer una vez que mejoran las condiciones sanitarias y los servicios de salud.

El fenómeno de la sobremortalidad masculina se puede detectar comparando las esperanzas de vida al nacimiento a lo largo del tiempo y observando los diferenciales. Para ilustrarlo hemos elegido dos ejemplos, los cuales se presentan en los gráficos 4.7 y 4.8.

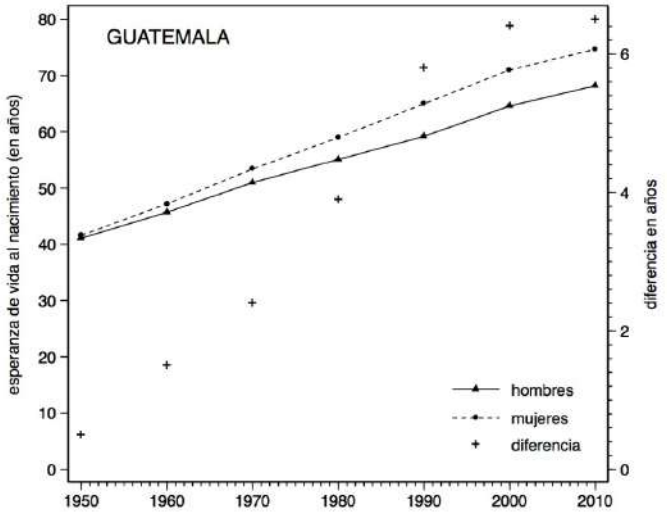


Gráfico 4.7. Guatemala, esperanza de vida al nacimiento según sexo, 1950-2010.

Guatemala (gráfico 4.7)[66] ofrece un ejemplo de transición demográfica muy tardía; en 1950 la esperanza de vida al nacimiento es, para hombres y para mujeres, apenas un poco mayor de 40 años; la diferencia entre los sexos es casi insignificante. En 2010, al final del período considerado, la esperanza de vida femenina es de casi 75 años, y la masculina, de 68,2 años, con una diferencia de 6,5 años. Como se puede apreciar en el gráfico 4.7, el aumento en la esperanza de vida en ambos sexos es sostenido, pero creciente en el caso de las mujeres, por lo cual el diferencial a favor del sexo femenino aumenta. En el gráfico 4.8, se pueden observar los datos de Argentina, un país que experimenta una transición demográfica muy temprana.[67] El diferencial a favor de las mujeres tiende a crecer, al igual que en el caso de Guatemala, e incluso al final, en 2010, llega a ser de 7,7 años; eso sí, estamos con esperanzas de vida de casi 72 años para los hombres y casi 80 para las mujeres.

---

66 Cepal, Observatorio demográfico. *Tablas de mortalidad 2017*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2017.

67 Somoza, Jorge L. *La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960*. Buenos Aires: Instituto Torcuato di Tella, Editorial del Instituto, 1971.; Cepal, *Tablas de mortalidad 2017*.

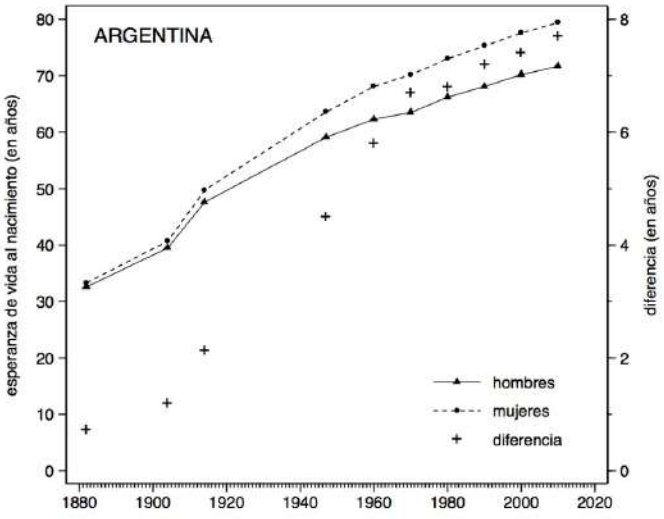


Gráfico 4.8. Argentina, esperanza de vida al nacimiento según sexo, 1869/1895-2010.

El descenso de la mortalidad según edades

Debemos considerar ahora, en forma más detallada, la disminución de la mortalidad por edades. Para esto, necesitamos disponer de un conjunto de tablas de vida o mortalidad, confiables y extendidas en el tiempo. Esto limita la información disponible a unos pocos países latinoamericanos, ya que, en la mayoría de los casos, estas tablas solo están disponibles a partir de 1950. Comenzaremos con el caso argentino, ya que existen tablas confiables desde 1869-1895, lo cual permite una observación detallada a lo largo de más de 100 años.

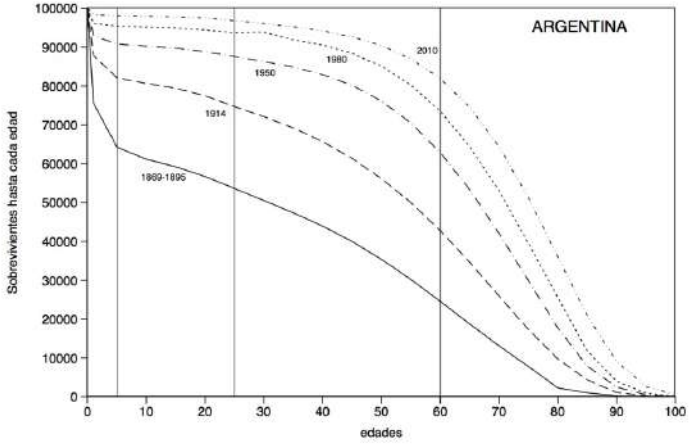


Gráfico 4.9. Argentina, 1869-2010: Sobrevivientes hasta cada edad, en años selecciones (hombres).

El gráfico 4.9 muestra la función de supervivencia de las tablas de mortalidad masculinas en 1869-1895, 1914, 1950, 1980 y 2010. Dicha función resulta de aplicar las probabilidades de muerte por edad a una generación hipotética de 100.000 nacimientos; de este modo, podemos seguir el número de sobrevivientes en cada edad, desde los 0 hasta los 100 años, cuando la generación se extingue. La interpretación de la función de supervivencia es simple, ya que las cifras se pueden leer como porcentajes, lo cual sirve también para comparar directamente experiencias de mortalidad provenientes de poblaciones y períodos diferentes. La lectura básica de las curvas de sobrevivencia permite observar cómo, a lo largo del tiempo, se produce un aumento continuo del número de sobrevivientes en todas las edades; pero la forma de las curvas también muestra que los aumentos varían según las edades; la comparación precisa exige considerar los cambios en cada edad, lo cual ya no resulta tan simple. Cuando se lee el gráfico, el ojo debe desplazarse, por ejemplo, a los 5, los 25 y los 60 años, es decir, en las

líneas verticales indicadas en el gráfico 4.9. Una presentación más simple de esta información se puede apreciar en los gráficos de barras del gráfico 4.10. A los 5 años, la generación ha superado el gran riesgo de la mortalidad de la primera infancia; como se puede observar hacia 1882 (punto medio de la tabla estimada entre los censos de 1869 y 1895), de los 100.000 nacimientos, apenas sobrevive un poco más del 60 %; en 2010, en cambio, lo hace el 98 %. A los 25 años, edad en que los hombres han terminado la época joven y entran a la etapa de adultos, casados o en vías de casarse; en 1882, de los 100.000 nacimientos, sobrevive apenas algo más del 50 %; en 2010, la sobrevivencia llega al 96 %. A los 60 años, inicio de la vejez, las diferencias son dramáticas; en 1882 solo alcanza esa edad un 25 % de la generación, mientras que en 2010, algo más del 80 %. Para ilustrar las trayectorias de la sobrevivencia masculina en Chile, México y Guatemala, se presentan los gráficos de barras 4.11, 4.12 y 4.13, respectivamente.

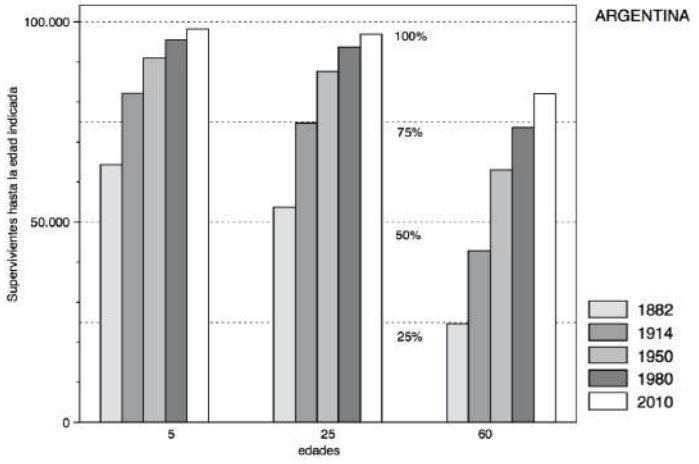


Gráfico 4.10. Argentina, 1869-2010: sobrevivientes hasta los 5, 25 y 60 años (hombres).

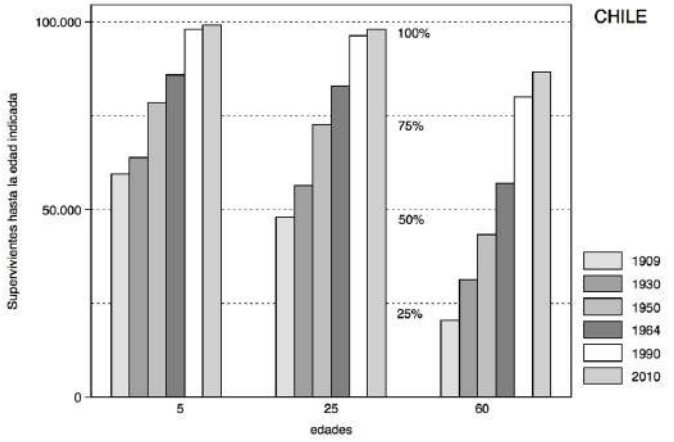


Gráfico 4.11. Chile, 1909-2010: sobrevivientes hasta los 5, 25 y 60 años (hombres).

El descenso de la mortalidad sigue, en general, patrones relativamente similares a los ya comentados para el caso argentino.

El descenso de la mortalidad en la primera infancia es crucial para entender bien la dinámica del proceso. Cuando la mortalidad es relativamente elevada, a los 5 años solo llega algo más de la mitad de la generación; luego la sobrevivencia hasta esta edad aumenta progresivamente hasta llegar al 97 o 98 % de todos los nacimientos. Entre los 5 y los 25 años, la mortalidad es casi siempre relativamente baja, y eso se puede observar comparando los porcentajes de sobrevivientes entre ambas edades. La llegada a los 60 años es el otro extremo, en la observación del descenso de la mortalidad. Un análisis todavía más detallado de este proceso se puede hacer mediante una descomposición de la esperanza de vida en cada grupo de edad; el procedimiento requiere muchos cálculos, pero vale la pena.

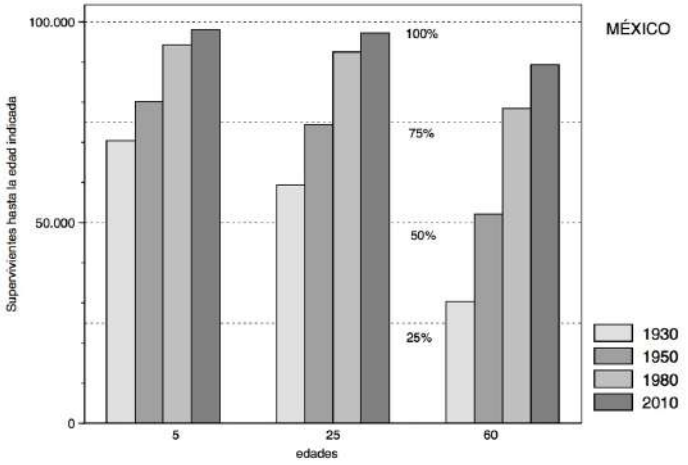


Gráfico 4.12. México, 1930-2010: sobrevivientes hasta los 5, 25 y 60 años (hombres).

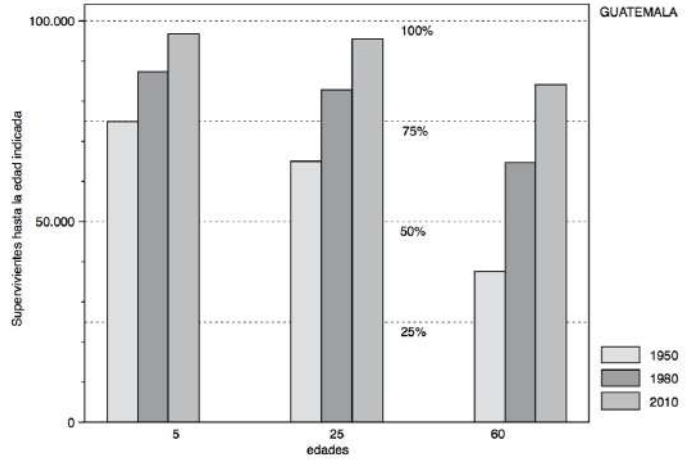


Gráfico 4.13. Guatemala, 1950-2010: sobrevivientes hasta los 5, 25 y 60 años (hombres).

Descomposición de los cambios en la esperanza de vida por edad y sexo. Ejemplos de Argentina, México y Costa Rica

Los resultados de este ejercicio se presentan, en forma resumida, en los cuadros 4.1. 4.2 y 4.3. En Argentina, entre 1882 y 2010, la ganancia total en la e0 fue de 39 años para los hombres y 46 años para las mujeres. Las ganancias se escalonan gradualmente, como lo revelan los puntos de observación escogidos: 1914, 1950 y 1980. En el caso de los hombres, fue de 16 años entre 1882 y 1914, pero se reduce a casi 6 años entre 1980 y 2010. Obviamente, esto se explica por los límites biológicos a la sobrevivencia humana, y se observa tanto para los hombres como para las mujeres y en todas las sociedades. La contribución a las ganancias varía en función de los diferentes grupos de edad: el grupo de 0 a 4 años es el que generalmente tiene la mayor ganancia, aunque, como se puede observar entre 1980 y 2010, en este tramo, tanto para hombres como para mujeres, la contribución del grupo de adultos mayores, entre los 50 y los 79 años, cobra también mucha importancia.

Aunque con variantes en los valores observados, el patrón descrito en el caso argentino se repite en los casos de México (1930-2010) y Costa Rica (1904-2010): fuerte ganancia en el grupo de 0-4, mínimos aportes en el grupo de 5-19 años, y una contribución creciente en los grupos de 20-49 y de 50-79 años; más allá de los 80 años, la contribución tiende a aumentar en el período 1980-2010, cuando la e0 supera con creces los 70 años. Esta contribución diferencial según la edad se explica, en primer lugar, por los límites biológicos a la sobrevivencia humana y, en segundo lugar, por los cambios relativos en las causas de muerte. Este es el tema que conviene abordar a continuación.

Cuadro 4.1. Argentina, 1882-2010. Descomposición de las ganancias en la esperanza de vida al nacimiento según la contribución de diferentes grupos de edad (en años de vida y en porcentajes)

Hombres

Edades	1882-1914	%	1914-1950	%	1950-1980	%	1980-2010	%
0-4	10,75	66	3,75	35	3,03	47	1,89	34
5-19	2,11	13	1,53	14	0,56	9	0,28	5
20-49	2,33	14	3,90	36	1,38	21	0,86	15
50-79	1,12	7	1,50	14	1,47	23	2,17	38
80+	-0,04	0	0,11	1	0,05	1	0,43	8
Totales	16,27	100	10,80	100	6,50	100	5,63	100

Mujeres

Edades	1882-1914	%	1914-1950	%	1950-1980	%	1980-2010	%
0-4	10,43	59	3,79	29	3,86	37	1,85	29
5-19	2,34	13	1,94	15	0,78	9	0,19	3
20-49	3,14	18	5,00	39	2,08	23	0,86	14
50-79	1,78	10	2,16	17	2,76	30	2,04	32
80+	0,05	0	0,03	0	0,13	1	1,43	22
Totales	17,73	100	12,92	100	9,11	100	6,38	100

Nota: la descomposición se realizó siguiendo el método de Arriaga, pero utilizando las fórmulas propuestas en United Nations. World populations trends, population development inter-relations and population policies, 1983. Monitoring report, vol. I, Nueva York, 1985. La ganancia se expresa en años de vida (diferencias entre las e0 de cada tabla de vida), y la descomposición es aditiva, es decir, la ganancia total es resultado de la suma de las ganancias en cada grupo de edad.

Cuadro 4.2. México, 1930-2010. Descomposición de las ganancias en la esperanza de vida al nacimiento según la contribución de diferentes grupos de edad (en años de vida y en porcentajes)

Hombres

Edades	1930-1950	%	1950-1980	%	1980-2010	%
0-4	5,54	46	7,76	51	3,27	32
5-19	2,12	18	1,79	12	0,62	6
20-49	2,87	24	3,02	20	2,83	28
50-79	1,39	12	2,36	15	2,99	29
80+	0,10	1	0,35	2	0,63	6
Totales	12,04	100	15,27	100	10,35	100

Mujeres

Edades	1930-1950	%	1950-1980	%	1980-2010	%
0-4	5,68	42	8,96	48	2,85	33
5-19	2,35	17	2,06	11	0,47	5
20-49	3,38	25	3,89	21	1,78	20
50-79	2,04	15	3,26	17	2,60	30
80+	0,13	1	0,69	4	0,98	11
Totales	13,58	100	18,85	100	8,67	100

Nota: la descomposición se realizó siguiendo el método de Arriaga, pero utilizando las fórmulas propuestas en United Nations. *World populations trends, population development inter-relations and population policies, 1983. Monitoring report,* vol. I, Nueva York, 1985. La ganancia se expresa en años de vida (diferencias entre las e0 de cada tabla de vida), y la descomposición es aditiva, es decir, la ganancia total es resultado de la suma de las ganancias en cada grupo de edad.

Cuadro 4.3. Costa Rica, 1904-2010. Descomposición de las ganancias en la esperanza de vida al nacimiento según la contribución de diferentes grupos de edad (en años de vida y en porcentajes)

Hombres

Edades	1904-1940	%	1940-1960	%	1960-1980	%	1980-2010	%
0-4	6,10	49	8,91	48	5,95	62	1,37	39
5-19	1,04	8	1,56	8	0,61	6	0,22	6
20-49	4,22	34	4,08	22	0,91	9	0,36	10
50-79	1,04	8	3,67	20	1,72	18	1,39	39
80+	0,03	0	0,17	1	0,36	4	0,22	6
Totales	12,43	100	18,39	100	9,55	100	3,55	100

Mujeres

Edades	1904-1940	%	1940-1960	%	1960-1980	%	1980-2010	%
0-4	6,76	54	8,50	44	5,85	53	1,09	27
5-19	1,13	9	1,70	9	0,66	6	0,13	3
20-49	3,26	26	5,36	28	1,73	16	0,53	13
50-79	1,35	11	3,40	18	2,35	21	1,81	45
80+	0,10	1	0,18	1	0,52	5	0,43	11
Totales	12,60	100	19,14	100	11,10	100	3,99	100

Nota: la descomposición se realizó siguiendo el método de Arriaga, pero utilizando las fórmulas propuestas en United Nations. *World populations trends, population development inter-relations and population policies, 1983. Monitoring report*, vol. I, Nueva York, 1985. La ganancia se expresa en años de vida (diferencias entre las e0 de cada tabla de vida), y la descomposición es aditiva, es decir, la ganancia total es resultado de la suma de las ganancias en cada grupo de edad.

Las causas de muerte

Toca ahora considerar la mortalidad según causas para esclarecer mejor el tema de la transición epidemiológica, ya

esbozado al comienzo de este capítulo. El cambio decisivo fue el pasaje de una época en que predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias a otra en la cual prevalecen las enfermedades crónicas y "ambientales". La evaluación precisa de estos fenómenos requiere, como es obvio, de un registro adecuado de las causas de muerte; para que esto opere, es necesario disponer tanto de una codificación y clasificación de las enfermedades, como de un diagnóstico médico a la hora de establecer la causa de defunción. Las oficinas nacionales de estadística y salud de los países latinoamericanos enfrentaron un verdadero desafío, desde finales del siglo XIX, para el registro y la recolección apropiados de estos datos. El proceso varió mucho según los países, y fue relativamente lento; sin embargo, hacia 1950, ya se había logrado en casi todos lados una cobertura y calidad relativamente aceptables.

La clasificación de las enfermedades siguió, por lo general, las recomendaciones del Instituto Internacional de Estadística (creado en Viena en 1891), y fue revisada oportunamente a lo largo del siglo XX. Como se sabe, esta clasificación internacional de enfermedades fue elaborada en 1893 por Jacques Bertillon y revisada en 1900. En ese año fue recomendada internacionalmente en la reunión del Instituto Internacional de Estadística realizada en París, y adoptada rápidamente en los principales países del mundo. Incluía 157 enfermedades, agrupadas en 14 tipos. Hubo revisiones posteriores en 1909, 1920, 1929, 1938, 1948, 1955, 1965, 1975 y 1989. En la cuarta y quinta revisiones (1929 y 1938), el número de enfermedades codificadas se mantuvo en 164. A partir de la sexta revisión (1948), el número creció notablemente, de 769 en ese año, a 1675 en 1989, y a unos 55.000 códigos para traumatismos, enfermedades y causas de muerte en 2018.[68] A partir de 1948, la

[68] Laurenti, Ruy. "Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem años da Classificação Internacional de Doenças. Novos Aspectos da Saúde Pública". *Revista de Saúde Pública*, 25, n.º 6 (1991): 407-417.

clasificación internacional de enfermedades está al cuidado de la Organización Mundial de la Salud.

La codificación y clasificación de las enfermedades y traumatismos que causan la muerte es apenas un aspecto. El diagnóstico médico es, por supuesto, fundamental para una identificación correcta, la cual debe de incluir, además, la importante distinción entre causa principal y causa inmediata. Otro aspecto de suma relevancia es el paso del certificado de defunción a la codificación y tabulación para que la información se convierta en un dato estadístico confiable. Hoy por hoy, el registro adecuado de las causas de muerte es probablemente todavía difícil y sujeto a múltiples errores, sobre todo si deseamos realizar análisis refinados.

Cuadro 4.4. Argentina. Mortalidad según causas principales (1916-1999) (porcentajes del total de defunciones, ambos sexos)

Causas	1916	1936	1956	1982	1992	1997	1999
Infecciosas y parasitarias	30	31	8	6	6	5	8
Crónicas y degenerativas	31	49	53	80	80	75	72
Sociopatógenas	4	6	18,4	7	8	8	8
Desnutrición	s.d.	2	s.d.	5	1	1	1
Otras	19	s.d.	16	2	3	5	5
Mal definidas	16	12	17	2	3	6	7
Total	100	100	100	100	100	100	100

S.d.: sin datos.
Fuente: Curto, Susana, Verhasselt, Yola, y Boffi, Rolando. "La transición epidemiológica en la Argentina". Contribuciones Científicas, GÆA, Sociedad Argentina de Estudios Geográficos, 13 (2001), pp. 239-248.

Cuadro 4.5. México. Mortalidad según causas principales (1930-2010) (porcentajes del total de defunciones, ambos sexos)

Causas	1930	1960	1980	2000	2010
Infecciosas y parasitarias	47	25.6	13.7	4.3	2.9
Aparato circulatorio	1.9	8.5	16.4	22.3	23.9
Aparato respiratorio	16	19.3	13.5	8.8	8.6
Aparato digestivo	4	5.3	7.1	9.6	9.3
Tumores (neoplasmas)	0.7	3.4	6.5	13.2	12.6
Accidentes, envenenamientos y violencia	4.1	6.5	15.5	11.9	12.2
Otras enfermedades	26.3	31.4	27.3	29.9	30.5
Total	100	100	100	100	100

Fuentes: INEGI. Estadísticas Históricas de México, tomo 1, p. 160 (México, 1990); INEGI. Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos, 2018, Cuadro 7.30 (México, 2018).

Cuadro 4.6. Costa Rica. Mortalidad según causas principales, 1920-2000 (porcentajes del total de defunciones, ambos sexos)

Causas de muerte	1920	1940	1959-1961	1970	1975	2000
Enfermedades infecciosas y parasitarias	65.5	57.7	44.9	40.0	23.6	5.3
Enfermedades cardiovasculares y renales	7.2	10.8	15.3	23.0	26.6	35.6
Cáncer	1.3	3.84	9.2	11.0	15.4	20.9
Accidentes y muertes violentas	1.4	2.96	4.8	7.5	11.0	12.4
Otras causas	24.6	24.7	25.9	18.5	23.4	25.8
Total (%)	100.0	100	100	100	100	100
Total de defunciones (números absolutos)	13.420	11.211	9.988	11.496	9.633	14.944

Notas: enfermedades infecciosas y parasitarias incluyen fiebre tifoidea, tuberculosis en todas sus formas, disentería en todas sus formas, difteria, tos ferina, sarampión, gastritis, duodenitis, enteritis, colitis, gripe, neumonía y malaria.
"Otras causas" incluye otras enfermedades, causas mal definidas y causas desconocidas.
El total de defunciones que se indica como referencia corresponde a las cifras registradas, sin ajustes por subregistro.
Fuentes: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:
1920. *Anuario Estadístico*, 1920.
1940. Luros, Pablo. *Aspectos biodemográficos de la población de Costa Rica*. San José, Imprenta Nacional, 1942.
1959-1961. Rosero, Luis. "La situación demográfica de Costa Rica". *VII Seminario Nacional de Demografía*. Universidad de Costa Rica, 1979.
1970, 1975 y 2000. Microdatos en línea, en el sitio web del CCP, en ccp.ucr.ac.cr.

Los cuadros 4.4, 4.5 y 4.6 presentan la evolución de la mortalidad según causas principales en Argentina, México y Costa Rica, a lo largo del siglo XX. Se puede apreciar, en los tres casos, un patrón evolutivo bastante parecido: una caída gradual y sostenida de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento de las enfermedades crónicas; también es notorio el aumento, leve pero gradual, de las llamadas "enfermedades sociopatógenas", es decir, los accidentes, las muertes violentas, los suicidios, etc. En todas las clasificaciones, siempre hay un grupo de "otras causas", la cual incluye también, por lo general, las causas mal definidas o ignoradas. Con todas las imperfecciones de los datos, el patrón recién descripto se observa sistemáticamente en todos los países. El gráfico 4.14 ilustra esto con las enfermedades infecciosas y parasitarias en los casos de Argentina, México y Costa Rica: luego de un descenso gradual, hacia inicios del siglo XXI la proporción se estaciona en menos del 5 %; esta convergencia se observa todavía mejor en 2010, considerando la mortalidad en 41 países de las Américas (excluyendo a Canadá y los Estados Unidos), la proporción de muertes debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias fue del 3 %; en el mismo año, las causas de muerte externas o "sociopatógenas" representaron un 12 % del total de defunciones.[69]

[69] Datos calculados a partir de la base de datos en línea de la PAHO, consultada en febrero de 2019.

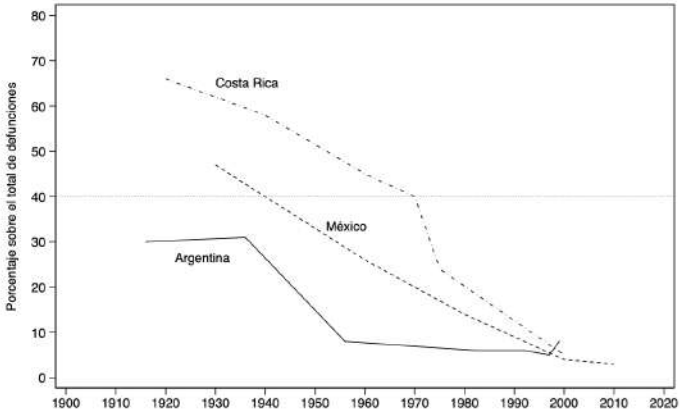


Gráfico 4.14. Argentina, México y Costa Rica: porcentaje de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias (ambos sexos).
Fuente: cuadros 4.4, 4.5 y 4.6.

Los determinantes socioeconómicos en el descenso de la mortalidad

En términos generales, el descenso de la mortalidad ha sido asociado a la modernización y el desarrollo económico. Sin embargo, la identificación de los factores causales no es sencilla. Preston,[70] en un artículo pionero, publicado en 1975, relacionó los cambios en la esperanza de vida al nacimiento con las variaciones en el PIB per cápita, utilizando datos transversales para un conjunto de países desarrollados y subdesarrollados hacia 1900, 1930 y 1960 y ajustando las observaciones de cada período a sendas curvas logísticas, relacionando la e0 con el logaritmo del PIB per cápita.

70 Preston, Samuel H. "The changing relation between mortality and level of economic development". *Population Studies,* 29, n.º 2 (1975): 231-248.

Ciertas conclusiones emergen con claridad: a) la relación entre ambas variables crece durante el siglo XX, pero, más allá de una e0 entre 60 y 70 años, el aumento en la e0 pasa a ser mucho menor que los cambios, también crecientes en el PIB per cápita; b) una comparación cuidadosa de los cambios en la e0 que se podrían atribuir a los aumentos en el PIB per cápita lleva a una estimación del 16 %. Según Preston, esto indica que un 84 % de los cambios en la e0 se deben atribuir a factores distintos del nivel del PIB per cápita: esto es, factores como la nutrición, los servicios médicos y de salud pública y la alfabetización, que están solo parcialmente determinados por los indicadores económicos.

Veamos algunos datos de este tipo para América Latina, en el gráfico 4.16 y el cuadro 4.7; se incluyen datos para 19 países latinoamericanos en 1950 y 2010. El gráfico permite ver rápidamente que, mientras que en 2010 la e0 tiende a variar relativamente poco entre los países, ya que casi todos los casos se ubican entre 71 y 78 años, no ocurre lo mismo con el PIB per cápita, que oscila entre 1.889 $ (Nicaragua) y 13.229 $ (Chile). En 1950, por su parte, la diferencia en las e0 es mucho mayor, con un rango de variación entre 39 y 66 años, y un PIB per cápita que varía entre 1.071 $ (República Dominicana) y 5.310 $ (Venezuela). Esto confirma plenamente las hipótesis de Preston, en el sentido de que solo una proporción relativamente baja de las mejoras en la e0 parecen estar asociadas con los cambios en el PIB per cápita. Todo esto se puede ver con más detalle examinando series temporales de estas variables para países determinados: Argentina (gráfico 4.17), Chile (gráfico 4.18) y Cuba (gráfico 4.19).[71]

En Argentina, la e0 solo empieza a subir rápidamente en 1920, mientras que el PIB per cápita lo hace desde 1870;

---

71 Los datos de los gráficos 4.17, 4.18 y 4.19 provienen de Bértola y Ocampo, El desarrollo económico, apéndice estadístico, cuadro 2, en el caso del PIB per cápita y de las fuentes demográficas citadas ya en los capítulos 1 y 2 de este libro, en el caso de la e0.

entre 1920 y 1970, los movimientos de ambas variables son relativamente paralelos; luego de 1970, se observa una disminución en el ritmo de aumento de la e0. En Chile, la e0 permanece estancada desde 1870 hasta 1920, en un lapso en el cual el PIB per cápita experimenta un incremento muy fuerte, visible hasta 1914; la e0 aumenta verticalmente a partir de 1920, mientras que el PIB per cápita no deja de fluctuar, aunque la tendencia general sea al crecimiento. El desfase entre la evolución de la e0 y el PIB per cápita es todavía más notorio en el caso de Cuba, sobre todo entre 1900 y 1930 y entre 1960 y 2010; épocas de fuerte caída en el PIB per cápita no se reflejan para nada en el aumento sostenido de la e0. Ejemplos similares se podrían incluir con series temporales de otros países latinoamericanos.

Antes de proseguir con el tema, conviene señalar dos aspectos: a) nos limitamos al análisis gráfico de las curvas porque cualquier ajuste estadístico, por ejemplo, con un modelo de regresión, estaría afectado por la autocorrelación, presente en la tendencia de las series; b) no podríamos buscar una influencia de corto plazo del PIB per cápita sobre la e0, ya que el primer indicador es muy sensible a la coyuntura económica, mientras que el segundo acumula los efectos demográficos en todas las edades y fluctuará, en consecuencia, mucho menos que el primero.[72] Volvemos, pues, a los hallazgos del artículo pionero de Preston. Las variables económicas explican solo una parte relativamente reducida de los cambios en la mortalidad.

---

72 Otros indicadores demográficos, como, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil, son mucho más sensibles a los cambios económicos de corto plazo; sin embargo, aún en este caso, la proporción explicada por las variables económicas sigue siendo relativamente baja.

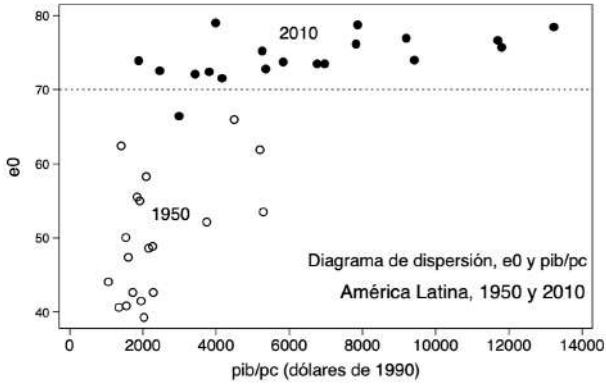


Gráfico 4.15. Esperanza de vida al nacimiento (ambos sexos) y PIB per cápita en 19 países latinoamericanos, 1950 y 2010. Diagrama de dispersión.
Fuentes: e0 según las tablas de mortalidad, 2017 de CELADE. PIB per cápita según Bértola y Ocampo.

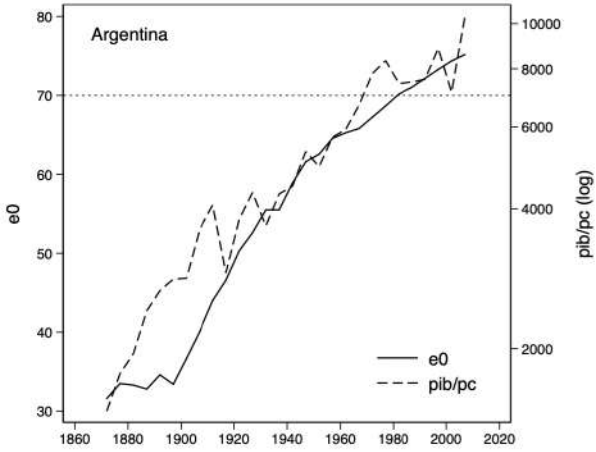


Gráfico 4.16. Argentina. Esperanza de vida al nacimiento (e0) y PIB per cápita.

Cuadro 4.7. América Latina. Esperanza de vida al nacimiento (ambos sexos) y producto interno bruto per cápita (en dólares de 1990). 1950 y 2010

	1950		2010	
Países	e0	PIB/pc	e0	PIB/pc
Argentina	61,8	5.204	75,6	11.820
Bolivia	39,2	2.045	66,4	2.987
Brasil	50,0	1.544	73,4	6.762
Chile	52,1	3.755	78,4	13.229
Colombia	48,6	2.161	73,4	6.982
Costa Rica	54,9	1.930	78,7	7.876
Cuba	58,2	2.108	78,9	3.997
Ecuador	47,3	1.607	75,2	5.278
El Salvador	42,6	1.739	72,0	3.447
Guatemala	41,4	1.955	71,5	4.172
Honduras	40,6	1.353	72,5	2.464
México	48,8	2.283	76,1	7.832
Nicaragua	40,8	1.564	73,8	1.889
Panamá	55,5	1.854	76,9	9.198
Paraguay	62,4	1.419	72,3	3.819
Perú	42,6	2.289	73,7	5.844
Rep. Dominicana	44,0	1.071	72,7	5.361
Uruguay	65,9	4.501	76,6	11.706
Venezuela	53,4	5.310	73,9	9.434

Fuente: e0 según las tablas de mortalidad, 2017 de CELADE. PIB per cápita según Bértola y Ocampo.

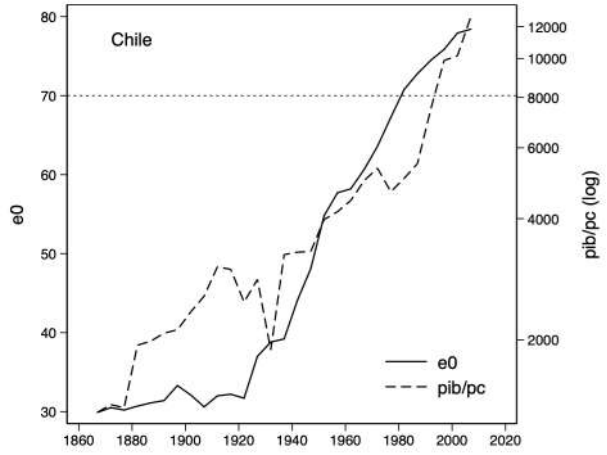


Gráfico 4.17. Chile. Esperanza de vida al nacimiento (e0) y PIB per cápita.

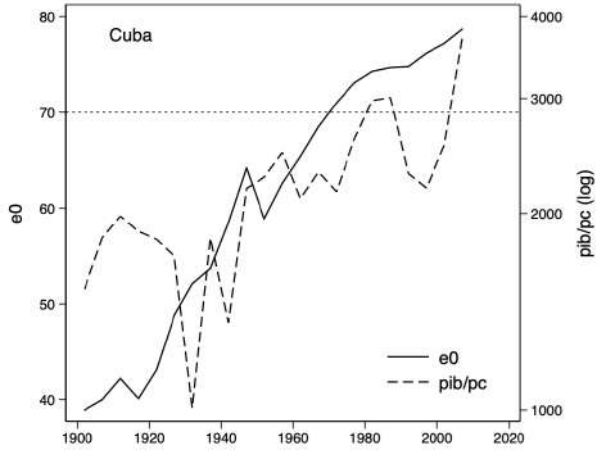


Gráfico 4.18. Cuba. Esperanza de vida al nacimiento (e0) y PIB per cápita.

Nutrición y condiciones de vida

La nutrición y las condiciones de vida son factores que, sin duda, influyen en la mortalidad. Thomas McKeown ha sido, para el caso inglés en los siglos XVIII y XIX, el defensor más conocido de esta tesis;[73] más tarde, Fogel y su escuela han aportado evidencias muy fuertes en cuanto al papel crucial de la superación del hambre y las crisis de subsistencia en la reducción de la mortalidad y la morbilidad observable en el mundo occidental en los últimos tres siglos.[74] Sin embargo, el desarrollo económico y las mejoras en las condiciones de vida, particularmente a través de la nutrición y su reflejo en, por ejemplo, el aumento en la estatura humana promedio, constituyen más bien una base o un punto de partida en lo que puede verse como una nueva e inédita relación entre las enfermedades y los seres humanos.

Volviendo al descenso de la mortalidad en América Latina, es importante puntualizar que no disponemos de estudios históricos detallados sobre la evolución de la nutrición y el aumento en la talla de las personas, más allá de muchos indicios en el sentido de que tanto la disponibilidad de alimentos como la estatura promedio se han ido incrementando; no es posible, por lo tanto, establecer comparaciones precisas con el occidente europeo o los Estados Unidos. Por otra parte, sabemos bien que, hacia fines del siglo XIX, en casi todos los países, la época de las hambrunas y las grandes epidemias ha definitivamente pasado. Sin embargo, si observamos series largas como las disponibles para el caso de Costa Rica, se imponen dos conclusiones: a) la población crece, pero b) la e0 permanece estancada en niveles relativamente bajos. El descenso significativo de la

---

73 McKeown, Thomas. *The Modern Rise of Population*. Nueva York: Academic Press, 1976.

74 Fogel, Robert William. *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100. Europe, America and the Third World*. Nueva York: Cambridge University Press, 2004.

mortalidad solo comienza hacia 1920. Este patrón parece ser el típico de casi todos los países latinoamericanos, y significa que el aumento progresivo de la e0 durante el siglo XX no se puede explicar únicamente por el desarrollo económico; otras variables, sin duda asociadas, entran también en juego. Es lo que trataremos de ver a continuación.

Las políticas sanitarias, la higiene pública y privada y los avances en la medicina

Antes de proseguir la discusión, conviene considerar dos cosas: a) ¿cómo se transmiten las enfermedades infecciosas?; y b) ¿cómo interaccionan las enfermedades con los factores sociales y demográficos? Los agentes patógenos[75] atacan al huésped humano; este resiste la infección o bien enferma y muere, o bien sobrevive; los sobrevivientes quedan, por lo general, inmunizados frente a futuros ataques del mismo agente patógeno. Cuando la enfermedad es endémica, existe, normalmente, una importante proporción de la población bajo riesgo que está inmunizada; en cambio, cuando es epidémica, esta proporción de población inmune es mucho menor. Factores conexos de gran importancia son la virulencia de los agentes patógenos, la densidad de la población, la frecuencia del contacto entre portadores y propensos a la infección y la resistencia inmunitaria, la cual puede también, a su vez, estar muy influenciada por la nutrición; sin embargo, los tres primeros factores parecen tener preeminencia sobre este último.[76] La transmisión de las enfermedades puede ser directa o indirecta, a través

---

75 Siguiendo a Anderson y May, se pueden clasificar en microparásitos (virus, bacterias y protozoarios) y macroparásitos (helmintos y artrópodos). Ver May, Robert M. y Anderson, Roy M. "Population biology of infectious diseases. Parts I and II". *Nature,* 280, n.º agosto (1979): 361-366/455-459.

76 Livi Bacci, Massimo. *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*. Trad. Bignozzi, Juana. Barcelona: Ediciones Ariel, 1988., pp. 188-189.

de uno o más vectores intermediarios; posee, además, una escala temporal que puede ser muy variable, desde horas hasta días, meses y años; y puede ser horizontal o vertical (de madre a hijo). Otro aspecto crítico es la densidad de la población huésped, y sus variaciones, determinadas en parte por la virulencia y letalidad de la infección.[77] Todo esto apunta simplemente a señalar la complejidad de la transmisión de las infecciones. Dicho en términos más generales, los humanos convivimos con miles de otros seres vivos, lo cual origina, por supuesto, una ecología particularmente compleja.

William H. McNeill ha sido pionero en estudiar los cambios en los equilibrios ecológicos entre los microorganismos y otras especies, centrándose en las poblaciones humanas, y demostrando cómo estas relaciones resultan ser cruciales para entender la historia del *homo sapiens* en la larguísima duración.[78] Para nuestros propósitos, los capítulos 5 y 6 del ensayo de McNeill son particularmente relevantes: en ellos examina los intercambios transoceánicos entre 1500 y 1700 y el impacto ecológico de la organización sanitaria y la ciencia médica a partir de 1700. Los movimientos transoceánicos de hombres, bienes ideas y enfermedades, a partir de 1492, conducen a lo que Le Roy Ladurie llamó una vez la "unificación microbiana del mundo".[79] Las reformas sanitarias y mucho más tarde la medicina, en paralelo a la Revolución Industrial, la urbanización, la modernización en los transportes y la migración masiva desde Europa hacia América, África, Asia y Oceanía, llevan a una nueva etapa, caracterizada por el fin de las hambrunas y las epidemias, el control público de la violencia local y el alargamiento de la vida humana, gracias a un descenso sostenido de la morbilidad y la mortalidad. Más recientemente, Jared

---

77 May y Anderson. "Population biology of infectious diseases. Parts I and II".
78 McNeill, William H. *Plagues and Peoples*. Nueva York: Anchor Books, 1976.
79 Le Roy Ladurie, Emmanuel. "Un concept: l'unification microbienne du monde (XIVe-XVIIe siècles)". *Revue Suisse d'histoire,* 23, n.º 4 (1973).

Diamond[80] ha retomado el camino abierto por McNeill y Crosby,[81] y ha logrado llevar la temática incluso a los medios de comunicación de masas.

La historia del cólera y la viruela, en lo que conocemos, es ilustrativa de los factores involucrados. El cólera[82] era endémico en Bengala (India) y de tanto en tanto se extendía en forma epidémica en otras regiones de la India, siguiendo las rutas de peregrinación que confluían en el Bajo Ganges. El cólera es causado por un bacilo que puede vivir en el agua durante largos períodos de tiempo; una vez ingerido, si sobrevive a los ácidos del estómago, se propaga con rapidez fulminante, y en un tiempo corto, puede provocar la muerte de la persona contagiada. En 1817 una epidemia estalla en Calcuta, y desde allí se extiende mucho más allá de las rutas de la peregrinación al Ganges, por medio de las tropas y los barcos británicos; los soldados la llevan hacia el norte de la India, pero los barcos acarrean el contagio a Ceylán, Indonesia, el sudeste de Asia, China, Japón, el golfo Pérsico, penetrando hasta Siria, Anatolia y el mar Caspio, y el sur de Arabia, llegando hasta las costas de África; el cólera estará pues presente hasta 1823-1824. Esta es la primera gran pandemia de cólera (1817-1824), y poco después comenzará la segunda.

En Bengala, la nueva epidemia estalla en 1826, y enseguida llega de nuevo al sur de Rusia y desde allí sigue los movimientos militares rusos en Persia (1826-1828), Turquía (1828-1829) y Polonia (alzamiento de 1830-1831); en 1831 aparece en Austria y en Hungría; desde el Báltico y el norte de Alemania, los barcos llevan el cólera a Inglaterra e Irlanda, mientras que, hacia 1832, los inmigrantes lo

---

80 Diamond, Jared. *Guns, Germs and Steel. The Fates of Human Societies*. Nueva York: W. W. Norton & Co., 1997.

81 Crosby, Alfred W. *Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe 900-1900.* Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

82 Ver McNeill, *Plagues and Peoples*., pp. 230-246. Pollitzer, R. *Cholera*. Ginebra: World Health Organization, 1959.; Kiple, Kenneth F. "Cholera and race in the Caribbean". *Journal of Latin American Studies,* 17, n.º 1 (1985): 155-177.

contagian en Canadá; enseguida, el cólera baja hacia Estados Unidos y México (1833), prosiguiendo su viaje hacia el sur, hasta llegar a Guatemala y Nicaragua en 1837. Entretanto, en el continente europeo, el cólera sigue extendiéndose hacia Holanda, Bélgica y Escandinavia; en diciembre de 1832, un vapor inglés que transporta soldados toca Portugal, donde pronto aparecerá el cólera, el cual afectará también a España, y desde allí se extenderá al sur de Francia y el norte de África; un barco español lleva el contagio a La Habana, que se propagará también en el Caribe. Agreguemos que, en 1831, y viniendo probablemente de los Balcanes, el cólera llega también a Estambul y se esparce hacia el Asia Menor; en ese mismo año de 1831, aparece entre los peregrinos de La Meca y por esta vía afecta a todo el Medio Oriente y sobre todo a Egipto. La segunda pandemia también aflige a China, el sudeste de Asia y las Filipinas. Su intensidad parece haber disminuido a finales de la década de 1830, pero recobra impulso en la década siguiente, con rebrotes particularmente fuertes en 1847-1849.

En fin, lo reseñado es suficiente para entender por qué el cólera es, durante el siglo XIX, una epidemia que se presenta a escala global; su extensión es producto derivado de las comunicaciones terrestres y marítimas, las campañas militares, las migraciones, el movimiento marítimo y comercial, y, por supuesto, la acelerada urbanización: los principales focos de difusión son principalmente los puertos y las grandes ciudades. Nuevas pandemias de cólera estallan también en 1852, 1863 y 1881. La primera del siglo XX se desenvuelve entre 1899 y 1923, pero está ya ausente de Europa Occidental y las Américas. Las medidas sanitarias y los tratamientos médicos que se han utilizado para contener el cólera ilustran muy bien la situación de la salud pública y privada durante el siglo XIX.

En Europa Occidental había dos teorías antagónicas para explicar las epidemias. La más antigua remontaba a Hipócrates (aprox. 460 a. C.-370 a. C.) y postulaba que la enfermedad epidémica era ocasionada por miasmas, es

decir, emanaciones de los cuerpos muertos o de otras materias putrefactas, que afectaban fácilmente a organismos débiles. La teoría contraria, postulada en 1546 por el médico veronés Girolamo Fracastoro (1478-1553), sostenía que las epidemias eran producto de gérmenes que las contagiaban. Esta teoría justificaba las cuarentenas, normalmente utilizadas para prevenir la peste, en casi todo el Mediterráneo.

Sin embargo, estas ideas no eran de aceptación universal. Así, por ejemplo, un grupo de médicos franceses estudió cuidadosamente la fiebre amarilla que azotaba Barcelona en 1822 y concluyó que no se observaba contagio de persona a persona;[83] las medidas de cuarentena se consideraban a menudo como producto de una era anterior, llena de supersticiones, y eran antagónicas con el libre comercio. En Londres, en 1854, el doctor John Snow demostró que los casos de cólera registrados en una zona muy específica tenían todos en común una misma fuente de agua contaminada; pero su evidencia parecía apenas circunstancial y no llamó la atención.

Entretanto, el cólera siguió golpeando las poblaciones europeas. Hacia 1880 la investigación médica cambió radicalmente, gracias al desarrollo de la microbiología;[84] Pasteur elaboró exitosamente una vacuna contra el cólera aviar y el carbunclo o ántrax, y en 1885 aplicó en un niño la vacuna antirrábica, con la cual salvó su vida. En Alemania, Koch estudiaba desde 1878 los microorganismos presentes en las heridas infectadas y en 1882 descubrió el bacilo de la tuberculosis; Neisser halló la causa de la gonorrea, mientras que Klebs y Ebert identificaron la bacteria causante de la fiebre tifoidea en 1883; al año siguiente, Klebs y Löffler hicieron lo propio con la difteria. Sin embargo, la

---

83 Eran incapaces de concebir que el contagio pudiera provenir de los mosquitos.

84 Chambers, J. S. *The Conquest of Cholera*. Nueva York: MacMillan, 1938., pp. 338.355.

teoría de los gérmenes no se impuso enseguida; en 1881, un importante tratado de medicina reconocía el contagio de las infecciones, pero seguía también dando crédito a las miasmas para rendir cuenta de ciertas enfermedades.[85]

En 1883, viniendo de la India, el cólera atacó con virulencia de nuevo en Egipto; se organizaron dos misiones científicas, en forma cooperativa: una francesa con científicos del laboratorio de Pasteur, y otra alemana, encabezada por Koch. Ambos grupos llegaron a Alejandría en agosto y comenzaron a trabajar, buscando afanosamente aislar el microbio causante del cólera; los alemanes analizaban los tejidos de los intestinos infectados mientras que los franceses trataban de inocular animales de laboratorio con las sustancias sospechosas para ver si los enfermaban de cólera, un método que había servido bien para el carbunclo y el cólera aviar; sin embargo, el cólera morbus no ataca los animales, por lo cual no tuvieron éxito. Cuando la epidemia cedió, los alemanes fueron hacia la India y los franceses regresaron a París, no sin antes haber perdido a uno de sus jóvenes científicos, contagiado y muerto por el cólera. Koch identificó el bacilo del cólera[86] y presentó los resultados al año siguiente, en un congreso internacional reunido en Berlín. Quedaba ahora desarrollar métodos efectivos para combatir el contagio y la enfermedad. La recomendación de Koch y su escuela era que se hirviera el agua, se evitara comer frutas y vegetales crudos, y se procediera al lavado de manos y a una cuidadosa limpieza personal; a ello se sumaban las medidas clásicas de aislamiento y cuarentena para los enfermos.

Procedente de Rusia, el cólera llegó a Hamburgo y el norte de Alemania en 1892, con particular virulencia; Bremen y varias ciudades vecinas tuvieron muchos menos casos que Hamburgo debido a que disponían de un sistema

---

85 Chambers, *The Conquest of Cholera*., p. 342.

86 De hecho, un médico italiano, Filippo Paccini, en 1854 aisló el bacilo del cólera; pero su descubrimiento pasó desapercibido.

de abastecimiento de agua potable y establecieron enseguida cordones sanitarios; en cambio, Hamburgo, ciudad comercial por excelencia y liberal, resistía cualquier medida que entorpeciera el libre tránsito y perjudicara la circulación. Solo cuando la epidemia alcanzó proporciones catastróficas, las autoridades acudieron a Koch y siguieron sus consejos.[87]

Un barco procedente de Hamburgo llevó la epidemia a Nueva York en agosto de 1892, y enseguida llegaron siete barcos más con enfermos; las medidas sanitarias tomadas por el Departamento de Salud evitaron la extensión de la epidemia; poco después la administración municipal dispuso fondos para que la ciudad pudiera tener un laboratorio completo que fuera capaz de aplicar las nuevas técnicas bacteriológicas. Triunfaba así la teoría de los gérmenes y el contagio; las medidas de higiene y control sanitario permitieron evitar nuevos brotes; de hecho, el cólera desapareció del horizonte epidémico europeo y americano hasta que hubo un inesperado rebrote a finales del siglo XX. La prevención, a través de la disponibilidad de agua potable, el manejo seguro de los desechos fecales y la higiene personal y pública, fue suficiente, junto con la vigilancia epidemiológica, para erradicar el cólera; el tratamiento a través de la hidratación y el aislamiento de los enfermos bastó para disminuir drásticamente la mortalidad debida a este flagelo. Debe notarse, además, que las vacunas, ensayadas desde finales del siglo XIX, no resultaron muy efectivas, y que solo con la aparición de los antibióticos, en la década de 1940, se dispuso de una cura médicamente efectiva.

Por todo esto se puede afirmar la importancia crucial de las medidas sanitarias, desde la infraestructura hasta la limpieza y el cuidado personal, y, por supuesto, las pruebas de laboratorio para identificar la enfermedad. Por otra

---

87 Ver el artículo de Patrice Bourdelais en Schofield, Roger, Reher, David, y Bideau, Alain (editores). *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press, 1991.

parte, la historia del cólera durante el siglo XIX permite entender también lo sinuoso y a menudo tortuoso de los caminos de los descubrimientos científicos; la ciencia, los científicos, las prácticas, la cultura, la sociedad y el ambiente juegan permanentemente en una dinámica temporal particularmente compleja.

La saga de la viruela, bien conocida en Eurasia y África, pero ausente de América antes de 1492, es más fácil de resumir. Fue la primera enfermedad para la cual se dispuso de una vacuna efectiva, aunque el mecanismo de la inmunización solo se volvió inteligible a partir de los trabajos de Pasteur, hacia 1880. La inoculación fue practicada en Europa Occidental desde comienzos del siglo XVIII; consistía en tomar una muestra del tejido de la pústula de un enfermo e inocularla en una pequeña incisión, realizada por lo común en un brazo de una persona sana. La persona inoculada enfermaba de viruela, pero, en muchos casos, en forma leve, y quedaba inmunizada. La inoculación era efectiva, aunque, en no pocas ocasiones, la persona enfermaba gravemente y moría; por eso tuvo también muchos detractores. En Inglaterra se difundió sobre todo en las zonas rurales; en Francia fue bastante resistida hasta que Luis XV murió de viruela en 1774. En Londres la inoculación fue difundida gracias a los esfuerzos de lady Mary Wortley Montagu hacia 1721; esta aristócrata venía de la embajada británica en Estambul y allí había visto los beneficios de la inoculación, por lo cual decidió aplicarla a sus hijas, con lo que logró un resultado exitoso. De hecho, la inoculación era practicada en el Imperio otomano, y también en China e India desde hacía siglos. Por qué se difunde tan tarde en Europa sigue siendo materia de debate,[88] pero ilustra bien, en todo caso, otro aspecto que es necesario subrayar: las prácticas médicas europeas. Lo mismo ocurría en América Latina, siempre combinaban los nuevos conocimientos científicos con los que provenían de la sabiduría popular.

---

88 McNeill, *Plagues and Peoples*., pp. 224-227.

En 1798, Edward Jenner, un experimentado médico rural inglés, publicó los resultados de un experimento realizado en 1796: había infectado a un niño de ocho años con el virus de la viruela bovina, una variedad mucho más benigna de la viruela; siete meses después, Jenner inoculó al mismo niño con la viruela y observó que no se producía ninguna infección: estaba inmunizado; la vacuna contra la viruela había sido descubierta; además, era fácil de producir y aplicar, y ocasionaba trastornos mínimos.[89] Conviene enseguida resaltar dos cosas: a) descubierta y aplicada la vacuna, su principio biológico de funcionamiento solo quedó esclarecido casi 100 años más tarde, gracias a los trabajos de Pasteur; b) su difusión fue relativamente pronta, al menos en Europa y las Américas, pero la inmunización masiva tardó muchísimo tiempo; de hecho, recién en 1980 la OMS pudo declarar oficialmente erradicada la viruela a nivel mundial.

La pasteurización, la asepsia y la esterilización fueron tres procedimientos revolucionarios en la higiene que triunfaron en el siglo XIX.[90] Pasteur estudió los procesos de fermentación y concluyó, en contra de las opiniones más aceptadas, que se debían a la presencia de levaduras y bacterias; en 1862 comenzó a estudiar la fermentación y acidificación del vino, algo que afectaba duramente a la industria vitícola francesa, y comprobó que, si se calentaba el vino hasta una cierta temperatura y luego se enfriaba, se eliminaban la mayoría de los microorganismos que lo dañaban. Aunque el procedimiento no se utilizó mucho para la conservación del vino, Pasteur acababa de descubrir

---

89 Fenn, Elizabeth A. *Pox Americana. The Great Smallpox Epidemic of 1775-82*. Nueva York: Hill and Wang, 2001., pp. 3-43; este libro es un magnífico estudio sobre el desarrollo de la gran epidemia de viruela (1775-1782), la cual comenzó en Canadá y Estados Unidos y bajó hacia México, Centro y Sudamérica, precisamente en paralelo con la guerra de la Independencia de los Estados Unidos.

90 Ver el artículo de Jean Noël Biraben en Schofield, Reher, y Bideau, *The Decline of Mortality in Europe*.

el método que después se denominó, precisamente en su honor, como "pasteurización". Publicados y difundidos los resultados, diversos científicos aplicaron el principio a la conservación de la leche, los jugos y muchos otros líquidos de consumo humano: el método básico siguió siendo el de calentar hasta una cierta temperatura ideal, que varía de líquido a líquido, durante un tiempo también óptimo, y luego un rápido enfriamiento, antes de proceder a envasar el líquido ya pasteurizado.

En 1867 el cirujano británico Joseph Lister, influenciado por los estudios de Pasteur, descubrió el principio de la asepsia. Lister buscaba cómo controlar las infecciones que se producían en las operaciones quirúrgicas y propuso la desinfección del instrumental y las manos del cirujano con una solución acuosa basada en el fenol; luego cubría la herida con una gaza también embebida en fenol. El mismo Lister y luego otros investigadores fueron variando el líquido para realizar la desinfección, ya que el fenol resultaba irritante; en 1878, Pasteur propuso que la desinfección se realizara hirviendo el equipo quirúrgico en agua a ciertas temperaturas elevadas, que él mismo precisó. De lo que se trataba ahora no era de destruir las bacterias de las heridas, sino de eliminarlas de todo el equipo utilizado en la operación, incluyendo la sala y las ropas de los cirujanos, ayudantes y enfermeros.

Estas prácticas se extendieron; hacia 1889, el autoclave comenzaba a utilizarse en Francia, Alemania y los Estados Unidos; muy pronto, el atuendo médico blanco, las mascarillas y los guantes y la sala de operaciones estériles pasaron a formar parte del paisaje de los hospitales. La desinfección de las heridas y de la piel del paciente fue parte de las prácticas habituales, y la asepsia y antisepsia se incorporaron a la educación básica. A veces hubo, a finales del siglo XIX, tantas obsesiones con el lavado y la limpieza, que acabaron irritando y perjudicando la piel; sin embargo, los ajustes se produjeron también con prontitud. Un nuevo

microambiente, caracterizado por la asepsia y la esterilización, había hecho su aparición.

Agua potable, recolección de la basura, letrinas y tratamiento de las aguas negras constituyen piezas claves en los avances sanitarios durante el siglo XIX.[91] Estas transformaciones se originaron en las grandes ciudades y fueron resultado de la acción pública, a nivel municipal o del Estado central, según los casos. Implicaron grandes obras de infraestructura, en las cuales se utilizaron los materiales y las técnicas derivados de la industrialización. Solo a finales del siglo XIX, hubo una clara consciencia de que estos avances tenían que ser simultáneos; de nada servía disponer de un abastecimiento de agua por cañería, que llegara a todas las casas y los edificios, si las fuentes de agua estaban contaminadas por las aguas negras y la basura. La construcción de letrinas conectadas a un sistema de cloacas, integradas a las viviendas y los edificios y concebidas según las normas básicas de la higiene, fue otro paso fundamental; notemos, sin embargo, que el inodoro (retrete, letrina o *water closet*), con un sistema de cierre hidráulico (o sifón), aunque ya había sido patentado en 1775 por el relojero escocés Alexander Cummings, solo comenzó a ser utilizado ampliamente a inicios del siglo XX. La Revolución Industrial precedió, en Europa y los Estados Unidos, a las mejoras sanitarias en las ciudades, lo cual provocó una rápida contaminación de los ríos, los suelos y el aire, a la vez que la fuerte inmigración proveniente del campo llenaba las ciudades de viviendas insalubres, a la par de las fábricas y los depósitos industriales. En este sentido, conviene tener presente que las grandes obras de infraestructura obedecieron precisamente a la necesidad de sanear el entorno urbano, incluyendo el control de las grandes epidemias, en un contexto que también comprendía la pobreza, las viviendas, las

---

91 Ver Osterhammel, Jürgen. *The Transformation of the World. A Global History of the Nineteenth Century*. Trad. Camiller, Patrick. Princeton: Princeton University Press, 2014., pp. 167-321.

calles, los parques y las avenidas, para atacar lo que en la época se denominaba la "cuestión social". La ecología urbana imponía así nuevos equilibrios, conflictos y desafíos; en la complejidad de este mundo, los seres humanos seguían siendo uno entre muchos otros actores.

Los cambios en la profesión médica[92] fueron otro aspecto fundamental de las transformaciones que estamos reseñando; los más importantes ocurrieron en dos momentos diferentes: a) a finales del siglo XIX, cuando, luego de la obra liderada por Pasteur y Koch, se pudo hacer una atribución causal a las enfermedades infecciosas; b) y hacia las décadas de 1930 y 1940, cuando ocurrió la revolución terapéutica derivada del descubrimiento y la fabricación de las sulfamidas y los antibióticos. La obra de Pasteur y Koch produjo lo que Kunitz llama una "revolución epistemológica", en cuanto a que las enfermedades pasaron a explicarse en términos de una causa "necesaria" y no un conjunto de factores que podían o no estar presentes, según cada caso individual; estas causas se identificaban y verificaban en forma experimental, y eran de aplicación universal; aunque el paciente seguía siendo importante en su relación con el médico, el saber médico no se basaba en particularismos. Estos cambios radicales, originados sobre todo en Francia y Alemania, se extendieron pronto a los demás países desarrollados y también a América Latina. La educación médica en las universidades sufrió cambios fundamentales, al tiempo que se abrieron amplias posibilidades para carreras académicas centradas en la investigación médica y el trabajo en laboratorios. Los médicos pasaron a ser personajes de primera importancia en el tratamiento de los pacientes y la organización de clínicas y hospitales, como también, al mismo tiempo, a jugar un papel crucial en el diseño y la

92 Ver el artículo de Stephen J. Kunitz en Schofield, Reher, y Bideau, *The Decline of Mortality in Europe*. Ver también, Kunitz, Stephen J.. "Explanations and Ideologies in Mortality Patterns". *Population and Development Review,* 13, n.º 3 (1987): 379-408.

implementación de las nuevas políticas sanitarias, tanto a nivel local como nacional.

La revolución terapéutica fue un complemento esencial en todos estos cambios; de poco hubiera servido la revolución epistemológica sin métodos de tratamiento efectivos para una gran variedad de enfermedades; esto es precisamente lo que ocurrió cuando se dispuso de las sulfamidas y los antibióticos para tratar las infecciones.

En una etapa más reciente, sin embargo, cuando lo que predominan ya no son enfermedades infecciosas, sino crónicas, como las cardiovasculares o los tumores cancerosos, ha vuelto a utilizarse, ante la falta de un conocimiento causal determinista, un paradigma de causas múltiples asociadas, como fue habitual en el siglo XIX para las enfermedades infecciosas antes del triunfo de la teoría de los gérmenes; claro que, en este caso, la identificación de los factores de riesgo sigue procedimientos y modelos estadísticos rigurosos y, a menudo, sofisticados.

A continuación, vamos a esbozar un panorama de cómo todos estos factores repercutieron en la transición demográfica latinoamericana.

La conquista de la salud en América Latina

El descenso de la mortalidad en América Latina y la consiguiente transición epidemiológica dependieron estrechamente de dos órdenes de factores: a) la pronta adopción de los conocimientos y las técnicas en el campo sanitario, higiénico y médico, generadas en el mundo desarrollado; b) y la intervención del Estado para llevar a cabo las obras de infraestructura y las políticas sanitarias requeridas en el punto anterior. La salud como un bien personal e individual no podría verse como algo separado de la salud como un bien público. El contexto general era, como bien se sabe, el del progreso material y la modernización generados por

la incorporación de América Latina al mercado mundial, sobre todo desde mediados del siglo XIX, a la par de las transformaciones políticas e ideológicas que condujeron a la construcción del Estado liberal, bajo el lema "orden y progreso". La conquista de la salud pública fue parte importante de esa agenda modernizadora.

Las élites dirigentes trataron de adaptar los modelos institucionales, políticos e ideológicos imperantes en Europa Occidental y los Estados Unidos a las realidades latinoamericanas; en el campo que nos interesa, esto implicó seguir los modelos sanitarios y médicos que triunfaban en el siglo XIX y adoptar las prácticas higiénicas correspondientes. Los cambios fueron impuestos por el Estado, y solo paulatinamente, a través de la escuela, las sociedades mutuales, los sindicatos, la prensa y otras instancias de la sociedad civil, se fue dando un proceso de acción participativa por parte de los usuarios. El ideal en el imaginario de las élites era construir repúblicas de ciudadanos educados, conscientes y sanos, que vivieran en espacios urbanos y rurales modernos y que no les tuvieran envidia a sus modelos europeos. Lograr esto fue parte de la utopía del progreso, y luego siguió integrando los ideales de las sociedades latinoamericanas hasta hoy día (2022); el avance conseguido en la salud, si se mide a través del aumento en la e0, es probablemente el que emula con mayor éxito los modelos europeos seguidos desde el siglo XIX.

La viruela

La puesta en práctica de las políticas sanitarias implicó fuertes cambios en la vida cotidiana de las poblaciones y a menudo estuvo acompañada de violencia y coerción. La difusión y obligatoriedad de la vacunación ilumina bien este aspecto. La vacuna contra la viruela fue introducida por una expedición científica enviada por la monarquía española

en 1803;[93] la dirigía el médico Francisco Javier Balmis, e incluía a 22 niños huérfanos que iban a servir de portadores de la vacuna viva, además de cientos de copias de un tratado sobre la vacuna del francés Moreau, libro que Balmis había traducido y publicado en España. Al iniciar la expedición, Balmis había inoculado el virus de la vacuna a algunos niños; mientras las heridas estaban todavía con pus, el médico recogía el virus y cada diez o doce días lo inoculaba a otros niños; con este método[94] logró que el virus se mantuviera vivo y pudiera transmitirse a los diferentes lugares que tocaba la expedición. La misión llegó primero a las islas Canarias y allí comenzó la vacunación; siguió luego a Venezuela, Cuba y México; desde Venezuela expediciones derivadas partieron hacia Colombia, Ecuador y Perú, mientras que desde Acapulco Balmis navegaba hacia las Filipinas y luego hasta Macao y Cantón, en China. En cada lugar de la monarquía española, se establecieron juntas de vacuna, encargadas de mantener el virus y de aplicar la vacuna; estas juntas estaban integradas por autoridades del cabildo o funcionarios de gobierno, curas párrocos y personal médico. También se creó a nivel local y provincial una red jerárquica que terminaba en la audiencia o el gobernador.

---

93 Ver el detallado estudio de Ramírez Martín, Susana María. *La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna en la Real Audiencia de Quito*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, tesis de doctorado, 1998.; incluye una copiosa bibliografía y fuentes de archivo. Ver también Gómez de Cruz, Magda. *Smallpox Vaccination, the Establishment of Vaccination Boards, and State Formation in Venezuela and Cuba in the Nineteenth Century*. Miami: Florida International University, Ph.D. dissertation, 2008.

94 Cómo mantener vivo el virus fue un desafío serio debido a las distancias. Por lo general, para mantener el virus, se extraía un trozo de la costra de una pústula y se colocaba entre dos cristales, los cuales se cubrían con una envoltura de cera; para usarlo, había que hidratar la costra seca con una gota de agua destilada, empapar con esa solución una lanceta y efectuar la vacunación. A veces esto se hacía con éxito, pero muchas veces el virus no se había conservado bien y la vacunación no funcionaba. Por esto mismo, el ingenioso método de Balmis aseguró que el virus de la vacuna llegara a América en buenas condiciones.

Las reacciones ante la vacuna y la obra de la expedición cubrieron todo el espectro de posibilidades: hubo desde la aprobación calurosa, celebrando la filantropía de la Corona, hasta la oposición y censura, basada en la ignorancia y los prejuicios religiosos; en las autoridades civiles, se encontraron grados variables de aprobación, mientras que las autoridades religiosas, por lo general, la apoyaban y colaboraban. En Caracas no faltaron loas poéticas, dos de ellas provenientes de la pluma del joven Andrés Bello. Al final, todo dependería del éxito en la vacunación y la capacidad de contener nuevas epidemias. Hay que notar que las resistencias no solo tenían que ver con prejuicios e ignorancia; la experiencia de la inoculación, extendida desde mediados del siglo XVIII, había sido poco exitosa, y hay que recordar que al menos un 10 % de los inoculados morían. Hasta bien avanzado el siglo XIX, habría todavía epidemias de viruela, lo que indica que la cobertura total de la población con la vacuna no era fácil de alcanzar.

La obligatoriedad de la vacunación fue otro tema que originó discusiones y resistencias. El caso de Chile[95] ejemplifica bien cómo las implicaciones políticas y los juegos del poder se entremezclaban con los requerimientos sanitarios. La vacuna había llegado en 1805, llevada por la ya citada expedición de la vacuna; en 1830, el gobierno de Portales había instalado la Junta Central de Vacuna; sin embargo, la viruela continuaba cobrando miles de víctimas. En la década de 1870, hubo brotes recurrentes, lo cual llevó a que se planteara en el Congreso la necesidad de aprobar la vacunación obligatoria; interminables discusiones llevaron al rechazo del proyecto de ley en 1878. Al año siguiente, estalló la guerra del Pacífico (1879-84), y la movilización militar contribuyó a extender la epidemia. Un nuevo proyecto se discutió en 1882, con iguales resultados: los diputados consideraron que con esa medida se daban

95 Sater, William F. "The Politics of Public Health: Smallpox in Chile". *Journal of Latin American Studies,* 35, n.º 3 (2003): 513-543.

demasiados poderes al Ejecutivo, con un consiguiente desplazamiento del Poder Legislativo. Como se sabe, un conflicto de poderes parecido llevó, en 1891, a la destitución del presidente Balmaceda y la instauración de la llamada "República Parlamentaria". Habría que esperar a 1918 para que Chile aprobase la vacunación obligatoria tal como lo establecía el proyecto rechazado en 1882; para entonces, la composición del Congreso había cambiado un poco y había más diputados sensibles a lo que se llamaba "la cuestión social". Recién hacia 1932 fue notorio el descenso de los afectados por la viruela, lo cual reflejaba, sin duda, el impacto de la vacunación obligatoria.

La expedición de la vacuna fue financiada por la Corona española y fue un gasto de monto considerable; los gastos derivados, relativos a la instalación y el funcionamiento de las juntas de vacuna, fueron asumidos a nivel local o provincial, según el caso; la gestión, como ya se indicó, corrió a cargo de autoridades civiles, eclesiásticas y personal médico. Este modelo de iniciativa, financiamiento y gestión, con una fuerte participación del Estado, sería el predominante en América Latina hasta el día de hoy (2019); en mucho, puede decirse que constituye una herencia de la monarquía borbónica. La expedición fue exitosa pues logró la difusión de la vacuna en todo el ámbito del Imperio y plantó las bases para su continuidad; se calcula que, en un recorrido de tres años, vacunó alrededor de medio millón de personas;[96] las guerras civiles que acompañaron la independencia afectaron y retardaron este gran esfuerzo sanitario, pero ciertamente la semilla sembrada prosperó más tarde.

El caso de Brasil nos ilustra otros aspectos también de interés.[97] La vacuna fue introducida en 1804 por un propietario de esclavos que la llevó a Bahía; el traslado de la

---

96 Gómez de Cruz, *Smallpox Vaccination, the Establishment of Vaccination Boards, and State Formation in Venezuela and Cuba in the Nineteenth Century*., p. 105.

97 Hochman, Gilberto. "Priority, Invisibility and Eradication: The History of Smallpox and the Brazilian Public Health Agenda". *Medical History,* 53 (2009): 229-252.

Corte portuguesa a Río de Janeiro en 1808 introdujo varias mejoras sanitarias, y en 1811 se creó la Junta Vacínica da Corte. En 1832 se decretó la vacunación obligatoria en Río de Janeiro; sin embargo, la medida solo fue obedecida a medias; de hecho, durante todo el siglo XIX, la vacunación contra la viruela solo fue utilizada como respuesta a los brotes epidémicos; al parecer, solo los esclavos eran vacunados con particular insistencia. En 1846 se creó el Instituto Vacínico do Império y en 1850, la Junta Central de Higiene Pública, un primerísimo intento por centralizar la administración sanitaria, particularmente en lo atinente al saneamiento portuario. La viruela y la fiebre amarilla asolaban las grandes ciudades, Río de Janeiro en particular.

En estas circunstancias apareció un médico joven, Oswaldo Cruz (1872-1912),[98] graduado en Río y luego formado en París, en el Instituto Pasteur; una primera experiencia combatiendo la peste bubónica en el puerto de Santos, en 1899, lo llevó a organizar en 1900 el Instituto Soroterápico Federal, dedicado a la fabricación de sueros y vacunas.[99] En 1903 Oswaldo Cruz fue designado director de Salud Pública y el gobierno decidió emprender una reforma urbana y una campaña de saneamiento en Río de Janeiro.

El modelo urbanístico venía de París (Haussmann) y suponía intervenir drásticamente el centro de la ciudad para terminar con las estrechas calles coloniales y las viviendas precarias y sanear y modernizar el puerto; en pocas palabras, se trataba de construir una capital moderna y avanzada, al tono de la Belle Époque. La reforma sanitaria implicaba terminar con la fiebre amarilla y la viruela, eliminando aguas estancadas y mosquitos y vacunando

---

98 Ver Cukierman, Henrique. *Yes, nós temos Pasteur: Manguinhos, Oswaldo Cruz e a história da ciência no Brasil*. Río de Janeiro: Relume Dumará / FAPERJ, 2007.; Stepan, Nancy L. *The Begining of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical Research and Policy, 1890-1920*. Nueva York: Science History Publications, 1976.

99 En 1907 este instituto pasó a denominarse Instituto Oswaldo Cruz.

masivamente; el Congreso reiteró, a pedido de Oswaldo Cruz, la obligatoriedad de la vacunación en 1904. La violencia policial de la intervención urbana y sanitaria, con demoliciones, expulsiones de poblaciones pobres y vacunaciones forzadas, provocó una rebelión popular del 10 al 16 de noviembre de 1904; el episodio, de inusitada violencia, se conoce con el nombre de "revuelta de la vacuna".[100] La oposición incluyó una gran variedad de grupos e intereses: contrarios a la vacunación; nostálgicos del Imperio; positivistas que rechazaban cualquier forma de compulsión gubernamental; pobres, desplazados por la reforma urbana; enemigos políticos del grupo gobernante; etc. Para la joven República, fue ciertamente un momento de crisis, bien reflejada en los periódicos de la época, incluyendo una gran cantidad de caricaturas políticas; sin embargo, la rápida intervención del ejército y la instauración del estado de sitio conjuraron cualquier amenaza.

Una vez controlada la situación, las medidas continuaron; los casos de viruela disminuyeron significativamente, aunque hubo nuevos brotes en 1908 y 1914. Oswaldo Cruz se retiró como director de Salud Pública en 1909; ese mismo año recibió un importante premio por su labor sanitaria en un congreso internacional realizado en Berlín; ya por entonces, las élites brasileñas lo consideraban un verdadero héroe. La última epidemia de viruela en Río se registró en 1926, aunque habría que esperar hasta 1973 para que este flagelo fuera considerado como erradicado de todo Brasil. Esto solo ocurrió luego de extensas campañas de vacunación en las zonas rurales, particularmente en las décadas de 1950 y 1960.

---

100 Sevcenko, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. San Pablo: Editora Scipione, 1993.; Chalhoub, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. San Pablo: Companhia das Letras, 1996.

La fiebre amarilla

La lucha contra la fiebre amarilla y la malaria, dos flagelos que afectaban sobre todo las tierras bajas tropicales, y en particular los puertos, implicó modificar el ambiente para reducir la población de mosquitos,[101] el principal agente transmisor de dichas enfermedades a los seres humanos. Las medidas sanitarias requeridas exigían importantes obras de infraestructura (canalización, drenaje, eliminación de pantanos, etc.) y una fumigación efectiva, además del uso personal de mosquiteros, el control de aguas estancadas en las viviendas y el aislamiento de las personas infectadas.

El médico cubano Carlos Finlay (1833-1915) fue el primero en demostrar que la fiebre amarilla era transmitida por la picadura de un mosquito, y lo hizo en un *paper* presentado en 1881 en la International Sanitary Conference, reunida en Washington D. C. Sin embargo, solo años después este conocimiento tuvo aplicación efectiva; ello ocurrió en el contexto de la ocupación norteamericana de Cuba. William Gorgas (1854-1920), un médico militar que había sido nombrado oficial jefe sanitario en La Habana acudió a una comisión médica integrada por Walter Reed (1851-1902) y George Miller Sternberg (1838-1915) para luchar contra la fiebre amarilla que afectaba a las tropas de ocupación; estos médicos realizaron sus propias investigaciones y dieron crédito a las ideas de Finlay. Gorgas emprendió una fuerte campaña de control de los mosquitos y la incidencia de la fiebre amarilla comenzó a bajar significativamente. En 1904 Gorgas empezó a actuar como jefe sanitario durante la construcción del canal de Panamá y realizó una rápida y efectiva operación sanitaria que logró sanear toda la zona; la construcción del canal fue, en este sentido, no solo una gran obra de ingeniería, sino también una verdadera hazaña sanitaria que permitió bajar

---

101 El *Aedes ægypti* transmite la fiebre amarilla, el dengue y el zika, mientras que el *Anopheles gambiæ* lo hace con la malaria.

la mortalidad y la morbilidad de la mano de obra. Hay que recordar también que todo esto fue parte de una vasta operación militar: la construcción del canal estaba al cuidado de la Secretaría de Guerra de los Estados Unidos y concluyó con todo éxito en 1914. El modelo sanitario "militar" de Gorgas fue imitado en diversos ámbitos, pero su éxito dependía en gran parte del carácter compulsorio y de la fuerte disponibilidad de recursos. El caso de Brasil ha sido bien estudiado[102] y muestra las enormes dificultades que se enfrentaron debido a la gran extensión y dispersión territorial, la limitación de los recursos, la falta de personal consciente y entrenado, y la necesidad de contar con poblaciones receptivas y educadas. El combate de la fiebre amarilla comenzó en Río, como parte de las acciones de Oswaldo Cruz entre 1904 y 1908; siguió durante largos años, siempre con la idea de que, si se eliminaban los agentes transmisores, se suprimía toda incidencia de la enfermedad. Hacia 1916 una misión de la Fundación Rockefeller se unió a los equipos brasileños.

La familia Rockefeller, con una inmensa fortuna construida a partir del petróleo, decidió financiar una fundación filantrópica en el campo de la salud pública en 1913. Desde el inicio la fundación tuvo una agenda internacional, orientada a la investigación y la prevención de las enfermedades consideradas como grandes flagelos de la humanidad; a la vez, promocionó la creación de escuelas de salud pública en las Universidades de John Hopkins (1916) y Harvard (1922), y apoyó decididamente la constitución de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (1922). Estas tres instituciones estuvieron pronto a la vanguardia en el campo de la investigación médica y la formación profesional, tanto a nivel local como internacional. El centro científico de la fundación era el Rockefeller Institute for Medical Research,

---

102 Löwy, Ilana. *Virus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Trad. Dias, Irene Ernest. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

con sede en Nueva York.[103] La agenda internacional consistió en el envío de misiones a un gran número de países, incluyendo a casi todo el Caribe y América Latina;[104] el objetivo principal era concentrarse en el combate de la anquilostomiasis y otras enfermedades parasitarias, la fiebre amarilla y la malaria; además del combate directo, los equipos sanitarios entrenaban al personal local, incluyendo la participación de maestros de escuela y la incorporación de temas sanitarios en los programas de educación primaria y secundaria. La duración de las misiones varió, según los países, pero generalmente se extendía por una decena de años; una de las primeras fue a Brasil, en 1916.

Después de 1940, el énfasis de la fundación pasó a la agricultura, focalizada en la difusión técnica y la producción de alimentos básicos; las misiones médicas y sanitarias prácticamente cesaron hacia 1951, cuando la fundación fusionó la International Health Division con el programa de investigación en ciencias médicas. Durante unos 25 años, a partir de los años veinte, el papel de la fundación Rockefeller en las mejoras médicas y sanitarias de América Latina fue ciertamente crucial. La labor de la fundación fue también objeto de fuertes críticas, y abundaron las denuncias de que al final la filantropía era más bien una herramienta más de la intromisión y la dominación imperialistas. Afortunadamente, tenemos ahora varios estudios de caso, basados en los magníficos archivos de la fundación. Estos estudios muestran, en este sentido, la gran complejidad del problema; no pueden negarse los objetivos filantrópicos, aunque

---

103 El instituto fue establecido en 1901; aunque con fuertes nexos con él, la fundación fue, desde su inicio en 1913, una entidad separada. En 1965 el instituto cambió de nombre a Rockefeller University; en la actualidad (2022), sigue siendo una institución líder en la investigación médica y biológica; en 2017 un total de 36 premios nóbel estaban o habían estado afiliados con dicha universidad.

104 Cueto, Marcos (editor). *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press, 1994.; Palmer, Steven. *Launching Global Health. The Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2010.

también son evidentes los choques con el personal local, originados en diferentes visiones del mundo y valores. En todo caso, las misiones médico-científicas siempre se inscribían en un contexto sociopolítico que no podía ignorarse, y que a menudo expresaban agudos conflictos que nada tenían que ver con la medicina, la ciencia y la salud. Dos ejemplos, uno de México[105] y otro de Brasil, ilustran bien los extremos de esta relación problemática.

La fiebre amarilla azotaba la región de Veracruz y también la península de Yucatán. En medio de la Revolución mexicana, los infantes de marina de los Estados Unidos ocuparon el puerto de Veracruz entre abril y noviembre de 1914; esto originó, como era de esperarse, un gran sentimiento antiimperialista en la población local. En 1920 el general Álvaro Obregón asumió la presidencia de México y comenzó un acercamiento con los Estados Unidos; un convenio con la Fundación Rockefeller se focalizó en suprimir la fiebre amarilla de Veracruz y Yucatán. La misión sanitaria se orientaba a eliminar los mosquitos mediante el control en las viviendas y los reservorios de agua, utilizando petróleo y pequeños peces para exterminar las larvas; los equipos sanitarios enfrentaron muchas dificultades ya que la población local se oponía, y a veces los amenazaba. Veracruz era un bastión de los partidarios de Venustiano Carranza y consideraban a Obregón un traidor de los ideales revolucionarios; luego de muchos meses de tensión, y una vez que Obregón ocupó la región, las misiones sanitarias cumplieron con su trabajo y lograron eliminar virtualmente la fiebre amarilla a partir de 1923. A los ojos de la población de Veracruz, el Estado mexicano ganó en legitimidad y la fundación apareció como una servidora de la administración.

Otra fue la historia en Yucatán. La revolución recién llegó en 1915, con las tropas del general Salvador Alvarado;

---

105 Ver el artículo de Armando Solórzano en Cueto, *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*.

este, junto con Felipe Carrillo Puerto, instalaron un movimiento socialista bastante radical; pero contrariamente a lo esperado, los revolucionarios yucatecos no se alineaban contra Estados Unidos, sino contra Venustiano Carranza; es más, en 1914, hubo peticiones de anexión a los Estados Unidos. En 1920, siguiendo al acuerdo con el gobierno de Obregón, la Fundación Rockefeller comenzó también a combatir la fiebre amarilla en Yucatán; la idea básica era asegurar una mano de obra saludable a las florecientes plantaciones de henequén. En este caso, las misiones sanitarias tuvieron amplia colaboración de la población local y su éxito fue muy rápido; a partir de 1920, ya no se registraron casos de fiebre amarilla en Yucatán.

En Brasil el combate de la fiebre amarilla seguía dos caminos distintos. El enfoque derivado de las ideas de Oswaldo Cruz privilegiaba la fumigación y eliminación de los mosquitos. A nivel local y de cada estado, se organizaban escuadrones "matamosquitos", y se trataba de cubrir todas las ciudades y zonas vulnerables; la responsabilidad era relativamente descentralizada y, dada la inmensidad del territorio brasileño, los éxitos y fracasos se combinaban en cada momento. La Fundación Rockefeller privilegiaba, en cambio, la eliminación de las larvas y un manejo político desde el Estado federal; esto era considerado más barato y sobre todo más efectivo. En ambos casos, se requería de una amplia colaboración de la población local.

Cuando se descubrió que el reservorio natural de la fiebre amarilla se encontraba en monos que vivían en la selva, fue evidente que no se podría erradicar la enfermedad solo eliminando los mosquitos transmisores. Se impuso entonces la necesidad de encontrar una vacuna apropiada, una tarea que fue emprendida tanto por los investigadores brasileños como por la Fundación Rockefeller, sobre todo durante la década de 1930. Hubo varios ensayos fallidos, hasta que en 1936 Max Theiler, un investigador sudafricano que se había incorporado a la fundación en 1930, y sus colegas crearon una vacuna atenuada viva para la fiebre

amarilla, usando cultivos de tejido preparados a partir de huevos embrionarios de pollo. Entre los muchos subcultivos del virus de la fiebre amarilla que tenían en el laboratorio, estaba el llamado 17D, el cual dio nombre a la vacuna. Esta fue probada experimentalmente a partir de 1938 en los laboratorios brasileños de la fundación, y su éxito fue completo; la vacuna se adecuó fácilmente para la producción masiva y pronto se convirtió en la norma universal. El Dr. Theiler recibió el Premio Nobel de Medicina en 1951 por esta contribución.[106]

La tuberculosis

La tuberculosis sigue siendo todavía hoy (2022) una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia a nivel mundial; en parte, esto se debe a la mutación de algunas cepas de las bacterias que la causan, que se vuelven resistentes a los antibióticos utilizados para combatirla. La vacuna para prevenirla, llamada BCG (Bacilo Calmette-Guérin), fue desarrollada en el Instituto Pasteur (Francia) entre 1905 y 1921, y comenzó a ser utilizada masivamente muchos años después; su efectividad es, sin embargo, algo limitada, sobre todo en personas adultas, por lo cual una eliminación completa de esta enfermedad no ha sido, hasta ahora, posible. La tuberculosis se transmite de un enfermo a una persona sana a través de la saliva, pero el bacilo que la produce, descubierto por Koch en 1882, resulta ser particularmente resistente y contagioso; se aloja en gotitas minúsculas (un estornudo puede contener casi medio millón), y el contagio es, por lo general, aéreo; además, si las gotitas se secan, el bacilo todavía persiste y puede producir la infección tiempo después. No todas las personas infectadas desarrollan

106 Norrby, Erling. "Yellow fever and Max Theiler: the only Nobel Prize for a virus vaccine". *Journal of Experimental Medicine,* 204, n.º 12 (2007): 2779-2784.

la tuberculosis; muchas conservan la infección en forma latente y nunca la desarrollan. Por estas características, el aislamiento de los enfermos, la limpieza e higiene, una buena ventilación y una excelente nutrición ayudan a controlar la incidencia de la tuberculosis; la cura efectiva solo se descubrió hacia 1944 con la aparición de la estreptomicina; a partir de entonces, este y nuevos antibióticos permiten hacerle frente con éxito.

Un examen de las tasas de mortalidad por la tuberculosis para Argentina[107] y Cuba[108] a lo largo del siglo XX muestra lo siguiente. En Argentina, entre 1911 y 1920, la tasa oscilaba alrededor de 140 casos por cada 100.000 habitantes; luego fue descendiendo en forma continua para llegar a unos 60 muertos por cada 100.000 habitantes hacia 1950; este descenso pronunciado continuó hasta 1962, en que la tasa llegó ya a por debajo de 20; luego prosiguió regularmente hasta llegar a 2 casos por cada 100.000 habitantes en 2005. En Cuba la evolución fue bastante parecida: 200 por cada 100.000 habitantes hacia 1904-1906; 140 entre 1915 y 1920; 60 en los años 1930-1940; 20 hacia 1962; 4 en 1972; y 0,9 en 1982.

Como los antibióticos efectivos para combatir la tuberculosis recién estuvieron disponibles hacia 1950, hay que notar que una buena parte del descenso y control se debió a las medidas sanitarias de aislamiento, higiene y prevención, adoptadas progresivamente en todos los países latinoamericanos. En este sentido, la tuberculosis es un buen ejemplo de una enfermedad "social", normalmente asociada a la pobreza, la desnutrición, la falta de higiene, la "mala vida", la promiscuidad y la precariedad en la vivienda;

---

107 Herrero, María Belén y Carbonetti, Adrián. "La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX". *História, Ciências, Saúde - Manguinhoa,* 20, n.º 2 (2013): 521-536.

108 González Ochoa, Edilberto, Barroto Gutiérrez, Susana, Armas Pérez, Luisa, Díaz Bacallao, Clara, y López Serrano, Elena. "Mortalidad por tuberculosis en Cuba, 1902-1997". *Revista Cubana de Medicina Tropical,* 55, n.º 1 (2003): 5-13.

endémica en todos lados, la tuberculosis era una enfermedad sobre todo urbana, y un típico ejemplo de cómo la salud tenía mucho que ver con el bienestar y el progreso económico.[109]

La pobreza, la vivienda urbana y la cuestión social

El ejemplo de la tuberculosis nos lleva pues a cómo inciden la pobreza, sobre todo la urbana, y lo que a finales del siglo XIX se llamaba la "cuestión social" en la salud y el bienestar de la población. La cuestión social tenía que ver con el rápido aumento de la población urbana a finales del siglo XIX; el florecimiento de las exportaciones y la integración al mercado mundial generaron el crecimiento del comercio, el transporte y los servicios, a la par de actividades artesanales e industriales para satisfacer la creciente demanda interna. Este fuerte impulso transformó, rápida y radicalmente, las viejas ciudades coloniales; para decirlo con las palabras de José Luis Romero: las ciudades criollas y patricias se tornaban ciudades burguesas, y pronto comenzarían también a ser ciudades masificadas.[110]

En términos de la conflictividad social, hubo dos hechos que configuraron la llamada "cuestión social": a) las organizaciones obreras y sindicales, y las protestas laborales para tratar de mejorar los salarios y las condiciones de trabajo; y b) el deterioro de la vivienda urbana debido al hacinamiento y la falta de vivienda popular barata. Así las cosas, los barrios sencillos se llenaron de conventillos, tugurios y vecindades; cada país desarrolló un vocabulario propio para identificar estas viviendas precarias. Sus condiciones higiénicas eran, por cierto, deplorables, e iban desde

---

109 Armus, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

110 Romero, José Luis. *Latinoamérica: las ciudades y las ideas*. México: Siglo XXI Editores, 1976.

los materiales de construcción hasta la poca ventilación, la falta de agua potable, de alcantarillado y cloacas.

El folklore urbano que surgió con estos cambios incluyó música y baile (tango, cumbia, rancheras y boleros, etc.), novelas y obras de teatro, entre otras manifestaciones; el alcoholismo, la prostitución, la pobre mujer tísica (tuberculosa) y los huérfanos malnutridos serían enseguida personajes típicos de este nuevo mundo urbano, bordeado por la delincuencia y la pobreza.

Migraciones y desplazamientos de población del campo a la ciudad caracterizaron este proceso a lo largo del siglo XX, reforzado particularmente por la expansión de la industria y la explosión demográfica. Las grandes zonas metropolitanas que se configuraron desde mediados del siglo –la Ciudad de México, Buenos Aires, San Pablo, Río de Janeiro, Bogotá, Caracas, pronto seguidas por Lima, Santiago de Chile, Belo Horizonte, Quito, Guayaquil, Medellín, etc.– vieron la aparición de barrios y viviendas marginales; las villas miserias argentinas, las favelas brasileñas, las poblaciones callampas chilenas o los ranchos venezolanos remplazaron los viejos conventillos y vecindades. El hacinamiento, la insalubridad, la pobreza, la falta de empleo y la carencia de servicios básicos siguieron caracterizando las condiciones de vida de estas nuevas poblaciones urbanas.

La consciencia social de la necesidad de combatir la pobreza y las malas condiciones higiénicas y sanitarias, sobre todo en el medio urbano, provino de diversas fuentes. Por un lado, había una consciencia tradicional, enmarcada en la beneficencia y la caridad cristianas, que tenía hondas raíces coloniales; por otro, la obra de los médicos, higienistas y salubristas, que enfocaban su esfuerzo en el control de las epidemias y enfermedades, y tenían en la mente los modelos sanitarios europeos y norteamericanos. Sin embargo, el empuje decisivo provino más bien de las luchas sociales y las huelgas de obreros y artesanos que exigían mejores condiciones

de vida y de trabajo. La intervención del Estado, que entroncaba bien con la vieja tradición borbónica, como se puede ver en la expedición de la vacuna de la viruela, acabó asumiendo como obra pública la construcción de las obras de infraestructura sanitaria (agua potable, alcantarillado, cloacas y recolección de la basura), al igual que el mantenimiento de los hospitales y la regulación de los servicios médicos. No hay dudas de que todo esto tuvo una influencia positiva en el descenso de la mortalidad; sin embargo, es imposible medir con precisión su efecto neto y hay que contentarse con señalar que se trata más bien de un factor de contexto particularmente favorable.

El Estado y la salud pública

De lo expuesto hasta ahora, queda claro que el proceso salud-enfermedad es particularmente complejo e involucra aspectos biológicos, sociales, políticos e ideológicos, en sus dimensiones individuales y colectivas, tanto a nivel local, regional, nacional e internacional. La acción estatal resultó siempre de un vasto juego de intereses, articulado en relaciones de conflicto y cooperación entre las élites, los grupos y las clases sociales. Esto implica que, a nivel del conjunto de América Latina, solo es posible establecer algunas líneas muy generales sobre cuál fue la política sanitaria; la dinámica sociopolítica solo puede ser esclarecida a partir de estudios de casos detallados, y en este aspecto faltan todavía muchos estudios comparados de suficiente alcance.

La acción sanitaria estatal, a partir de mediados del siglo XIX, se concentró en varios ejes principales: a) la realización de obras de infraestructura y saneamiento; b) la creación de un entramado institucional moderno y eficiente; c) la regulación de las prácticas

médicas, incluyendo el control de la formación de médicos y paramédicos; y d) el desarrollo de la investigación médica.

El ejemplo chileno, un caso relativamente bien conocido, nos permitirá ilustrar cómo la consecución final de estos objetivos implicó caminos, conflictos y soluciones muy diversos.[111]

1924 fue un año crucial; luego de interminables debates parlamentarios que bloqueaban varias iniciativas reformistas importantes y tenían atado de manos al gobierno del presidente Arturo Alessandri (1920-1925), fue un golpe militar en setiembre de ese año el que obligó a la aprobación de la Ley 4.054 del Seguro Obrero Obligatorio, la Ley 4.055 de Accidentes del Trabajo, el Código del Trabajo y la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo. La nueva Constitución, aprobada en 1925, estableció la obligación estatal de velar por la salud pública. El nuevo ministerio absorbió la Dirección General de Sanidad, creada en 1918. Es importante señalar que, en el nuevo entramado institucional, la salud pública era considerada como parte de las relaciones laborales, incluyendo también la previsión social, es decir, el tema de las jubilaciones, las pensiones de retiro y los seguros.

---

111 Molina Bustos, Carlos Antonio. *Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989.* Santiago de Chile: LOM Ediciones, 2010.; Salinas Meza, René. "Salud, ideología y desarrollo social en Chile, 1830-1950." *Cuadernos de Historia. Universidad de Chile,* 6 (1983): 99-126.; Goic G., Alejandro. "El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente." *Revista Médica de Chile,* 143 (2015): 774-786.

Cuadro 4.8. América Latina: establecimiento de los Departamentos Nacionales de Salud Pública o instituciones de rango similar (1880-1926)

1880	Argentina. Departamento Nacional de Higiene.
1895	Uruguay. Consejo Nacional de Higiene.
1897	Brasil. Directorio Geral de Saúde Pública.
I899	Paraguay. Consejo Nacional de Higiene.
1903	Perú. Dirección de Salubridad.
1906	Bolivia. Dirección General de Sanidad.
1907	Cuba. Departamento Nacional de Higiene.
1908	Ecuador. Servicio de Sanidad Pública.
1911	Venezuela. Oficina de Sanidad Nacional.
1917	Honduras. Dirección General de Sanidad.
1917	México. Departamento de Sanidad.
1918	Chile. Dirección General de Higiene.
1918	Colombia. Dirección General de Higiene.
1919	Haití. Servicio de Sanidad Pública.
1920	El Salvador. Dirección General de Sanidad.
1920	República Dominicana. Secretaría de Sanidad y Beneficencia.
1922	Costa Rica. Subsecretaría de Higiene y Salud Pública.
1925	Nicaragua. Departamento de Salubridad.
1925	Guatemala. Dirección General de Salubridad Pública.
1926	Panamá. Departamento de Salud Pública.

Fuente: Marquez, Patricio V. y Joly, Daniel J. "A Historical Overview of the Ministries of Public Health and the Medical Programs of the Social Security Systems in Latin America". *The Journal of Public Health Policy Autumm* (1986): 378-394.

El otro hito importante ocurrió en 1952; luego de interminables debates parlamentarios, y en un contexto de represión de los comunistas, el gobierno de González Videla aprobó la Ley 10.383, la cual creaba el Sistema Nacional de Salud (SNS); de hecho, este proyecto había sido presentado desde 1941, cuando Salvador Allende era ministro

de Salubridad en el gobierno de Aguirre Cerda.[112] La ley restringía el sistema a los obreros, excluyendo a los empleados públicos y al sector rural; los hospitales, hasta entonces administrados por la Beneficencia Pública (instancia privada financiada por la oligarquía, pero que también contaba con subvenciones estatales), pasaron a regir el SNS, en el cual los médicos tenían también un papel de primera importancia. En las décadas de 1920 y 1930, el gremio médico estaba bastante dividido, entre una tendencia sindical relativamente politizada y una más profesional que privilegiaba una concepción liberal (privada) de la práctica médica; al crearse el Colegio Médico de Chile, en 1948, predominó claramente esta segunda tendencia. En 1968 se aprobó la Ley de Medicina Curativa, la cual permitió incorporar a los empleados y sectores medios al SNS estableciendo la libre elección médica y una remuneración por dichos servicios a cargo del asegurado; se instauró un sistema dual, gratuito para los obreros y personas de escasos recursos y parcialmente remunerado para el resto de la población; luego de esta reforma, la cobertura llegó al 90 %. El gobierno del presidente Salvador Allende, entre 1970 y 1973, se propuso establecer el sistema único de salud, sin conseguirlo.

Luego del golpe de Pinochet, la dictadura militar procedió a privatizar, sistemáticamente, el sistema de salud pública. Los servicios quedaron a cargo de las municipalidades; en 1989, el Estado contribuía apenas con un aporte del 17 %, mientras que los cotizantes lo hacían en un 81 % y los patronos aportaban apenas un 1,6 % y en forma voluntaria.[113] El principio de solidaridad, que había formado parte de la filosofía básica del sistema sanitario chileno desde al menos finales del siglo XIX, desapareció por completo.

---

112 Allende, Salvador. *La realidad médico-social chilena (síntesis)*. Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad, 1939.

113 En 1974 estas proporciones eran, respectivamente, de 61 % (estado), 19 % (cotizantes) y 19 % (patronos).

El ejemplo chileno también nos muestra otra característica típica del modelo latinoamericano: la previsión social (jubilaciones y seguros) se planteó siempre como un complemento fundamental de la salud pública, y, a lo largo de más de un siglo, se ha transitado desde un modelo de reparto, protegido por el Estado, a un sistema de capitalización basado en el ahorro individual y manejado por entes financieros privados. En efecto, esto último fue precisamente lo que ocurrió en Chile durante la dictadura de Pinochet, sobre todo a partir del Decreto-ley 3.500 de 1980. Con la privatización y mercantilización, se operó una separación definitiva de la previsión social y la salud. El ejemplo chileno es también útil porque ilustra bien los extremos, desde un régimen (tipo I) basado parcialmente en la solidaridad y con amplio sustento estatal, que llegó a cubrir a un 90 % de la población, hasta un régimen (tipo II) enteramente privatizado, bajo el imperio de la lógica mercantil. Ahora bien, si la evolución latinoamericana de la seguridad social ha transcurrido a lo largo del tiempo entre estos extremos, conviene enseguida notar que los demás países se aproximan a este modelo evolutivo sin llegar a los extremos chilenos. Esto vale tanto para el régimen tipo I, que en muy pocos países llegó a alcanzar el nivel de cobertura de Chile, cuanto para el régimen tipo II.

Siguiendo a Mesa Lago,[114] podemos considerar la situación del conjunto de América Latina hacia 1980: a) un primer grupo de países, integrado por Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica, fue *pionero* ya que había introducido sistemas de previsión y salud relativamente temprano, sus niveles de cobertura eran bastante elevados y la carga financiera estatal también era alta y deficitaria; b) un segundo grupo *intermedio*, que estaba compuesto por Panamá, México, Perú, Colombia, Ecuador, Bolivia y Venezuela, con sistemas de previsión y salud introducidos en las

114 Mesa Lago, Carmelo. *Reassembling Social Security. A Survey of Pensions and Healthcare Reforms in Latin America*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

décadas de 1940 y 1950, una cobertura media y una carga financiera estatal más ligera que la del primer grupo; c) el tercer grupo de países *recién llegados* (Paraguay, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití), que habían implementado sus programas en las décadas de 1960 y 1970, tenían pocos problemas financieros, poblaciones más jóvenes y bajo nivel de cobertura.

En las décadas de 1980 y 1990, vinieron las reformas del llamado "ajuste estructural", auspiciadas por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la AID de los Estados Unidos; estas reformas seguían en buena parte el ejemplo desarrollado por la dictadura chilena de Pinochet. Según Mesa Lago, se implementan tres modelos distintos de cambio: a) el modelo sustitutivo, que remplaza drásticamente el sistema existente, ejemplificado por los casos de Chile,[115] Bolivia, República Dominicana, El Salvador y México; b) el modelo paralelo, representado sobre todo por Colombia y Perú; y c) el modelo mixto, que trata de combinar lo viejo y lo nuevo, como ha sido el caso de Argentina, Uruguay y Costa Rica. Los otros países, Brasil, Cuba, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela, optaron por conservar los sistemas públicos preexistentes. Mesa Lago subraya también que, dentro de una gran diversidad, la privatización ha sido mucho menor en el caso de la salud pública que en el de las pensiones y jubilaciones. Tanto los sistemas de salud como los de previsión funcionan, a pesar de las reformas, con grandes dificultades, y los niveles de cobertura están lejos de los patrones imperantes en los países desarrollados. Este desempeño problemático se explica por el alto desempleo, el peso significativo del sector informal, la gran desigualdad en la distribución del ingreso, y la carencia de un sistema impositivo capaz de cobrar eficientemente las contribuciones a la seguridad social. Todo esto implica, obviamente,

---

115 Una serie de cambios, ya en el siglo XXI, parecen acercar el caso chileno al modelo mixto.

que lograr una mayor eficiencia en la salud y la previsión social en un contexto de rápido envejecimiento de la población pasa no solo por cambios económicos, sino también por una reforma profunda del conjunto del Estado, el entramado institucional, las prácticas y la cultura política.

Educación y alfabetización. La investigación médica

El último factor a considerar con relación al descenso de la mortalidad es la educación, la cual pasa obviamente por el avance en la alfabetización. La esperanza de vida al nacimiento (e0) creció, entre 1900 y 1950, de un promedio latinoamericano de 29 años a uno de 47 años; en 2000, dicho promedio ascendió a 71 años; la e0 aumentó en un 62 % entre 1900 y 1950, y en un 51 % entre 1950 y 2000. Se trata, por cierto, de un crecimiento espectacular. El porcentaje de la población mayor de 15 años alfabetizada fue, en promedio y siempre a nivel latinoamericano, de 31 % en 1900, 55 % en 1950 y 87 % en 2000; un aumento también notable.[116] Si examinamos series temporales de ambas variables a lo largo del siglo XX, y a nivel de un país, se observa el mismo movimiento ascendente y en forma casi paralela. La asociación entre ambas series es evidente, pero solo válida a nivel de la tendencia; la autocorrelación implícita afecta la validez de cualquier prueba estadística, algo que ya observamos también en el caso de la evolución de la e0 y el PIB per cápita. Ahora bien, la alfabetización es solo un indicador importante, aunque limitado, del nivel de educación. Lamentablemente, los datos sobre años de escolaridad, calidad y logro educativo son limitados y difícilmente disponibles antes de 1960. Tenemos que contentarnos pues

---

116 Los datos de alfabetización provienen de Thorp, Rosemary. *Progress, Poverty and Exclusion. An Economic History of Latin America in the 20th Century*. Washington - Baltimore: Inter-American Development Bank - The John Hopkins University Press, 1998.; pp. 354-355.

con la indicación del mecanismo cualitativo que vincularía educación y descenso de la mortalidad.

El caso de Costa Rica a comienzos del siglo XX ayuda a ilustrar estos aspectos. La llegada de la misión de la Fundación Rockefeller en 1914 y la creación de la Secretaría de Salubridad Pública en 1922 fueron dos momentos culminantes en la constitución de una política de salud pública en las primeras décadas del siglo XX. Como lo ha demostrado Steven Palmer, la misión de la Fundación Rockefeller llegó para combatir la anquilostomiasis en un ambiente ya preparado.[117] El gobierno había comenzado una campaña contra la enfermedad en 1907, y, precisamente en el momento de la llegada de la misión, se había concluido una primera e importante fase. Debe notarse que la lucha contra la anquilostomiasis requería un esfuerzo extendido de diagnóstico, con pruebas de laboratorio, un tratamiento relativamente sencillo pero vigilado, y una campaña de educación preventiva. En esta última cuestión, las prácticas higiénicas y la construcción de letrinas eran aspectos fundamentales.

Por otra parte, la anquilostomiasis afecta tanto a niños como a adultos, produciendo una debilidad que predispone para otras enfermedades. Varios médicos costarricenses habían percibido esto y estaban convencidos de que su combate era también una lucha que beneficiaría la salud de las personas en otros aspectos. La misión de la Fundación Rockefeller continuó con este esfuerzo, y se afianzaron las bases institucionales para una política estatal sistemática en el campo de la salud.

La campaña contra la anquilostomiasis llegó incluso a zonas lejanas y aisladas del país y contó entre sus aliados con los maestros de escuela y los párrocos. La misión Rockefeller propició también una fuerte campaña de educación en temas de salud personal y comunitaria, y un eficaz

---

117 Palmer, Steven. "Confinamiento, mantenimiento del orden y surgimiento de la política social en Costa Rica, 1880-1935". En *Mesoamérica*, n.º 43 (2002): 48-50.

programa de inspecciones sanitarias. Los maestros fueron visualizados como los agentes claves y se los instruyó para ejercer tareas de educación y vigilancia sanitaria. El jefe de la misión, Louis Schapiro, publicó incluso un folleto destinado a ellos con instrucciones detalladas sobre cómo llevar un registro de la condición de salud física y "moral" de cada estudiante.[118] Poco después, en el informe anual del Departamento Sanitario Escolar, el Dr. Schapiro expresaba su complacencia por el éxito de la campaña entre los maestros de escuela y veía en ellos a "los más eficientes artesanos de esta nueva corriente".[119] Los temas de higiene quedaron incorporados en los programas escolares. Al catecismo cívico y al catecismo católico se unió ahora el catecismo higiénico.[120]

El Dr. Solón Núñez, contraparte costarricense de la misión, heredó finalmente la responsabilidad de continuar con los programas establecidos una vez concluida esta, en 1922. En ese mismo año, el Departamento de Anquilostomiasis fue transformado en Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, siempre bajo la dependencia de la Secretaría de Gobernación, y Solón Núñez fue su primer director. En 1927 la subsecretaría fue elevada al rango ministerial.

El descenso de la mortalidad implica pues, además de un cambio importantísimo en el contexto social, biológico y ambiental, una modificación sustancial en los comportamientos humanos. Los hábitos de higiene, cuidados médicos y prevención requieren la educación personal para la salud; la sinergia entre la escuela y la actividad de médicos, paramédicos, hospitales e instituciones es crucial en

---

118 Schapiro, Louis. *Misión del maestro de escuela en el servicio de la inspección sanitaria escolar*. San José: Tipografía Nacional, 1915; Palmer, ídem, p. 49.

119 Schapiro, Louis. *Informe Anual del Departamento Sanitario Escolar correspondiente al curso lectivo 1915*. San José: Imprenta Nacional, 1916, p. 8.

120 Siles Granados, Hildebrando. *Higiene escolar.* San José: Tipografía Lehmann, 1916; Jiménez Núñez, Ricardo. *Nociones de higiene al alcance de los niños*. San José, Librería Alsina, 1923; Segreda, Francisco. *Cartilla de higiene escolar*. San José: Imprenta Nacional, 1937.

el desarrollo de una nueva cultura sanitaria. Los cambios en el cuidado de los niños y el descenso en la mortalidad infantil son quizás el mejor ejemplo en este sentido. En suma, solo estudios de caso muy detallados pueden esclarecer bien las relaciones entre la educación y el descenso de la mortalidad.[121]

La investigación médica y científica tuvo algún desarrollo propio en América Latina, aunque, como ya se indicó en detalle, dependía estrechamente de la importación de conocimientos y tecnologías de Europa y los Estados Unidos. El Estado careció de una política de promoción de las actividades científicas; la ciencia y la tecnología no formaron parte del programa de modernización desarrollado bajo el lema de "orden y progreso". El Instituto Oswaldo Cruz de Río de Janeiro, al cual ya hicimos referencia, fue un ejemplo pionero, original y trascendente, pero no tuvo émulos en otros países latinoamericanos. Científicos destacados, como el ya citado Oswaldo Cruz (1872-1917), Carlos Chagas (1879-1934) también en Brasil, Carlos Finlay (1833-1915) en Cuba, y Clodomiro Picado (1887-1944) en Costa Rica, brillaron ciertamente con luz propia, pero no llegaron a encabezar una élite científica institucionalmente consolidada.

La excelente monografía de Carlos Cueto sobre Perú permite seguir este caso, particularmente ilustrativo, con mucho detalle.[122] La transferencia de la ciencia occidental, sobre todo entre 1890 y 1930, no cayó en terreno estéril, y emergió en bacteriología y fisiología una notable capacidad creativa y no solo imitativa, la cual llegó incluso a

---

121 Entre varios estudios relativamente recientes, ver Carbonetti, Adrián y González, Ricardo. *Historias de salud y enfermedad en América latina*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba CEA, Conicet, 2008.; Armus, Diego. *Avatares de la medicalización en América latina (1870-1970)*. 1.º ed. Colección "Salud colectiva". Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.; Armus, Diego. *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. 1.º ed. Colección Vitral. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002.

122 Cueto, Marcos. *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. Lima: GRADE, 1989.

enriquecer el acervo de la ciencia internacional. La interacción entre científicos locales, agencias filantrópicas externas y el gobierno peruano explica gran parte de este éxito. Sin embargo, según el estudio de Cueto, muchos de estos logros no perduraron luego de 1930. Factores que contribuyeron a este retraso fueron el conservadurismo y el hispanismo que pasaron a predominar en la cultura peruana en la década de 1940, el escaso apoyo estatal a las actividades científicas y el conflicto entre dos tradiciones de investigación distintas. El modelo europeo, sobre todo francés, que había predominado antes fue remplazado por el norteamericano al finalizar la Segunda Guerra Mundial. El primero se basaba en la centralización universitaria, y la orientación eminentemente profesional sin profesores a tiempo completo. El segundo promovía la especialización, con un esquema descentralizado y una ciencia bien equipada.[123] Los líderes científicos peruanos de la década del cincuenta creyeron que, creando algunos centros de excelencia, se iba a producir un efecto multiplicador que acabaría transformando la estructura científica del país; pero ello nunca ocurrió. Entre los factores que lo explican, se encuentran la masificación educativa, particularmente a nivel universitario, que ocurrió desde la década de 1940, y la extremada especialización de los científicos que seguían el modelo norteamericano. Cueto cita un informe confidencial de un científico norteamericano que visitó el Instituto de Biología Andina en los años cincuenta y constata que los científicos peruanos eran excelentes, supertécnicos y altamente especializados, pero, al fin de cuentas, carentes de miras y de originalidad en la investigación.[124]

---

123 Ver un ejemplo detallado sobre Argentina, Brasil, México y Perú en Cueto, Marcos. "The Rockefeller Foundation's Medical Policy and Scientific Research in Latin America: The Case of Physiology". *Social Studies of Sciences,* 20, n.º 2 (1990): 229-254.

124 Cueto, *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950.*, pp. 186-190.

Conclusión: el descenso de la mortalidad como parte de un proceso de cambio histórico global

Retomemos ahora los principales hilos conductores del descenso de la mortalidad en América Latina en los siglos XIX, XX e inicios del XXI. El contexto macrohistórico y estructural comprende el *proceso de modernización*, desplegado primero a través de la integración al mercado mundial mediante las exportaciones de productos agrícolas y minerales y el desarrollo del Estado nacional, y en un segundo momento gracias a la urbanización y la industrialización. Los factores más específicos incluyen mejoras en la nutrición y la introducción y adaptación de la *moderna tecnología sanitaria*[125], desarrollada principalmente en Europa y los Estados Unidos.

Esta comprende cuatro aspectos diferentes: a) el saneamiento urbano (agua potable, cloacas, basura y viviendas higiénicas, etc.), incluyendo hospitales e instituciones para el tratamiento de los enfermos; b) la aplicación de la inmunización y las vacunas basadas en este principio; c) la revolución de las sulfamidas y los antibióticos; y d) la formación de médicos y personal sanitario. Los factores B y C, subrayados por su gran importancia, forman parte en realidad de un proceso más amplio relativo a la investigación médica y farmacéutica y la fabricación de instrumental médico.

En el caso de América Latina, los agentes del cambio fueron los siguientes: a) el Estado y sus instituciones; b) los médicos y el personal sanitario; y c) los maestros de escuela primaria y los profesores de educación secundaria. La previsión social y la salud pública dependieron del financiamiento y la acción estatal, bajo esquemas institucionales que podían diferir de país a país, pero que tenían como común

---

125 Cutler, David, Deaton, Angus y Lleras-Muney, Adriana. "The Determinants of Mortality". *The Journal of Economic Perspectives,* 20, n.º 3 (2006): 97-120.; Easterlin, Richard A. "Cross-Sections are History". *Population and Development Review,* 38 (2012): 302-398.

denominador la intervención estatal; en algunos casos, los sindicatos y las organizaciones obreras tuvieron también participación importante, al igual que otras organizaciones de la sociedad civil, incluyendo instituciones religiosas. Los médicos y el personal sanitario, formados localmente y con frecuencia especializados en el extranjero, fueron los agentes fundamentales sobre todo en la acción inmediata. Maestros y profesores cumplieron también un papel crucial, tanto en la educación básica en las aulas, enseñando las normas de higiene, cuanto en las campañas educativas y de vacunación. Los programas tipo "la gota de leche", implementados en casi todos los países en las décadas de 1940 y 1950, y aplicados en las escuelas, cumplieron un rol fundamental en las mejoras de la nutrición infantil. A su vez, los medios de comunicación (radio, prensa, televisión) también tuvieron su papel, sobre todo en la alerta y la prevención ante epidemias y peligros ambientales.

Difícilmente podemos ir más lejos de estos planteamientos generales. Para terminar de apreciar la complejidad del proceso, conviene leer las observaciones siguientes, extraídas de un estudio admirable y detallado, que cuenta además con una gran cantidad de datos, referido al caso de España:[126]

> La conclusión principal de todo esto es que los grandes avances económicos, y también la verdadera "modernización" de la nutrición, o de la atención sanitaria (hospitalaria) y de la medicina en general, que se dan a partir del despegue económico del país en los años 1960, son posteriores a la gran caída de la mortalidad. Esta última se produjo antes, en ausencia de los mayores avances económico-sanitarios, aunque algunos de ellos (en nutrición o en antibióticos) ya se empezaron a registrar en la década anterior, en los años cincuenta. La caída de la mortalidad en España fue en parte causa y en

126 Pérez Moreda, Vicente, Reher, David-Sven, y Sanz Gimeno, Alberto. *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons Historia, 2015., pp. 392-393; el énfasis es mío.

> parte efecto de un proceso de modernización que, tímido y modesto en sus inicios, tuvo suficiente empaque como para generar una progresiva mejora de la salud de la población y demostró suficiente fuerza y relevancia como para disminuir los niveles de mortalidad de forma importante, antes incluso de que los avances sociales y económicos llegaran a alcanzar un grado propio de una sociedad y economía plenamente desarrollados. *La lección de todo esto es que las oportunidades para la vida no requerían de enormes saltos cuantitativos y cualitativos en los factores que hemos venido señalando.* Bastaban unos cambios moderados, pero muy significativos, y continuados en el tiempo, y sobre todo un verdadero avance en información sanitaria, en concientización de las prioridades de los individuos, las familias y los deberes sociales de los poderes públicos, esto es, un incremento de la educación en todos los niveles que permitiesen a la población abandonar unas condiciones de existencia propias de la miseria y la situasen en niveles de desarrollo y calidad de vida propios de las sociedades modernas.

Esta precedencia o desfase en el descenso de la mortalidad con respecto al nivel de desarrollo económico nos remite a la curva de Preston, que presentamos antes (ver el gráfico 4.16): en los datos latinoamericanos hacia 2000, se puede apreciar cómo el nivel de la e0 varía mucho menos que el del PIB per cápita; ello confirma los hallazgos del artículo pionero de Preston y permite afirmar que una mortalidad muy baja es compatible con niveles de desarrollo muy diferentes, algunos bastante elevados, y otros decididamente precarios.

Un último aspecto que conviene recordar es la cuestión ecológica referida, en la línea de McNeill, Crosby y Diamond, a las relaciones ambientales entre los seres humanos y las demás especies vivas. Es probable que el notable descenso de la mortalidad y el consiguiente aumento del tamaño y la densidad de la población, experimentados a nivel mundial, hayan afectado estos equilibrios y desequilibrios biológicos y ambientales, pero carecemos todavía de estudios detallados. Un ejemplo sumamente interesante se encuentra en la obra reciente de Cush-

man sobre las islas del guano en el litoral pacífico de América y la Polinesia; el enfoque de una historia ecológica global, muy influenciado por las ideas de Donald Worster, también incluye específicamente temas demográficos.[127]

Como se puede apreciar de todo lo dicho, aunque nuestro conocimiento sobre el tema ha avanzado notablemente, carecemos todavía de una explicación completa del descenso de la mortalidad en América Latina.

Anexo. Una nota sobre *LAMBdA*[128]

El Center for Demography of Health and Aging (CEDHA) de la Universidad de Wisconsin-Madison ha puesto a disposición para consulta esta importantísima base de datos que incluye población total y por grupos quinquenales de edad, mortalidad total anual (desde 1900) y por causas (desde 1945), y tablas de mortalidad ajustadas y sin ajustar. La base de datos comprende 19 países y optimiza las estimaciones con diferentes métodos. Los datos fueron compilados y elaborados bajo la dirección de Alberto Palloni a lo largo de muchos años, y son de consulta obligada para cualquier estudio avanzado sobre la evolución de la mortalidad en América Latina. La referencia básica de LAMBdA es la siguiente: Palloni, Alberto, Pinto Aguirre, Guido y Beltrán-Sánchez, Hiram. *Latin American Mortality Database (LAMBdA)*. [Machine-readable database], Madison: University of Wisconsin, 2014.

Para hacerse una idea rápida de esta base de datos y sus posibilidades, véase P alloni, Alberto, Beltrán-Sánchez, Hiram y Pinto Aguirre, Guido. "Incertidumbre de los estimadores de mortalidad y pruebas de hipótesis: el caso de América Latina y el Caribe, 1850-2010". *Notas de Población*, n.º 104 (2017): 13-32.

---

127 Cushman, Gregory T. *Guano and the Opening of the Pacific World. A Global Ecological History*. Nueva York: Cambridge University Press, 2013.

128 Ver bit.ly/3w7r6Mx.

5

El descenso de la fecundidad y la segunda transición demográfica

Definiciones

El descenso de la fecundidad debe estudiarse ahora con más profundidad, buscando la especificación de los mecanismos y procesos sociales que permiten explicar la reducción en el número de hijos, o, dicho en términos más generales, la caída de la tasa bruta de natalidad desde niveles del 40 por mil o más, a menos del 10 por mil. Como ocurre en toda la temática de la transición demográfica, comenzaremos por lo que mejor conocemos, es decir, el caso europeo.[129]

El descenso en la fecundidad europea se produjo a través de un mecanismo de autorregulación demográfica que incluyó la elevación de la edad al matrimonio de las mujeres, el aumento de la tasa de celibato definitivo y métodos contraceptivos "naturales" como el ritmo, el *coitus interruptus* o retiro, un largo período de lactancia y otros similares. Este proceso se dio en un contexto en el cual la fecundidad marital cubría el 90 % o más de la fecundidad total; es decir, había muy pocos hijos fuera del matrimonio. La elevación de la edad al matrimonio de las mujeres reducía el período de "exposición al riesgo" de un embarazo, en una edad (generalmente entre los 20 y los 30 años) en que la mujer alcanza un máximo biológico de fertilidad.

---

129 Coale, Ansley J. y Cotts Watkins, Susan (editores). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton: Princeton University Press, 1986.

Los métodos contraceptivos permitían espaciar los nacimientos, y el celibato definitivo de una cierta proporción de mujeres reducía el número de parejas en posibilidad de formar una familia. Por otra parte, este proceso de autorregulación demográfica ocurría en un contexto caracterizado por la rápida urbanización, la alfabetización, la industrialización, la fuerte migración del campo a la ciudad y la emigración al exterior. Gradualmente, el "valor" que las parejas asignaban a los niños se modificó sustancialmente: los niños dejaron de ser una inversión futura, como era el caso en las sociedades campesinas, y pasaron a ser un gasto, en términos del relativamente largo período de educación que ahora era necesario para lograr la incorporación de un joven al mercado de trabajo.[130]

Estas explicaciones combinan dos niveles diferentes de razonamiento: el macrosocial, referido a procesos como la industrialización y la urbanización, y el microsocial, relacionado a decisiones individuales o en familia. En 1973, Ansley J. Coale planteó un modelo para explicar las decisiones respecto al descenso europeo de la fecundidad marital en los siglos XIX y XX;[131] el modelo consideró tres variables y quedó sintetizado con tres palabras: *ready, willing* y *able*. *Ready*, que se puede traducir como "disposición", se refiere a que el control de la natalidad tiene que ser percibido por los actores como beneficioso y moralmente aceptable; *willing*, es decir, la voluntad (o deseo), apunta a que tiene que ser deseado como cálculo consciente; y *able*, es decir, la capacidad, implica que tiene que haber medios contraceptivos disponibles.

Otra pregunta importante es cómo se difunden las ideas y técnicas de control; aquí es donde intervienen estudios basados en modelos sociológicos de difusión. En

---

130 Caldwell, John C. *Theory of fertility decline*. Population and social structure. Londres/Nueva York: Academic Press, 1982.

131 Coale, Ansley J. "The demographic transition". En *International Population Conference*, editado por IUSSP. Liège: IUSSP, 1973.

términos del modelo de Coale, las preguntas que caben son dos: qué se difunde (técnicas de control más ideas, es decir, valores y actitudes) y cómo (grupos pioneros o de vanguardia seguidos luego por otros).

La fecundidad natural

¿Cuál es el máximo de fecundidad observado en las poblaciones humanas? Esto interesa sobre todo como marco general de referencia. La pregunta puede responderse de dos maneras. La primera es recurriendo a ejemplos observados, lo cual reduce el campo a la disponibilidad de datos precisos sobre poblaciones y períodos de tiempo determinados, puestos en la debida escala comparativa. La segunda opción es echando mano a modelos de simulación. En el primer caso, el ejemplo frecuentemente citado es el de las familias Hutteritas, observadas en comunidades rurales en el norte de los Estados Unidos entre 1880 y 1950; este grupo de anabaptistas, llegado desde el centro de Europa, pudo ser observado con gran detalle, y contaba con la particularidad de una fuerte cohesión ideológica, ausencia de soltería y de toda forma de contracepción, una edad al matrimonio de las mujeres de 20 años, baja mortalidad y reducida movilidad. El tamaño final de la familia hacia 1950 era de 10,4 hijos y solo había sido limitado por la esterilidad biológica (apenas un 3,4 % de las parejas), los abortos espontáneos y la ausencia de concepciones antes del matrimonio. En las condiciones señaladas, esa descendencia final de 10,4 hijos constituía un máximo de fecundidad observada, muy por encima de la registrada en poblaciones con poco o ningún uso de la contracepción.[132]

---

132 Eaton, Joseph W. y Mayer, Albert J. "The social biology of very high fertility among the Hutterites: the demography of a unique population". *Human Biology,* 25 (1953): 206-264.

El segundo caso refiere a la utilización de un modelo de simulación, en el cual se toma una cohorte de mujeres a partir de los 15 años y se las somete a probabilidades razonables de fecundabilidad hasta los 50 años; se supone que no hay mortalidad de las madres y que solo opera la mortalidad intrauterina; el resultado del ejercicio, realizado por Hervé La Bras, produjo una descendencia final de 14,8 hijos. Se trata, obviamente, de un máximo biológico de la fecundidad humana, el cual nunca ha sido observado en poblaciones reales.[133] Ambos ejemplos permiten entender bien la noción de "fecundidad natural", introducida por Louis Henry en 1961.[134]

Henry trataba de entender y definir con precisión la fecundidad en ausencia de contracepción y aborto inducido; compiló datos de trece poblaciones europeas y del tercer mundo, las cuales presentaban una familia completa entre 10,9 hijos por mujer casada a los veinte años (caso de las Hutteritas casadas entre 1921 y 1930) y 6,2 (caso de varias aldeas de Guinea, con mujeres casadas en 1954-1955). Comparando las tasas de fecundidad por edad de la madre, Henry observó dos cosas: primero, que, en todos los casos, la curva de las tasas tenía una forma similar, con un máximo en el grupo de 20-24 años y un descenso suave hasta el grupo de 45-49 años; segundo, que, si las tasas se expresaban como índices, con base 100 en el grupo de 20-29 años, todas las curvas se superponían, mostrando un patrón enteramente similar. La comparación de estas tasas con las de una población que practicaba el control natal, para el caso, las mujeres británicas casadas a los veinte años en 1920, resultaba más que ilustrativo: la descendencia final de las británicas era de 3,2 hijos, y la curva caía muy rápidamente, adquiriendo una forma convexa con respecto al cero del gráfico. Henry llamó "fecundidad natural" a la observada

---

133 Le Bras, Hervé. *La Démographie*. París: Odil Jacob, 2005., pp. 44-51.

134 Henry, Louis. "Some data on natural fertility". *Eugenics Quaterly,* 8 (1961): 81-91.

en las trece poblaciones que no practicaban la contracepción y explicó las notables diferencias en la descendencia final según tres factores: a) el lapso de tiempo que transcurre entre el nacimiento y el restablecimiento de la ovulación y las relaciones sexuales; b) la fecundabilidad o probabilidad de concepción durante el período recién indicado; [135] c) la frecuencia de los abortos espontáneos y muertes fetales. Como la proporción de C obedece más bien a factores biológicos que no deben variar mucho de una población a otra, las grandes diferencias observadas en la descendencia final parecen deberse a los factores A y B, dependientes de aspectos socioculturales y religiosos, y que se expresan en el espaciamiento diferencial de los nacimientos. Aunque el adjetivo "natural" no fue muy feliz, Henry pudo así definir la fecundidad natural como una estrategia reproductiva en la cual los nacimientos podían ser poco o muy espaciados, pero sin que las parejas tuvieran una estrategia para reducir la fecundidad una vez alcanzado un cierto tamaño de familia, o, como suelen decir los demógrafos, un cierto orden de "paridez". En términos mucho más simples, puede decirse que Henry logró expresar analíticamente el dicho popular de que las parejas tienen los hijos que Dios manda.

La fecundidad natural: ejemplos latinoamericanos

¿Cuál es la situación de la fecundidad en el pasado latinoamericano? Notemos, ante todo, que antes de 1930 la disponibilidad de datos a nivel nacional es muy limitada. Como se sabe, para estimar el nivel de la fecundidad, hay que disponer de estadísticas de los nacimientos clasificados por edad de la madre o, también, de tabulaciones de preguntas censales a las madres sobre el número de hijos tenidos, con

135 Esto se relaciona con la duración del período de lactancia, ya durante la lactancia la ovulación tarda en restablecerse.

las cuales se pueden efectuar estimaciones indirectas, pero bastante seguras del nivel de la fecundidad. Los estudios parroquiales realizados aplicando el método de reconstrucción de familias de Louis Henry ofrecen una buena alternativa, pero su alcance es limitado; las limitaciones tienen que ver con la restricción a la medida de la fecundidad marital, lo cual deja por fuera la fecundidad de las madres solteras y de las no casadas legalmente, y con las dificultades de aplicación del método, que exige una cobertura completa de los registros parroquiales y mucha precisión en el registro de apellidos, nombres y fechas de los eventos. Por otra parte, la aplicación del método de Henry es extremadamente costosa en términos del trabajo requerido, sin que se pueda saber, hasta el final de la recolección de datos, si la reconstrucción es, o no, exitosa. Y una vez conseguida la reconstrucción en una parroquia, siempre queda planteado el tema de su representatividad. Por todo esto, el método se ha aplicado en forma relativamente limitada. Con estas prevenciones, podemos examinar ahora algunos datos seleccionados que resultan muy ilustrativos.

El gráfico 5.1 presenta las tasas de fecundidad de dos pequeñas parroquias rurales chilenas, San Felipe y La Ligua, en los siglos XVIII y XIX. El gráfico incluye también las tasas de fecundidad de las familias de comerciantes de la Ciudad de Buenos Aires en la segunda mitad del siglo XVIII; este se trata pues de otro medio social, esta vez urbano.[136] Las tres curvas muestran las formas típicas de la fecundidad natural, es decir, son cóncavas con respecto al cero del gráfico; las pequeñas irregularidades en la forma se pueden atribuir al número reducido de casos, es decir, de familias

---

136 Salinas Meza, René. "Crecimiento de la población y patrones de fecundidad en Chile colonial. Reconstitución de familias en San Felipe y La Ligua durante los siglos XVIII y XIX". *Cuadernos de Historia,* 2 (1982): 91-106. Los datos de Buenos Aires provienen de la obra de Socolow, Susan Migden. *The merchants of Buenos Aires, 1778-1810 family and commerce*. Cambridge Latin American Studies. Cambridge Eng., Nueva York: Cambridge University Press, 1978.

reconstituidas. El gráfico consigna también en cada curva el número de hijos que cada mujer tendría al final de su vida fértil; esta medida es un índice sintético del nivel de la fecundidad y es también conocida como "tasa global de fecundidad". Se puede observar que, en los tres casos considerados, el nivel es muy elevado y se sitúa en torno a 11 hijos.

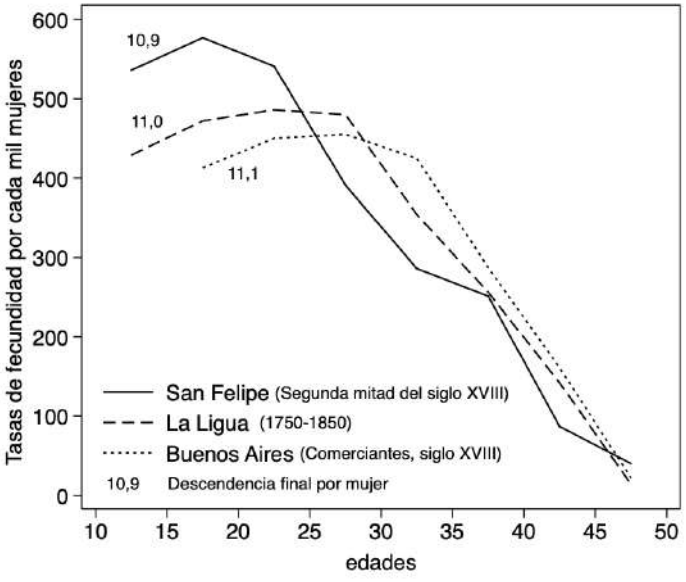


Gráfico 5.1. Tasas de fecundidad por edad en parroquias chilenas y en familias de comerciantes de la Ciudad de Buenos Aires (siglos XVIII y XIX).

El gráfico 5.2 también presenta datos chilenos de otra parroquia rural, observada en los siglos XIX y XX; se trata del caso del valle Petorca entre 1840 y 1969, una zona rural y minera situada en el centro de Chile, con una población total que oscila en torno a los 10.000 habitantes, y que crece

muy poco debido a diferentes procesos de emigración.[137] Las curvas de fecundidad muestran la forma típica de una fecundidad natural, con una descendencia completa que varía entre 8,4 y 9,8 hijos. El gráfico 5.3 presenta datos para el conjunto de la población de Chile entre 1930 y 1997;[138] ahí se puede observar el cambio notable de un patrón de fecundidad natural, en 1930 y 1970, con una descendencia completa entre 5,1 y 5.5 hijos, a una fecundidad controlada, mucho más baja, con un total de 2,2 hijos en 1997. El descenso en la fecundidad se explica básicamente por las campañas de planificación familiar implementadas desde la década de 1960. Volveremos más adelante sobre esto.

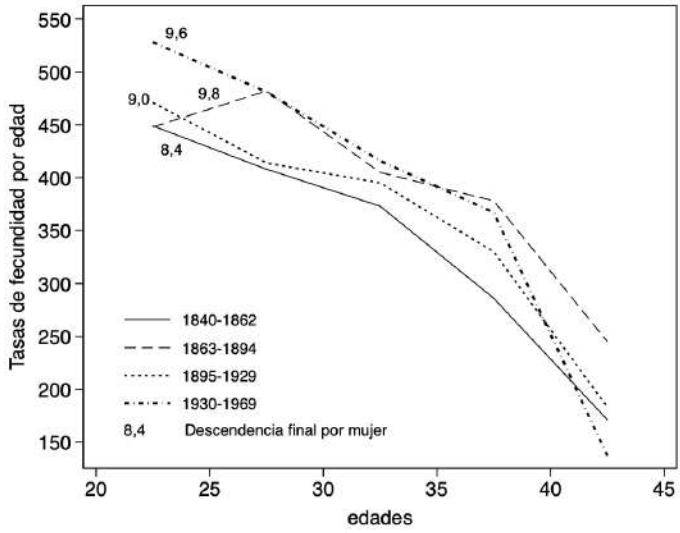


Gráfico 5.2. Petorca, Chile, 1840-1969. Tasas de fecundidad por edad.

137 McCaa, Robert. *Marriage and Fertility in Chile. Demographic turning points in the Petorca Valley*. Boulder: Westview Press, 1983.

138 1930-1970: Gutiérrez Roldán, Héctor. *La Población de Chile*. París: CICRED, 1975.; 1997: datos de CELADE.

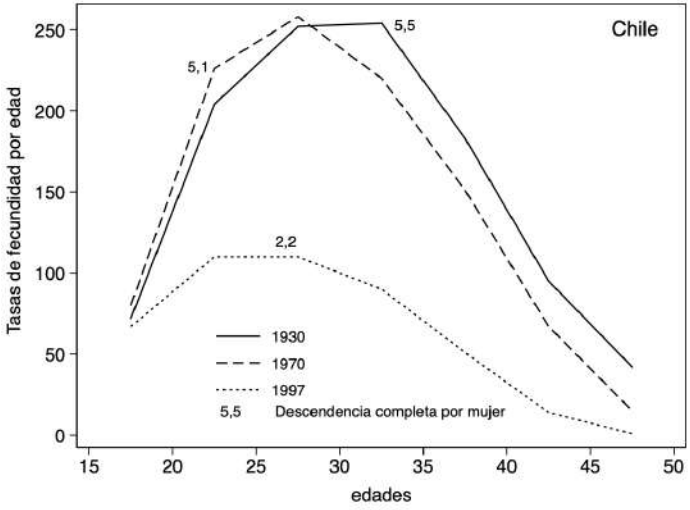


Gráfico 5.3. Chile, 1930-1997. Tasas de fecundidad por edad.

El gráfico 5.4 ilustra el caso de México entre 1953 y 2004-2005.[139] Se observa aquí el paso de una fecundidad muy elevada en 1953 y 1970, la cual desciendió rápidamente en las décadas siguientes, hasta llegar a un nivel de 2,2 hijos en 2004-2005. Al igual que en Chile, este proceso se explica básicamente por la adopción de programas de planificación familiar en la década de 1970.

139 Datos de Zavala de Cosío, María Eugenia. *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*. México: Fondo de Cultura Económica/El Colegio de México, 1992.; y el capítulo de la misma autora en Rabell Romero, Cecilia (coordinadora). *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico.* México: Fondo de Cultura Económica, 2014.

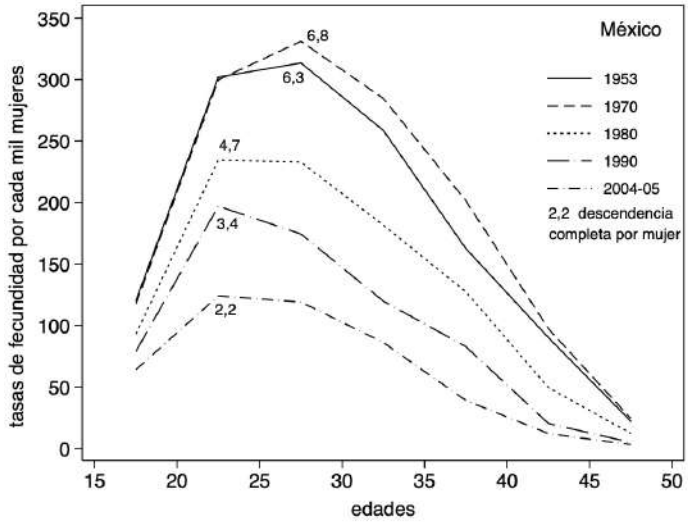


Gráfico 5.4. México, 1953-2004/2005. Tasas de fecundidad por edad.

Para completar este panorama, conviene presentar datos sobre Argentina,[140] uno de los países (junto con Cuba y Uruguay) donde se produjo un descenso mucho más temprano de la fecundidad. Los datos básicos se presentan en el gráfico 5.5. En 1895 la fecundidad era muy alta, con una tasa global de 7 hijos por mujer; la curva muestra una cúspide en el grupo de 25-29 años y luego desciende muy gradualmente, lo que indica también una maternidad elevada en los 30 y 40 años de edad. En 1914, la tasa global de fecundidad había bajado a 5,3 hijos, y la tendencia al descenso continuó con una tasa de 3,3 hijos por mujer en 1947; estos niveles relativamente bajos se mantuvieron parecidos

140 Rothman, Ana María. *Evolución de la fecundidad en Argentina y Uruguay*. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella, 1970.; datos de CELADE en 1980 y 2010.

en 1960 y 1980; en 2010 se observa un nuevo descenso, con una tasa global de 2,4.

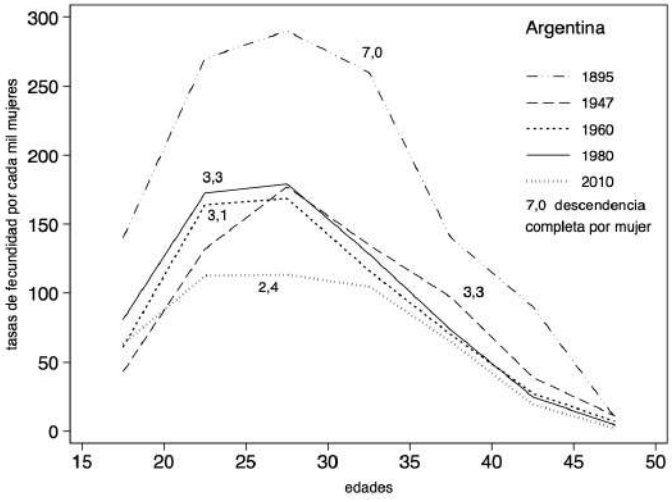


Gráfico 5.5. Argentina, 1895-2010. Tasas de fecundidad por edad.

La trayectoria de Uruguay fue parecida a la de Argentina, pero el descenso en la fecundidad, medido con la tasa bruta de natalidad, fue ya notable en la década de 1920, con niveles de esta medida por debajo del 30 por mil. Cuba tenía una tasa global de fecundidad de 5,8 hijos por mujer en 1907; en 1931 este índice había descendido a 4,5; en 1953 llegaba a 3,51, y en 2001, a 1,6. Salvo un corto período de recuperación de la fecundidad en la década de 1960 e inicios de la del 70, la fecundidad cayó gradualmente hasta situarse por debajo del nivel de reemplazo, ya en la década de 1980.

Estimaciones de la fecundidad por cohortes

Otra medición de la fecundidad proviene de los llamados "métodos indirectos", que la calculan a través de preguntas censales retrospectivas. Se interroga a las mujeres sobre el número total de hijos tenidos hasta el momento del censo, y, con este dato y el de la edad de cada mujer, se obtiene una estimación de la fecundidad por cohortes, es decir, por fecha de nacimiento de las madres.[141] Recordemos para fijar las ideas que, en la estimación de la tasa global de fecundidad, se incluyen los nacimientos de todas las madres, es decir, de todas las cohortes al mismo tiempo, lo cual da una cifra válida para un momento o período determinado. La estimación por cohortes se refiere a las mujeres nacidas en un año o grupo de años determinado; la idea es que cada cohorte o generación comparte una serie de características relevantes que permiten explicar los comportamientos. La estimación mediante preguntas censales retrospectivas no depende de las estadísticas vitales, y resulta complementaria de las estimaciones directas.

El gráfico 5.6 presenta estimaciones indirectas de la fecundidad por cohortes para Nicaragua, Costa Rica, Bolivia, México, Brasil, Chile, Panamá, Venezuela, Argentina y Uruguay, obtenidas de muestras de censos nacionales efectuados entre 1992 y 2001; estos microdatos censales están disponibles en las *Integrated Public Use Microdata Series, International (IPUMS-I)* del Minnesota Population Center, y han sido cuidadosamente trabajados por David Reher y Miguel Requena.[142] Las

---

141 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales. *Manual X. Técnicas indirectas de estimación demográfica*. Nueva York: Naciones Unidas, 1986. Capítulo II.

142 Reher, David y Requena, Miguel. "Was there a mid-20th century fertility boom in Latin America?". *Revista de Historia Económica,* 32, n.º 3 (2014): 319-350. Los autores seleccionaron los censos disponibles en los IPUMS-I y procedieron a evaluarlos con datos de encuestas del

estimaciones que aparecen en el gráfico 5.6 indican la fecundidad total, en número de hijos, para cohortes quinquenales nacidas entre 1905-1909 y 1960-1964; los hijos nacieron, en promedio, cuando las madres tenían unos 30 años de edad, así que, si queremos comparar esta estimación con los cálculos directos, del momento o período, hay que desfasar el gráfico unos 30 años hacia delante; eso es lo que aparece en los años que se consignan en el eje superior del gráfico. Como se puede observar, todos los países estudiados, a excepción de Uruguay y Argentina, experimentan un fuerte aumento de la fecundidad en las décadas de 1930, 1940 y 1950, con una disminución progresiva después, a partir de los años 1960 y 1970; Bolivia muestra incluso una disminución más tardía que los demás países. Argentina y Uruguay reflejan en todo el período considerado una fecundidad total baja, que oscila entre 2 y 3 hijos por mujer. El gráfico 5.6[143] es muy ilustrativo del proceso de aumento y descenso de la fecundidad en la mayoría de los países latinoamericanos durante el siglo XX, en niveles y ritmos relativamente diferenciados. Las estimaciones coinciden plenamente con los resultados de estimaciones directas de la fecundidad que ya se presentaron en el capítulo 2.

World Fertility Survey y del World Population Prospects, para asegurar la calidad y comparabilidad.

143 El gráfico original de Reher y Requena aparece en la p. 327 del artículo citado en la nota anterior. Agradezco a Miguel Requena la gentileza de facilitarme los datos originales para redibujar dicho gráfico en el formato que se utiliza en este libro.

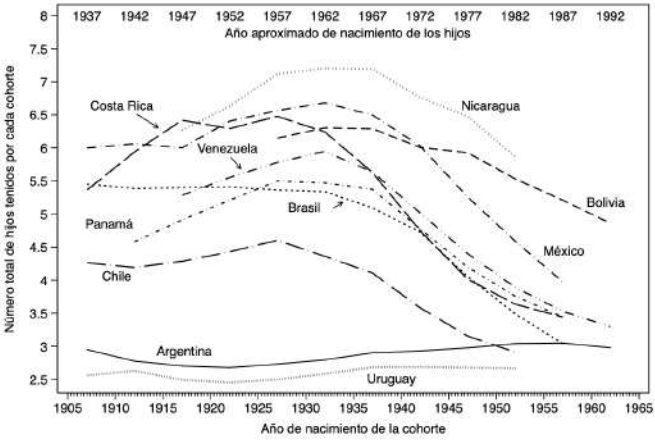


Gráfico 5.6. Todos los hijos tenidos por cohorte de nacimiento de las madres (1905-1964), según la información retrospectiva de los censos.

La nupcialidad y la edad al matrimonio

En el caso del descenso de la fecundidad en el noroeste de Europa, bien documentado gracias a los trabajos de demografía histórica, fue notable el papel de la nupcialidad, como ya lo indicamos al inicio de este capítulo. Aumentó la edad al matrimonio de las mujeres, se observaron altas tasas de celibato definitivo (personas solteras a los 50 años de edad), y hubo pocos hijos fuera del matrimonio; en estas condiciones, las variaciones en la nupcialidad afectaban la fecundidad ya que reducían o aumentaban el tiempo de exposición de las mujeres al "riesgo" del embarazo. A las regulaciones determinadas por la nupcialidad, se sumaban las prácticas tradicionales de limitación de los nacimientos: *coitus interruptus*, prolongación de la lactancia, etc. Las reducciones en la mortalidad, sobre todo de los niños, tuvieron como efecto aumentar el tamaño de las familias, y también prepararon el

camino para futuras reducciones en la fecundidad. Este sistema demográfico del noroeste europeo lideró las grandes transformaciones de la transición demográfica, pero, en un contexto geográfico más amplio, era más bien excepcional. En un artículo famoso, publicado en 1965, así lo demostró John Hajnal.[144] En este sistema demográfico, el matrimonio no era universal, en contraste con otros sistemas donde sí lo era, como en China, India y el este de Europa.[145] En estas condiciones, es obvio que las modalidades de la regulación de la fecundidad del noroeste europeo difícilmente se observarán en otros contextos.

En el caso de América Latina,[146] durante el período 1940-1970, ocurrió una fuerte urbanización, acompañada en muchos casos de un importante desarrollo industrial, una intensa migración interna del campo a la ciudad, y un notable proceso de modernización; en términos demográficos, todo se tradujo en el descenso de la mortalidad, sobre todo infantil, el aumento de la nupcialidad, que seguía siendo temprana y sin variaciones (alrededor de 20 años para las mujeres), y un correlativo y fuerte aumento de la fecundidad; algunos autores argumentan que todo esto formó parte de un *baby boom* de alcance planetario.[147] El descenso de la fecundidad, que vino décadas después, no vio moverse los indicadores de la nupcialidad: la edad al matrimonio siguió siendo parecida y el celibato definitivo muy bajo; dicho de otro modo, las uniones conyugales siguieron

---

144 Hajnal, John. "European Marriage Patterns in Perspective". En *Population in History. Essays in Historical Demography*, editado por Glass, D. V. y Eversley, D. E. C. Londres: Arnold, 1965.; Hajnal, John. "Two Kinds of Preindustrial Household Formation System". *Population and Development Review,* 8, n.º 3 (1982): 449-494.

145 De hecho, Hajnal estableció una línea imaginaria, desde San Petersburgo hasta Trieste, como frontera entre ambos sistemas demográficos.

146 Zavala de Cosío, María Eugenia. "La transición demográfica en América Latina y en Europa". *Notas de Población,* XX, n.º 56 (1992): 11-32.; Chackiel, Juan y Schkolnik, Susana. "La transición de la fecundidad en América Latina". *Ibid*., n.º 55: 161-192.

147 Reher y Requena, "Was there a mid-20th century fertility boom in Latin America?".

siendo prácticamente universales. Este papel neutral de la nupcialidad ha sido repetidamente señalado[148], y se observa incluso en casos como el de Argentina, caracterizados por un descenso muy temprano de la fecundidad, generalmente relacionado con la intensidad de la inmigración europea y los patrones culturales introducidos por los contingentes de españoles e italianos recién llegados.[149] Por otra parte, conviene señalar que el descenso significativo en la mortalidad infantil precedió en unos 30 años al de la fecundidad en 18 países latinoamericanos: familias con más hijos sobrevivientes prepararon así el camino para un cambio de comportamiento en la generación siguiente.[150]

Después de estos comentarios sobre el papel de la nupcialidad y el descenso de la mortalidad en el declive de la fecundidad, podemos estudiar más de cerca los factores determinantes de este proceso.

Los determinantes del descenso

Para fijar las ideas, consideremos primero el modelo de Bongaarts. Este autor identificó cuatro determinantes próximos o variables intermedias de la fecundidad, y propuso un modelo multiplicativo para descomponer la tasa global de fecundidad; no nos interesan aquí los detalles matemáticos y estadísticos del método, sino más bien entender conceptualmente los determinantes próximos. La tasa global varía según los siguientes factores: a) la proporción de mujeres casadas y unidas; b) el uso de contraceptivos; c) el

148 Rosero-Bixby, Luis. "Las tendencias de la nupcialidad y la transición de la fecundidad en América Latina". *Notas de Población,* XX, n.º 55 (1992): 103-128.

149 Pantelides, Edith A. "Más de un siglo de fecundidad en la Argentina: su evolución desde 1869". *Ibid*., n.º 56: 87-106.

150 Bravo, Jorge H. "Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿Qué relevancia tiene un enfoque difusionista?". *Ibid*.: 33-55., especialmente p. 39.

aborto inducido; y d) la duración del período de amenorrea y lactancia posparto durante el cual la mujer tiene baja probabilidad de quedar fecundada.[151] Según Bongaarts, estas cuatro variables son suficientes para explicar las variaciones en la tasa global de fecundidad; se trata de los determinantes próximos o las variables intermedias, es decir, son los factores que afectan más directamente la fecundidad; otros factores importantes son de contexto, como la urbanización o el grado de modernización de la sociedad, pero su efecto es más bien indirecto, al menos en el corto plazo. Estas cuatro variables dependen de determinantes biológicos y culturales; podemos pensar, sin embargo, que los factores propiamente biológicos, como esterilidad y fecundabilidad, son relativamente constantes y no pueden variar mucho de una sociedad a otra; los culturales, en cambio, son de otra naturaleza y presentan, de hecho, mucha mayor variabilidad.

En regímenes de fecundidad natural, la incidencia de la contracepción es muy baja y queda limitada básicamente al retiro o *coitus interruptus*; otros métodos como el del ritmo requieren de un nivel de educación elevado y normalmente ausente en las sociedades previas a la industrialización y modernización; en todo caso, hay que recordar que la fecundidad natural se caracteriza, a partir de la definición de Henry, por la ausencia de alguna forma de control en función del número de hijos ya alcanzado por la familia. El modelo de Bongaarts aplicado a datos de una gran cantidad de países en vías de desarrollo en las décadas de 1960, 1970 y 1980 ha permitido mostrar cómo el nivel de la fecundidad varía en relación inversa a la prevalencia de la contracepción; se observaron variaciones entre países y también dentro de ellos, en función de la distinción urbano/rural y del nivel de educación de las madres, entre otros factores relevantes.[152] El modelo de Bongaarts permite también enten-

---

151 A estas cuatro variables, se les agrega un indicador del máximo biológico de fecundidad, el cual se sitúa alrededor de los 15 hijos por mujer. El modelo es multiplicativo.

152 Bongaarts, John. "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility". *Population and Development Review*, 4, n.º 1 (1978): 105-132.; Bongaarts, John.

der cómo las notables variaciones en la tasa global de fecundidad que se observan en las poblaciones con fecundidad natural, entre 10,9 y 6,2 en los ejemplos estudiados por Henry,[153] se deben a variaciones en los factores A, C y D, señalados por Bongaarts. De todo esto se deduce que la contracepción es el factor predominante en el descenso sostenido y reciente de la fecundidad; esta observación es válida no solo para América Latina, sino para el mundo entero.[154]

Un problema conexo tiene que ver con una medida precisa del impacto del control de la fecundidad. Ansley Coale y James Trussell desarrollaron un modelo para capturar el rango de variaciones de la fecundidad por edad observada en las poblaciones humanas; consideraron que el fenómeno se podía descomponer en dos aspectos: a) la edad de entrada de la mujer al matrimonio, y b) el patrón de las tasas de fecundidad marital por edad. Después de una cuidadosa investigación, concluyeron que todo el proceso podía describirse con dos parámetros: uno (M) que reflejaba el nivel de la fecundidad total, y otro (m) que indicaba el grado de control de la fecundidad. Los valores de M y m se estiman con un modelo de regresión que utiliza tasas de fecundidad observadas y valores de referencia computados por Coale y Trussell de poblaciones que tenían una fecundidad natural; m es igual a cero cuando la población observada tiene un patrón de fecundidad similar a la del modelo de referencia, es decir, una fecundidad natural; cuando m aumenta, indica que se aleja del modelo de fecundidad natural y que se trata de una población que practica algún grado de control: M es igual

---

"The Proximate Determinants of Exceptionally High Fertility". *Population and Development Review,* 13, n.º 1 (1987): 133-139.; Bongaarts, John. "Modeling the fertility impact of the proximate determinants. Time for a tune-up". *Demographic Research,* 33, n.º julio-diciembre (2015): 535-560.

153 Leridon muestra que, en 23 poblaciones con fecundidad natural, la TGF varía entre 3,7 y 9,5; las variaciones se explican por los determinantes próximos; ver Leridon, Henri. *Human Fertility: the basic components*. Chicago: University of Chicago Press, 1977.

154 Moreno, Lorenzo y Singh, Susheela. "Descenso de la fecundidad y cambios en sus determinantes próximos en América Latina y el Caribe". *Notas de Población,* 55, n.º junio (1992): 129-160.

a uno cuando la población observada tiene un nivel de fecundidad similar al de los modelos empleados por Coale y Trussell. El modelo de Coale-Trussell fue muy utilizado en la década de 1980 y sigue teniendo vigencia, pero solo como una primera aproximación; las estimaciones y los ajustes no siempre terminan siendo satisfactorios, y el valor de m, el coeficiente que mide el grado de control, resulta muchas veces difícil de interpretar. En el cuadro 5.1, se consignan algunos cálculos de los parámetros M y m para poblaciones latinoamericanas y europeas; en estos ejemplos los ajustes estadísticos al modelo de Coale-Trussell han sido aceptables. Se observa cómo, en Costa Rica en 1977 y en México en 2004, los valores de M indican un descenso en la fecundidad y los de m, un uso extendido del control.

Cuadro 5.1. Parámetros de fecundidad de Coale-Trussell. Ejemplos latinoamericanos y europeos

Población	M	m	Fuente
Crulai, 1647-1742	1,002	0,16	Gautier & Henry
Inglaterra, 1600-1699	0,816	0,04	Wilson
Costa Rica, 1950	1,46	0,22	Cálculos propios
Costa Rica, 1965	1,023	0,26	Cálculos propios
Costa Rica, 1977	0,756	0,90	Cálculos propios
Chile, La Ligua (1750-1850)	1,08	0,22	Salinas Meza
Chile, Petorca (1895-1929)	0,98	-0,06	McCaa
México, 1953	0,702	0,22	Cálculos propios
México, 2004	0,33	0,97	Cálculos propios

Fuentes: Gautier, Etienne & Henry, Louis. *La population de Crulai, paroisse normande; étude histoirique*. París, 1958. Wilson, Chris. "Natural fertility in Pre-industrial England, 1600-1799". *Population Studies*, 38, 1984, pp. 225-240. Salinas Meza, René. "Crecimiento de la población y patrones de fecundidad en Chile colonial". *Cuadernos de Historia*, 2, (1982): 63-71. McCaa, Robert. *Marriage and Fertility in Chile. Demographic turning points in the Petorca Valley 1840-1976*. Boulder, 1983.

La revolución de los anticonceptivos

Retornemos a la fórmula de Ansley Coale mencionada al inicio de este capítulo: RWA, en español DVC (disposición, voluntad y capacidad). Los dos primeros componentes se refieren a la aceptación consciente y calculada de la limitación de los nacimientos; el tercero, a la disponibilidad de contraceptivos. Hacia 1960 hubo, en este aspecto, una verdadera revolución al aparecer una oferta de contraceptivos eficaces y de uso masivo. Estos fueron básicamente de tres tipos: píldoras para uso femenino, dispositivos intrauterinos, barreras físicas como el preservativo y el diafragma, y procedimientos de esterilización. Las píldoras utilizan hormonas para prevenir la ovulación y provocan efectos adicionales que impiden la fecundación; la primera (Enovid) fue aprobada por la FDA de los Estados Unidos en 1960; en pocos años se convirtió en el método más popular y fue utilizado por millones de mujeres en todo el mundo. Con el tiempo se lograron nuevas fórmulas, disminuyendo los componentes hormonales, y buscando también la atenuación de efectos secundarios. Métodos relacionados fueron las inyecciones y los parches, con efectos más prolongados, y aparentemente más prácticos que la píldora de ingestión diaria.

Los dispositivos intrauterinos, más conocidos por la sigla DIU, comenzaron a fabricarse en Alemania en 1909, pero frecuentemente producían infecciones; recién en la década de 1960, hubo dispositivos más seguros, aprobados por la FDA, aunque tampoco exentos de efectos secundarios, sobre todo en los momentos de la inserción y la extracción. Con todo, es un método que se difundió mucho, aunque sin llegar a superar la popularidad de la píldora. Preservativos o condones masculinos fueron utilizados desde el siglo XVI, pero solo se generalizaron a partir de 1920, cuando empezaron a fabricarse con látex; el diafragma de caucho estuvo disponible desde finales del siglo XIX y se difundió gradualmente; hacia 1940, alrededor de un 30 % de las mujeres casadas lo utilizaban en los Estados Unidos.

La esterilización femenina mediante la ligadura de trompas fue realizada por primera vez en Estados Unidos en 1880, durante una cesárea; la vasectomía masculina fue practicada durante el siglo XIX; sin embargo, la utilización de estos métodos como técnicas contraceptivas fue limitada debido sobre todo al desprestigio causado por prácticas eugenésicas indebidas, que esterilizaban a hombres y mujeres contra su voluntad. La situación recién cambió radicalmente en las décadas de 1960 y 1970, cuando la oferta de anticonceptivos eficaces permitió lo que hoy se conoce como la revolución sexual de aquellos años; la aceptación creciente de la esterilización femenina y la vasectomía masculina fue facilitada también por la novedad de métodos quirúrgicos ambulatorios, de bajo costo y riesgo.

Un aspecto fundamental de estos métodos contraceptivos es que casi todos dejaban la iniciativa y el control en manos de las mujeres. En los comportamientos sexuales, esto también constituyó una verdadera revolución. Hasta entonces, muchos de los métodos contraceptivos disponibles, como el *coitus interruptus*, o el condón o preservativo, eran de iniciativa masculina. Los nuevos métodos, eficaces, baratos y accesibles, facilitaron la independencia femenina y abrieron la puerta a una verdadera revolución en las prácticas sexuales, las relaciones conyugales y las relaciones de género. La idea de una *segunda transición demográfica* sistematiza el impacto sociocultural y sociopolítico de estos cambios fundamentales en la vida cotidiana y el perfil de las sociedades.

Antes de considerar estos procesos, conviene dedicar alguna atención a la historia misma de esta revolución en la oferta de anticonceptivos; por cierto, que estuvo lejos de ser el resultado de un desarrollo científico espontáneo. En ella intervinieron tres movimientos sociales de distinto origen y propósitos: a) las asociaciones civiles que propugnaban por el control natal para combatir la pobreza y la delincuencia; b) los médicos y científicos interesados en la biología de la reproducción que establecieron la eugenesia; y c)

los movimientos femeninos que luchaban por los derechos políticos de las mujeres y la igualdad de género. Estos tres movimientos cambiaron la ideología en torno al control de la natalidad, logrando emanciparla de la moral religiosa; el momento final de estos cambios se puede fechar en 1979, cuando en las Naciones Unidas se aprobó la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. En los artículos 11, 12 y 16 de este documento, los Estados firmantes reconocieron los derechos reproductivos como un derecho humano fundamental.

Gran Bretaña

Las consecuencias sociales negativas de la industrialización y la rápida urbanización durante el siglo XIX originaron reacciones muy diversas, tanto en Europa como en los Estados Unidos; estas abarcaron un amplio espectro que iba desde medidas de saneamiento ambiental y control sanitario, a cargo del Estado, hasta la acción filantrópica de organizaciones de la sociedad civil, inscritas en programas muy diversos de reforma social. En Gran Bretaña aparecieron varios movimientos de corte malthusiano[155] que proponían el control natal para combatir la pobreza, el hacinamiento habitacional y la delincuencia. Entre los inspiradores se encontraban pensadores como John Stuart Mill (1806-1873) y activistas como Francis Place (1771-1854) y Richard Carlile (1790-1843); algunos autores consideran a Francis Place como el fundador de los movimientos modernos procontrol de la natalidad.[156] Es obvio que estas luchas se mezclaban con otras de alcances más amplios, como las

---

155 Inspirados, claro está, por la obra de Malthus (1766-1834) y su idea de que el crecimiento de la población era mucho más rápido que la producción de alimentos, por lo cual habría frenos preventivos (control de los nacimientos) o positivos (aumento de la mortalidad) para restablecer el equilibrio entre población y recursos. Eso sí, Malthus, como buen clérigo que era, consideraba el control solo a través de la abstinencia o el celibato.

156 Himes, Norman. *Medical History of Contraception*. Baltimore: Williams and Wilkins Company, 1936.; pp. 209-222

mejoras de los salarios y condiciones de trabajo, el derecho a la sindicalización y el sufragio universal; este cruce de agendas facilitó sin duda la difusión de un tema que era controversial y generaba oposición moral y religiosa.

En los Estados Unidos, el primero que defendió el control natal fue Robert Dale Owen (1801-1877), un político y reformador de origen escocés, en un folleto publicado en 1830. Pero el verdadero adalid del control fue un médico y librepensador de Massachusetts llamado Charles Knowlton (1800-1850); su librito, *The Fruits of Philosophy, or the Private Companion of Young Married People,* publicado en 1832, le valió inicialmente la persecución y condena judicial; pero, en un segundo proceso, en 1839, fue exonerado; el breve texto, que contenía información sumaria sobre la biología de la reproducción, los métodos de contracepción y tratamientos para la esterilidad, fue reimpreso después y llegó a Inglaterra editado por Charles Bradlaugh (1833-1891) y Annie Besant (1847-1933) en 1876. Ambos editores, activistas librepensadores, fueron enjuiciados y condenados en primera instancia por difundir literatura obscena, aunque, en segunda instancia, el proceso fue anulado; el juicio originó grandes debates y les dio tanto al libro como a los editores una gran publicidad.

En 1877 se formó la Malthusian League, una asociación "secular, utilitaria, individualista y malthusiana" orientada a promover la práctica de la contracepción y la educación del público en la importancia de la planificación familiar. En los primeros tiempos, la liga marchó a la par del movimiento socialista, sindical y femenino; sin embargo, ya en el siglo XX, se fue distanciando y renunció a todo programa reformista, focalizándose exclusivamente en el control natal como solución básica para la pobreza. La liga se disolvió en 1927.[157] Asociaciones similares fueron organizadas en

---

157 D'Arcy, F. "The Malthusian League and the Resistance to Birth Control Propaganda in the Late Victorian Britain". *Population Studies,* 31, n.º 3 (1977): 429-448. La liga nunca superó en promedio los mil asociados y sus recursos

Alemania, Francia y Holanda; en 1892 la liga holandesa estableció la primera clínica que, bajo supervisión médica, daba información sobre contraceptivos.

Marie Stopes (1880-1958) fue una científica, profesora en la Universidad de Manchester y activista por los derechos de las mujeres, incluyendo el control natal. Con su marido, organizó la primera de varias Mothers' Clinics de control natal en 1921 y editó la *Birth Control News*, pero lo que le dio gran notoriedad fue su libro *Married Love or Love in Marriage*, publicado en 1918, en Londres y Nueva York. Hubo juicios y apelaciones, pero finalmente la obra fue exonerada de las acusaciones de obscenidad, y se vendieron miles de ejemplares, a través de muchas ediciones y trece traducciones; otra publicación significativa fue *Wise Parenthood*, en ese mismo año. Junto con la clínica, Marie Stopes organizó la Society for Constructive Birth Control and Racial Progress (CBC). Entre 1934 y 1945, abrió cinco clínicas regionales en Leeds, Aberdeen, Belfast, Cardiff y Swansea, atendiendo más de 43.000 mujeres. Poco después agregó un servicio de clínicas ambulantes. Stopes financiaba las clínicas con fondos propios y también recurriendo a donaciones privadas; insistía siempre en ofrecer servicios gratuitos a las mujeres de los sectores obreros y más desprotegidos. Sus libros y panfletos incluían descripciones detalladas y discusiones sobre los métodos de control disponibles; también mantuvo un diálogo permanente con los fabricantes, y la reputación de sus clínicas hizo que el sello de aprobación de la CBC fuera considerado como un certificado de calidad. Es importante notar que las Mothers' Clinics no solo tenían como propósito limitar los nacimientos, sino también lograr el nacimiento de bebés saludables; el término *constructive birth control* aludía a la prevención de nacimientos no deseados, el espaciamiento de los nacimientos dentro de la familia y la ayuda a las parejas infértiles.

---

fueron bastante limitados; las principales actividades eran conferencias y debates públicos.

Stopes era firme partidaria de la eugenesia, pero en sus clínicas nunca aplicó los principios de este movimiento, y puso por encima de todo la felicidad y el bienestar de las mujeres.[158] A la par de las Mothers' Clinics de Marie Stopes, surgieron muchas otras, pero no hay dudas de que el movimiento que ella lideró en las décadas de 1920 y 1930 tuvo, en la difusión del control natal, un papel dominante.

La eugenesia fue una disciplina establecida a fines del siglo XIX para estudiar los factores biológicos de la herencia orientados al perfeccionamiento de la especie humana; su nombre fue inventado por el inglés Francis Galton (1822-1911), uno de sus proponentes. Fue un campo definido en el cruce de la biología, la medicina, la demografía y las ciencias sociales, y se expandió bastante rápido, interesando no solo a científicos, sino también a otros intelectuales, políticos y activistas. En 1907 se organizó la British Eugenics Society (hoy llamada Galton Institute) y en 1922 la American Eugenics Society (hoy conocida como Society for Biodemography and Social Biology). En las primeras décadas del siglo XX, fue común considerar que había dos tipos de eugenesia, una negativa, que buscaba eliminar la reproducción de los menos aptos y los defectuosos, y otra positiva, que, por el contrario, incentivaba la reproducción de los mejores. Es obvio que este programa, aunque incluía cuestiones científicas relevantes, podía caer fácilmente en el racismo y el sexismo; de hecho, esto es lo que ocurrió sobre todo en la Alemania nazi, con la persecución y el genocidio de los judíos y otras comunidades consideradas indeseables, y la realización de esterilizaciones y experimentos genéticos brutales en los campos de concentración. La eugenesia cayó así en el desprestigio y tendió a diluirse, aunque muchos aspectos de su programa de investigación fueron retomados más tarde, con otras perspectivas y

158 Cohen, Deborah A. "Private Lives in Public Spaces: Marie Stopes, the Mothers' Clinics and the Practice of Contraception". *History Workshop,* 35, n.º primavera (1993): 95-116.

protocolos de implementación. En relación con el control de la natalidad, hay que destacar que, a finales del siglo XIX, la eugenesia tuvo popularidad e impulsó fuertemente los estudios sobre la biología de la reproducción; de hecho, casi todos los activistas del control fueron partidarios de la eugenesia, y viceversa.

Un cambio importante en torno al control natal en Gran Bretaña fue el pronunciamiento de la *Séptima Conferencia Lambeth*, de los obispos anglicanos, celebrada en 1930. En la resolución 15, se estableció que, bajo ciertas condiciones, podía autorizarse la limitación de nacimientos con métodos que no violentaran los principios cristianos. Esta eliminación de la prohibición absoluta tenía en cuenta, de alguna manera, el hecho de que la fecundidad venía descendiendo desde el siglo XIX, lo cual implicaba que los métodos de control como el retiro o *coitus interruptus* venían utilizándose extendidamente.[159] Esta actitud flexible de la Iglesia anglicana contrasta notablemente con la actitud intransigente de la Iglesia católica, presente aún hoy (2022).

Otros ejemplos europeos

Como ya lo hemos indicado varias veces, en la segunda mitad del siglo XIX, la fecundidad descendía regularmente, aunque a ritmos diferentes, en Europa Occidental y Central. Los métodos de control utilizados incluían el *coitus interruptus* y la lactancia materna, a la par de otros de menor importancia, como diafragmas, capuchones, preservativos, duchas vaginales, etc.; el aborto clandestino también tenía presencia, al igual que las creencias populares, de fondo campesino, sobre diferentes tratamientos y bebidas, en el límite de la magia. Un tema de gran interés es cómo se intersectan,

---

159 Noonan Jr., John T. *Contracepción. Desarrollo y análisis del tema a través de los canonistas y teólogos católicos*. Trad. García Venturini, Jorge. Buenos Aires: Ediciones Troquel, 1967., p. 438.; Fisher, Kate y Szreter, Simon. "'They Prefer Withdrawal': The Choice of Birth Control in Britain, 1918-1950". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 263-291.

en el proceso de descenso de la fecundidad medido estadísticamente, las creencias y prácticas de las parejas con el discurso médico, relativo a la sexualidad y la reproducción, las prescripciones religiosas y morales, la propaganda de los activistas del control y los aspectos legales. Estos tópicos requieren la combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos y fueron considerados en un número temático del *Journal of Interdisciplinary History* publicado en 2003 (vol. XXXIX, n.º 2), con artículos sobre Francia, Gran Bretaña, Noruega, Finlandia, Holanda, Bélgica y Quebec. Las conclusiones de este estudio comparativo muestran que la llegada a niveles bajos de fecundidad se produjo a través de caminos muy diversos, por lo cual es imposible acudir a algo como una modernidad psicológica emergente para explicar la difusión del control de la natalidad. La conexión entre el debate a nivel de las elites y las prácticas de las parejas ha sido muy tenue. En este sentido, es sintomático el fracaso de las prohibiciones de publicitar, vender a menores y difundir contraceptivos establecidas en Holanda, Noruega y Bélgica; el nivel de la fecundidad no cambió mucho después de estas restricciones.[160]

El caso holandés es particularmente interesante. Las acciones tempranas de la Liga Malthusiana provocaron un gran debate político interno que culminó en 1911 con la Moral Offences Act y las prohibiciones recién indicadas; la Ley de Aborto de 1886 fue modificada y este pasó a ser considerado un crimen contra la vida y la moral pública; el movimiento procontrol de la natalidad pasó a la defensiva; además se difundió el sentimiento de que la gente respetable no discutía el tema del control natal, asociado con

---

160 Szreter, Simon, Nye, Robert A. y Van Poppel, Frans. "Fertility and Contraception during the Demographic Transition: Qualitative and Quantitative Approaches". *Ibid.*: 141-154; Pitkänen, Kari. "Contraception in Late Nineteenth and Early Twentieth-Century Finland". *Ibid.*: 187-207.; Sogner, Sølvi. "Abortion, Birth Control, and Contraception: Fertility Decline in Norway". *Ibid*. (209-234); Gervais, Diane y Gauvreau, Danielle. "Women, Priest, and Physicians: Family Limitation in Quebec, 1940-1970". *Ibid.*: 293-314.

la prostitución, el aborto y las enfermedades venéreas. El papel de los médicos fue estudiado en detalle por Frans van Poppel y Hugo Röling;[161] estos autores descubrieron que profesionalmente los médicos evitaban todo tratamiento del tema y públicamente solo recomendaban la abstinencia, temerosos de las asociaciones negativas que afectaban al control en la opinión pública. Sin embargo, el silencio de los médicos era más complejo. Al estudiar el comportamiento demográfico de un grupo significativo de médicos, estos autores concluyen que sí utilizaban diversas formas de control natal en sus propias familias; un estudio más profundo reveló también que, en las consultas privadas, asesoraban a las parejas sobre métodos contraceptivos, pero manteniendo todo en silencio, bajo el expediente del secreto profesional. Esta situación se mantuvo hasta la década de 1950.

El caso francés ofrece un panorama muy diferente. Durante el siglo XIX, la fecundidad francesa iba bien por debajo de los niveles de la fecundidad de Inglaterra u otros países europeos que estaban experimentando un descenso parecido. Ello era un índice claro de que las parejas francesas practicaban, más temprano que en otras zonas, el control natal a través del *coitus interruptus*, la lactancia y otras formas tradicionales. Por otro lado, de las herencias de las revoluciones de 1789 y 1848, se derivó un anticlericalismo pronunciado y una fuerte impronta del socialismo y el anarquismo; sin embargo, en relación con la posición de la mujer y el control natal, nada de esto parece haber influido para cambiar las cosas.[162] A finales del siglo XIX, surgieron así dos movimientos sociales antagónicos: por un lado, el maltusianismo, que, siguiendo el ejemplo inglés, proponía el control natal como solución para la pobreza y el mejoramiento de la condición femenina, y, por otro, la Alliance

---

161 Van Poppel, Frans y Röling, Hugo. "Physicians and Fertility Control in the Netherlands". *Ibid*.: 155-185.

162 Accampo, Elinor A. "The Gendered Nature of Contraception in France: Neo-Malthusianism, 1900-1920". *Ibid*.: 235-262.

Nationale pour l'Accroissement de la Population Française, fundada en 1896 por Bertillon y que contaba entre sus miembros a figuras como Emile Zola y Adolphe Landry. El poblacionismo de este grupo se derivaba de aspectos políticos vinculados con la posición de Francia en relación con Alemania y Gran Bretaña. Los intensos debates, acrisolados por la Primera Guerra Mundial y su impacto demográfico negativo, culminaron en 1920 cuando una ley prohibió la publicidad y el uso de los anticonceptivos. A pesar de estas presiones, la fecundidad tuvo solo un leve repunte, entre 1920 y 1921. En 1939, al aprobarse un nuevo código de familia, se establecieron ayudas financieras para las familias numerosas; con estos se inició una política natalista sistemática, la cual continuaría en las décadas siguientes. Nótese que, en 1940, justificando el armisticio con Alemania, el mariscal Pétain dijo que no había otra salida, ya que Francia tenía "muy pocos niños, pocas armas y pocos aliados". Recién en 1967 se eliminó la prohibición de utilizar anticonceptivos sin prescripción médica; en 1974 se autorizó el aborto voluntario en las diez semanas siguientes a la concepción. Esto fue en paralelo con un conjunto de leyes que otorgaron nuevos derechos a la mujer y modificaron profundamente la organización familiar.[163]

Estados Unidos

En los Estados Unidos, la difusión de información sobre los métodos de control natal fue severamente reprimida a partir de 1873. La New York Society for the Suppression of Vice, liderada por Anthony Comstock (1844-1915), denunciaba la circulación de materiales obscenos o lascivos, incluyendo todo lo referente a la práctica del aborto, la contracepción y la prevención de enfermedades venéreas; una ley

163 Dupâquier, Jacques (editor). *Historie de la population française. 4. De 1914 à nos jours.* París: Quadrige / Presses Universitaires de France, 1995 [1988]., pp. 181-231.

federal, aprobada ese mismo año a instancias de dicha asociación, prohibía dicha circulación en el correo y cualquier otro medio de transporte. Restricciones adicionales fueron aprobadas a nivel de los estados, aunque el foco principal de atención se dirigía al aborto. La censura y persecución, extendida también a la literatura y la prensa, no impedía la difusión clandestina, aunque, obviamente, la tornaba difícil y riesgosa. De todos modos, entre los médicos, estos temas se trataban, y así lo atestiguan las publicaciones en las revistas profesionales;[164] parece más bien que también hubo un celo profesional de los médicos en el sentido de oponerse fuertemente a que esos temas fueran abordados por activistas diletantes. Al moralismo victoriano y al celo profesional, se les unió también el racismo blanco imperante a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, promovido por personajes como Theodore Roosevelt y Edward A. Ross, que consideraba el control de la natalidad como un suicidio frente al avance de las "razas inferiores".[165]

Durante varias décadas, las luchas a favor de la contracepción estuvieron indisolublemente ligadas a la figura de Margaret Sanger (1879-1966), primero dentro de los Estados Unidos y luego en una proyección internacional.[166] Enfermera obstétrica y activista, empezó a publicar *The Woman Rebel* en Nueva York, en 1914; esta publicación desafiaba las prohibiciones y llamaba a las mujeres a "pensar por sí mismas y luchar con consciencia", recomendando la contracepción para las mujeres pobres y prometiendo información sobre el tema; al parecer recibió más de diez

---

164 Himes, Medical *History of Contraception*., pp. 286-309.

165 Painter, Nell Irvin. *The History of White People*. Nueva York: W.W. Norton, 2010., pp. 245-255.

166 Reed, James. *The Birth Control Movement and American Society: From Private Vice to Public Virtue*. Princeton: Princeton University Press, 1978.; Guttmacher, Alan F. "Margaret Sanger's Two Monuments". *The Journal of Sex Research,* 3, n.º 4 (1967): 251-252.; Katz, Esther, Engelman, Peter C., y Moran Hajo, Cathy (editores). *The Selected Papers of Margaret Sanger, Volume 4: Round the World for Birth Control, 1920-1966.* Urbana: University of Illinois Press, 2016.

mil solicitudes al respecto. El correo se negó a distribuir la publicación, y, en el número siguiente, Sanger acusó a la institución de suprimir la libertad de expresión, contribuyendo además a la ignorancia sobre la higiene sexual; ese mismo año, Sanger publicó el folleto *Family Limitation*, que incluía indicaciones precisas sobre la contracepción. Enjuiciada, viajó a Europa, y luego regresó en 1916; su paso siguiente fue abrir una clínica de control natal en una vecindad pobre de Brooklyn; a los nueve días, siguiendo una denuncia, la policía cerró la clínica y la detuvo. Fue condenada, pero, en segunda instancia, en 1918, el juez resolvió que los médicos sí podían prescribir métodos contraceptivos si así lo requería la salud de la mujer. Todo esto hizo mucho ruido publicitario y puso el tema en el centro de la discusión pública; era lo que Sanger buscaba: mostrar que el tema no tenía nada de obsceno y era más bien un asunto de higiene pública y salud; en febrero de 1917, comenzó a publicar la *Birth Control Review*, una publicación de enfoque predominantemente médico que estuvo activa hasta 1940. En 1921 Margaret Sanger logró constituir la American Birth Control League, cuyos principios incluían la idea de que los hijos debían ser producto del amor, nacer de un deseo consciente de la madre y en condiciones de buena salud, y, además, de que toda mujer tenía derecho a evitar la concepción si estas condiciones no eran satisfechas. En 1923 Sanger estableció la Clinical Research Bureau; esta fue la primera clínica de control natal que contó con un equipo de médicas y trabajadoras sociales, bajo la cobertura legal de la resolución judicial de 1918 mencionada antes; en 1928 su nombre cambió a Birth Control Clinical Research Bureau.

Es importante notar que Sanger recibió, para estos diferentes proyectos, un fuerte apoyo financiero de entidades como la Fundación Rockefeller; esta vinculación con el sector empresarial y filantrópico aumentaría en los años siguientes y permitiría la consolidación de organizaciones y actividades. La American Birth Control League se transformó, en 1942, en la Planned Parenthood Federation of

America, una institución que tenía ya en ese momento un fuerte alcance nacional dentro de los Estados Unidos y también una importante proyección internacional que había comenzado en 1922, cuando Sanger viajó a China, Corea y Japón. Otro aspecto importante que notar es que Margaret Sanger trató de lograr cambios en la legislación federal para acabar con las restricciones legales a la contracepción; no tuvo éxito, pero en 1932 importó un diafragma desde Japón, el cual fue confiscado por el correo; inició entonces una batalla legal que terminó en 1936, cuando la corte de apelaciones declaró que no podía aplicarse a los contraceptivos ordenados por un médico la prohibición de la Ley Comstock; este fallo fue fundamental y permitió que en 1937 la American Medical Association adoptara la contracepción como un servicio médico normal y un componente más en los planes de estudio de las escuelas de medicina.

Otra figura significativa en estas luchas fue Mary Dennett (1872-1947), activista por el sufragio, los derechos de las mujeres, la educación sexual y el control natal; entre 1914 y 1920, fue próxima de Margaret Sanger, pero luego se distanciaron. En 1915 organizó la National Birth Control League y más tarde la Voluntary Parenthood League, ambos destacados antecedentes de la American Birth Control League. Dennett escribió para sus hijos un importante texto de educación titulado *The Sex Side of Life*, el cual publicó en 1928; fue acusada y condenada por obscenidad, pero en 1930 la corte de apelaciones la declaró inocente; este fue otro importante antecedente jurídico en el camino hacia la legalidad de las publicaciones sobre el tema.

Hay que notar que, en los Estados Unidos, los obstáculos legales a la contracepción recién fueron eliminados en la década de 1960, cuando las prácticas estaban bien establecidas y eran seguidas por la mayoría de las parejas. Los hitos principales fueron el fallo de la Suprema Corte "Griswold vs. Connecticut" en 1965, el cual declaró inconstitucional cualquier prohibición del gobierno al control en las parejas casadas; en 1972 otro fallo similar extendió el derecho a

las parejas no casadas; en 1970 una ley federal excluyó la contracepción de las leyes contra la obscenidad; finalmente, en 1973 quedó legalizado el aborto durante los tres primeros meses de embarazo. En 1970 el gobierno aprobó la planificación familiar para las familias de bajos ingresos y no aseguradas (Título X del Public Health Service Act). El cambio, tanto en las prácticas de las personas como en la legislación, se había completado.

La invención de la píldora anticonceptiva

En las décadas de 1940 y 1950, Margaret Sanger y la Planned Parenthood Federation of America seguían de cerca la investigación científica sobre el control natal. Katharine Dexter McCormick (1875-1967), bióloga graduada del MIT y líder feminista, heredó una gran fortuna al quedar viuda en 1950; al año siguiente decidió financiar las nuevas investigaciones sobre anticonceptivos orales; a lo largo de varios años, McCormick contribuyó con más de dos millones dólares a financiar los trabajos de Gregory Pincus y Min Chueh Chang en la Worcester Foundation for Experimental Biology de Massachusetts. Las investigaciones trataban de producir un anticonceptivo oral basado en progesterona sintética y aplicaban el hallazgo de Russell Marker de que varias generaciones de mujeres mexicanas utilizaban como anticonceptivo la raíz de Barbasco, un tubérculo salvaje conocido también como "cabeza de negro". Fue de esta planta de la que se extrajo la progestina que Pincus combinó con estrógenos para producir la primera píldora anticonceptiva.

El paso siguiente fue la prueba clínica realizada por un ginecólogo eminente, el Dr. John Rock. Católico, el Dr. Rock consideraba que la Iglesia podía ver la píldora como una extensión del método del ritmo y aprobarla, algo que, como se sabe, no se produjo. Las pruebas no podían

realizarse en Massachussets ya que la contracepción era ilegal, así que, luego de evaluar otros lugares, optaron por Puerto Rico. Las pruebas comenzaron en abril de 1956, y al año siguiente la FDA aprobó la píldora como un regulador de la menstruación; en junio de 1960, aprobó el ENOVID, producido por G.D. Searle and Co., como anticonceptivo oral. La píldora inhibe la ovulación y espesa el fluido cervical, lo cual evita que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio y se produzca la fecundación; las dosis de hormonas eran al principio muy elevadas, y eso se derivaba en distintos efectos secundarios. Con el tiempo, se pudieron reducir esas dosis y disminuir los efectos indeseados. Pero, en todo caso, el esquema básico del medicamento seguía siendo similar al diseñado originalmente.

La píldora se difundió rápidamente en los Estados Unidos y los países europeos y fue, sin duda, uno de los soportes de la revolución sexual de los años sesenta y setenta. Su uso estuvo también acompañado de la polémica, tanto desde el plano religioso como médico. A pesar de ello, como ya se indicó, el presidente Nixon aprobó en 1970 el título X de la Public Health Services Act, con lo cual se otorgaban fondos federales para los servicios de planificación familiar de las familias de bajos ingresos. Un año después, la Planned Parenthood Federation of America estableció también un programa internacional financiado por la U.S. Agency for International Development (USAID) para desarrollar programas similares alrededor del mundo. Decididamente, la revolución de los anticonceptivos había triunfado.

La segunda transición demográfica. Implicaciones sociales y culturales

El concepto de "segunda transición demográfica" fue propuesto por Ron Lesthaeghe y D. van de Kaa en 1986, cuando el proceso tenía pocos años de recorrido en Europa Occidental y los

Estados Unidos; sucesivos artículos de varios autores han ido actualizando las ideas y los datos básicos. De todo esto, resulta claro que la segunda transición demográfica es ya una tendencia global, caracterizada por una fecundidad que oscila en torno a la tasa de remplazo, y que puede incluso quedarse durante largos períodos por debajo del nivel de remplazo, un proceso de envejecimiento consolidado, y fuertes cambios en la organización familiar. Una fecundidad tan baja y persistente fue y es posible por la disponibilidad de anticonceptivos eficaces, lo cual desencadenó, desde la década de 1960, varios cambios de comportamiento muy significativos generalmente designados como parte de la así llamada "revolución sexual". La sexualidad de las parejas se disoció radicalmente de la procreación, y lo mismo ocurrió con el matrimonio; aumentaron fuertemente los divorcios, la cohabitación y las uniones consensuales. La edad al matrimonio o a la unión estable aumentó, al igual que la edad a la maternidad; la vida sexual de las parejas comenzó a edades más tempranas y aparecieron nuevos arreglos de convivencia, incluyendo parejas del mismo sexo. Un aspecto de fondo en todos estos cambios es la modificación de las relaciones de género, centrada en la independencia y autonomía femenina frente al esquema familiar patriarcal; la participación femenina en la fuerza de trabajo y la ocupación aumentó significativamente y se consolidó en forma irreversible, al igual que el éxito profesional y político de las mujeres. Otro elemento destacable en todo esto es el hecho de que los nuevos anticonceptivos otorgan la iniciativa a las mujeres, abriéndoles así las puertas al pleno control de su cuerpo y su salud reproductiva.

La segunda transición demográfica, al igual que la primera, es un proceso global al que convergen, a distintos ritmos y modalidades, todos los países del mundo. Conviene recordar que la teoría de la primera transición demográfica, esbozada por autores como Frank Notestein y Kingsley Davis,[167] planteaba una convergencia futura de

---

167 Notestein, Frank W. "Economic Problems of Population Change". *En Proceedings of the Eight International Conference of Agricultural Economists*, 13-31.

las sociedades hacia una población estacionaria, es decir, de crecimiento nulo, originado en un número de nacimientos igual al número de defunciones. Esta predicción se debía, en parte, a la idea de que todo el proceso de la transición demográfica ocurría como un simple juego de cambios en la mortalidad y la fecundidad, y sus consecuencias en la estructura de edades de la población; todo se pensaba bajo la hipótesis de una población cerrada, o sea, sin migraciones o con un efecto neutral o irrelevante de estas. Es obvio que este supuesto no era realista, y eso será examinado en el próximo capítulo. Otro supuesto fue que, a nivel del comportamiento individual, operaba la teoría de la modernización, en el contexto de la urbanización y la industrialización. La explicación del descenso europeo de la fecundidad era referida a un uso más eficiente y racional de los recursos familiares (Davis) y a un cambio de motivación en las parejas casadas (Notestein); ambos factores eran parte de los cambios socioeconómicos de la modernización y no tendrían necesariamente que ver con la disponibilidad de técnicas contraceptivas; estas ideas provenían de deducciones razonables, pero que no se basaban en datos empíricos sólidos. El proyecto de Princeton, liderado por Ansley J. Coale desde 1963 hasta 1984, se propuso investigar en detalle y en forma comparativa, el descenso de la fecundidad en Europa a partir del siglo XVIII. Sus resultados finales, publicados en 1986,[168] mostraron que en el descenso de la fecundidad marital tanto los cambios de motivación como la disponibilidad de contraceptivos fueron importantes.[169]

Oxford: Oxford University Press, 1953.; Davis, Kingsley. "The World Demographic Transition". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 237, n.º enero (1945): 1-11.

168 Coale, *The Decline of Fertility in Europe.*

169 Coale, Ansley J. "The Demographic Transition". *The Pakistan Development Review,* 23, n.º 4 (1984): 531-552.; p. 544. Este artículo es una versión más elaborada del publicado en 1973, en la International Population Conference de la IUSSP.

Esto permitió a Coale establecer la fórmula DVC, ya presentada al inicio de este capítulo.

La primera transición demográfica fue definida como un conjunto de hipótesis generales, descriptivas, de los cambios demográficos que ocurrieron en Europa a partir del siglo XVIII, en el contexto de la urbanización y la industrialización. Luego, el concepto se extendió a otras regiones, incluyendo los países del tercer mundo durante el siglo XX. El modelo no era explicativo, sino descriptivo, e implicó fuertes simplificaciones y generalizaciones. El punto de partida planteado en poblaciones con una mortalidad y fecundidad altas era impreciso; al observarse poblaciones específicas, fue claro que "alto" podía tener un espectro de valores bastante amplio. Otro tanto ocurrió con las estructuras familiares; el modelo de la modernización, basado en el cambio de una sociedad rural tradicional a una urbana e industrializada, implicaba una tipología sumaria que postulaba la evolución desde una familia tradicional extensa hacia la familia nuclear moderna.[170] La investigación histórica y demográfica desde mediados del siglo XX ha ido especificando aspectos como la naturaleza del descenso en la mortalidad y la fecundidad, el cambio en las estructuras familiares y la profunda modificación en los patrones culturales; en los capítulos anteriores, hemos ido resumiendo los principales hallazgos en estos temas.

El concepto de "segunda transición demográfica" resulta un importante complemento, aunque, al igual que en el caso de la primera transición demográfica, no se trata de un modelo explicativo, sino más bien de un conjunto de hipótesis generales descriptivas. Hay debates todavía sobre las causas profundas que permitirían explicar, a nivel individual y colectivo, los cambios en el comportamiento demográfico de las parejas. Lesthaeghe focaliza esto en un cambio de valores, derivado del aumento de la secularización y la difusión de un individualismo hedonista; otros autores como Goldscheider, Bernhard y

---

170 Ver la tipología Sociedad tradicional / Sociedad moderna, en Germani, Gino. *Política y sociedad en una época de transición. De la sociedad tradicional a la sociedad de masas*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1968.

Lappegård,[171] basándose sobre todo en la experiencia de Suecia, lo consideran como parte de la revolución en las relaciones de género y la forma como estas afectan las relaciones familiares.

Según estas autoras, hay dos fases en la revolución de las relaciones de género. La primera se caracteriza por un fuerte aumento en el empleo femenino y la entrada de las mujeres en la esfera pública, en un contexto de reducción del tamaño de la familia; las estructuras familiares se debilitan y aumentan los divorcios y la cohabitación. En la segunda fase, se incrementa la participación masculina en la esfera privada del hogar, y eso conduce a la igualdad de género en el contexto familiar. Estos cambios, en el sentido de una negociación permanente de los roles dentro de las uniones, observados en Escandinavia, parecen extenderse también a otros países desarrollados. En todo caso, el argumento es complementario, y no antagónico, con las ideas planteadas por Lesthaeghe. Lo que resulta claro es que la segunda transición demográfica es un proceso en curso, y no podemos pensar que ha concluido o que ha desarrollado todas sus posibilidades.

La segunda transición demográfica en América Latina

Veamos ahora cómo se desenvuelve este proceso en América Latina. En el capítulo 2, ya se ha mostrado el fuerte descenso en la fecundidad, la cual llega a oscilar en torno a la tasa de remplazo; también se ha mostrado en el capítulo 3 el proceso de envejecimiento. Ahora comencemos por el uso de los anticonceptivos en 2002, en una comparación internacional (cuadro 5.2). A nivel mundial, una tasa global de fecundidad de 2,6, muy moderadamente por encima del 2,1 nivel de remplazo, va en

171 Goldscheider, Frances, Bernhardt, Eva, y Lappegård, Trude. "The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior". *Population and Development Review,* 41, n.º 2 (2015): 207-239. En bit.ly/3CGczZf.

paralelo con un 61 % de mujeres casadas que usan anticonceptivos; estos promedios ocultan, claro está, una notable diversidad regional. Por un lado, hay zonas como Europa, los Estados Unidos, Canadá y China donde la tasa global es muy baja y el uso de anticonceptivos, muy extendido; por otro, hay regiones como África donde la tasa global sigue siendo muy elevada y el uso de anticonceptivos alcanza apenas un 26 %. En 2002 el conjunto de América Latina se alineaba con los promedios mundiales, mientras que México y Centroamérica iban algo por encima de los del Caribe y Sudamérica. La correlación inversa entre la fecundidad y el uso de anticonceptivos parece, a la luz de esos datos, más que evidente.

Cuadro 5.2. Tasa global de fecundidad y uso de anticonceptivos en 2002

Regiones	Tasa global de fecundidad	% de mujeres casadas (de 15 a 49 años) que usan métodos anticonceptivos (todos)	% que usan métodos modernos
El mundo	2,8	61	55
África	5,2	26	20
EE. UU. y Canadá	2,1	76	71
América Latina y el Caribe	2,7	70	62
México y Centroamérica	3,1	65	57
El Caribe	2,6	61	57
Sudamérica	2,5	74	65
Asia	2,6	64	59
China	1,8	82	81
Europa	1,4	67	52
Oceanía	2,5	59	56

Fuente: Datos del Population Reference Bureau citados en Potter, Joseph E. y Mundigo, Axel I. "Fertility Planning". En *Handbook of Population*, editado por Poston, Dudley L. y Micklin, Michael, 733-759. Nueva York: Kluwer Academic / Plenum Publisher, 2005., p. 739.

Conviene, en lo que sigue, examinar los países de América Latina con más detalle. Los datos básicos hacia 2015 se presentan en el cuadro 5.3. Lo primero que se puede ver es que las tendencias observadas en 2002 persisten en cuanto al descenso en la tasa global de fecundidad y al aumento en el uso de anticonceptivos; también se mantienen las diferencias entre países ya percibidas en 2002. Estos datos son suficientes para mostrar la importancia del uso de los anticonceptivos; como sabemos, este es un componente fundamental en el proceso de la segunda transición demográfica. Queda por estudiar –algo que haremos más tarde– los procesos de difusión y los programas que facilitaron el acceso a los anticonceptivos modernos. Entretanto, conviene observar los cambios en las relaciones familiares ocurridos a partir de 1980. Para esto, contamos con varios trabajos comparativos que utilizan las encuestas de hogares y microdatos censales.[172]

[172] Las encuestas de hogares han sido homologadas por la Cepal, para permitir la comparación entre países. Los microdatos censales provienen de los *Integrated Public Use Microdata Series, International* (IPUMS-I) del Minnesota Population Center (ver bit.ly/3CGgXaT); en 2022 existen en este sitio microdatos de 547 censos correspondientes a 103 países.

Cuadro 5.3. América Latina. Tasa global de fecundidad y uso de anticonceptivos hacia 2015

Regiones y países	Tasa global de fecundidad	% de mujeres casadas (de 15 a 49 años) que usan métodos anticonceptivos (todos)	% que usan métodos modernos
América Latina y el Caribe	2,1	67	65
México	2,3	73	66
Guatemala	3,1	61	49
Honduras	2,7	73	64
El Salvador	2,0	72	68
Nicaragua	2,4	80	77
Costa Rica	1,9	76	75
Panamá	2,7	63	60
Caribe	2,3	62	59
Cuba	1,7	74	72
República Dominicana	2,5	70	68
Haití	3,2	34	32
Colombia	1,9	81	76
Venezuela	2,5	75	s.d.
Ecuador	2,6	80	72
Brasil	1,8	80	78
Perú	2,5	75	52
Bolivia	3,2	66	45
Paraguay	2,8	68	67
Chile	1,8	76	69
Argentina	2,2	81	78
Uruguay	1,9	80	78

Fuente: Population Reference Bureau, 2015 World Population Data Sheet; United Nations, Population Division, World Contraceptive use 2018, datos en línea consultados el 25/05/2020.

Toda referencia a familia y hogares en América Latina debe enmarcarse en una matriz histórica compleja, originada en el período colonial, en la cual se combinan y fusionan los modelos europeos ibéricos, amerindios y africanos; la mezcla étnica y racial es parte constitutiva de esta matriz,

al igual que las modificaciones introducidas por nuevas corrientes migratorias europeas y asiáticas en los siglos XIX y XX. El mestizaje y el importante peso de las uniones consensuales e hijos fuera del matrimonio tienen fuerte presencia en un panorama que presenta muchas variaciones regionales, y que, por falta de estudios adecuados, no conocemos del todo bien. Es sobre estas herencias históricas profundas y complejas sobre las que debemos observar las tendencias recientes propias del descenso de la fecundidad y la segunda transición demográfica.

El cuadro 5.4 presenta la evolución de los tipos de hogar y familia en 18 países latinoamericanos hacia 1990, 2000 y 2010. Algunas tendencias se observan con claridad: disminuye la proporción de familias nucleares, se incrementan las de jefatura femenina y las que no tienen hijos y, correlativamente, desciende el número de familias biparentales; la proporción de familias extensas se mantiene estable, pero aumentan las de jefatura femenina y disminuyen las biparentales. La proporción de hogares no familiares crece, al igual que los unipersonales. Estas tendencias siguen lo esperado en la segunda transición demográfica, como también el incremento de las uniones consensuales y los nacimientos fuera del matrimonio, en un contexto de aumento de la edad a la maternidad y la proporción de divorcios. Algunos de estos aspectos se ilustran en los cuadros 5.5 y 5.6. El crecimiento del número de uniones consensuales[173] (cuadro 5.5) es más que notorio.

---

173 En el vocabulario usual en América Latina, se habla de "uniones consensuales", "convivencia", "cohabitación" o "unión libre" como términos equivalentes; se trata de uniones conyugales sin inscripción legal.

Cuadro 5.4. América Latina (18 países), evolución de los tipos de hogar y de familia, 1990-2010 (porcentajes ponderados)

Tipos	1990	2000	2010
NUCLEAR	**68,0**	**66,4**	**63,6**
Sin hijos	8,3	8,6	10,9
Jefa mujer	7,9	9,4	10,9
Jefe hombre	1,2	1,4	1,5
Biparental	50,5	47,1	40,3
EXTENSA	**19,3**	**19,6**	**19,0**
Jefa mujer	5,1	6,0	6,3
Jefe hombre	0,8	0,9	0,9
Biparental	13,4	12,7	11,9
COMPUESTA	**1,4**	**1,2**	**1,4**
NO FAMILIAR	**11,3**	**12,8**	**16,0**
Unipersonal	7,0	8,4	11,4
Hogar sin núcleo	4,3	4,4	4,6

Fuentes: datos de Cepal elaborados a partir de las Encuestas de Hogares, en Ullmann, Ute, Maldonado Valera, Carlos, y Rico, María Nieves. "La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado". *Serie Políticas Sociales*, n.º 193 (2014): 12. Santiago de Chile, Cepal-Unicef.

En casi todos los países, el promedio total de uniones consensuales crece a algo más del 10 % entre 1990-1995 y 2000-2005; es notable el incremento en el tramo de 15-24 años: en 2000-2005, en ese grupo de edades más del 50 % de las uniones son consensuales. También se observa que, al aumentar la edad, disminuye regularmente la proporción de parejas en unión consensual, lo cual parece indicar que muchas de las uniones adquieren formalidad legal luego de varios años de convivencia, probablemente después del nacimiento de los hijos.

Cuadro 5.5. América Latina. Porcentaje de uniones consensuales entre el total de uniones conyugales, por grupos de edad, 1990-2005

Países	1990-1995				2000-2005			
	15-24	25-34	35-49	total	15-24	25-34	35-49	Total
Argentina	37,9	20,8	16,3	21,1	62,9	35,1	21,2	30,6
Bolivia	51,7	23,5	13,4	24,2	62,1	31,3	16,6	31,1
Brasil	36,5	21,8	15,2	21,1	55,5	35,5	22,3	33,3
Chile	16,6	11,3	10,1	11,6	44,2	21,0	14,0	19,8
Colombia	66,6	49,1	32,7	45,9	81,3	63,2	34,0	57,7
Costa Rica	33,1	19,5	18,2	21,0	48,4	29,2	21,9	29,4
Ecuador	40,8	30,3	24,6	30,7	52,3	35,0	28,4	36,4
Guatemala	47,2	32,8	28,7	34,8	51,2	35,9	33,2	38,9
Honduras	74,4	54,6	46,6	57,3	80,2	57,4	44,1	58,3
México	24,7	13,9	11,0	15,3	35,8	20,5	14,5	21,2
Nicaragua	71,5	53,5	45,9	55,9	68,7	48,6	42,2	51,8
Panamá	75,4	54,5	46,9	53,6	82,4	58,6	45,9	58,1
Paraguay	49,5	28,4	20,6	29,7	54,9	35,2	22,9	33,3
Perú	69,3	44,5	25,1	41,2	82,6	55,6	32,0	47,7
República Dominicana	76,7	59,4	53,4	61,5	80,6	64,4	53,7	63,6
Uruguay	18,6	13,6	10,0	12,6	40,4	20,7	14,8	21,1
Venezuela	42,4	34,8	30,4	34,8	65,7	48,2	44,4	47,8

Fuente: Cerrutti, Marcela y Binstock, Georgina. *Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública*. Serie Políticas Sociales n.º 147. Santiago de Chile: Cepal – UNFPA, 2009., p. 22, según datos de Teresa Castro Martín.

Otro tema significativo es la creciente inestabilidad de las uniones conyugales, caracterizada por el incremento tanto de los divorcios como de la disolución de las uniones consensuales. Ambos aspectos son difíciles de medir estadísticamente porque son procesos que se desenvuelven a lo

largo del tiempo; sin embargo, la información disponible de censos y encuestas permite establecer dicho aumento.[174] La disminución de los hogares que incluyen adultos mayores y el aumento de los hogares sin niños son otros aspectos significativos de estos cambios.[175]

Tres estudios liderados por Albert Esteve[176] y basados en microdatos censales nos permiten trazar un panorama rápido pero preciso de los cambios en las uniones y la formación de los hogares en las décadas de 1980, 1990 y 2000. Se consideran las mujeres de 25-29 años en 13 países. La proporción de mujeres casadas antes de los 30 años disminuye, mientras que crece la proporción en cohabitación o unión consensual; la edad a la primera unión, tomando en conjunto casadas y unidas, permanece estable; las mujeres más educadas tienden a unirse a edades más tardías. Una peculiaridad latinoamericana es que las nuevas parejas, sean casadas o unidas, pueden permanecer en el hogar con los padres u otros parientes o allegados, o bien formar un nuevo hogar nuclear; en esto las diferencias son notorias con los ejemplos europeos y norteamericanos. Las mujeres unidas sin hijos tienden a seguir viviendo en el hogar con sus padres o allegados en Bolivia, Perú, Ecuador y Venezuela; este patrón de comportamiento no parece seguir la

---

174 Ver el artículo de Julieta Quilodrán Salgado en Binstock, Georgina y Vieira, Joice Melo (coordinadoras). *Nupcialidad y familia en la América Latina actual*. Río de Janeiro: ALAP - UNFPA, 2011., pp. 11-34.

175 Ver Ullmann, Ute, Maldonado Valera, Carlos, y Rico, María Nieves. "La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado". *Serie Políticas Sociales*, n.º 193. Santiago de Chile: Cepal-Unicef, 2014., p. 15.

176 Esteve, Albert, García-Román, Joan, y Lesthaeghe, Ron. "The Family Context of Cohabitation and Single Motherhood in Latin America". *Population and Development Review* 38, no. 4 (2012): 707-727. Esteve, Albert, Lesthaeghe, Ron, y López-Gay, Antonio. "The Latin American Cohabitation Boom, 1970–2007". *Population and Development Review* 38, n.º 1 (2012): 55-81. López -Gay, Antonio, Esteve, Albert, López-Colás, Julián, Permanyer, Iñaki, Turu, Anna, Kennedy, Sheela, Laplante, Benoît, y Lesthaeghe, Ron. "A Geography of Unmarried Cohabitation in the Americas". *Demographic Research* 30, n.º 59 (2014): 1621-1638.

trayectoria de la segunda transición demográfica, sino más bien continuar con los esquemas familiares tradicionales. En otros casos, en cambio, como Colombia, Cuba, Panamá, Puerto Rico, Chile, Costa Rica, México, Argentina y Brasil, más del 50 % de las mujeres unidas sin hijos viven en hogares nucleares u otros arreglos, pero fuera de la familia extensa tradicional. En el caso de las mujeres casadas sin hijos, se observan patrones bastante similares; cuando hay hijos, en cambio, tanto en el caso de las unidas como en el caso de las casadas, la corresidencia con personas distintas de los cónyuges disminuye notoriamente. Pero la corresidencia es elevada en el caso de las madres solteras. Todo esto muestra que América Latina sí participa en la segunda transición demográfica, aunque en la organización familiar se observan también procesos de adaptación y combinación entre las formas más tradicionales, y los nuevos fenómenos de la cohabitación y el aumento de las madres solteras. Otro aspecto, señalado por estos autores, se refiere al cambio en los valores, con datos derivados del World Values Survey; particularmente en Argentina, Brasil y Chile, se observa una mayor tolerancia a la eutanasia, la homosexualidad, el suicidio y los arreglos de convivencia familiar no conformistas.[177]

En resumen, la segunda transición demográfica parece ser un proceso social ya bien implantado en las poblaciones latinoamericanas; pero, y esto debe tenerse bien presente, es un proceso en desarrollo que no ha concluido. En líneas generales, sigue las modalidades también en desarrollo en Europa, los Estados Unidos y Canadá, pero presenta también características culturales y sociales que son propias de América Latina y el Caribe.

---

177 Para datos adicionales sobre las variaciones de la tolerancia social hacia la diversidad étnica y sexual, ver el *Barómetro de las Américas*, del Latin American Public Opinion Project desarrollado en la Vanderbilt University bajo la dirección de Mitchell A. Seligson desde 2004 hasta 2018-2019, con rondas sucesivas de encuestas de opinión.

El desarrollo de la planificación familiar y las políticas de población

Toca ahora estudiar el desarrollo de los programas de planificación familiar a partir de la década de 1960. Desde un punto de vista político, estas acciones resultaron muy exitosas y combinaron un conjunto muy variado de intereses: en primer lugar, fuertes presiones internacionales, lideradas por el gobierno de Washington y las Naciones Unidas; en segundo término, un clima de opinión modelado por la idea de la explosión demográfica; y, en tercer lugar, la respuesta positiva de los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad científica.

La idea de que el tercer mundo estaba viviendo una verdadera explosión demográfica se extendió durante la década de 1950. Luego de las Conferencias Mundiales de Población de Roma, en 1954, y de Belgrado en 1965, las Naciones Unidas promovieron fuertemente el desarrollo de la investigación demográfica y establecieron, en 1969, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA). Ambas conferencias fueron de tipo científico y no contaron con representaciones gubernamentales. En 1974 se efectuó en Bucarest la Tercera Conferencia Mundial de Población, pero esta vez sí se convocó a los gobiernos y se buscó definir un plan de acciones políticas concretas. Los debates fueron intensos; mientras que la delegación de los Estados Unidos impulsaba una política firme y generalizada de control de la natalidad como solución para el subdesarrollo, la mayoría de los países del tercer mundo suscribían a la idea de que el desarrollo económico era el mejor contraceptivo. Al final, un total de 137 países aprobaron un plan mínimo que le daba legitimidad a las políticas de control natal. El UNFPA, el Banco Mundial y muchas fundaciones y organizaciones privadas pasaron a jugar un papel líder a nivel internacional, en el financiamiento y la implementación de dichas acciones.

Los Estados Unidos comenzaron a intervenir directamente en el tema del control natal en 1965; en su discurso al Congreso del 4 de enero el presidente Lyndon B. Johnson indicó que era necesario enfrentar la "explosión de la población mundial y la creciente escasez de los recursos"; de seguido, encargó a la AID apoyar los programas de planificación familiar, pero sin violentar la libertad de la elección individual; un generoso financiamiento fue canalizado a través de organizaciones privadas como la International Planned Parenthood Federation (IPPF), diversas fundaciones y el UNFPA. El 25 de junio, al celebrarse el 20.º aniversario de la creación de las Naciones Unidas, Johnson pronunció un famoso discurso donde expresó: "Menos de 5 dólares invertidos en el control de la población valen por 100 invertidos en el crecimiento económico". Al mes siguiente, en un mensaje enviado a U Thant, saludó el inicio de la Conferencia de Belgrado, indicando que, después del tema de la paz, venía como segundo desafío para la humanidad la cuestión de la población. En 1968 Johnson nominó a su secretario de Defensa, Robert McNamara, como presidente del Banco Mundial; durante su larga gestión (1968-1981) al frente de esta institución, McNamara fue un decidido promotor de la planificación familiar y el combate de la pobreza. Al cambiar el gobierno en 1969, el presidente Nixon prosiguió y profundizó las políticas promovidas por Johnson. En 1974 la delegación a la conferencia mundial de Bucarest fue encabezada por Caspar Weinberger, secretario de Salud, Educación y Bienestar. La política de los Estados Unidos siguió sobre las mismas líneas bajo Gerald Ford y Jimmy Carter. Entre 1965 y 1992, Estados Unidos destinó más de 4 mil millones de dólares al financiamiento internacional en materia de población; indiscutiblemente, eso le permitió ejercer fuerte influencia y liderazgo en los países receptores.[178]

---

178 Green, Marshal. "The Evolution of US International Population Policy, 1965-1992. A Chronological Account". *Population and Development Review,* 19, n.º 2 (1993): 303-321.

En 1984 la Cuarta Conferencia Mundial de Población se reunió en la Ciudad de México; la agenda del control natal había ganado mucho terreno y el consenso de las delegaciones gubernamentales era notable; sin embargo, la política de los Estados Unidos cambió notablemente como resultado del gobierno de Ronald Reagan (1981-1989). Siguiendo presiones de grupos protestantes fundamentalistas, los republicanos retiraron parcialmente el apoyo al control de la natalidad, argumentando que se promovía el aborto. El UNFPA perdió una parte importante de su financiamiento, y lo mismo ocurrió con los programas apoyados por la AID. Con George Bush (1989-1993), la línea de oposición fue más moderada, y volvió al esquema de apoyo decidido con Bill Clinton (1993-2001).

La Quinta Conferencia Mundial de Población tuvo lugar en El Cairo, en 1994. Hubo cambios muy significativos. Además de las delegaciones oficiales de los gobiernos (179), hubo una activa presencia de las organizaciones no gubernamentales (ONG) (alrededor de 1.500 en total), y se produjo un notable cambio de énfasis y prioridades: los derechos de las mujeres y la salud sexual y reproductiva, entendidos como parte de los derechos humanos, pasaron a un primer plano; además del empoderamiento de las mujeres, se llamó a la incorporación de los hombres a los programas de salud reproductiva y planificación familiar y se enfatizaron los derechos individuales. Otros temas acentuados fueron el medio ambiente, la educación y la lucha contra la pobreza; aunque se siguió considerando importante, la planificación familiar pasó a un segundo plano, subordinado a la salud sexual y reproductiva. De los 15 principios aprobados en el plan de acción de la Conferencia, es particularmente significativo el n.° 8, el cual establece, entre otras cosas, que "todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo".[179]

---

179 Naciones Unidas. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de setiembre de 1994.* Nueva York: Naciones Unidas, 1995. p. 11.

La idea de la explosión demográfica, derivada del fuerte crecimiento poblacional de los países del tercer mundo, se popularizó en la década de 1960. Nos limitaremos a señalar algunos hitos importantes en la elaboración y difusión de dicha idea. La alerta roja frente al desbalance entre población y recursos, particularmente alimentarios, fue encendida por las Naciones Unidas y la crema y nata de los demógrafos y economistas de Estados Unidos y Europa; a ello se le agregó la preocupación geopolítica, en el contexto de la Guerra Fría, que visualizaba un tercer mundo con una población creciente que podía caer bajo la órbita de la Unión Soviética. Las ideas de Malthus resurgieron con fuerza y encontraron un rápido eco en los biólogos, preocupados por la conservación ambiental y la destrucción de los recursos naturales y la biodiversidad.[180] En 1968, la publicación de un libro de un respetado biólogo como Paul R. Ehrlich, el cual rápidamente se convirtió en un *best-seller*, tuvo, sin duda, un profundo impacto.[181] Por la misma época, el Club de Roma, reunión de expertos auspiciada por el MIT, documentaba, mediante proyecciones y simulaciones, el agotamiento mundial de recursos que parecía avecinarse a pocos años de distancia.[182] Dentro de la Iglesia católica, se produjo un intenso debate en torno al tema del control de la natalidad, particularmente en el contexto del Concilio Vaticano II; un economista tan afamado como Colin Clark, [183] asesor pontificio en temas de población, refutó

---

180 Ver Malthus, Thomas, Huxley, Julian, y Osborn, Frederick. *On Population. Three Essays*. Nueva York: New American Library, 1960.; Hauser, Philip M. (ed.). *The Population Dilemma*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall/The American Assembly, 1963.; Viel, Benjamín. *La explosión demográfica: cuántos son demasiado*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 1966.

181 Ehrlich, Paul R. *The Population Bomb*. Nueva York: Ballantine Books, 1968.; Ehrlich, Paul R. y Ehrlich, Anne H. *The Population Explosion*. Nueva York: Simon and Schuster, 1990.

182 Meadows, Donella H., Club of Rome., y Potomac Associates. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. 2.º ed. Nueva York: Universe Books, 1974.

183 Clark, Colin. *Crecimiento demográfico y utilización del suelo*. Trad. Paredes, Miguel y Enrique. Madrid: Alianza Editorial, 1968.

en un libro denso y documentado las tesis sobre el rápido agotamiento de los recursos, ratificando en cierto modo las posiciones adoptadas por Juan XXIII en 1961, en la encíclica *Mater et Magistra*. En 1968, el papa Pablo VI publicó la encíclica *Humanae Vitae*, en la cual ratificó la posición tradicional de la Iglesia, rechazando toda forma de control natal "no natural". La decisión pontificia a favor de la prohibición absoluta de la contracepción desató fuertes controversias, dentro y fuera de la Iglesia; máxime cuando, dentro de la comisión constituida en 1965 para estudiar la familia, la población y la natalidad, había una mayoría favorable a una aprobación restringida de la píldora anticonceptiva.[184] Los intelectuales de izquierda se opusieron sistemáticamente a la idea de la explosión demográfica argumentando que era una mera artimaña del imperialismo, diseñada para ocultar la verdadera responsabilidad del sistema capitalista en la causalidad del subdesarrollo y la pobreza; estas opiniones también coincidían con las de muchos intelectuales de la derecha católica nacionalista.[185]

El tercer elemento importante en este proceso fue la respuesta positiva de los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad científica, en un juego entrecruzado y a veces muy complejo. En las décadas de 1960 y 1970, el financiamiento del gobierno norteamericano fue canalizado a través de la AID, pero fue preferentemente a ONG dedicadas a promover la planificación familiar. El modelo provino directamente de los Estados Unidos, donde ya existía la Planned Parenthood Federation of America

---

184 Felitti, Karina A. "La Iglesia católica y el control de la natalidad en tiempos del Concilio: La recepción de la encíclica Humanae Vitae (1968) en Argentina". *Anuario del Instituto de Estudios Histórico-sociales (IEHS),* 22 (2007): 349-372.

185 Stycos, J. Mayone. "Opinions of Latin-American Intellectuals on Population Problems and Birth Control". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 360, n.º junio (1965): 11-26.; Stycos, J. Mayone. "Politics and Population Control in Latin America". *World Politics,* 20, n.º 1 (1967): 66-82. Torrado, Susana. *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Flor, 2003., p. 16.

(PPFA); la primera réplica fue en Puerto Rico en 1954, y, a partir de 1962, se produjeron otras en toda América Latina y el Caribe. La información pertinente se consigna en el cuadro 5.6, donde se incluyen las principales organizaciones, muchas de ellas afiliadas también a la PPFA. Estas organizaciones se dedicaban a la difusión del control de la natalidad, incluyendo muchas veces el establecimiento de clínicas y centros de atención a usuarios, el asesoramiento y entrenamiento de médicos y personal sanitario, la distribución de contraceptivos, y la investigación y el monitoreo del uso de los productos ofrecidos. La labor de estas organizaciones fue relativamente silenciosa y contó con diversos apoyos, tanto a nivel de los gobiernos como de diferentes organizaciones de la sociedad civil. La Iglesia católica, oficialmente opuesta al control de la natalidad, raramente asumió una actitud de confrontación directa; muchos médicos y profesionales de la salud también vieron con buenos ojos estas acciones y las apoyaron. Volviendo a la fórmula de Coale, evocada al inicio, podría afirmarse que ya en esta época en América Latina se había avanzado mucho en los dos primeros componentes, R y W, y que, por lo tanto, estas organizaciones facilitaban los recursos requeridos por el tercer componente, es decir, A.

Cuadro 5.6. América Latina y el Caribe. Principales organizaciones no gubernamentales dedicadas a la planificación familiar

Nombre, sigla y país	Año de creación
Planned Parenthood Federation of America (PPFA), Estados Unidos.	1952
PROFAMILIAS, Puerto Rico.	1954
Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), Chile.	1962-65
Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), El Salvador.	1962
Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA), Honduras.	1963

Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigaciones sobre Reproducción Humana (AUPF) (activa hasta 2015), Uruguay.	1963
Iniciativas Sanitarias (IS), Uruguay.	2001
Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), Guatemala.	1964
Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA), Panamá.	1965
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA), Colombia.	1965
Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BEMFAM), Brasil.	1965
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), México.	1965
Asociación Demográfica Costarricense (ADC), Costa Rica.	1966
Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPARRES), Perú.	1966
Asociación ProBienestar de la Familia Dominicana (luego PROFAMILIA), República Dominicana.	1966
Asociación Venezolana de Planificación Familiar (AVPF), Venezuela.	1966
Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Paraguay.	1966
Asociación Demográfica Nicaragüense (desde 1988 PROFAMILIA), Nicaragua.	1970
Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM), Ecuador.	1983
Association pour la Promotion de la Famille Haïtienne (PROFAMIL), Haití.	1986
Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES), Bolivia.	1987
Fundación para la Salud del Adolescente (FUSA AC), Argentina.	2010
Caribbean Family Planning Affiliation (CFPA), el Caribe.	1971
Miembros de la CFPA: Anguilla; Antigua y Barbuda; Aruba; Bahamas; Bermuda; Curazao; Dominica; Grenada; Guadeloupe; Martinique; St. Lucia; St. Vincent	
Miembros asociados de la CFPA: Barbados; Belize; Guyana; Haití; Jamaica; Suriname; Trinidad y Tobago.	

Fuente: información oficial de las distintas organizaciones, obtenida de los respectivos sitios web.

Los países que entraron primero en la transición demográfica, como Argentina, Uruguay y Cuba, han tar-

dado mucho más que los otros en sumarse al movimiento internacional de planificación familiar. En el caso de Cuba, esto es fácilmente explicable dado el carácter de la Revolución cubana y su oposición frontal a los Estados Unidos; por otra parte, el gobierno revolucionario cubano diseñó una política de salud que incluyó el aborto inducido como un derecho de las mujeres a partir de 1965. En Argentina y Uruguay, la reducción de la fecundidad estaba bien implantada y la utilización de métodos anticonceptivos era corriente mucho antes de la década de 1960. Por esto mismo, el movimiento internacional de planificación familiar tuvo poco impacto en ambos casos. Para entender mejor cómo se desarrolló este proceso en la mayoría de los países latinoamericanos, conviene ahora examinar con cierto detalle algunos casos específicos, como los de Chile, Costa Rica, México, Colombia y Brasil.

Chile[186]

La preocupación de los médicos por la salud materna, la mortalidad infantil y los abortos adquirió relieve en la década de 1930; muchos profesionales abogaron incluso por la legalización del aborto inducido; las prácticas abortivas clandestinas frecuentemente terminaban con mujeres hospitalizadas en serio peligro de muerte, y los casos se multiplicaban. En la década de 1950, algunos médicos se dedicaron a estudiar métodos contraceptivos y había una preocupación extendida por el tema del control natal; el Dr. Jaime Zipper llegó incluso a diseñar una versión mejorada del dispositivo intrauterino conocido como "anillo de

186 Ver el texto de Jadwiga Pieper Mooney en Zárate Campos, María Soledad (compiladora). *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008.; Jiles Moreno, Ximena y Rojas Mira, Claudia. *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*. Santiago de Chile: CORSAPS, 1992.; Castro Arcos, Javier. *Guerra en el vientre. Control de la natalidad, malthusianismo y guerra fría en Chile (1960-1970)*. Santiago de Chile: Bicentenario, 2017.

Gräfenberg" y, a partir de 1959, lo utilizó en miles de mujeres de sectores populares que lo buscaban en su oficina del Hospital Barros Luco, en Santiago de Chile. Paralelamente, se desarrolló un proyecto piloto en el Distrito Quinta Normal, también de Santiago, liderado por el Dr. Benjamín Viel, el cual, buscando prevenir los abortos, llevó información y recursos a unas 120.000 mujeres que estaban en edad de procrear.

En este contexto, y sobre estas bases, llegó la Alianza para el Progreso y la acción de la IPPF en 1962. Se constituyó un comité de profesionales de la Universidad de Chile y la Universidad Católica como Comité Chileno de Protección de la Familia, bajo la dirección del Dr. Hernán Romero; se establecieron relaciones muy fluidas con el Servicio Nacional de Salud y se iniciaron varios programas de salud familiar, regulación de la natalidad y paternidad responsable mediante el uso de métodos contraceptivos (píldoras y dispositivos intrauterinos); el apoyo financiero y técnicos de la IPPF, las Fundaciones Ford y Rockefeller, y el Population Council fue, por cierto, tan generoso como crucial, lo mismo que el del gobierno demócrata cristiano del presidente Eduardo Frei-Montalva (1964-1970). En 1965, el Comité se transformó en la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) y fue aceptado como miembro de la IPPF. En 1967 se llevó a cabo en Santiago la Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia; fue un evento multitudinario, el primero de ese tipo realizado en América Latina, auspiciado además por el UNFPA e inaugurado por el presidente Frei. Todo esto garantizó fuertes apoyos al desarrollo de la planificación familiar.

La encíclica *Humanae Vitae,* en 1968, generó una fuerte discusión ideológica entre los grupos católicos conservadores y quienes consideraban que el control natal era indispensable para proteger la salud y los derechos de las mujeres y los niños, sobre todo en los sectores populares. El propio cardenal Silva Henríquez mantuvo una posición

ambigua,[187] y, aunque no dejó de acatar la encíclica, se cuidó de condenar en forma tajante el uso de los anticonceptivos. Esta posición reflejaba, como ya se indicó, la fuerte división de interpretaciones, dentro de la Iglesia misma, en el contexto derivado del Concilio Vaticano II y el auge latinoamericano de la teología de la liberación.

La dictadura encabezada por el general Pinochet (1973-1990) apoyó en los primeros años la planificación familiar,[188] pero luego hubo restricciones y censuras en el uso de anticonceptivos y se penalizó el aborto terapéutico en 1989; la dictadura promovió una política pronatalista, pero esto no tuvo efecto alguno sobre las tasas de natalidad y fecundidad observadas. A partir de 1994, el gobierno de Chile se alineó con las recomendaciones de la Conferencia de El Cairo.

Costa Rica[189]

El caso de Costa Rica llama sobre todo la atención por el muy rápido descenso de la fecundidad, la cual bajó de una tasa global de fecundidad de 7,3 hijos en 1960 a 3,7 hijos en 1975. El descenso se originó, obviamente, en la rápida difusión de los contraceptivos liderada por las instituciones estatales de salud pública y apoyada por varias ONG como la Asociación Demográfica Costarricense. La difusión ocurrió de las zonas urbanas y más educadas a las rurales

---

187 Ver Tobar Cassi, Leopoldo. "El Cardenal Raúl Silva Henríquez: La fidelidad hecha carne". *Revista de Historia y Geografía. Universidad Católica Silva Henríquez*, 21 (2007): 13-42.

188 Ver Asociación Chilena de Protección de la Familia. *Investigaciones sobre planificación familiar*. Santiago de Chile: APROFA, 1976.

189 Ver el artículo de María Carranza en Cavenaghi, Suzana (org.). *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America. Historical Trands and Recent Patterns*. Río de Janeiro: UNFPA - ALAP, 2009., pp. 307-314.; Rosero-Bixby, Luis. "El descenso de la natalidad en Costa Rica". En *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*, editado por Asociación Demográfica Costarricense, pp. 66-77. San José: Asociación Demográfica Costarricense, 1984.; Sosa, Doris. "Las usuarias del programa de Planificación Familiar en Costa Rica, 1974-1980". *Ibid*., pp. 90-105.

y menos escolarizadas; sin embargo, la convergencia de los diferentes grupos fue relativamente rápida. El gobierno comenzó a intervenir en el tema en 1967; las unidades de salud del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social distribuían anticonceptivos desde 1970 e incorporaron la planificación familiar a la consulta médica regular. El uso de la píldora, dispositivos intrauterinos y esterilizaciones femeninas (luego de varios partos) formaron parte integral del repertorio de tratamientos ofrecidos. La AID, la IPPF y el UNFPA canalizaron un financiamiento importante sobre todo a través de la Asociación Demográfica Costarricense. Al mismo tiempo, se formó mucho personal capacitado para la planificación familiar y se diseñó, junto con el Ministerio de Educación, un importante programa de educación sexual.

El uso de los anticonceptivos, medido a través de encuestas, fue monitoreado frecuentemente; en 1999, 92 % de las mujeres en edad fértil manifestaron haber usado contraceptivos en algún momento de sus vidas. El éxito de estos programas se debió a la acción conjunta de distintos factores: el sistema estatal de salud pública; las ONG y el financiamiento disponible; y los programas de educación. Ciertos factores de contexto no pueden tampoco olvidarse: desde la década de 1950, Costa Rica era una sociedad que experimentaba una gran expansión económica y modernización, con fuertes inversiones estatales en los ámbitos de la salud y la educación. Los efectos de interacción y sinergia entre todos estos factores son algo que conviene subrayar, pues se generó una especie de círculo virtuoso de causación acumulativa. Cuando, durante un corto período, entre 1978 y 1982, el gobierno pretendió limitar el control de la natalidad, las medidas emprendidas tuvieron escaso impacto. Fue este un buen indicador de que la planificación familiar había quedado bien internalizada en la conducta de las parejas y familias. A partir de 1994, el gobierno adoptó la agenda de El Cairo, y el énfasis se orientó a los derechos de salud reproductiva de las mujeres; en 2001, una ley

de paternidad responsable se implementó utilizando ya la identificación de filiación haciendo pruebas de ADN.[190]

Un tema pendiente es el de la elevada fecundidad de las madres solteras adolescentes, complicado por la oposición fundamentalista, relativamente reciente, a la educación sexual en escuelas y colegios liderada por la Iglesia católica y grupos protestantes neopentecostales; la epidemia de sida y las firmes acciones estatales que promocionaban el uso del preservativo han limitado, en alguna medida, el impacto negativo del citado fundamentalismo religioso.

México[191]

México desarrolló, como ningún otro país latinoamericano, una política de población desde la década de 1930. La Ley General de Población de 1936, basada sobre todo en las ideas del economista Gilberto Loyo,[192] un discípulo de Corrado Gini, promovía el crecimiento de la población, la inmigración extranjera controlada, los matrimonios tempranos y las familias numerosas. Las ideas no eran nuevas, y se inscribían en una continuidad con las líneas seguidas por todos los gobiernos republicanos desde la Independencia; pero sí era nuevo el compromiso del Estado de considerar a la población como un componente fundamental del desarrollo económico a través de la urbanización, la industrialización y la expansión de la producción agrícola y minera. La Ley General de Población de 1947 ratificó lo anterior y

---

190 Alvaro Ramos-Chaves examina el efecto inmediato de esta ley sobre la fecundidad y observa, entre otros efectos, un fuerte descenso en el número de nacimientos; ver Ramos-Chaves, Alvaro. *Essays on Economic Development in Costa Rica. Ph.D Dissertation in Economics*. Berkeley: University of California, 2010.

191 Ver el artículo de María Eugenia Zavala de Cosío en CONAPO. *El Poblamiento de México. Una visión histórico-demográfica. Tomo IV. México en el Siglo XX. Hacia el Nuevo Milenio: el poblamiento en perspectiva*. México: CONAPO, 1993.; Rabell Romero, *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*.

192 Loyo, Gilberto. *La política demográfica de México*. México: Instituto de Estudios Sociales, Políticos y Económicos del Partido Nacional Revolucionario, 1935.

estableció premios para las familias numerosas y autorizó los matrimonios a los 14 años para las mujeres y a los 16 años para los hombres; por otra parte, se prohibió el aborto y la propaganda relativa a los contraceptivos.

Debe notarse que, en paralelo, el gobierno mexicano desarrolló una política sanitaria y educativa muy agresiva, cuyos puntos culminantes fueron la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943), y un conjunto de modernos y grandes hospitales, clínicas y centros de salud; en el campo de la educación, se logró, tras un esfuerzo de varias décadas, la virtual eliminación del analfabetismo hacia 1988. Todavía en 1969, durante la campaña presidencial, Luis Echeverría Álvarez repetía la vieja máxima de Alberdi: "Gobernar es poblar".

Pero las cosas cambiaron muy rápidamente. Los datos del censo de 1970 y el trabajo analítico de distinguidos demógrafos, junto con la percepción de políticos y economistas de que el "milagro mexicano" podía estar llegando a su fin debido a los desbalances entre el aumento de la población y el ritmo del crecimiento económico, llevaron a un fuerte cambio de política, anunciado por el presidente Echeverría en 1972: había que reducir el ritmo de crecimiento de la población. En diciembre de 1973, se aprobó la nueva Ley General de Población, la cual estableció que la política de población era parte de la política global de desarrollo, que la planificación familiar era un derecho de los individuos y las familias que el Estado debía garantizar, y que el Estado debía proteger a las mujeres y los niños, asegurando su bienestar y la igualdad de género. Se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) como institución responsable de la planeación familiar y las políticas demográficas. Hubo varios programas sucesivos, que cubrieron desde la regulación del crecimiento natural hasta la distribución espacial de la población; el control de la fecundidad se definió a través de una política médica e incluyó los métodos contraceptivos más modernos como la píldora, el DIU y la esterilización. No está de más indicar

que, de los ambiciosos objetivos definidos en las nuevas políticas, el que se logró con más éxito fue el relativo a la limitación de los nacimientos.

Dado el peso de la política estatal, el papel de las ONG fue bastante menor que en otros casos latinoamericanos; en 1959 se organizó la Asociación para el Bienestar de la Familia, la cual abrió una clínica en la Ciudad de México e inició programas rurales hacia 1963; en 1965 se constituyó la Fundación para Estudios de la Población AC (FEPAC), que estableció varios centros de planificación familiar en la Ciudad de México y luego también en zonas rurales; la FEPAC adhirió a la IPPF y cambió de nombre en 1984, pasando a llamarse Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); esta fue la ONG más importante dedicada a la planificación familiar en México antes de la ya mencionada intervención estatal, y continúa todavía hoy (2022) con un gran conjunto de actividades.

Brasil[193]

Hasta la década de 1960, Brasil siguió una línea pronatalista, aunque esto obedecía más a una cultura que a una política de población. Las cosas cambiaron con la urbanización y la modernización; la disponibilidad de la píldora y otros medios contraceptivos se difundió a través del mercado y de agencias privadas. En 1965 se creó la asociación Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), como una ONG que ofrecía servicios de planificación familiar; en 1967 la BEMFAM fue reconocida por la IPPF. Años más tarde, se formaron otras organizaciones similares, como el Centro de Pesquisa de Assitência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC, 1975); en 1981 se creó la Associação Brasileira de Entidades de

193 Ver el texto de José Eustaquio Diniz Alves en Cavenaghi, *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America. Historical Trends and Recent Patterns*.; ABEP. *Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo*. Campinas, San Pablo: ABEP - UNFPA, 2009.; UNFPA - Brasil. *Planejamento Familiar no Brasil. 50 anos de história*. Brasilia: UNFPA, 2008.

Planejamento Familiar (ABEPF), la cual, hacia 1989, tenía una red de 123 entidades que prestaban servicios de planificación familiar. Al comienzo, estas organizaciones llegaban a los sectores medios y altos; sin embargo, una vez que el control natal ganaba aceptación, emprendieron programas de cobertura más amplia.

Luego de la Conferencia de Bucarest, en 1974, el gobierno brasileño comenzó a cambiar de actitud; en 1977 el Ministerio de Salud lanzó un programa de salud materno-infantil que incluyó la prevención de embarazos de alto riesgo. Investigaciones posteriores mostraron que, en las zonas pobres del nordeste y el centro-oeste, donde predominan las poblaciones negras y mulatas, se había extendido notablemente la esterilización femenina.

El proceso de democratización, durante la década de 1980, sí cambió en serio las cosas. En 1983 comenzó el Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), un amplio proyecto sobre la salud de las mujeres, que incluía cuidados prenatales, prevención del cáncer, planificación familiar, tratamientos para la infertilidad, diagnósticos de enfermedades de transmisión sexual. En las discusiones hubo una participación amplia, sobre todo de grupos feministas, y comenzó a extenderse la idea de que no podía haber una política compulsoria, sino que el acceso y la disponibilidad de contraceptivos era un derecho de las parejas, libremente escogido. Estas ideas fueron incorporadas a la Constitución de 1988, la cual establece, en el inciso 7 del artículo 226.º, que la planificación familiar es un derecho de libre escogencia, mientras que es obligación del Estado, a través del Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionar los recursos científicos y educativos para el ejercicio de este derecho. Ni el aborto ni la esterilización fueron incluidos en la Constitución, y ambos estaban prohibidos desde 1931 y castigados en el Código Penal de 1940. En 1991, una comisión parlamentaria comprobó la amplia difusión de la esterilización y abogó por establecer regulaciones; esto es lo que aparece en la Ley 9.263 de 1996, la cual regula la

aplicación del artículo 226.º de la Constitución. Brasil adhirió plenamente a la política establecida en la Conferencia de El Cairo de 1994.

Un avance importante fue también la creación, en 2003, de la Secretaria Especial sobre Políticas para as Mulheres. Hubo varias conferencias nacionales para discutir y preparar políticas orientadas a la salud y los derechos de las mujeres, las cuales contaron con una elevada participación popular a través de redes, sindicatos, asociaciones, partidos, foros, etc. Con un verdadero alcance nacional. En 2004 el gobierno federal aprobó un Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), el cual estuvo vigente y fue profundizado durante varios años.

Los datos de la Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Mulher e da Criança realizada en 2006 permiten hacerse una idea clara no solo del rápido descenso de la fecundidad, sino también de los métodos de contracepción utilizados. En el caso de las mujeres unidas, solo el 19 % no empleaba ningún método; el 29 % estaban esterilizadas, un 25 % utilizaban la píldora, un 12 %, el preservativo masculino, y el 15 % restante, otros métodos. Si se comparan estos datos con los de la encuesta anterior (1996), se observa que ha disminuido el porcentaje de mujeres unidas que no utilizan ningún método y que ha bajado el porcentaje de esterilizaciones (40 % en 1996). Otro resultado muy interesante de la encuesta de 2006 es que hay ya poco desfase entre la fecundidad observada y la fecundidad deseada por las mujeres; a la vez, el desfase es mayor en el caso de las mujeres negras, menos educadas y residentes en las zonas más pobres del norte y el nordeste. El alcance de la planificación familiar tiene que ver, por supuesto, con la cobertura del SUS. Hacia 2015 puede afirmarse que, a través de la Estratégia de Saúde da Familia, llegaba a unos 100 millones de personas, es decir, un poco más del 50 % de la población brasileña.

El Programa MEASURE[194]

En 2015 el programa MEASURE, auspiciado por la AID del gobierno de los Estados Unidos, publicó una evaluación detallada de los logros de los programas de planificación familiar financiados por la AID a partir de 1965. La evaluación consideró los casos de Colombia, El Salvador, República Dominicana, Haití, Guatemala, México, Nicaragua y Paraguay tratando de descubrir los factores que explican el éxito de la planificación familiar como un logro para la salud y los derechos de las mujeres y los niños, a pesar de la fuerte oposición que se presentó con alguna frecuencia, e identificando también los desafíos pendientes. El estudio recurrió a detallados estudios de casos y contó con una metodología innovadora y sofisticada; el resumen de sus resultados es un buen cierre para este recorrido sobre la planificación familiar en América Latina.

Se identificaron diez factores claves para el éxito: 1) el fuerte desarrollo de ONG que estuvieron a la vanguardia del movimiento de planificación familiar; 2) un ambiente sociopolítico favorable; 3) un apoyo técnico y financiero externo y sostenido, proveniente de la AID y otros donantes; 4) la coordinación y los efectos sinérgicos entre los gobiernos, las agencias externas, las ONG y la sociedad civil; 5) el desarrollo de expertos locales en política y gestión de programas; 6) la disponibilidad de información para la toma de decisiones y la innovación; 7) el desarrollo de actividades de comunicación estratégicas y de amplio alcance para apoyar el cambio en las normas sociales y la conducta individual; 8) mecanismos flexibles que aseguraron la adaptación del financiamiento de los programas a cambios en el tiempo; 9) la capacidad de asegurar ganancias

---

194 Bertrand, Jane T., Ward, Victoria M., y Santiso-Galvez, Roberto. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill: MEASURE Evaluation, 2015.

políticas; 10) la inversión significativa en contraceptivos y seguridad.

Entre los temas críticos pendientes, se identificaron la persistencia de una fecundidad adolescente elevada, la dificultad aún en países con una fecundidad próxima al remplazo para llegar a las mujeres jóvenes y pobres en zonas rurales y marginales, la presencia de interrupciones en las cadenas de abastecimiento de anticonceptivos, una vez que se retiran o redefinen los apoyos externos, al igual que la posible discontinuidad en la recolección de información pertinente, necesaria para el monitoreo de programas y resultados. La AID se ha retirado progresivamente, desde finales de la década de 1990, del apoyo directo a la planificación familiar en la mayoría de los países de América Latina. Otras agencias, como el Banco Mundial y el UNFPA, continúan aportando ciertos recursos, pero en forma más bien limitada.[195] De todo esto, resulta claro que, si la intervención externa resultó fundamental para iniciar y consolidar los programas de planificación familiar en la mayoría de los países, su continuidad y éxito duradero dependió, en última instancia, de los sistemas estatales de salud pública.[196]

Conclusiones

Es tiempo de resumir lo que conocemos y reflexionar un poco sobre causas y explicaciones. En América Latina el descenso de la fecundidad fue rápido y sin retornos. Hubo países pioneros, como Argentina, Uruguay y Cuba, que tuvieron un lento declive desde la década de 1920; como

---

195 Robinson, Warren C. y Ross, John A. (editores). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington D. C.: The World Bank, 2007.

196 Fagan, Thomas, Dutta, Arin, Rosen, James, Olivetti, Aghate, y Klein, Kate. "Family Planning in the Context of Latin America's Universal Health Coverage Agenda". *Global Health: Science and Practice,* 5, n.º 3 (2017): 382-398.

se ha explicado reiteradamente, esto se debió al peso de la inmigración europea, unido a un temprano proceso de urbanización, alfabetización y modernización. En la mayoría de los países latinoamericanos, el descenso de la fecundidad ocurrió a partir de la década de 1970, fue muy rápido, y dependió de la introducción masiva de anticonceptivos (píldora, dispositivos intrauterinos y esterilización). Algunos países, como Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Haití, Bolivia y Paraguay, se incorporaron a esta corriente recién hacia fines del siglo XX. En las primeras décadas de todo este proceso, la nupcialidad fue relativamente neutral, es decir, no aumentó la edad a la primera unión conyugal, y tampoco creció el celibato definitivo; como ya se dijo, esto entraña una importante diferencia con respecto al modelo de descenso de la fecundidad típico del noroeste de Europa a partir del siglo XVIII.

El aumento del empleo femenino y el progresivo empoderamiento de las mujeres son otras características a menudo asociadas al descenso de la fecundidad. Aumentan también los embarazos de adolescentes y el número de hijos no deseados, sobre todo en parejas jóvenes e inestables; todo esto relacionado con una iniciación más temprana en la actividad sexual, en un contexto de limitaciones educativas y socioeconómicas, con poca disponibilidad de contraceptivos.

El aborto inducido es legal (2022) en Puerto Rico, Cuba, Guyana, la Guayana Francesa, Argentina, México (con variantes según los estados), Colombia, Uruguay y algunas islas del Caribe inglés, francés y holandés; en Costa Rica, Guatemala, Venezuela, Chile, Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, Paraguay, Panamá y Belice, es permitido, pero con muchas restricciones; en El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, y Haití está completamente prohibido.

Las tasas de abortos clandestinos han sido y siguen siendo relativamente elevadas. Así, por ejemplo, un cui-

dadoso estudio[197] reveló que hacia 1990 una alta proporción de los embarazos terminaban en un aborto inducido: en Brasil, 31 %; en Chile, 35 %; en Colombia, 26 %; en República Dominicana, 28 %; en México, 17 ; y en Perú, un 30 %; estas cifras eran similares a las tasas de aborto inducido observadas en los Estados Unidos (29 % en 1988); hay que notar, sin embargo, dos diferencias cruciales: en Estados Unidos el aborto inducido era legal, por lo cual las cifras indicaban casos observados y no estimados indirectamente, como ocurría con las cifras latinoamericanas. Solo en algunos países de América Latina, era permitido el aborto terapéutico para salvar la vida de la madre; en consecuencia, la inmensa mayoría de los abortos inducidos eran clandestinos y provocaban una importante mortalidad materna. Pero su persistencia está relacionada con la falla o no disponibilidad de contraceptivos, sobre todo en las mujeres de los sectores más pobres, marginales y desfavorecidos. La situación no era muy distinta veinte años después, hacia 2010.[198]

Hoy día (2022), el tema del aborto inducido es objeto de fuertes controversias y debates políticos; la Iglesia católica, los grupos protestantes pentecostales, y amplios sectores de pensamiento conservador se oponen tajantemente, mientras que los movimientos feministas y sectores "liberales y progresistas" lo apoyan, en los primeros meses del embarazo, siguiendo en esto las regulaciones ya adoptadas en los Estados Unidos y la mayoría de los países europeos. El tema es visto como parte del empoderamiento femenino, y completaría, en estas visiones, el derecho al control del

---

197 Singh, Susheela y Wulf, Deirdre. "Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries". *International Family Planning Perspectives,* 20, n.º 1 (1994): 4-13.; datos del cuadro 5, p. 10.

198 Kulczycki, Andrzeg. "Abortions in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments". *Studies in Family Planning,* 42, n.º 3 (2011): 199-220.

cuerpo y la sexualidad.[199] Empero, no parece previsible que en los próximos años se produzcan cambios importantes en la legislación y las prácticas; por el momento, solo un uso apropiado de los contraceptivos puede eliminar las tensiones y presiones derivadas de los todavía numerosos embarazos no deseados.

El rápido descenso de la mortalidad primero y la fecundidad después hizo que la población de América Latina empezara a envejecer. Estos parámetros demográficos posibilitaron otros cambios sociales, políticos, económicos y culturales que se resumen en el concepto de "segunda transición demográfica" y que implican fuertes transformaciones en las estructuras familiares, el ciclo vital, los tipos de uniones y parejas, la composición de los hogares, etc. Hemos señalado también que las poblaciones latinoamericanas han entrado en este proceso, todavía incompleto si se lo compara con lo ya ocurrido en Europa, también con modalidades propias. Si el aumento de la esperanza de vida al nacimiento de 50 a 80 años condujo a una nueva valoración de la vida, la caída de la fecundidad en torno al nivel de remplazo tiene un impacto todavía más profundo en las relaciones sociales, las perspectivas del futuro y la percepción del yo de cada persona; por esto mismo, el concepto de "segunda transición demográfica" remite a un cambio fundamental de valores, actitudes e ideas, a veces sintetizado, en forma un poco apresurada, en el concepto sociológico de "secularización".

---

199 Galeotti, Giulia. *Historia del aborto. Los muchos protagonistas e intereses de una larga vicisitud*. Trad. Cardoso, Heber. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2004.; Lavrin, Asunción. *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*. Trad. María Teresa Escobar Budge. Santiago de Chile: Centro de Investigación Diego Barros Arana, 2005.; Bermúdez Valdivia, Violeta. *La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe: estudio comparativo*. Lima: CLADEM, 1998.

María Eugenia Zavala de Cosio,[200] basándose en un detallado estudio sobre las generaciones femeninas mexicanas nacidas entre 1917 y 1947, ha formulado la hipótesis de que, en la transición de la fecundidad latinoamericana, habrían operado dos modelos distintos; en el primero habrían intervenido la urbanización, la escolarización y la participación femenina en el empleo presionando hacia familias más reducidas, lo cual se logró rápidamente gracias a la disponibilidad de la píldora contraceptiva, además de los métodos de control tradicionales. Dicho de otro modo, son las mujeres modernas y educadas las que lideraron un proceso de cambio endógeno. El segundo modelo está vinculado a las mujeres y familias pobres, en las cuales la planificación familiar fue, en cierto modo, impuesta por las circunstancias externas, y aparece más tarde que el primero. El mejoramiento en las condiciones de vida, un resultado esperable en el primer modelo cuando desciende el número de hijos, no parece observarse en el segundo. Necesitaríamos trabajos sobre otros países, siguiendo esta hipótesis sugestiva, para ver si es posible generalizarla al conjunto de América Latina.

Volvamos ahora, ya en el final de estas conclusiones, a la clásica fórmula de Ansley J. Coale: D-V-C, ya que por ahora no hay nada más claro y preciso disponible para entender el descenso de la fecundidad. D, es decir, la disposición, al igual que V, o sea, la voluntad, y C, la capacidad, son dimensiones que combinan tanto ideas y valores como conductas y prácticas concretas y que se insertan siempre en una compleja dinámica social de interacciones y redes que invariablemente conectan estructuras colectivas y conductas individuales. A menudo se ha acudido a los modelos sociológicos y económicos de difusión para tratar de entender mejor e incluso formalizar las características y

---

200 Zavala de Cosío, *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*.; Zavala de Cosío, "La transición demográfica en América Latina y en Europa", pp. 29-30.

modalidades de estos cambios sociales profundos y complejos.[201] Pocas conductas grupales e individuales han sido tan investigadas como el control de la fecundidad; ello se debió a, por lo menos, tres factores: a) el gran interés político en la planificación familiar a partir de la década de 1960; b) la disponibilidad de fondos tanto para la investigación como para la implementación de programas; y c) la abundante disponibilidad de datos provenientes de las encuestas de fecundidad y salud reproductiva. Todo esto se inscribió, naturalmente, como parte del notable desarrollo científico y disciplinario de la demografía y la demografía histórica, particularmente a partir de la década de 1940.

201 Casterline, John B. (ed.). *Difusion Processes and Fertility Transition. Selected Perspectives*. Washington D. C.: National Academy Press, 2001.; Rosero-Bixby, Luis y Casterline, John B. "Interaction Diffusion and Fertility Transition in Costa Rica". *Social Forces,* 73, n.º 2 (1994): 435-462.; Rosero-Bixby, Luis y Casterline, John B. "Modelling Diffusion Effects in Fertility Transition". *Population Studies,* 47, n.º 1 (1993): 147-167.

6

Migraciones, diásporas y transición demográfica

Las grandes líneas del poblamiento latinoamericano

Definiciones[202]

"Migración" es sinónimo de "desplazamiento", en cualquier sentido: dentro de un país, de una ciudad a otra, de una zona rural a una urbana, de un país a otro, de un continente a otro, etc. Constitutivamente, incluye un aspecto espacial, también una dimensión temporal y, a la vez, un elemento referido a cómo se decide el movimiento, el cual puede oscilar entre la libre decisión de moverse y el desplazamiento forzado, con muchos matices y variantes intermedias. Las poblaciones humanas siempre se han movido, buscando otros lugares y oportunidades; este es un aspecto que podemos considerar como una capacidad innata de los humanos, practicada desde hace muchos miles de años hasta el momento presente.

Podemos llamar "diásporas" a todo tipo de migración forzada, basada obviamente en alguna forma de violencia,

---

202 Ver Tapinos, Georges. *Elementos de demografía*. Trad. Pedro Canales Guerrero. Madrid: Espasa-Calpe, 1988., capítulo 7; Herrera Carassou, Roberto. *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones*. México: Siglo XXI Editores, 2006.

y reservar el término "migración" para caracterizar los desplazamientos voluntarios, originados en una gran variedad de motivaciones y presiones de tipo económico, social, político, etc. La distinción entre "migración internacional" y "migración interna" es habitual en los estudios demográficos; en el primer caso, se trata, obviamente, del desplazamiento entre países; en el segundo, de movimientos dentro del ámbito de un país; esta distinción solo tiene aplicación cuando existen Estados con fronteras delimitadas, lo cual ocurre, por lo general, solo en el período moderno. Otra distinción fundamental es la que se hace entre "inmigración" y "emigración"; situándose en un contexto espacial definido (país, región, provincia, ciudad, etc.), se trata en el primer caso de las entradas o llegadas, y, en el segundo, de las salidas; lo que más interesa, en todo caso, es el balance entre entradas y salidas, lo cual dará la inmigración o emigración neta. En ambos casos, es usual calcular tasas refiriendo las cifras netas de entradas o salidas a la población total en cuestión y multiplicando por mil; obtenemos así tasas brutas de inmigración o emigración, enteramente parecidas a las de natalidad y mortalidad.

Conviene notar que las migraciones constituyen un fenómeno muy complejo, mucho más difícil de observar y medir que la mortalidad y la natalidad, tanto por la naturaleza misma del fenómeno, como por la dificultad de registrarlo adecuadamente, al ser algo que transcurre en el tiempo, que puede ocurrir una vez o repetirse varias veces, y que también puede ser reversible, es decir, un migrante puede retornar a su lugar de origen. Dicho de otro modo, la migración no se presta mucho a la formalización, típica del análisis demográfico de la fecundidad, la mortalidad y el crecimiento poblacional. Así las cosas, resulta entendible la ausencia del tema de las migraciones en el concepto de "transición demográfica"; en este caso, el razonamiento demográfico se ha desenvuelto enteramente suponiendo una población cerrada, es decir, sin migraciones o con migraciones que no afectan gran cosa los resultados finales.

Sin embargo, este es un supuesto muy poco realista: la transición demográfica europea ocurre precisamente en una época de emigración internacional masiva. En este capítulo vamos a tratar el tema, ya que, en la historia de América Latina, las migraciones no pueden dejarse de lado.

El espacio es un aspecto fundamental en todo tipo de migración, por lo cual afecta la naturaleza misma del fenómeno; como es bien sabido, el espacio y la localización son partes constitutivas de la geografía y otras disciplinas relacionadas, como la planificación regional (urbana y rural), el ordenamiento territorial, la ecología y la sociología. Territorios y fronteras son probablemente los aspectos que más interesan en el caso de las poblaciones y las migraciones; ambos tienen una definición que es ante todo política y se relacionan directamente con el poder del Estado: control del territorio y dominio exclusivo, es decir, soberano, y reconocido dentro del espacio delimitado por las fronteras. Pero los territorios y las fronteras no tienen sentido sin las poblaciones que los habitan, y sin los movimientos de las migraciones; es más, la noción de "migración" se debe extender también a otros seres vivos, incluyendo también los microorganismos. Epidemias y pandemias han trascendido siempre las fronteras políticas y forman parte de los continuos y complejos intercambios biológicos que son consustanciales de la vida humana, y más en general de la vida en todas sus formas y manifestaciones. Así las cosas, las migraciones tienen tres rasgos fundamentales: a) han sido permanentes a lo largo de la historia humana, desde el proceso de hominización, hace muchos miles de años, hasta los tiempos presentes; b) involucran a todos los seres vivos; e c) implican un proceso continuo de adaptación, aprendizaje, asimilación, conflicto y transformación.

Los intercambios entre los grupos humanos comprenden, obviamente, todos los aspectos de la vida social: biológicos, culturales, económicos, sociales, políticos, etc. Entre los humanos y otros seres vivos, estos son todavía más amplios e incluyen, por lo menos, plantas, animales

y microorganismos, muchos de ellos patógenos. Los intercambios pueden ser, para los grupos humanos, completa o parcialmente inconscientes, desde el punto de vista tanto de su naturaleza como de sus consecuencias. Un ejemplo particularmente ilustrativo es el que se generó luego de la conquista española y portuguesa de América: con la invasión europea del continente, llegaron también nuevas plantas y animales y se produjo la unificación microbiana del mundo.[203]

Los datos y métodos requeridos para estudiar las migraciones tienen sus particularidades. Las estadísticas deben reconstruirse a partir de informaciones muy variadas, como registros de pasajeros, navíos, padrones, censos, encuestas, etc., y a menudo hay que contentarse con datos incompletos. La importancia del espacio torna fundamental la cartografía, desde mapas muy detallados y precisos hasta diagramas y esquemas de flujos. Todo esto plantea desafíos y problemas que se alejan bastante del centro de las preocupaciones del análisis demográfico; ello explica, en buena parte, el carácter relativamente marginal del estudio de las migraciones, más próximo de la geografía y la sociología que de la demografía sin más.

El poblamiento inicial

El continente americano comenzó a poblarse hace unos 15.000 o 20.000 años gracias a diversas oleadas de migraciones de pueblos cazadores y recolectores provenientes de Siberia, que cruzaron lenta y gradualmente por lo que es hoy el estrecho de Bering, el cual, en ese entonces, se había convertido (parcialmente) en terreno seco y transitable (glaciación de Wisconsin). Los migrantes fueron avanzando

---

203 Le Roy Ladurie, Emmanuel. "Un concept: l'unification microbienne du monde (XIVe-XVIIe siècles)". *Revue Suisse d'histoire,* 23, n.º 4 (1973).

hacia el sur, en asentamientos probablemente dispersos y muy distanciados, hasta llegar a la Patagonia en el extremo sur del continente hace al menos unos 9.000 años. Esta ruta del estrecho de Bering es la que los arqueólogos y paleontólogos consideran como la más importante; no se descartan del todo migraciones por mar, tanto desde Siberia como desde la Polinesia. Como quiera que sea, lo importante a notar es que, hace unos 11.000 años, cuando el estrecho de Bering fue cubierto por el mar y alcanzó su configuración actual, las poblaciones americanas quedaron virtualmente aisladas, tanto de las poblaciones humanas como de la flora y la fauna del resto del mundo.[204]

Miles de años después, hacia 1492, en la época del primer viaje de Colón, las poblaciones americanas habían evolucionado hacia un conjunto de sociedades y asentamientos bastante dispares y desigualmente distribuidos, a lo largo y a lo ancho de todo el continente. Al momento de la invasión europea, se considera que había tres tipos bien diferenciados de organización social:[205] a) *sociedades igualitarias* (cazadores y recolectores); b) *cacicazgos* (agricultura de roza, jerarquías sociales en desarrollo, aldeas y algunos centros ceremoniales); y c) *civilizaciones* (agricultura, organización política y militar sobre extensos territorios, centros ceremoniales y urbanos importantes, comercio regional). Las civilizaciones se ubicaban en Mesoamérica (centro y sur de México, Yucatán, Guatemala, El Salvador, parte de Honduras y Nicaragua) y los Andes centrales (desde el centro de Colombia hasta el norte de Chile); los cacicazgos existían en las Antillas, Centroamérica, y ciertas zonas de Norteamérica; las sociedades igualitarias (bandas y tribus) ocupaban los territorios más extensos, es decir, el resto del

---

204 Para estos efectos, el asentamiento efímero de los vikingos en Groenlandia y la Península del Labrador, entre 983 y 1020, no tuvo consecuencias significativas. Proveniente de Islandia, el asentamiento en Groenlandia sobrevivió aislado unos 200 años, pero se extinguió en el siglo XIV.

205 Carrasco, Pedro y Céspedes, Guillermo. *Historia de América Latina I. América indígena. La conquista*. Madrid: Alianza Editorial, 1985., p. 28.

continente. Las densidades de población respondían muy de cerca a esta tipología de la organización social: poblaciones densas en el caso de las civilizaciones, muy poco densas en el caso de las sociedades igualitarias, y densidades intermedias en el caso de los cacicazgos. La población total del continente en el momento de la llegada de los europeos era de unos 50 millones de habitantes; al menos, en esa cifra conjetural coinciden todavía hoy (2022) la mayoría de los estudiosos del tema.[206]

La catástrofe demográfica

La conquista europea provocó, como bien se sabe, una reestructuración brutal de las sociedades indígenas y un declive catastrófico de sus poblaciones. Como las fuentes disponibles son fragmentarias, no hay forma de establecer cifras definitivas; pero la caída de las poblaciones es un hecho indiscutible. Para los fines de este capítulo, baste con un ejemplo ilustrativo que permite hacerse una idea rápida de todo este proceso. Es el caso de las poblaciones de México y América Central, que se presentan en el gráfico 6.1; el total de la población, seguido a lo largo de cinco siglos, sigue una curva en forma de U; un declive muy fuerte hasta finales del siglo XVII, luego una recuperación progresiva, particularmente acelerada en el siglo XX. Hacia 1900 las poblaciones vuelven a los niveles de 1500; sin embargo, su composición étnico-racial ha cambiado radicalmente; la población que declina en los primeros siglos es la de los indígenas, llamados "indios" por los conquistadores; la población que se recupera comprende sobre todo a criollos de ascendencia europea, mestizos, negros africanos esclavos, y también indígenas; hacia 1500 la población latinoamericana

206 Denevan, William M. *The Native population of the Americas in 1492.* Madison, Wis: University of Wisconsin Press, 1992.

pertenece casi en un 100 % a las diversas etnias indígenas, mientras que ya hacia 1900 es producto de una gran mezcla étnica, racial y cultural.

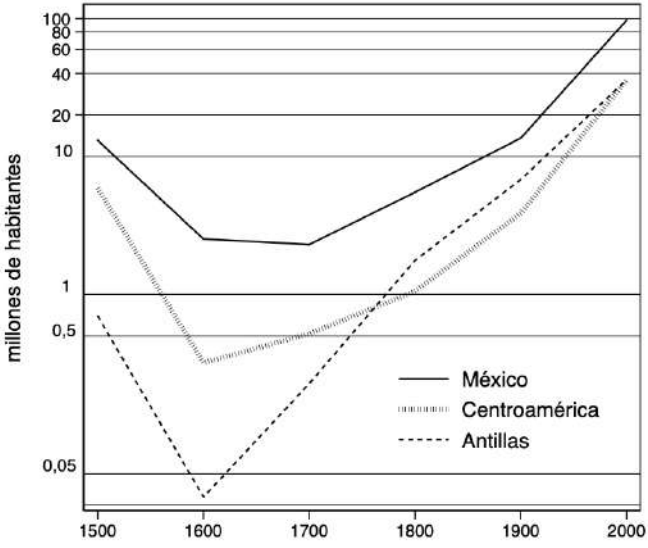


Gráfico 6.1. Estimaciones de la población total de México, Centroamérica y Panamá, y las Antillas (1500-2000) (población en escala logarítmica).
Fuente: Pérez Brignoli, Héctor. "The Population of Mexico, Central America and the Caribbean in the Second Millennium". Texto presentado en el coloquio de la IUSSP, The Population History of the Second Millennium. Florencia, junio de 2001.

La forma en U de las curvas del gráfico 6.1 se repite en todas las poblaciones latinoamericanas; pueden discutirse, según diversas fuentes y opiniones, las cifras del eje de la ordenada, pero la forma en U es indubitable. ¿Cuáles fueron las razones para un descenso tan brutal de las poblaciones indígenas? El tema ha suscitado interminables debates, desde la época misma de la conquista, y ha sido

objeto de una vasta producción historiográfica.[207] Los factores señalados han sido los efectos devastadores de la conquista, incluyendo los siguientes: masacres y esclavización de los indios; los movimientos forzados de las poblaciones indígenas, obligadas en muchos casos a trasladarse masivamente a otras zonas, a menudo de clima y condiciones ambientales muy distintas a las de su hábitat original; la desestructuración brutal de las sociedades indígenas, sometidas al saqueo, la explotación y la enajenación cultural; y finalmente, las epidemias originadas en nuevas patologías, desconocidas en el continente americano, comenzando con la viruela y siguiendo con otras como el sarampión y el tifus. Todos estos factores fueron repetidamente señalados desde el siglo XVI, pero el problema sigue siendo cómo combinar estos factores en un modelo multivariable, estableciendo los pesos y las jerarquías de cada uno de ellos. Revisando la bibliografía disponible, resulta claro que no es posible proponer un modelo único, aplicable a todos los casos; entretanto, sí se puede, como lo ha propuesto Massimo Livi Bacci, formular una tipología (comparativa) del descenso en algunas regiones.[208]

El primer modelo es el de las Antillas; allí es donde se produjo el primer encuentro entre europeos y amerindios, lo cual llevó, bastante rápido, al virtual exterminio de las poblaciones indígenas originales. Cuando llegó el momento, en el siglo XVII, de valorizar las islas para el desarrollo de la economía de plantación, los europeos introdujeron masivamente esclavos africanos y así consiguieron repoblar el archipiélago. A la llegada de Colón, las islas tenían

---

207 Una visión reciente y actualizada se encuentra en un número especial de la *Revista de Indias* que vale la pena consultar: Sánchez Albornoz, Nicolás (coordinador). "Dossier: Epidemias o explotaciones? La catástrofe demográfica del Nuevo Mundo". *Revista de Indias,* LXIII, n.º 227 (2003): 9-188.

208 Livi Bacci, Massimo. *Los estragos de la conquista. Quebranto y declive de los indios de América*. Trad. Antonio Martínez Riu. Barcelona: Crítica, 2006., pp. 275-279. Esta obra, escrita con ojos de demógrafo y genuino espíritu de historiador, es la más importante e innovadora sobre el tema que se ha publicado en los últimos veinte años.

poblaciones relativamente poco densas, alcanzando en el conjunto un poco menos del millón de habitantes; la fiebre del oro de los europeos pronto esquilmó a los indígenas, sometidos a una explotación despiadada y privados de sus productos básicos de subsistencia; la viruela recién apareció en 1518-1519 y completó la obra de destrucción.[209] En el caso antillano, es claro que la devastadora explotación de los indígenas precedió a las epidemias importadas; el resultado final fue el exterminio: en 1542 solo quedaban 20 indios en la Española (Santo Domingo), y la situación era muy similar en el resto de las Grandes Antillas.

El *segundo modelo es el de México y Perú*. En el centro y sur de México y en los Andes peruanos, había poblaciones densas y un notable desarrollo urbano y comercial, bajo la organización política del Imperio azteca y el Imperio incaico, respectivamente; en ambos casos se produjo un fuerte declive de las poblaciones indígenas, pero, a partir del siglo XVII, hubo también una importante recuperación demográfica, por lo cual, en ambas zonas, persistieron poblaciones indígenas relativamente numerosas. Las modalidades del declive fueron, sin embargo, algo diferentes.

México tenía poblaciones muy densas, y la viruela llegó en 1520, junto con la conquista; los efectos fueron devastadores, pero, luego de los choques iniciales, la situación tendió a estabilizarse, aunque hubo fuertes brotes epidémicos, particularmente en 1545-1547 y 1576-1580; se mantuvieron muchas de las redes sociales indígenas originales, y el poder de la administración colonial, con un fuerte componente eclesiástico, se impuso bastante rápidamente sobre los intereses privados de los conquistadores; la catástrofe demográfica no fue evitada, pero sí mitigada. En 1568 la población de México era probablemente algo menor a los 3 millones de habitantes; la cifra correspondiente a 1519, es decir, al momento del contacto, podría haber sido de

---

209 Ver también Livi Bacci, Massimo. "Return to Hispaniola: Reassesing a demographic catastrophe". *Hispanic American Historical Review,* (2003).

unos 11 millones, mientras que, a mediados del siglo XVII, la población indígena mexicana alcanzaba, si acaso, 1 millón y medio.

En *Perú* el panorama fue algo distinto. La conquista (1532) fue precedida por una cruenta guerra civil entre los herederos del inca Huayna Cápac; la conquista misma fue larga y extremadamente violenta, y se combinó además con un interminable conflicto entre los conquistadores; el poder de la Corona y la "pacificación" se impuso recién hacia 1570. Bajo el virrey Toledo (1569-1581), la reorganización colonial fue drástica: traslado forzoso de indígenas a los nuevos pueblos planificados, establecimiento de la *mita* para garantizar la mano de obra de las minas de Potosí, cargas tributarias fuertes sobre el conjunto de la población indígena. Las epidemias también asolaron la región andina, pero la opinión predominante ahora es que su impacto fue más tardío y menos letal que en México y las Antillas. La explicación de esto parece estar en las características ambientales y topográficas de la sierra y la menor densidad de las poblaciones andinas, comparadas con las mesoamericanas.[210]

El *tercer modelo de declive* es el característico de las *bandeiras.* Las *bandeiras* fueron expediciones organizadas en los asentamientos portugueses de la costa de Brasil para capturar y esclavizar indígenas tierra adentro. Este modelo no fue exclusivo de Brasil y estuvo presente también en las zonas de frontera de la colonización española y anglosajona. Las *bandeiras* obligaban a las poblaciones indígenas a huir tierra o selva adentro, generalmente a un hábitat diferente y desfavorable; no es posible cuantificar el impacto demográfico de este modelo, pero estuvo presente durante varios siglos, incluso en algunos casos como el sur de la Argentina y Chile hasta finales del siglo XIX; y la mayor

210 Livi Bacci, *Los estragos de la conquista. Quebranto y declive de los indios de América*., pp. 277-279.

parte de estas poblaciones indígenas acabaron siendo sometidas o exterminadas.[211]

El *cuarto modelo* es el de las *misiones jesuíticas* del Paraguay.[212] Este fue un modelo demográficamente exitoso; los indígenas, predominantemente guaraníes, fueron concentrados en pueblos y evangelizados por los jesuitas; el modelo de vida era solidario y cooperativo, en comunidades agrícolas relativamente autónomas; la imposición de la monogamia permitió una alta natalidad y fue un seguro cuando el impacto externo de las epidemias elevaba significativamente la mortalidad. Desde mediados del siglo XVII hasta la expulsión de los jesuitas (1767) y el fin de las misiones, las poblaciones crecieron regularmente, a pesar de la incidencia de las epidemias. La relativa autonomía de las misiones y sobre todo su aislamiento, en zonas selváticas y de difícil acceso, frente a la insaciable avaricia de las elites coloniales españolas y portuguesas son los factores principales para explicar el éxito del modelo. De hecho, al producirse la expulsión de los jesuitas, el control de las misiones pasó a manos de las autoridades coloniales y se produjo la rápida desagregación y despoblamiento de las comunidades. Aunque en el contexto colonial el modelo de las misiones jesuíticas puede parecer muy atípico, lo cual era sin duda cierto, el interés del caso reside en que nos permite ver cómo una organización social que no expolia ni esclaviza a los indígenas se traduce también en poblaciones crecientes, a pesar del impacto externo, y letal, de las epidemias.

La tipología presentada no cubre, por supuesto, todos los casos observados; más bien debe entenderse como una

---

211 En estas zonas de frontera, a veces llamadas "zonas de refugio", las relaciones entre las autoridades coloniales (y después republicanas) y los indígenas fueron complejas e incluyeron, además de la guerra, el comercio, la evangelización y muchas formas de aculturación.

212 Livi Bacci, *Los estragos de la conquista. Quebranto y declive de los indios de América*., p. 277 y pp. 233-266; Livi Bacci, Massimo. *Amazzonia. L'impero dell'acqua 1500-1800*. Bolonia: Società Editrice il Mulino, 2012; Livi Bacci, Massimo. *El Dorado en el Pantano. Oro, esclavos y almas entre los Andes y la Amazonia*. Trad. Bernardo Moreno Carrillo. Madrid: Marcial Pons Historia, 2012.

guía o hipótesis para presentar las diferentes modalidades del terrible declive demográfico de las poblaciones indígenas. Sabemos muy poco todavía de la caída de las poblaciones de la costa del Pacífico, desde México hasta Perú, al igual que lo ocurrido con los habitantes del litoral del golfo de México; y hay muchos más claroscuros en una historia en la cual conocemos invariablemente el final, pero sin que logremos describir y explicar bien lo ocurrido. Otros aspectos conexos agregan todavía más complejidad al tema; hubo importantes desplazamientos y repoblaciones fuera del control colonial; ese fue el caso del Darién, en Panamá; exterminadas por la conquista las poblaciones originarias, en la primera mitad del siglo XVI, las selvas del Darién fueron repobladas por migraciones de los pueblos kunas y emberá-wounaan, provenientes del noreste de Colombia en el siglo XVII. La etnogénesis, es decir, el surgimiento de nuevos grupos étnicos, es otra característica importante; entre varios ejemplos, se pueden mencionar los casos de los pueblos miskito y garífuna, en la costa caribe de Honduras, Nicaragua y Belice.[213]

La ocupación del territorio

La conquista y colonización española y portuguesa fue ocupando lentamente los territorios americanos; una vez que el Tratado de Tordesillas (1494) definió las jurisdicciones básicas, los portugueses quedaron limitados a las costas de Brasil, mientras que los españoles recibieron el resto del continente americano. Primero desde Santo Domingo y Panamá (hasta 1519), y luego desde México y Perú (1519-1600), la conquista fue avanzando en todas las direcciones posibles; sin embargo, luego de las exploraciones

213 Ver Hall, Carolyn y Pérez Brignoli, Héctor. *Historical Atlas of Central America*. Norman: University of Oklahoma Press, 2003.

iniciales, la colonización efectiva se asentó permanentemente solo en los lugares de interés económico e importancia estratégica; así las cosas, el control efectivo por parte del Estado colonial abarcaba territorios relativamente reducidos, con relación a la inmensidad americana. Los portugueses se asentaron en las costas de Brasil y solo en forma muy lenta fueron penetrando hacia el interior continental. Estos procesos de ocupación y control del territorio se muestran sumariamente en el mapa 6.1. Hacia 1800, es decir, al final del período colonial, la mayor parte de las zonas selváticas del interior de Sudamérica escapaban todavía al control colonial, y lo mismo ocurría con la Patagonia. En el caso del istmo centroamericano, el mapa 6.1, por cuestiones de escala, generaliza y simplifica demasiado la información; por esto hemos incluido también el mapa 6.2. Como allí se puede apreciar, desde 1520 hasta 1800 la colonización española controló apenas un tercio del territorio centroamericano; los límites de las áreas ocupadas cambiaron muy poco en el transcurso de este largo período. En cambio, durante el siglo xix, la expansión del poblamiento fue muy intensa, y alcanzó a cubrir unos dos tercios del territorio hacia 1920. Después de esa fecha, y sobre todo a partir de 1950, el proceso de ocupación se aceleró todavía más, hasta llegar al final de la frontera agrícola en un período aproximado de 20 años. En las dos décadas finales del siglo xx, la mayoría de la población centroamericana vivía en ciudades; las áreas de bosque que todavía quedaban (generalmente en zonas muy montañosas y de acceso difícil) pasaron a ser consideradas como "zonas protegidas" y requisito fundamental del futuro "desarrollo sostenible".[214]

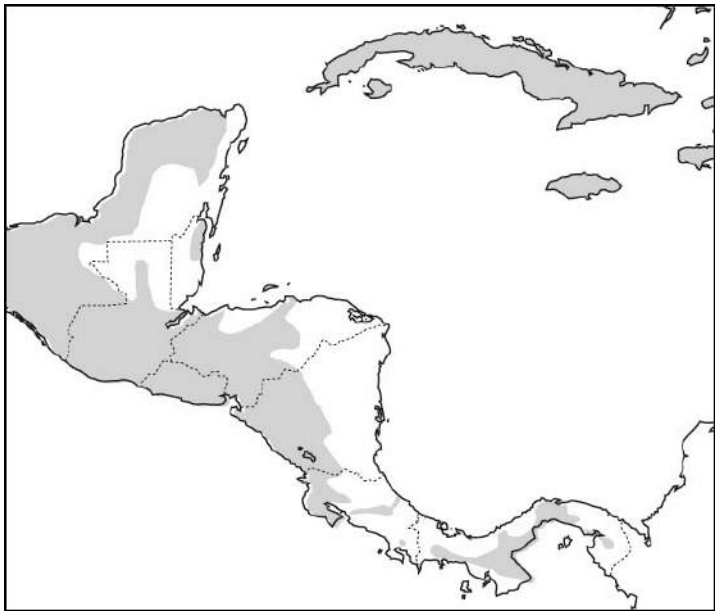
---

214 Sobre estos procesos, ver el estudio detallado en Hall y Pérez Brignoli, *Historical Atlas of Central America*., parte ii.

Mapa 6.1. América Latina, ocupación colonial del territorio (1500-1800)

Fuente: elaboración propia a partir de Butland, Gilbert J. "Frontiers and Settlement in South America". Revista Geográfica, n.º 65, IPGH, 1966, pp. 93-107.

Mapa 6.2. Istmo centroamericano: territorios bajo control colonial (áreas en gris) hacia 1800



Fuente: Hall y Pérez Brignoli. *Historical Atlas of Central America*. Parte II.

Ahora bien, la ocupación del territorio obedece a una gran cantidad de factores: políticos, militares, económicos, demográficos, etc. Es posible formular una tipología sumaria, útil para propósitos comparativos, considerando dos factores fundamentales: las tierras disponibles y el tipo de organización de la colonización. La disponibilidad de tierras tiene que ver con su accesibilidad y factibilidad económica de explotación (red de caminos, sistema de transportes, facilidades para la construcción ferroviaria, etc.), incluyendo las características topográficas del terreno (de montañas a llanuras) y el clima (de tropical o subtropical a templado y desértico). La organización de la colonización se refiere a un continuo que va desde la colonización espon-

tánea de familias campesinas migrantes hasta empresarios y grupos organizados; la acción de las grandes empresas bananeras, mineras y petroleras se puede incluir también aquí, y debe entenderse como la forma de colonización más vertical y organizada. Dentro del juego de dimensiones que acabamos de introducir, se pueden evocar enseguida, y en forma rápida, algunos casos bien conocidos.

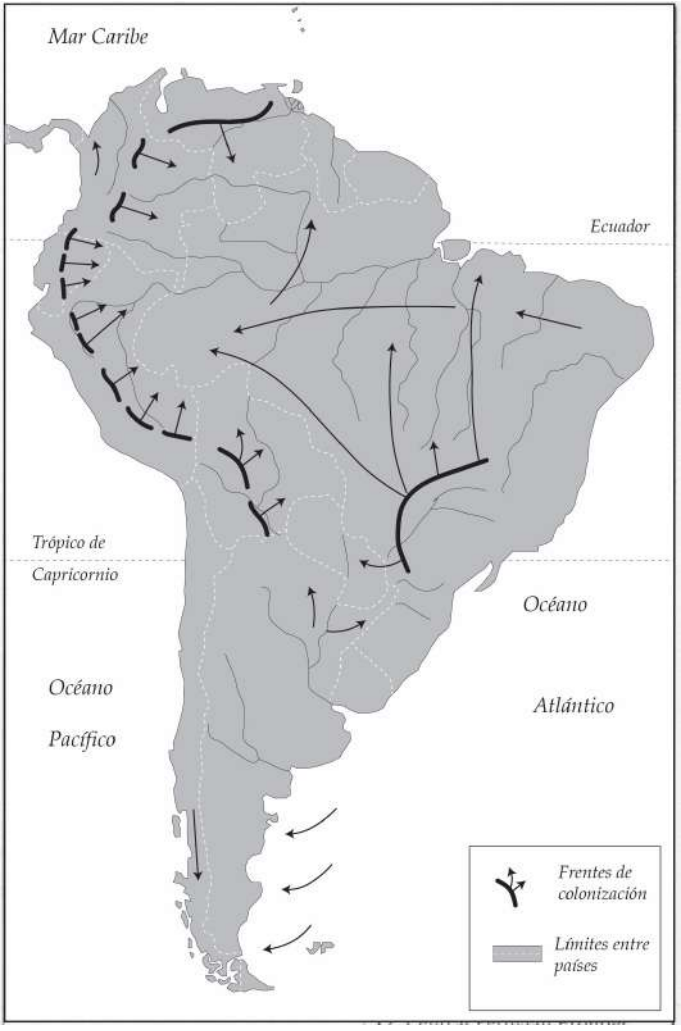
La expansión de los cultivos de café para la exportación (siglos XIX y XX) en Costa Rica, Colombia y Brasil ofrece ejemplos contrastantes de gran interés. En Costa Rica se trató de una colonización de pequeños y medianos campesinos que fue avanzando lentamente hacia las tierras disponibles y aptas para el cultivo del café de altura: de hecho, la frontera agrícola del café tardó en el Valle Central de Costa Rica, casi un siglo en cerrarse (hacia 1930). La zona era selvática y montañosa y las técnicas de cultivo se acercaban mucho a una jardinería intensiva en terrenos ondulados; la expansión siguió el ritmo del crecimiento vegetativo de la población. En Colombia, el proceso guardó cierto parecido con el de Costa Rica, pero se produjo a una escala mucho mayor, y sobre todo durante el siglo XX. En el sur de Brasil (San Pablo – Paraná), la expansión ocurrió en terrenos mucho más planos y en extensiones relativamente grandes; hubo campesinos medianos, siendo muchos de ellos inmigrantes europeos, y también operaron empresas de colonización. El café brasileño (tipo "robusta"), diferente de los "suaves aromáticos" de Colombia y Costa Rica, se producía en gran escala y de hecho dominaba la oferta en el mercado mundial. En los tres casos, la expansión agrícola acabó con el bosque primario.

El caso de Argentina muestra otras facetas de la ocupación del territorio mediante la colonización. La gran expansión agrícola en la región pampeana fue precedida por una expedición militar que exterminó a las poblaciones indígenas araucanas hacia 1879; una inmensa zona de fértiles llanuras y clima templado quedó así abierta para la explotación agrícola y ganadera y la consiguiente construcción de

líneas férreas, indispensable para el transporte de los productos exportables. La pampa argentina se pobló en unas pocas décadas con miles de inmigrantes europeos, en su mayoría italianos y españoles; la clase terrateniente mantuvo el control de grandes propiedades y los inmigrantes fueron en su mayoría arrendatarios. En el noreste de la pampa argentina, en Santa Fe, predominó en cambio la colonización agrícola organizada, con un patrón de pequeñas y medianas propiedades. Y así se podrían agregar muchos otros ejemplos de colonización agrícola y ocupación del territorio; las particularidades de cada caso resultan, por lo general, más interesantes y significativas que las pocas generalidades que pueden establecerse con seguridad.

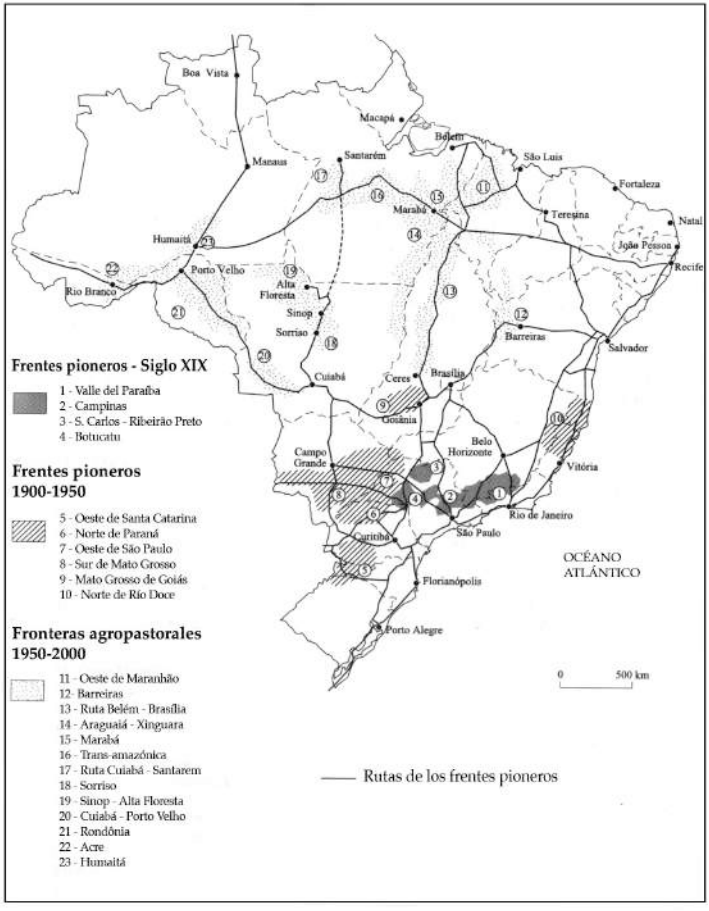
Para finalizar con este tema, consideremos ahora, en forma más general, el caso de los frentes pioneros de colonización en Sudamérica, y con más detalle en Brasil, tal como aparecen ilustrados en los mapas 6.3 y 6.4. Los frentes de colonización agrícola partieron de las zonas de poblamiento más antiguo hacia las regiones "vacías", es decir, cubiertas todavía por el bosque primario y abiertas a la colonización. El mapa 6.3 ubica los principales frentes de colonización en los siglos XIX y XX; como se puede observar, en Colombia, Ecuador y Perú, estos se ubicaban predominantemente de norte a sur, en las laderas orientales de los Andes, y fueron penetrando hacia los valles y las sabanas que descendían hacia la cuenca del Amazonas. En Venezuela bajan desde las sierras hasta los llanos del Orinoco, y en Bolivia empujaron hacia el norte y el este, sobre todo en la región de Santa Cruz de la Sierra. En la Mesopotamia argentina, se orientaron hacia el Chaco y Misiones. Además de estos frentes pioneros que penetraron hacia las selvas interiores del corazón del continente, hay que mencionar la colonización colombiana hacia el Chocó, en la frontera con Panamá, y la colonización en la Patagonia, tanto chilena como argentina. El caso de Brasil, presentado sumariamente en el mapa 6.3, se muestra con detalle en el mapa 6.4.

Mapa 6.3. Sudamérica: frentes pioneros de colonización agrícola en los siglos XIX y XX



Fuente: elaborado según Caviedes, César y Knapp, Gregory. *South America.* Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall, 1995, p. 134.

Mapa 6.4. Brasil: frentes pioneros de colonización en los siglos XIX y XX



Fuente: Droulers, Martine. *Brésil: une géohistoire*. París: PUF, 2001, p. 189.

Durante el siglo XIX, los frentes pioneros brasileños se encontraban en Río de Janeiro y San Pablo y buscaban la expansión de los cultivos de café; en San Pablo y Paraná,

esos movimientos continuaron durante la primera mitad del siglo XX. Otras zonas de colonización agrícola en este mismo período se localizaron en el sur de Mato Grosso, Goiás y río Doce (litoral atlántico). La segunda mitad del siglo XX se caracterizó por la expansión agrícola y ganadera en extensas zonas que fueron penetrando poco a poco las selvas y sabanas de la inmensa cuenca del Amazonas; el mapa 6.4 también permite seguir con detalle las principales rutas de los frentes pioneros.

Presentados los movimientos de colonización agrícola, conviene ahora reflexionar sobre la relación entre el avance de los frentes pioneros y el crecimiento demográfico. El esquema de Malthus, basado en el caso del occidente europeo antes de 1800, propuso, como es bien conocido, la producción agrícola y la disponibilidad de alimentos como determinantes fundamentales del crecimiento demográfico; un aumento de la población que rompiera el delicado balance con la producción de alimentos conducía inevitablemente a un incremento de la mortalidad y un freno subsecuente al crecimiento demográfico. Las ideas de Malthus estaban basadas en la observación de rendimientos decrecientes (tierras fértiles limitadas, técnicas sin innovaciones), lo cual era típico de la agricultura europea antes de la llamada "revolución agrícola".[215]

En una obra que tuvo mucha repercusión en la década de 1960, Ester Boserup propuso un modelo de evolución agraria mucho más general, dentro del cual el caso malthusiano europeo aparecía lejos del alcance universal que se le había generalmente atribuido.[216] Boserup invirtió el esquema causal y consideró la presión demográfica como un factor positivo que, por lo general, inducía a un uso más intensivo del suelo. La experiencia de Boserup provenía de

---

215 Véase Livi Bacci, Massimo. *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*. Trad. Bignozzi, Juana. Barcelona: Ediciones Ariel, 1988., pp. 25-35.

216 Boserup, Ester. *The Conditions of Agricultural Growth*. Chicago: Aldine, 1965.

observaciones sobre la agricultura campesina en África y en Asia; su visión fue complementada y enriquecida por estudios posteriores de muchos otros autores.[217]

En América Latina las ideas de Boserup fueron utilizadas por algunos autores, entre los que hay que mencionar a Maria Luiza Marcílio.[218] Estudiando la región de San Pablo entre 1700 y 1836, ella observó un crecimiento constante de la población y un movimiento continuo de la frontera agrícola; el uso de la tierra se intensificó y los asentamientos avanzaron hacia el interior y se fueron configurando como un conjunto de islas interconectadas por caminos y ríos, en un paisaje dominado todavía por el bosque. En el siglo XVIII e inicios del XIX, se observa el pasaje de las técnicas del "barbecho forestal" a las más intensivas del "barbecho arbustivo" (según la terminología de Boserup), y luego al "barbecho corto" y el uso frecuente de animales de tiro. Los espacios de bosque entre los asentamientos se fueron llenando poco a poco, lo que explica también el avance relativamente lento de la frontera de la colonización agrícola, siempre en función del crecimiento demográfico y el aumento de las densidades de ocupación del territorio; más tarde, en el siglo XIX y sobre todo en el siglo XX, todo esto culminó con el uso urbano e industrial de la tierra, cada vez más importante.

Procesos bastante parecidos a los observados en la región de San Pablo se han presentado también en los Andes colombianos,[219] en Costa Rica,[220] y en ciertas regiones de México; y no son por cierto los únicos ejemplos.

---

217 Ver Grigg, David B. *The Agricultural Systems of the World. An Evolutionary Approach*. Londres: Cambridge University Press, 1974.; Mazoyer, Marcel y Roudart, Laurence. *Histoire des Agricultures du Monde. Du Néolithique à la crise contemporaine*. París: Éditions du Seuil, 1998.

218 La obra fue concluida como tesis de "libre-docência" en 1974 y circuló entre los especialistas; la publicación en libro tardó 26 años: Marcilio, Maria Luiza. *Crescimento demográfico e evolução agrária paulista, 1700-1836*. San Pablo: Hucitec, 2000.

219 Ver dentro de una copiosa bibliografía la obra clásica de Parsons, James Jerome. *Antioqueño colonization in western Colombia*. Ibero-Americana: University of California Publications. Berkeley: University of California Press, 1949.

220 Sandner, Gerhard. *La colonización agrícola de Costa Rica. 2 vols*. San José: Instituto Geográfico de Costa Rica, 1962.; Samper, Mario. *Generations of Settlers:*

Estos procesos de ocupación del territorio en "archipiélago", que parecen ser típicos de las zonas montañosas tropicales y subtropicales, contrastan con la expansión agrícola y ganadera en las llanuras de clima templado, bien ejemplificados por la región pampeana en Argentina. En este caso, la presión demográfica no cuenta y la rápida expansión de la frontera se explica más que todo en términos políticos y económicos: 1) campañas militares que expulsan y finalmente exterminan a las poblaciones indígenas nómadas; 2) la correlativa expansión ganadera para la exportación de tasajo, cueros y más tarde lana de oveja; 3) la construcción de una densa y extendida red ferroviaria convergente en el puerto de Buenos Aires; 4) la inmigración europea masiva; 5) la explotación de las ricas tierras pampeanas con una combinación de ganadería vacuna orientada a la exportación de carnes y una próspera agricultura cerealera emprendida sobre todo por los inmigrantes italianos y españoles; 6) la consolidación de una poderosa clase terrateniente que controlaba la propiedad de la tierra desde la expansión militar de la frontera y el desalojo de los indígenas.[221]

De lo expuesto en esta sección, resulta claro que las dimensiones demográficas de la ocupación del territorio y la colonización agrícola se inscriben en general dentro de la historia económica y política, y en particular dentro de la historia social agraria, de los diferentes países y regiones. No existe, al menos por el momento, un modelo general estilizado de las relaciones entre las variables demográficas y la ocupación del territorio que se pueda aplicar a la historia latinoamericana de los últimos 500 años.

Rural Households and Markets on the Costa Rican Frontier, 1850-1935. Boulder: Westview Press, 1990.

221 Gaignard, Romain. *La Pampa argentina. Ocupación, poblamiento, explotación. De la conquista a la crisis mundial, 1550-1930*. Trad. Ricardo Figueira. Buenos Aires: Ediciones Solar, 1989.

La esclavitud africana[222]

Entre 1501 y 1866, llegaron a las Américas unos 10 millones y medio de esclavos africanos. La trata, como se conoce ese tráfico inhumano, tenía las características siguientes: 1) movilizaba vastos recursos comerciales, financieros y marítimos, desde los puertos europeos y africanos (costa occidental de África) hasta los puertos de entrada en las Américas; 2) beneficiaba a una amplia red de comerciantes europeos, árabes y africanos, siendo una contribución importante a la acumulación de capital previa a la Revolución Industrial; y 3) proporcionó la mano de obra que permitió el desarrollo de las plantaciones y la producción y exportación de azúcar de caña en Brasil y las Antillas y de tabaco en la costa sureste de los Estados Unidos. Las sociedades coloniales que se desarrollaron con la mano de obra proveniente de la trata fueron no solo fuertemente desiguales, sino también profundamente racistas; la idea de la inferioridad racial de los negros impregnó las relaciones sociales y sería, aun en el muy largo plazo, algo difícil de superar. Otro aspecto notable fue que, cuando se considera globalmente la trata, resulta claro que los Estados y las élites africanas participantes no fueron víctimas pasivas, sino eslabones importantes de un sistema inhumano y despiadado; los beneficios económicos de la trata se extendieron así desde las costas de África hasta las plantaciones americanas, pasando por los circuitos comerciales y financieros del occidente europeo.

---

222 Ver Pétré-Grenouilleau, Olivier. *Les trites négrières. Essai d'histoire globale*. París: Gallimard, 2004.; Klein, Herbert S. *The Middle Passage. Comparative studies in the Atlantic slave trade*. Princeton: Princeton University Press, 1978.; Davis, David Brion. *The Problem of Slavery in Western Culture*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press, 1966.; Eltis, David. *The Rise of African Slavery in the Americas*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.; Eltis, David, Behrendt, Stephen D., Richardson, David, y Klein, Herbert S. *The trans-Atlantic slave trade a database on CD-ROM*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press, 1999.

El gráfico 6.2 muestra las cifras anuales de los esclavos africanos desembarcados en las Américas desde el comienzo (1501) hasta el fin de la trata (1866). A partir de 1650, la trata superó las 20.000 llegadas anuales y creció en forma constante hasta finales del siglo XVIII, cuando excedía las 90.000 llegadas anuales; luego comenzó un descenso irregular asociado a la prohibición británica de la trata en 1808 y el triunfo posterior de los movimientos abolicionistas.

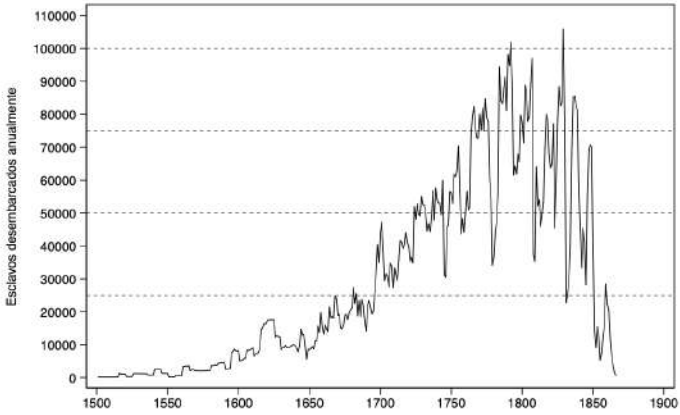


Gráfico 6.2. Esclavos africanos desembarcados en las Américas, 1501-1866 (cifras anuales).
Fuente: Eltis y otros. *Trans-Atlantic Slave Trade Database – Estimates.* En bit.ly/3KIFJtt, consultada el 3/09/2020.

La distribución de los esclavos por regiones fue desigual y obedeció a la demanda diferencial de esta mano de obra forzada para el trabajo agrícola, minero y doméstico. Los datos disponibles se presentan en el cuadro 6.1 y muestran las llegadas en períodos de 25 años y el total acumulado al final. Brasil, con un 46,2 %, y el Caribe (sin Cuba y Puerto Rico), con un 38 %, concentraron más del 80 % de las llegadas; al conjunto de Hispanoamérica, llegaron un 12,3 % de los esclavos, y a Estados Unidos, apenas un 3,7 %. Estas proporciones contrastan notablemente con las cantidades de población esclava al momento de la abolición: en 1860 había en los Estados Unidos casi 4 millones de esclavos y medio millón de "libres de color"; en Brasil, en cambio, el censo de 1872 registró 1,5 millones de esclavos y más de 4 millones de "libres de color". Este contraste revela que la población esclava del sur de los Estados Unidos se reproducía internamente y no dependía de la trata, mientras que Brasil ilustraba el caso inverso: allí la esclavitud requería del abastecimiento que proveía la trata. Los "libres de color", escasos en Estados Unidos en comparación con Brasil, reflejaban que las manumisiones fueron también profundamente desiguales: muy importantes en Brasil y poco significativas en el sur esclavista norteamericano.[223]

223 Las cifras provienen de Klein, Herbert S. *La esclavitud africana en América Latina y el Caribe*. Madrid: Alianza Editorial, 1986., p. 175.

Cuadro 6.1. Esclavos africanos desembarcados en América, 1501-1875

	Estados Unidos	*Caribe inglés*	*Caribe francés*	*Caribe holandés*	*Caribe danés*	*Hispanoamérica*	*Brasil*
1501-1525	0	0	0	0	0	8.923	0
1526-1550	0	0	0	0	0	35.534	0
1551-1575	0	0	0	0	0	40.671	2.461
1576-1600	0	0	0	0	0	84.242	26.814
1601-1625	0	567	0	0	0	117.709	156.468
1626-1650	100	26.639	545	0	0	61.482	163.938
1651-1675	3.970	86.770	16.746	52.190	0	32.292	204.575
1676-1700	11.077	196.501	21.394	71.967	18.146	14.021	259.475
1701-1725	39.303	280.470	82.147	53.413	8.059	37.856	423.161
1726-1750	106.671	357.150	212.325	73.051	4.515	17.435	468.690
1751-1775	118.822	580.824	309.733	118.145	18.271	21.030	476.010
1776-1800	30.687	594.879	390.929	50.606	37.763	69.212	621.156
1801-1825	77.613	183.701	63.517	25.355	17.223	254.777	1.012.762
1826-1850	91	10.751	22.880	0	5.021	333.781	1.041.964
1851-1875	413	0	0	0	0	163.947	6.899
Totales	388.747	2.318.252	1.120.216	444.727	108.998	1.292.912	4.864.373
%	3,7 %	22,0 %	10,6 %	4,2 %	1,0 %	12,3 %	46,2 %

Fuente: Eltis y otros. *Trans-Atlantic Slave Trade Database – Estimates.*

El desglose de los esclavos desembarcados en Hispanoamérica se presenta en el cuadro 6.2. Se observa, ante todo, el predominio aplastante de Cuba con un boyante sistema de plantaciones y exportaciones de azúcar durante el siglo XIX; la región denominada "Otros puertos del Caribe hispano" incluye Santo Domingo, Cartagena y Portobelo, como puertos de entrada, y alcanzó su apogeo en el siglo XVII e inicios del siglo XVIII; el rubro "otras regiones" contiene a Veracruz al igual que a Guayaquil y el Callao, de nuevo, con un notable apogeo entre los siglos XVI y XVII. En el caso de la colonización española, la esclavitud resultaba marginal, comparada con lo que fue la importancia del trabajo de las poblaciones indígenas. El caso de Cuba es, en este sentido, tan excepcional como tardío, y llenó el vacío

en las exportaciones de azúcar provocado por la rebelión de los esclavos y el colapso del sistema de plantaciones en Haití (1791-1804).

La abolición de la esclavitud se produjo entre 1804 y 1888 y fue precedida, desde el período colonial, por la práctica de la manumisión, es decir, la concesión, por parte del dueño, de la libertad del esclavo; en muchos casos, el esclavo compraba su libertad, lo cual implicaba que este disponía de un margen de independencia dentro de la finca o plantación. Dependiendo de las circunstancias y las regiones, este margen de independencia del esclavo, que ha sido caracterizado como una brecha campesina en el contexto de la economía esclavista, podía tener mayor o menor importancia; indica, en todo caso, que las relaciones sociales en el seno de la plantación eran particularmente complejas. [224] Esto hizo que, en el transcurso del tiempo, aparecieran poblaciones clasificadas como "libres de color". A la manumisión y la abolición, se les sumaron los procesos sociales y demográficos de mezcla étnica y racial, al igual que el desarrollo de la discriminación, los prejuicios y el racismo. En el contexto y las dimensiones de este capítulo, solo podemos señalar la presencia viva de estos problemas fundamentales que caracterizan tanto el pasado como el presente de las poblaciones latinoamericanas.

---

224 Cardoso, Ciro Flamarion. *Escravo ou camponês? O protocampesinato negro nas Américas*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Cuadro 6.2. Esclavos africanos desembarcados en Hispanoamérica, 1501-1875

	Cuba	Puerto Rico	Otros puertos del Caribe hispano	Río de la Plata	Otras regiones
1501-1525	0	0	0	0	8.923
1526-1550	0	0	1.903	0	33.631
1551-1575	0	0	3.584	0	37.087
1576-1600	0	0	44.622	0	39.620
1601-1625	0	0	105.785	0	11.924
1626-1650	0	0	52.813	699	7.970
1651-1675	336	305	19.391	5.536	6.724
1676-1700	0	0	13.876	145	0
1701-1725	2.417	0	18.542	16.684	212
1726-1750	991	383	3.664	11.217	1.181
1751-1775	8.386	9.757	786	940	1.160
1776-1800	56.239	477	1.895	6.702	3.898
1801-1825	228.516	3.689	639	21.521	412
1826-1850	317.709	12.271	0	3.801	0
1851-1875	163.947	0	0	0	0
Totales	778.541	26.882	267.500	67.245	152.742

Fuente: Eltis y otros. *Trans-Atlantic Slave Trade Database – Estimates.*

Antes de dejar este tema, conviene trazar una comparación rápida entre la esclavitud en los Estados Unidos y en América Latina. En ambos casos, el eje económico fue el complejo agroindustrial de la plantación azucarera; la secuencia diacrónica y espacial no debe olvidarse: los portugueses comenzaron con ensayos en Madeira, frente a la costa occidental africana, y hacia 1560 los trasladaron al nordeste de Brasil; el despegue de los ingenios en Recife y Pernambuco tentó a los holandeses, y estos ocuparon el noreste brasileño en 1630; desalojados en 1654, trasladaron la experiencia, considerablemente enriquecida, hacia algunas islas del Caribe, donde muy pronto fueron imitados por plantadores y comerciantes británicos y franceses; por su

parte, los colonos británicos de la costa sureste de los Estados Unidos (Virginia y las Carolinas) también importaron esclavos africanos y desarrollaron plantaciones de tabaco, arroz e índigo (más tarde algodón), además de otros productos agrícolas y ganaderos, participando activamente en el llamado "comercio triangular" (Costa de África, islas del Caribe / costa este de Estados Unidos, puertos europeos). La economía de la plantación esclavista tuvo así un origen común y compartió las características básicas relevantes en todo el continente americano.

Pero hubo luego una importante evolución diferencial. Como ya se dijo, los Estados Unidos no dependieron de la trata para el abastecimiento de esclavos; esto facilitó un desarrollo relativamente endógeno del mundo de las plantaciones; cristianizados, los esclavos crearon su propia cultura afroamericana, con raíces africanas cada vez más lejanas. Muy distinta fue la situación en Brasil y las islas del Caribe; la dependencia de la trata renovaba constantemente la población negra con nuevos contingentes llegados desde África. Otra diferencia relevante que también ya fue indicada se refiere a la importancia de las manumisiones y el peso creciente de los "libres de color". Y un último factor tiene que ver con las modalidades del proceso de abolición de la esclavitud; en Brasil, Hispanoamérica y el Caribe (salvo Haití), fue un proceso gradual y negociado que se extendió durante varias décadas; en los Estados Unidos, en cambio, la abolición produjo el choque violento entre el norte y el sur, lo cual se saldó primero en la sangrienta guerra de Secesión (1861-1865), y luego en la llamada Reconstrucción, período durante el cual se instauró, en los Estados del sur, un conjunto de leyes y prácticas de discriminación y segregación racial en perjuicio de los exesclavos. Estos diferenciales en la base étnica y demográfica y los procesos de abolición incidieron fuertemente en lo que podemos llamar la "inserción de las poblaciones negras afrodescendientes en la formación de las naciones", la cual se movió entre dos polos extremos: integración versus segregación.

En América Latina la integración fue el modo predominante, mientras que en los Estados Unidos, particularmente en el sur, la segregación fue lo usual hasta la década de 1960. Esta afirmación es por cierto esquemática pero certera; la cultura española y portuguesa era relativamente favorable a la mezcla racial, y eso explica la importancia de las manumisiones y el uso extendido del principio de que "el dinero blanquea"; como lo indica Magnus Mörner en un libro ya clásico, la diferencia racial en América Latina era más bien sociocultural, mientras que en los Estados Unidos era genealógica: un antepasado negro convertía a la persona en negra, independientemente de sus rasgos fenotípicos (la así llamada *one drop rule*, un principio que tuvo fuerza legal en varios estados hasta la década de 1960). Y nuestro autor puede así afirmar comparando las relaciones raciales:[225] "No puede haber duda de que estas relaciones eran más suaves y humanas en cualquier parte de Latinoamérica que en los Estados Unidos, inclusive fuera de Misisipí y Alabama".

Mencionado este contraste fundamental, conviene evitar idealizaciones sobre la existencia en Brasil de una verdadera "democracia racial".[226] Darcy Ribeiro lo ha indicado con sutileza y claridad:[227]

> El preconcepto de color de los brasileños, operando diferencialmente según el matiz de la piel, tiende a identificar como blanco al mulato claro y conduce a una expectativa de miscegenación. Expectativa, en verdad, discriminatoria, porque aspira a que los negros se aclaren, en lugar de aceptarlos tal como son, aunque también sea impulsora de la integración.

---

225 Mörner, Magnus. *La mezcla de razas en la historia de América Latina*. Trad. Piatigorsky, Jorge. Buenos Aires: Paidós, 1969., p. 132.

226 Freyre, Gilberto. *Casa-grande y senzala: 1. Formación de la familia brasileña bajo el régimen de la economía patriarcal*. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 1977. La primera edición de esta obra fue publicada en 1933, aunque Freyre utilizó explícitamente la fórmula "democracia racial" recién en 1962.

227 Ribeiro, Darcy. *O povo brasileiro. A formação e o sentido do Brasil*. San Pablo: Companhia das Letras, 1995., p. 216.

Luego de estas breves consideraciones sobre un tema complejo y lleno de tensiones irresueltas, veamos la proporción de las poblaciones afrodescendientes en las Américas alrededor de 1800 y 2010, tal como se consignan en el cuadro 6.3. Los datos de 1800 provienen de censos y estimaciones al final del período colonial. Los datos de 2010 se derivan de censos y estimaciones (cuando no hubo datos censales); desde finales del siglo XX, casi todos los países han incorporado una pregunta de autoidentificación étnica en los censos nacionales de población. Los datos sobre Estados Unidos se incluyen para facilitar la perspectiva comparativa. En general, se observa una disminución de la proporción de población afrodescendiente, salvo en el caso de la República Dominicana; Brasil, Venezuela, Cuba, y de nuevo la República Dominicana son los países que exhiben las mayores proporciones de afrodescendientes; en torno a un 10 %, se sitúan Colombia, Nicaragua, Panamá, Costa Rica, Puerto Rico, Uruguay y Ecuador; en los demás países, las proporciones son mucho menores. Hay que notar que faltan datos para países como México y Chile, y que solo se han incluido las islas del Caribe hispánico. Haití puede considerarse como totalmente poblado por afrodescendientes; la muy elevada proporción que se observa en la República Dominicana podría explicarse posiblemente por la intensidad de las migraciones procedentes de ese vecino país durante los siglos xix y xx. El cuadro 6.3 ilustra bien, en todo caso, el peso considerable de las poblaciones afrodescendientes latinoamericanas a inicios del siglo xxi; esto constituye, sin duda, la muestra más viva de la herencia humana del pasado esclavista.

Cuadro 6.3. Poblaciones afrodescendientes en las Américas según los censos y otras estimaciones alrededor de 2010

Países	Porcentaje de afrodescendientes en 1800	Año del censo o la estimación	Población afrodescendiente	Porcentaje con respecto a la población total
Argentina	37	2010	149.493	0,4
Bolivia	Sin datos	2012	16.324	0,2
Brasil	67	2010	96.795.294	51
Chile	8		Sin datos	
Colombia	39	2005	4.311.757	10
Costa Rica	16	2011	334.437	8
Cuba	54	2012	4.009.067	36
Ecuador	8	2010	1.041.559	7
El Salvador	34	2007	7.441	0,10
Estados Unidos	31	2010	38.900.000	13
Guatemala	6	2002	5040	0,04
Honduras	30	2001	58.818	1
Nicaragua	45	2000	456.000	9
Panamá	66	2010	313.289	9
Paraguay	11	2012	8.013	0,2
Perú	6	2017	828.894	4
Puerto Rico	56	2012	461.997	12
República Dominicana	66	2000	7.053.000	84
Venezuela	61	2011	15.457.217	53
Uruguay	23	2011	255.074	8

Fuentes: Rodríguez Wong, Laura L. y Sánchez, Jhon Antón (organizadores). *La población afrodescendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20*. Belo Horizonte / Brasil: ALAP, 2014., p. 19.; Andrews, George Reid. *Afro-Latin America, 1800-2000*. Nueva York: Oxford University Press, 2004., p. 41 y p. 156. Centroamérica, estimaciones propias.

Las migraciones europeas hasta 1800

La primera oleada de migración europea al continente americano se produjo con la conquista y la colonización, en el siglo XVI, y continuó en los siglos siguientes. Las cifras disponibles son aproximadas y provienen de fuentes muy diversas; en el cuadro 6.4, se reproducen las estimaciones de David Eltis. España y Portugal lideran las migraciones en los siglos XVI e inicios del XVII, pero luego las migraciones británicas cobran la delantera, con la expansión de las plantaciones en el Caribe y la costa este de los Estados Unidos. La contribución de las migraciones francesas y holandesas es considerablemente menor. También debe notarse el gran aumento de las migraciones portuguesas en el siglo XVIII, motivadas por los yacimientos de oro descubiertos en la región de Minas Gerais. A título comparativo, se incluyen también las cifras de la llegada de esclavos africanos. Todas estas cifras son aproximadas, y no se derivan de registros sistemáticos de movimientos de población, como será el caso de las estadísticas a partir del siglo XIX. Deben tomarse como las mejores estimaciones de que disponemos hasta el momento (2022), y permiten trazar las grandes líneas de un cuadro que no podemos conocer con mucho detalle.

Cuadro 6.4. Inmigración hacia las Américas (en miles)

País de origen	1500-1580	1580-1640	1640-1700	1700-1760	total
España	139	188	158	193	678
Portugal	93	110	50	270	523
Francia	0	4	45	51	100
Holanda	0	2	13	5	20
Gran Bretaña	0	126	248	372	746
África	74	714	817	1.775	3.370

Fuente: Eltis, David. *The Rise of African Slavery in the Americas*. Cambridge, Cambridge University Press, 2000, p. 9.

El éxito reproductivo de las migraciones europeas y africanas hasta 1800

¿Cómo se reprodujeron en América los migrantes europeos y los esclavos africanos durante la época colonial? Este es un tema significativo del cual solo podemos esbozar una respuesta aproximada; seguiremos un método propuesto por Massimo Livi Bacci.[228] Los datos disponibles se presentan en los cuadros 6.5 y 6.6. La idea básica del ejercicio es relacionar la cantidad de población existente hacia 1800 con el total acumulado de la población que migró hacia América entre 1500 y 1800. El cuadro 6.5 compila las cifras de las migraciones y poblaciones europeas. El éxito de los inmigrantes franceses fue rotundo, ya que la población migrante aumentó 7,3 veces; luego siguen los anglosajones que se asentaron en Estados Unidos, con un incremento de 4,7 veces; los españoles, en cambio, solo se multiplicaron 3,1 veces, y los portugueses, 2. En el conjunto, puede afirmarse que los europeos se asentaron y se multiplicaron en los siglos coloniales del Nuevo Mundo, con un éxito considerable. Las columnas 5 y 6 del cuadro 6.5 muestran también el peso de dichas contribuciones con relación a las poblaciones en los países de origen; solo los migrantes franceses se apartan de este patrón; a diferencia de Portugal, España o Gran Bretaña, Francia no es, por circunstancias que no es posible explicar aquí, una tierra de emigrantes. El cuadro 6.6 se refiere a las migraciones forzadas africanas, y la imagen que se deriva es muy distinta.

---

228 Livi Bacci, *Los estragos de la conquista. Quebranto y declive de los indios de América.*, capítulo 1.

Cuadro 6.5. Poblaciones americanas, poblaciones europeas e inmigración hacia 1800 (en miles)

Regiones	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Canadá (franceses)	180	25	29.300	7,2	1	6
Estados Unidos (anglosajones)	4.306	909	10.500	4,7	87	410
América hispánica (españoles)	2.500	800	10.600	3,1	75	236
Brasil (portugueses)	1.010	500	2.900	2,0	172	348
Total	7.996	2.234	53.300	3,6	42	150

1. Población en América hacia 1800.
2. Inmigración europea acumulada hasta 1800.
3. Población en los países europeos de origen en 1800.
4. Proporción entre la población en América y la inmigración acumulada [(1)/(2)].
5. Inmigración acumulada por cada mil habitantes en la población europea de origen [(2)/(4) x 1.000].
6. Habitantes en América por cada mil habitantes en los países europeos de origen [(1)/(4) x 1.000].
Fuente: Livi Bacci, Massimo. *Los estragos de la conquista*. Barcelona, Crítica, 2006, p. 282.

En el conjunto las poblaciones africanas no alcanzan siquiera a multiplicarse por 1, es decir, a mantener en 1800 un volumen equivalente al de la trata acumulada entre 1500 y 1800. Las diferencias por regiones son particularmente significativas. El Caribe y Brasil muestran multiplicadores menores que 1, con un mínimo de 0,3 en el caso de las islas del Caribe inglés y holandés, que apenas sube a 0,5 en el caso del Caribe francés. El Caribe hispano (Cuba y Puerto Rico) tiene un multiplicador de 0,9, igual que Brasil. Todo esto revela la estrecha dependencia de la llegada de nuevos esclavos para reponer el *stock* existente. La situación de los Estados Unidos contrasta notablemente; el multiplicador de

2,9 revela, en cambio, poca dependencia de la trata, algo que ya se ha mencionado antes.

Cuadro 6.6. Esclavos introducidos en América (1500-1800) y poblaciones negras hacia 1800 (en miles)

Región	Esclavos africanos desde 1500 hasta 1800 **(1)**	Poblaciones negras en América hacia 1800 **(2)**	Proporción entre la población negra y los esclavos africanos **(2) / (1)**
Estados Unidos	348	1.002	2,9
Hispanoamérica continental	750	920	1,2
Brasil	2.261	1.988	0,9
Caribe inglés y holandés	2.060	570	0,3
Caribe francés	1.415	732	0,5
Caribe hispano	414	390	0,9
Total	7.248	5.602	0,8

Fuente: Livi Bacci, Massimo. *Los estragos de la conquista.* Barcelona, Crítica, 2006, p. 283.

No conocemos bien los detalles de este éxito reproductivo de los negros esclavos en los Estados Unidos, observable en el siglo XVIII y extendido hasta el fin de la esclavitud en 1865, pero sí hay mucha documentación sobre sus líneas generales. Las variables críticas incluyen, entre otras, la estructura por edad y sexo de los esclavos, las rutinas de trabajo, las actitudes de amos y esclavos ante la reproducción, las enfermedades prevalentes y las condiciones nutricionales y de alimentación.[229] Como lo indican McCusker y Menard, fue precisamente el éxito reproductivo de los esclavos lo que transformó a los Estados Unidos en una potencia esclavista; y para explicarlo, se argumentan

229 Ver el capítulo de Lorena S. Walsh en Haines, Michael R. y Steckel, Richard H. (eds). *A Population History of North America*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, especialmente pp. 197-209. Para el siglo XIX, ver el capítulo de Richard H. Steckel, pp. 433-481, en la misma obra.

tres elementos diferentes, los cuales no son obviamente excluyentes.

El primero se refiere al contraste en los determinantes ambientales de las enfermedades; en el Caribe y Brasil, el clima tropical impone el predominio de enfermedades infecciosas que afectan fuertemente los niveles de la mortalidad y la fecundidad, algo que tuvo menos impacto en Estados Unidos.

El segundo aspecto se refiere a la estrategia de los plantadores; el cálculo económico llevó a los amos a interesarse en la fecundidad de los esclavos, siguiendo los vaivenes del mercado, y muchos de ellos, particularmente en las zonas de colonización más viejas, donde los rendimientos agrícolas eran menores por el agotamiento paulatino de los suelos, se convirtieron en criadores y vendedores de esclavos.

El tercer argumento enfatiza la conducta de los esclavos que tuvieron espacio para poder tomar sus propias decisiones en relación con los arreglos familiares y las prácticas reproductivas.[230]

Resumiendo, se puede decir que durante el período colonial las poblaciones europeas tuvieron un gran éxito reproductivo en lo que llamaron el Nuevo Mundo. Esto puede verse, más allá de su dimensión simplemente demográfica, como un resultado del poder de la conquista y la colonización, y de la capacidad técnica y biológica de adaptación a un medio ambiental particularmente rico y diferente. Muy distinto fue el caso de los esclavos africanos: salvo en los Estados Unidos, en los demás países y regiones estuvieron por debajo del nivel de remplazo, lo que quiere decir que el crecimiento de estas poblaciones dependía directamente de la llegada de nuevos contingentes de esclavos; habría que esperar hasta mediados del siglo XIX para el cambio de esta situación.

---

230 McCusker, John J. y Menard, Russell R. *The Economy of British America, 1607-1790.* Chapel Hill: The University of Nort Carolina Press, 1985., pp. 231-235.

Las migraciones europeas, asiáticas y africanas desde 1800

La revolución de los transportes y las comunicaciones, durante el siglo XIX, permitió una verdadera explosión de las migraciones. En la centuria que va de 1840 a 1940, llegaron unos 58 millones de personas a las Américas, principalmente desde Europa, pero también desde África y Asia; unos 50 millones de migrantes se asentaron en el sudeste de Asia, el litoral del océano Índico y el Pacífico Sur; otros 50 millones de personas se movieron hacia la Manchuria, Siberia, Asia Central y Japón. Además, hay que indicar que 1 millón de europeos se desplazaron hacia las nuevas colonias en África, Asia y Oceanía, mientras que, desde 1800 hasta 1870, hubo todavía algo más de 2 millones de esclavos africanos que llegaron a Brasil y Cuba.

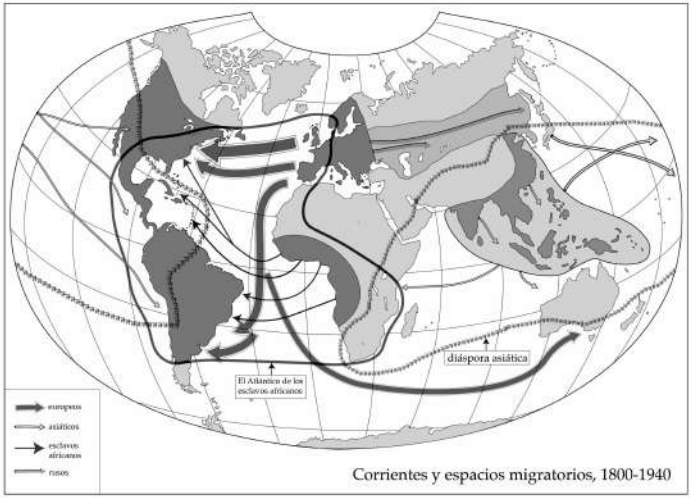
El mapa 6.5 presenta en forma sumaria estas corrientes y espacios migratorios, que bien pueden calificarse como globales. Los europeos se desplazaron masivamente hacia los Estados Unidos y Canadá, Argentina, Uruguay y el sur de Brasil, Sudáfrica, Australia y Nueva Zelanda; seguían el atractivo económico de nuevas zonas de desarrollo donde faltaba la mano de obra, se ofrecían altos salarios y había oportunidades de conseguir tierras y emprender negocios. A estos contingentes estimados en 50 millones, hay que sumarles los funcionarios coloniales (administradores, militares, etc.) que se desplazaron hacia las nuevas colonias europeas establecidas en África, Asia y Oceanía. Del Atlántico a los Urales, casi toda Europa se había convertido en tierra de emigración. La diáspora asiática, procedente sobre todo de India y China, y en menor medida de Japón, se desplazó hacia los bordes de los océanos Índico y Pacífico, hasta llegar a las costas de las Américas y las islas del Caribe. Desde Rusia los frentes pioneros de campesinos se movían hacia Asia Central y Siberia. El Atlántico de los esclavos africanos siguió siendo todavía, hasta la finalización de la trata alrededor de 1870, un espacio migratorio significativo.

Los migrantes se desplazaban hacia zonas atractivas, siguiendo motivaciones económicas, pero también debido a

persecuciones y otras presiones de sus lugares de origen. La condición individual iba desde la libertad completa para decidir hasta diversas formas de contratos restrictivos y, en el extremo opuesto, la esclavitud personal. Las regiones que "expulsaban" población tenían, por lo general, un importante excedente demográfico con relación a la distribución de los recursos disponibles, particularmente tierra y trabajo.

Hechas estas consideraciones generales y mostrado el carácter global de los movimientos y espacios migratorios, toca en lo que sigue estudiar el fenómeno en América Latina.

Mapa 6.5. Corrientes y espacios migratorios, 1800-1940



Fuentes: Rosenberg, Emily S. (ed.). *A World Connecting, 1870-1945.* Cambridge, Mass. Harvard University Press, 2012, pp. 436-437*;* Lattes, Alfredo E. *Migraciones hacia América Latina y el Caribe desde principio del siglo* XIX. Buenos Aires, CENEP, 1985*;* Le Monde. *L'Atlas des Migrations.* París, Le Monde-La Vie (hors série), 2008-2009.

Entre 1821 y 1932, América Latina recibió algo más de 14 millones de inmigrantes, en su mayor parte procedentes de Europa. El cuadro 6.6 muestra estos datos y permite comparar estos volúmenes con los inmigrantes que se asentaron en los Estados Unidos y Canadá (37,4 millones) y los que se dirigieron a otros destinos fuera del continente americano (6,2 millones). La distribución entre países fue también desigual: Estados Unidos recibió un 55,4 % del total, mientras que Argentina captó un 11 % y Brasil, un 7,6 %. Los inmigrantes buscaban las mejores oportunidades económicas, y en esa época estas se encontraban sobre todo en dichos países.

Cuadro 6.7. Inmigración europea y asiática, 1821-1932, según países de destino

Países	Millones de inmigrantes	%
Argentina	6.4	11.0
Brasil	4.4	7.6
Antillas inglesas	1.6	2.8
Cuba	0.9	1.5
México	0.3	0.5
Uruguay	0.7	1.2
Otros (América Latina)	0.16	0.3
Subtotal de América Latina	***14.46***	
Estados Unidos	32.2	55.4
Canadá	5.2	9.0
Subtotal	***37.4***	
Australia	2.9	5.0
Nueva Zelanda	0.6	1.0
Sudáfica	0.9	1.5
Otros (Asia, África y Oceanía)	1.82	3.1
Subtotal	***6.22***	
Total general	58.08	100.0

Fuente: Datos de Carr-Saunders *(World Population, London, 1936)* según Lattes, *Migraciones hacia América Latina y el Caribe*, p. 2.

Consideremos ahora las llegadas anuales de inmigrantes a Argentina, Brasil y los Estados Unidos; los datos básicos se presentan en el gráfico 6.3. Notemos que, en los tres casos, se incluyen los totales anuales de llegadas y se presentan las curvas suavizadas para una mejor apreciación de las tendencias. En el caso argentino, el aumento de la inmigración es continuo en el largo plazo y con oscilaciones relativamente suaves hasta la Primera Guerra Mundial; pasada la guerra, la inmigración vuelve a crecer, aunque a un ritmo más lento. La Segunda Guerra Mundial provoca solo una caída leve. En Brasil el crecimiento es fuerte hasta la década de 1890 y luego se estanca, en coincidencia con la caída del precio internacional del café; los niveles se recuperan en la década de 1910, pero caen enseguida con la guerra; de nuevo una corta recuperación en la década de 1920 y un descenso pronunciado durante la depresión de los 30 y la Segunda Guerra Mundial. En Estados Unidos la tendencia creciente cubre toda la segunda mitad del siglo XIX y culmina en vísperas de la Primera Guerra Mundial; dentro de este movimiento largo, se inscriben varias oscilaciones menores vinculadas a la coyuntura económica; ya en la década de 1920, se observa la declinación de la inmigración, tendencia que se agudiza con la depresión de los 30 y la Segunda Guerra Mundial.

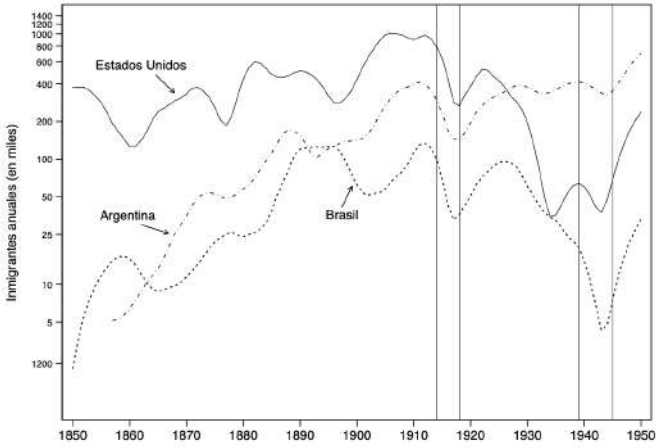


Gráfico 6.3. Entradas anuales de inmigrantes en Argentina, Brasil y los Estados Unidos (1850-1950). Escala semilogarítmica; curvas suavizadas con mínimos cuadrados locales, con un ancho de banda de 0,1 (10 % de las observaciones en torno a cada año se incluyen en el cálculo suavizado).
Fuentes: Rechini de Lattes, Zulma y Lattes, Alfredo L. *La Población de Argentina.* Buenos Aires: INDEC, 1975, p. 200; Levy, Maria Estela Ferreira. "O papel de migração internacional na evolução da populazão brasileira (1872 a 1972)". *Revista de Saúde Pública*, 1974; *Historical Statistics of the United States, from colonial times to 1970,* pp. 105-105 (series 89-119).

En el gráfico 6.3, se muestran las entradas anuales de inmigrantes; otra información importante se refiere al saldo neto de la migración, algo significativo en una época en la cual, así como eran importantes las llegadas, también se producían numerosos retornos.[231]

En el gráfico 6.4, se presentan los saldos migratorios netos para el caso argentino entre 1857 y 1950. Los ciclos son mucho más marcados, con un fuerte despegue en los

231 No disponemos de los saldos netos de la migración para el caso brasileño; por esto en el gráfico 6.3 la comparación se hizo solo con las llegadas totales anuales.

15 años anteriores a 1890, una caída fuerte en ese año, producto de una crisis financiera y una revuelta política, y una recuperación que preparó un nuevo despegue entre 1901 y 1914: en estos años el saldo migratorio neto osciló en torno a las 170.000 personas. La recuperación en la década de 1920 mantuvo el saldo positivo en unas 100.000 personas; pero hay que esperar al fin de la Segunda Guerra Mundial para que el saldo migratorio llegase otra vez a ese nivel.

Otro aspecto interesante de la migración italiana a Argentina es la llamada "migración golondrina" que operó sobre todo hasta 1914. Los trabajadores dejaban Italia en octubre o noviembre, cuando ya habían concluido las cosechas del hemisferio norte; en Argentina trabajaban en las cosechas de lino y trigo en Córdoba y Santa Fe, para luego descender hacia el sur, en la Provincia de Buenos Aires, en diciembre y enero; terminada la cosecha argentina, volvían a cruzar el Atlántico para reincorporarse a las labores agrícolas italianas.[232]

El apogeo de esta migración golondrina ocurrió entre 1900 y 1914, y cesó prácticamente luego de 1920. ¿Cómo se explican la intensidad y la tendencia de todos estos movimientos migratorios? La migración masiva europea durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta la Primera Guerra Mundial ha sido explicada como resultado del elevado crecimiento natural, la rápida industrialización y la diferencia en los niveles de los salarios reales; los migrantes abandonaban países donde la mano de obra era abundante y los salarios bajos buscando mejores remuneraciones en países donde la mano de obra era escasa y el crecimiento económico fuerte. La emigración se redujo cuando disminuyeron las diferencias relativas en los niveles de salario y cayó el incremento natural de las poblaciones europeas; estas explicaciones son macroeconómicas y macrodemográficas, y se derivan de correlaciones estadísticas que han

---

232 Vázquez Presedo, Vicente. *El caso argentino. Migración de factores, comercio exterior y desarrollo, 1875-1914.* Buenos Aires: Eudeba, 1971., p. 102.

sido cuidadosamente observadas y controladas.[233] No conocemos bien, sin embargo, las motivaciones individuales, un tema que ha sido estudiado en algunos casos, pero en el cual es difícil, si no imposible, establecer generalizaciones, más allá de la singularidad de cada caso.[234]

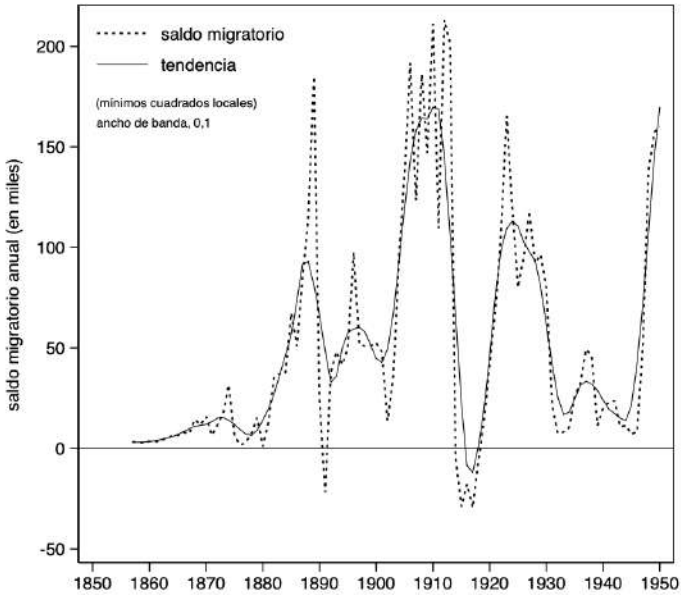


Gráfico 6.4. Saldos anuales de la inmigración en Argentina, 1857-1950. Fuente: Lates, *La Población de Argentina*, p. 200; Argentina. *Resumen estadístico del movimiento migratorio, 1857-1924* (Buenos Aires, 1925).

233 Ver, por ejemplo, Hatton, Timothy J. y Williamson, Jeffrey G. "What drove the mass migrations from Europe in the late nineteenth century?". *National Bureau of Economic Research Working Paper Series.* Historical Papers, 43 (1992).; Baines, D. *Emigration from Europe, 1815-1930.* Londres: Macmillan, 1991.

234 Baines, D. "European Emigration, 1815-1930. Looking at the Emigration Decision Again". *London School of Economics. Working papers in economic history,* 5 (1992).

La procedencia de los inmigrantes es otro tema importante a considerar. Los datos básicos se registran en el cuadro 6.8 para Argentina, Brasil y Cuba, los países latinoamericanos que recibieron los mayores volúmenes de inmigrantes. El patrón es relativamente simple: predomina la inmigración procedente de los países del sur de Europa; italianos y españoles en el caso argentino, italianos y portugueses en el de Brasil, y españoles en el de Cuba. Las ambiciones de las élites de motivar la llegada masiva de inmigrantes anglosajones, decididamente, no se cumplieron. Conviene notar también la llegada de inmigrantes asiáticos, chinos que se asentaron a lo largo de la costa del Pacífico, desde México hasta Chile, y también en algunas islas del Caribe; y japoneses en el sur de Brasil. Sirio-libaneses y palestinos se asentaron en pequeños núcleos en varios países del continente; judíos, sobre todo del grupo asquenazi y procedentes de Europa Central y Oriental, llegaron predominantemente a Argentina. A estos grupos se podrían agregar otros, como griegos, armenios y rusos. Ciertamente, América fue, durante al menos una centuria (1850-1950), una verdadera tierra de promisión.

Cuadro 6.8. Procedencia de la inmigración total en Argentina, Brasil y Cuba (períodos seleccionados)

Países de origen	Argentina (1857-1957)	Brasil (1821-1957)	Cuba (1901-1930)
Italia	46 %	30 %	
España	30 %	13 %	62 %
Alemania	3 %	6 %	
Polonia	3 %		
Rusia	3 %		
Francia	4 %		
Portugal		31 %	
Japón		4 %	
Otros	12 %	17 %	38 %
Total	100 %	100 %	100 %
Total (en millones)	7.6	5.4	1.3

Espacios en blanco: países incluidos en la categoría "otros".
Fuente: datos oficiales compilados por Lattes, *Migraciones hacia América Latina y el Caribe,* tablas 2, 3 y 7 del anexo.

El problema de la integración de los inmigrantes en las sociedades nacionales ha sido estudiado en la perspectiva sociológica y también de la historia social. Es un tema complejo que no es posible abordar en las dimensiones de este capítulo. Simplificando mucho, se puede afirmar que los inmigrantes de la primera generación experimentaron a menudo dificultades para la integración; la situación fue mucho más fácil para los hijos de estos inmigrantes, generalmente nacidos en su nuevo país; instituciones como la escuela primaria e incluso el servicio militar jugaron en esos casos un papel crucial.

La pregunta final que cabe sobre este tema de la inmigración es el peso relativo de los inmigrantes en relación con las poblaciones en los países de destino. El cuadro 6.9, con datos elaborados por Alfredo Lattes, permite responder a esta pregunta.

Cuadro 6.9. Relación entre la inmigración neta (1800-1970) y el tamaño de las poblaciones de los principales países de destino en 1910. En porcentajes

Países de destino	Inmigración neta/población en 1910 (%)
Argentina	77,9
Brasil	21,4
Cuba	52,2
Antillas	58,3
Uruguay	50,0
Venezuela	20,8
México	1,4
Chile	4,5
Resto de la región	18,2

Fuente: Lattes, *Migraciones hacia América Latina*, p. 19.

El cuadro 6.9 relaciona el volumen total de la inmigración neta en el período 1800-1970 con la población total de los países receptores en 1910. Se trata de un simple indicador demográfico, pero sus resultados son particularmente significativos. El peso de la inmigración fue máximo en Argentina, con un 78 %, y mínimo en México, con un 1,4 %; en Cuba, las Antillas[235] y Uruguay, el peso fue significativo, aunque bastante menor que en Argentina; Brasil y Venezuela tienen un indicador en torno al 20 %. En el resto de los países de América Latina, el valor agregado del índice fue del 18,2 %. Lattes escogió la población en 1910 como base de la comparación porque considera que representa bien la mediana de la inmigración total del período 1800-1970. Así las cosas, podemos afirmar que la inmigración masiva tuvo un peso moderado en la mayoría de los países latinoamericanos; solo en Argentina, Cuba, las Antillas

235 En las Antillas, una vez abolida la esclavitud, llegaron contingentes de trabajadores de China, India y otras posesiones coloniales inglesas y holandesas.

y Uruguay, el impacto fue decididamente notable, mientras que, en el caso de Brasil, la inmigración pesó poco en el conjunto del país, pero resultó muy significativa en los estados del sur: San Pablo, Paraná, Santa Catarina, y Río Grande del Sur.

Migraciones internas y urbanización

Migraciones internas, aumento rápido del empleo en la industria y los servicios, y fuerte urbanización son rasgos típicos de América Latina a partir de 1930. Veamos algunos datos generales para caracterizar estos fenómenos. El cuadro 6.10 presenta los porcentajes de población urbana por países en 1930, 1950, 1980 y 2010; se ha considerado como urbana la población que habita en ciudades de más de 20.000 habitantes. El cambio es notable entre 1930 y 2010; en 1930, América Latina era masivamente rural; solo Argentina, Chile y Uruguay tenían entre un 30 % y un 40 % de población urbana; los demás países tenían proporciones mucho más bajas, entre un 4 % y un 27 %, pero con mucha variabilidad y una mediana que se sitúa en 14 %.

Cuadro 6.10. Porcentaje de población urbana*, 1930-2010

Países	1930	1950	1980	2010
Argentina	38	52	70	80
Bolivia	14	20	35	59
Brasil	14	21	52	71
Chile	32	45	67	80
Colombia	10	22	54	65
Ecuador	14	18	40	65
Paraguay	11	19	28	45
Perú	11	20	49	69
Uruguay	35	56	67	78
Venezuela	14	35	67	78
Costa Rica	20	17	30	59
El Salvador	7	14	25	44
Guatemala	11	13	19	31
Honduras	s.d.	7	25	42
México	14	26	49	70
Nicaragua	14	14	37	41
Panamá	27	28	43	60
Cuba	26	33	49	55
Rep. Dominicana	7	12	42	64
Haití	4	6	16	34
Jamaica	s.d.	16	38	56
Trinidad y Tobago	s.d.	22	41	53
Barbados	s.d.	46	47	31

*Población que vive en ciudades de 20.000 habitantes o más.
Fuentes: 1930: United Nations, *Growth of the World's Urban and Rural Population, 1920-2000*. Nueva York, 1969. 1950-2010: Cepal-STAT, consultado en diciembre de 2020.

En 2010 la situación es inversa, América Latina es masivamente urbana; solo 7 países tienen menos del 50 % de población urbana, y 5 países tienen más del 70 % de su población viviendo en ciudades de más de 20.000 habitantes. Los datos referidos a 1950 y 1980 permiten hacerse una

idea del cambio temporal; la explosión urbana se ha producido después de 1980, en un corto lapso de tres décadas.

Cuadro 6.11. Población (en millones) y rango de las aglomeraciones metropolitanas de América Latina (1950-2010)

Ciudad	1950	Rango	1985	rango	2010	rango
Belo Horizonte	0,35	10	2,0	9	4,8	8
Bogotá	0,70	7	4.49	6	7,0	6
Buenos Aires	5,25	1	10,88	3	14,0	3
Caracas	0,68	8	3,75	8	4,3	11
Guadalajara	0,43	11	2,77	10	4,4	10
Lima	1,05	6	5,68	5	9,5	5
Ciudad de México	3,05	3	17,30	1	20,1	2
Monterrey	0,38	12	2,53	12	4,6	9
Porto Alegre	0,67	9	2,74	11	3,9	12
Río de Janeiro	3,48	2	10,37	4	11,9	4
San Pablo	2,76	4	15,88	2	23,5	1
Santiago de Chile	1,43	5	4,16	7	5,8	7

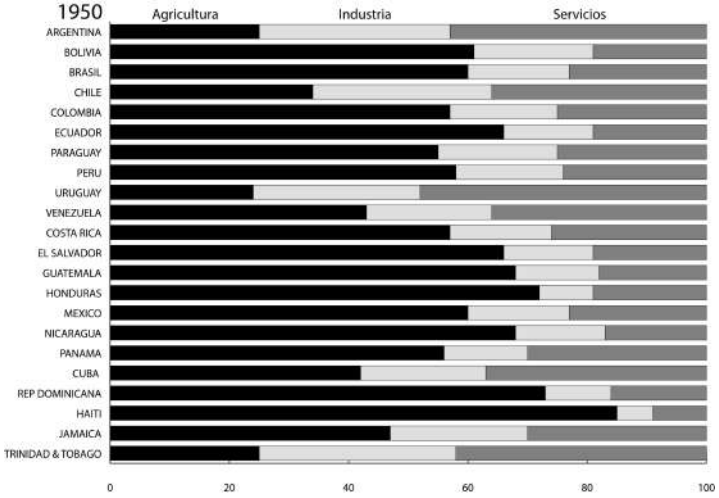
Fuentes: censos nacionales y estimaciones oficiales de población.

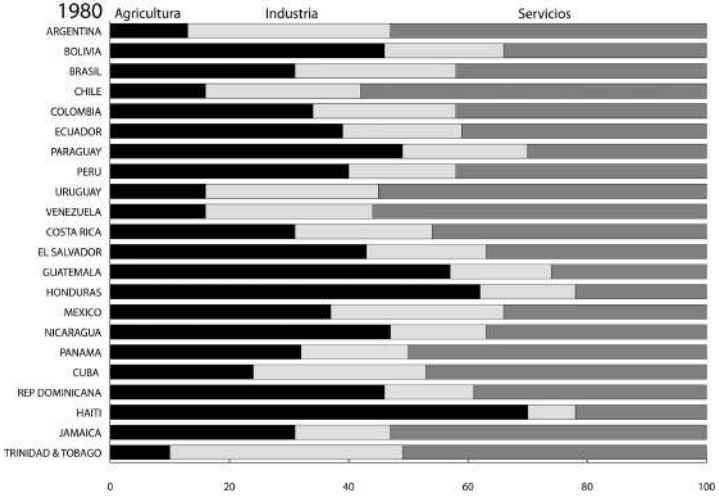
Otro rasgo notable de la urbanización es la existencia de grandes aglomeraciones metropolitanas. Las raíces del fenómeno se localizan en el siglo XIX durante la gran expansión exportadora. La tríada centro político/centralización, puerto de exportación, y confluencia de la red de caminos y ferrocarriles tendió a concentrar población desde relativamente temprano. El cuadro 6.10 muestra la población (en millones de habitantes) de las aglomeraciones metropolitanas en 1950, 1985 y 2010, con indicación del rango respectivo. México y San Pablo, seguidas por Buenos Aires y Río de Janeiro, son, desde 1950, las zonas metropolitanas

dominantes; entre 1985 y 2010, se agregaron, con gran ímpetu, otras aglomeraciones como Caracas, Guadalajara, Monterrey, Belo Horizonte, Lima, Bogotá, Santiago de Chile y Porto Alegre, las cuales eran aún poco visibles en 1950.

La rápida urbanización se dio en un contexto de planificación urbana deficiente, con serios déficits en los servicios. El crecimiento de las zonas urbanas marginales, con viviendas sumamente precarias y una pobreza también creciente, fue un fenómeno intrínseco de este proceso de urbanización. El espejismo de la vida urbana y sus promesas "modernas" siguieron, de todos modos, atrayendo a los migrantes, procedentes por lo general de zonas rurales deprimidas, donde había pocas oportunidades de trabajo y mucho desempleo. Las ciudades latinoamericanas quedaron así profundamente divididas y polarizadas, en núcleos urbanos modernos y cinturones de marginalidad y pobreza.

El cambio en las características de la población económicamente activa por sectores ha sido otro proceso paralelo al de la rápida urbanización y la concentración metropolitana. Revela, en un rápido vistazo, el cambio profundo en la estructura económica de los países. Esto se muestra, con datos censales y estimaciones procedentes de las encuestas de hogares para 1950, 1980 y 2010, en el gráfico 6.5. En 1950 hay un predominio masivo de la población ocupada en la agricultura y las actividades extractivas, es decir, el sector primario; en algunos países se observa también la importancia creciente del empleo en la industria. En 1980 se puede ver la declinación del empleo en el sector primario y el aumento del sector terciario o de servicios; en 2010 esta tendencia se afirma todavía más, agregándose una notable compresión del empleo en el sector industrial o secundario. Las economías latinoamericanas se insertan ahora, claramente, en la economía globalizada.


1950
Agricultura
Industria
Servicios
ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE
COLOMBIA
ECUADOR
PARAGUAY
PERU
URUGUAY
VENEZUELA
COSTA RICA
EL SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
MEXICO
NICARAGUA
PANAMA
CUBA
REP DOMINICANA
HAITI
JAMAICA
TRINIDAD & TOBAGO
0
20
40
60
80
100


1980
Agricultura
Industria
Servicios
ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE
COLOMBIA
ECUADOR
PARAGUAY
PERU
URUGUAY
VENEZUELA
COSTA RICA
EL SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
MEXICO
NICARAGUA
PANAMA
CUBA
REP DOMINICANA
HAITI
JAMAICA
TRINIDAD & TOBAGO
0
20
40
60
80
100

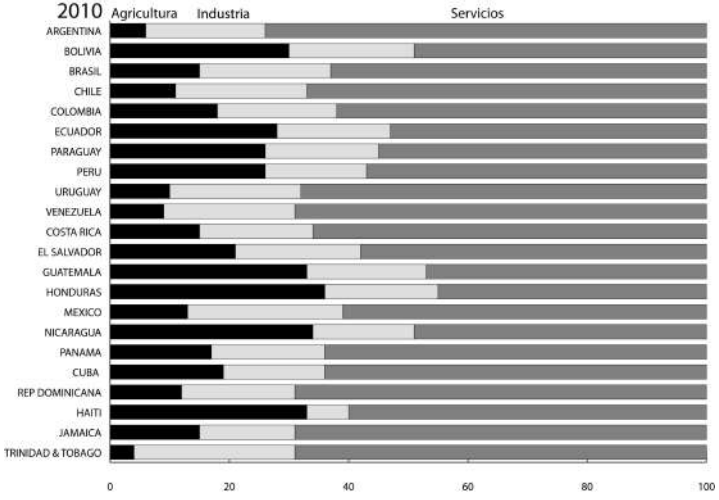


Gráfico 6.5. Población activa por sectores de actividad, 1950, 1980 y 2010 (en porcentajes).
Fuente: datos censales y estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo.

Inmigración y emigración desde 1950

Conviene ahora trazar un panorama general sobre las migraciones externas en América Latina a partir de 1950. Para esto, vamos a considerar las estimaciones de las tasas de migración por cada mil habitantes, utilizadas como base de las proyecciones de CELADE para el período 1950-2100; nos restringiremos al período 1950-2025, por lo cual solo la cifra del quinquenio 2020-2025 es resultado de la proyección; las cifras por quinquenio del período 1950-2020 resultan de estimaciones.[236] Estos datos permiten hacerse una idea rápida pero precisa de las tendencias generales de la migración en el período considerado.

236 Datos en Cepal STAT, consultados en línea el 20 de febrero de 2021.

El gráfico 6.6 presenta las tasas de migración por cada mil habitantes para el conjunto de América Latina, el Caribe no hispánico, y México.[237] Recordemos que la tasa de migración resulta de dividir el total neto de migrantes (entradas menos salidas) entre la población total estimada en el mismo año o período de años. Una tasa positiva indica que hay más entradas que salidas, mientras que una tasa negativa marca lo contrario. El conjunto de América Latina experimenta tasas de migración negativas en todo el período considerado; sin embargo, estas tasas no son muy elevadas, ya que nunca superan -2 por cada mil habitantes. Notemos, para fijar las ideas, que, si comparamos la tasa de migración con la tasa bruta de mortalidad en el período considerado, resulta que esta desciende regularmente, desde 16 por mil en 1950-1955 hasta un 6 por mil en 2020-2025. Dicho en otros términos, las pérdidas de población asociadas a las tasas de migración negativas son mucho menores que las pérdidas derivadas de la mortalidad. El Caribe no hispánico presenta tasas negativas, es decir, de emigración, relativamente elevadas, las cuales provienen de los intensos procesos de emigración hacia Gran Bretaña, Francia, Holanda y Estados Unidos que caracterizan la demografía de estas islas en el período considerado. México experimenta también tasas elevadas de emigración, sobre todo entre 1980 y 2000; en este caso, los migrantes se dirigen hacia los Estados Unidos.

---

237 En la clasificación de CELADE, el conjunto de América Latina incluye el Caribe hispánico y latino, es decir, Cuba, República Dominicana, Puerto Rico y Haití. El Caribe no hispánico incluye el resto de las Antillas.

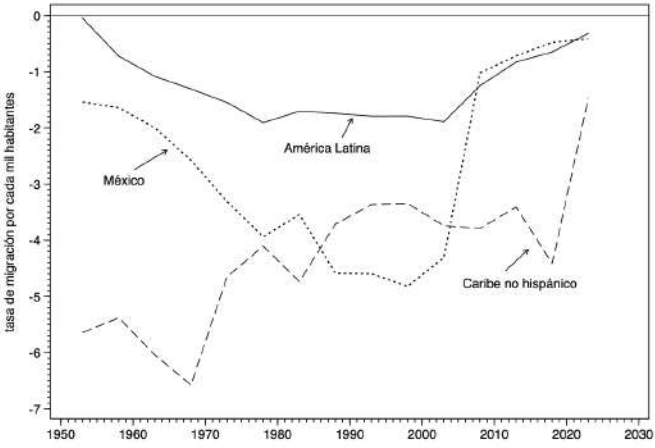


Gráfico 6.6. Migraciones en América Latina, México y el Caribe no hispánico, 1950-2025. Tasas quinquenales de migración por cada mil habitantes.
Fuente: Cepal-STAT.

En los gráficos 6.7 y 6.8, se presentan las tasas de migración de países seleccionados del Caribe, Centro y Sudamérica. Estas tasas reflejan diferentes experiencias de migración, que vamos a comentar a continuación.

En los países seleccionados de Centroamérica y el Caribe (gráfico 6.7), se muestran experiencias continuas de emigración, con tasas relativamente elevadas. La explicación de estos fenómenos incluye factores económicos y políticos, más bien estructurales, ya que persisten a lo largo del tiempo. Cuba es un caso característico; desde la Revolución, en 1959, la emigración ha estado presente, originándose en razones políticas de disidencia contra al régimen político imperante.

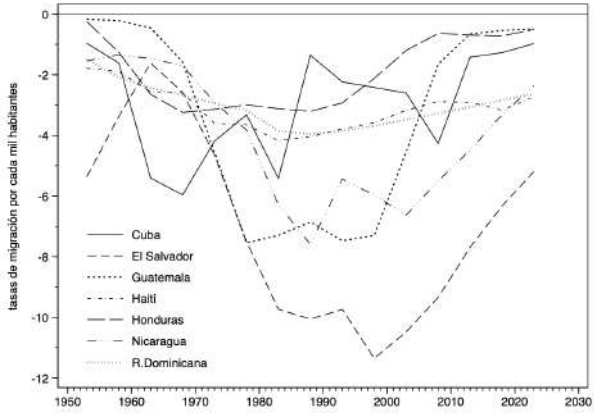


Gráfico 6.7. La emigración en países seleccionados de Centroamérica y el Caribe, 1950-2025. Tasas quinquenales de migración por cada mil habitantes.
Fuente: Cepal-STAT.

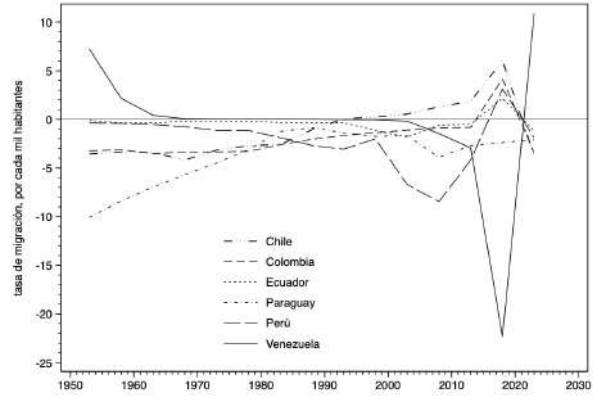


Gráfico 6.8. La migración en países seleccionados de América del Sur, 1950-2025. Tasas quinquenales de migración por cada mil habitantes.
Fuente: Cepal-STAT.

A estas razones políticas, se les agregaron más tarde motivaciones económicas; como se aprecia en las cifras,

durante todo el período considerado, Cuba experimenta tasas de emigración que oscilan entre el 2 y el 6 por cada mil habitantes. En el caso de los países centroamericanos (salvo Costa Rica), una de las respuestas a la guerra civil y la crisis económica ocurridas en la década de 1980 fue una intensa emigración hacia Estados Unidos, México y Costa Rica; esos procesos se pueden ver en el gráfico 6.7. El Salvador, seguido de Guatemala, Nicaragua y Honduras, fueron los países más afectados por un fenómeno de emigración que se prolongó en la década de 1990 y continuó en el nuevo milenio. Haití y República Dominicana, por su parte, muestran tasas de emigración entre 2 y 4 por mil, originadas en movimientos de haitianos que se mueven hacia la República Dominicana[238] y los Estados Unidos, y dominicanos que emigran hacia los Estados Unidos. La emigración haitiana hacia la República Dominicana comenzó alrededor de 1910 y estuvo motivada por la demanda de mano de obra de las plantaciones e ingenios de caña de azúcar; las diferencias étnicas y otros factores provocaron grandes tensiones fronterizas que culminaron con la llamada "masacre del perejil", en octubre de 1937: entre 12.000 y 17.000 haitianos fueron masacrados por las tropas dominicanas enviadas por el dictador Rafael Trujillo. A partir de ese momento, los trabajadores haitianos continuaron entrando para laborar en las plantaciones, pero fueron sometidos a un estricto control militar y policial. En el caso de Haití, el devastador terremoto de 2010 provocó una nueva oleada emigratoria que llegó no solo a la República Dominicana y los Estados Unidos, sino también a otros países de América Latina.

El gráfico 6.8 presenta las tasas de migración en algunos países de América del Sur. Chile y Venezuela son casos opuestos; hasta mediados de la década de 1990, Chile tenía tasas de migración negativas, motivadas primero por

238 Canales, Alejandro I., Vargas Becerra, Patricia N., y Montiel Armas, Israel. M*igración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*. Santiago de Chile: Cepal-CELADE, 2010.

razones económicas (décadas de 1950 y 1960) y luego por razones políticas (décadas de 1970 y 1980); el retorno de la democracia y la prosperidad económica, en los noventa, incentivó la inmigración, y así se observan hasta 2020 tasas de migración positivas. Venezuela, por su parte, fue un país que atrajo la inmigración hasta la década de 1960; luego la tasa de migración fue prácticamente cero hasta 2000, es decir, entradas y salidas se equilibraban. En los primeros años del siglo XXI, la situación cambió; sobre todo por las tensiones políticas debidas al régimen de Hugo Chávez, la emigración empezó a crecer; la muerte de Chávez en 2013 y el régimen subsecuente de Maduro precipitaron la situación, lo que provocó un éxodo masivo sobre todo a los países vecinos; se calcula que entre 2014 y 2020 salieron más de 5 millones de venezolanos; nótese que en el gráfico 6.8 la recuperación de la migración en 2020-2025 es solo una proyección.[239]

La inmigración desde países vecinos

Además de la migración interna rural-urbana, en algunos países resulta notable la inmigración desde países vecinos. Estos movimientos son a menudo de larga data, pero han tendido a acelerarse a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI. Un ejemplo característico fue el de la emigración de campesinos salvadoreños hacia Honduras, que comenzó a inicios del siglo XX; en la década de 1960, las tensiones entre ambos países subieron: por una parte, hubo conflictos entre los empresarios por la distribución de beneficios derivados

---

239 Datos del sitio web R4V, Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Ver también Mota de Siqueira, Juliana. "Dimensiones regional, local e individual de la migración venezolana: el caso de la frontera con Roraima (Brasil)". *Notas de Población,* 110 (2020): 189-212. La mayoría de los venezolanos han migrado a Colombia, Perú, Ecuador, Chile y Brasil.

del Mercado Común Centroamericano; los hondureños se sentían perjudicados frente a la dinámica de la industria salvadoreña; por otra parte, en 1969 comenzó a aplicarse una interpretación de la Ley de Reforma Agraria hondureña de 1962, que excluía de cualquier beneficio a los campesinos salvadoreños; estos no tenían papeles, pero sí muchos años de vivir y cultivar las tierras disputadas.[240] En julio de 1969, estalló la llamada "guerra del fútbol" entre Honduras y El Salvador; como efecto inmediato, la expulsión de salvadoreños desde Honduras se detuvo, y la emigración desde El Salvador hacia Honduras, también. Durante la guerra civil de la década de 1980, la frontera volvió a ser porosa, y hubo una emigración importante de refugiados salvadoreños hacia Honduras.

El cuadro 6.12 permite seguir la situación hacia el año 2000; Costa Rica y el Caribe no hispano experimentan la mayor inmigración con relación a sus respectivas poblaciones totales; en el caso de Costa Rica, la mayoría de los inmigrantes son nicaragüenses, con algunos contingentes de colombianos y salvadoreños; en el Caribe no hispano, la inmigración es diversificada, pero procede básicamente de otras islas del mismo ámbito geográfico y también de Europa y los Estados Unidos. Argentina y Venezuela siguen teniendo una inmigración que representa algo más del 4 % con relación a sus poblaciones totales respectivas; en el caso argentino,[241] se trata sobre todo de paraguayos, bolivianos, uruguayos y chilenos, a los que se agrega una llegada más reciente de peruanos, chinos y coreanos; en el caso de Venezuela, predominan los colombianos, pero, como se vio hace un momento, esta situación se modifica radicalmente después de 2014. Panamá y Paraguay siguen, en el cuadro, con proporciones mayores que el resto de América Latina,

---

240 Anderson, Thomas P. *The War of the Dispossessed: Honduras and El Salvador, 1969*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1981.

241 Devoto, Fernando. *Historia de la inmigración en la Argentina. Con un apéndice sobre la inmigración limítrofe por Roberto Benencia*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2003.

donde la inmigración solo representa un 1 % del conjunto de la población. Estos procesos inmigratorios, en los cuales predominan las procedencias de los países vecinos, revela la existencia de fronteras porosas; el fenómeno es de larga data y los volúmenes de población que circula a través de las fronteras siguen de cerca las coyunturas económicas y políticas de los respectivos países.

Cuadro 6.12. Inmigrantes con respecto a la población total, en miles, alrededor de 2000

País	Población total	Inmigrantes	% de la población total
Argentina	36.784	1.531	4,2 %
Costa Rica	3.925	296	7,5 %
Panamá	2.948	86	2,9 %
Paraguay	5.496	171	3,1 %
Venezuela	24.311	1.014	4,2 %
América Latina	511.681	5.148	1,0 %
Caribe no hispano*	11.782	853	7,2 %

*Caribe inglés, francés y holandés. Cuba, Haití y República Dominicana se incluyen en el total de América Latina. Se detallan solo países donde la inmigración representa más del 2 % sobre la población total.
Fuente: CELADE. *Observatorio Demográfico, Migración Internacional*. Santiago de Chile, 2006, p. 16.

La emigración hacia los Estados Unidos y otros destinos

Durante cinco siglos, las Américas han sido tierras de inmigración; sin embargo, desde las últimas décadas del siglo XX, América Latina se ha convertido en una región que expulsa importantes contingentes de población hacia el norte, es decir, hacia los Estados Unidos; otros destinos menos importantes como Canadá, Europa Occidental o Australia también han comenzado a cobrar cierta relevancia. En los últimos 50 años, parece que

la emigración se constituye en un nuevo rasgo distintivo de la demografía latinoamericana. Dedicaremos esta sección a presentar los datos básicos del tema.

Antes de proseguir, conviene recordar de nuevo que los datos sobre los movimientos migratorios son problemáticos, dadas las características mismas del fenómeno, a menudo inestable y cambiante, y casi siempre con movimientos en diversos sentidos: idas y venidas, retornos definitivos, expulsiones, situaciones de ilegalidad, etc. Por todo esto, los datos que se presentan se deben entender como las mejores estimaciones disponibles.

La primera perspectiva es la de la emigración con relación a las poblaciones totales de los países respectivos. Es lo que se presenta en el cuadro 6.12, basado en los censos alrededor de 2000 y la base de datos IMILA, compilada y mantenida por el CELADE. El cuadro permite ver el peso relativo de emigración con relación al conjunto de la población de cada país. El Salvador y las islas del Caribe no hispánico encabezan la lista, con una emigración cuyo volumen representa más del 10 % de la población total; siguen México, Nicaragua, Cuba, Haití, Uruguay, Paraguay y República Dominicana, con cifras algo menores al 10 %. Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Panamá tienen una emigración que representa algo más del 4 % con respecto a la población total; los demás países sitúan con porcentajes más bajos; en el conjunto de América Latina, la emigración se ubica en un 3,8 % de la población total. Conviene notar que en 2000 la cifra más baja corresponde a Venezuela, un país que por entonces no expulsaba población, sino que más bien continuaba atrayendo migrantes dada la bonanza de su industria petrolera.

Una segunda perspectiva surge al considerar la emigración según destinos. Estados Unidos es, como ya se dijo, de lejos el destino más relevante, pero, a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, también España cobró una cierta importancia. Veamos brevemente lo atinente a este destino europeo. Los primero que conviene notar es que España fue, durante largos siglos, un país de emigración. Este cambio notable, a finales del siglo XX, se relaciona con varios aspectos: a) el auge económico, hasta

la crisis de 2008-2009, en el contexto de la Unión Europea, lo cual produjo una fuerte demanda de trabajadores sobre todo en ramas como la construcción; b) las facilidades migratorias ofrecidas a los latinoamericanos, al no exigir visas de entrada; y c) la existencia (en América Latina) de poblaciones dispuestas a migrar en busca de mejores oportunidades económicas.

Cuadro 6.13. Emigrantes con respecto a la población total, en miles, alrededor de 2000

País	Población total	Emigrantes	% de la población total
Argentina	36.784	507	1,4 %
Bolivia	8.428	346	4,1 %
Chile	15.398	453	2,9 %
Colombia	42.321	1.441	3,4 %
Costa Rica	3.925	86	2,2 %
Cuba	11.199	973	8,7 %
Ecuador	12.299	585	4,8 %
El Salvador	6.276	911	14,5 %
Guatemala	11.225	532	4,7 %
Haití	8.357	534	6,4 %
Honduras	6.485	304	4,7 %
México	98.881	9.277	9,4 %
Nicaragua	4.957	477	9,6 %
Panamá	2.948	124	4,2 %
Paraguay	5.496	368	6,7 %
Perú	25.939	634	2,4 %
República Dominicana	8.396	782	9,3 %
Uruguay	3.337	278	8,3 %
Venezuela	24.311	207	0,9 %
Caribe no hispano	11.782	1.832	15,5 %
América Latina	511.681	19.549	3,8 %

Fuente: CELADE. *Observatorio Demográfico, Migración Internacional*. Santiago de Chile, 2006, p. 16; base de datos IMILA.

La conjunción de estos tres factores explica el rápido aumento de los inmigrantes latinoamericanos en España. En 2002 había unos 800.000 residentes registrados, es decir, un 2 % del total de habitantes; en 2008 esa cifra subió 1,7 millones, o sea, a casi un 4 % de la población total; y en 2019 todavía se registraban 1,2 millones de latinoamericanos viviendo en España; hacia 2015 el ciclo de atracción se había cerrado.[242]

Veamos ahora el caso de la emigración hacia los Estados Unidos. El gráfico 6.9 presenta dos paneles con los datos básicos de este proceso. En el primero se puede observar la inmigración legal que llegó a los Estados Unidos desde 1820 hasta 2019; para simplificar el gráfico, se muestran cifras acumuladas decenales para el total de inmigrantes y los procedentes de América Latina y el Caribe. Se puede apreciar el fuerte movimiento ascendente de la inmigración total hasta la Primera Guerra Mundial, la notable caída hasta 1945, y luego el alza constante hasta 2019; la participación de América Latina y el Caribe es muy moderada hasta 1960 y luego se observa un sostenido ascenso hasta finales del siglo XX. El segundo panel muestra en detalle el período 1940-2019; los mexicanos ocupan el primer lugar, seguidos por el Caribe no hispánico, Centroamérica y Cuba. Estos movimientos migratorios forman parte, sin duda, de un proceso de integración cada vez más fuerte (y desigual) que une la cuenca del Caribe en su conjunto con los Estados Unidos.

---

242 Reher, David, Requena, Miguel, y Sanz, Alberto. "¿España en la encrucijada? Consideraciones sobre el cambio de ciclo migratorio". *Revista Internacional de Sociología*, Monográfico, n.º 1 (2011): 9-44.; Reher, David S. y Requena, Miguel (editores). *Las múltiples caras de la inmigración en España*. Madrid: Alianza Editorial, 2009. Las cifras consignadas son oficiales y provienen de una consulta en línea del sitio web del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 24 de febrero de 2021.

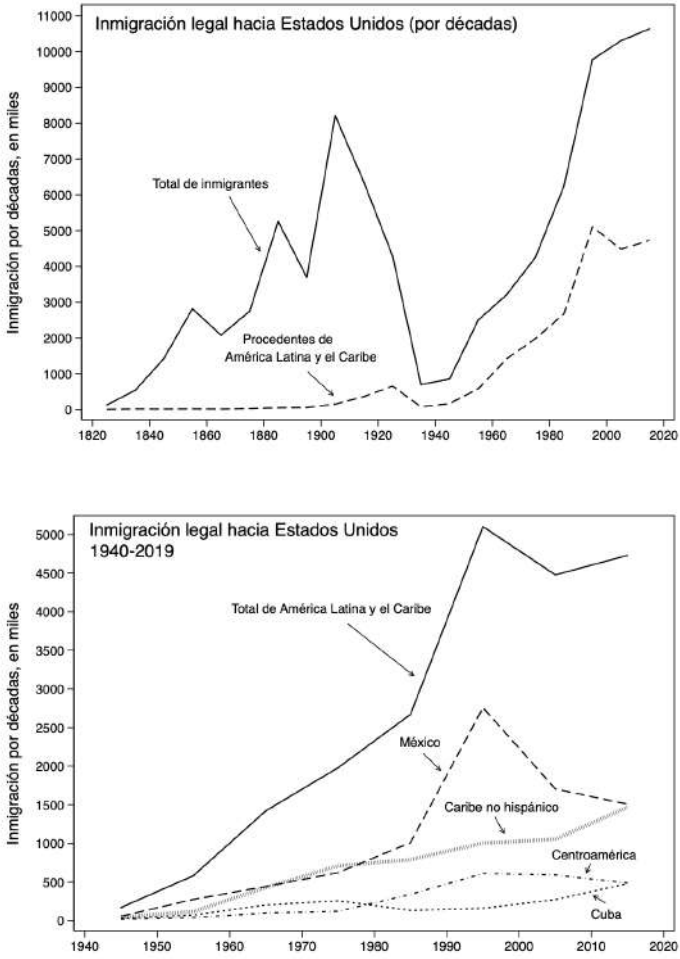


Gráfico 6.9. Inmigración legal hacia Estados Unidos, 1820-2019 y 1940-2019 (por décadas y en miles).
Fuente: datos del U.S. Department of Homeland Security, Office of Immigration Statistics. Consulta *online* el 14/12/2020.

Siempre dentro de esta segunda perspectiva, conviene examinar ahora la presencia de estas poblaciones de emigrantes latinos o hispanos, como son corrientemente llamados, dentro de los Estados Unidos; los datos provienen de los censos de población y de las encuestas de hogar, denominadas American Community Surveys, y se muestran en los cuadros 6.14 y 6.15. En 2019 los latinos eran unos 60 millones, equivalentes a un 18 % del total de los habitantes de los Estados Unidos (328 millones); las proyecciones de población indican que los latinos serán 133 millones en 2050, lo cual representará un 35 % de la población total de los Estados Unidos (380 millones). La población de latinos está creciendo mucho más rápido que otros grupos étnicos de la población norteamericana. De los 60 millones registrados en 2019, un 61 % eran mexicanos, seguidos por un 9 % de puertorriqueños, un 4 % de salvadoreños, un 4 % de cubanos y un 4 % de dominicanos. Los españoles y otros grupos residuales representan un 5 % del total; otras nacionalidades, como hondureños, guatemaltecos, colombianos, venezolanos y ecuatorianos, tienen también una presencia menor pero significativa. Las cifras comentadas reflejan tanto una historia de inmigrantes llegados desde muchas décadas atrás, como es el caso de los mexicanos y cubanos, como las tendencias más recientes, desde finales del siglo xx, cuando se refuerza notablemente la presencia de los centroamericanos y colombianos, y más recientemente, venezolanos.

Cuadro 6.14. Hispanos o latinos en los Estados Unidos, 2019

País de origen	Población
Hispanos o latinos	60.481.746
México	37.186.361
Puerto Rico	5.828.706
Cuba	2.381.565
República Dominicana	2.094.222
Costa Rica	167.234
Guatemala	1.683.093
Honduras	1.083.540
Nicaragua	429.501
Panamá	194.060
El Salvador	2.311.574
Argentina	303.197
Bolivia	132.619
Chile	154.917
Colombia	1.237.606
Ecuador	706.250
Paraguay	27.574
Perú	668.507
Uruguay	66.684
Venezuela	549.256
Otros sudamericanos	26.653
España y otros	3.190.173

Fuente: estimaciones derivadas del American Community Survey, *2019*. Consultadas en el sitio web del U.S. Bureau of the Census, el 17 de diciembre de 2020.

Cuadro 6.15. Características socioeconómicas de los latinos en los Estados Unidos, según grupo étnico y lugar de nacimiento, 2009

1	2	3	4	5	6	7
Latinos	60,9	13,5	33,4	$36.000	23,3	31,3
Mexicanos	77,0	13,1	39,2	$40.590	24,2	21,0
Mexicanos*	38,7	10,4	24,2	$32.000	26,2	57,1
Puertorriqueños	82,5	15,8	41,2	$40.000	25,1	14,7
Puertorriqueños*	63,5	13,1	37,4	$28.400	25,2	16,6
Cubanos	90,8	11,0	49,1	$56.700	13,2	15,3
Cubanos*	70,8	11,7	39,1	$33.300	17,1	29,3
Dominicanos	83,4	17,9	41,3	$40.000	26,7	14,8
Dominicanos*	59,7	12,5	30,8	$30.000	24,2	29,0
Centroamericanos	85,8	15,5	41,1	$42.800	23,9	20,3
Centroamericanos*	49,6	11,1	26,0	$35.000	20,2	54,8
Sudamericanos	93,1	13,5	46,3	$55.000	12,7	15,1
Sudamericanos*	80,9	9,5	38,0	$44.500	12,8	35,9
Otros latinos	83,2	12,0	42,0	$40.000	18,0	16,2
Otros latinos*	68,4	7,8	38,3	$42.000	17,4	30,0
Blancos estadounidenses	90,4	8,4	46,2	$51.700	9,9	10,9

1. Grupo étnico y lugar de nacimiento. 2. Porcentaje de graduados de escuela secundaria mayores de 25 años. 3. Porcentaje de desempleados. 4. Índice socioeconómico ocupacional promedio. 5. Mediana del ingreso familiar anual. 6. Porcentaje de pobres. 7. Porcentaje sin seguro de salud.
*****Nacidos en sus países de origen. Sin asterisco, nacidos en los Estados Unidos.
Fuente: Sáenz, Rogelio. "Latinos in the United States 2010". *Population Bulletin Update. Population Reference Bureau*, diciembre de 2020. Datos del American Community Survey de 2009, disponibles en la base de datos IPUMS, University of Minnesota, 2010.

Conviene notar que, en la clasificación étnico-cultural utilizada en los Estados Unidos, los latinos o hispanos se definen como poblaciones de lengua española, por lo cual los brasileños (algo más de 300.000 en 2014) no aparecen dentro de dicha categoría. El cuadro 6.15 brinda información sobre las características socioeconómicas de las poblaciones latinas de los Estados Unidos en 2009 y permite introducir detalles y matices importantes. Lo primero es que se distinguen dos grupos diferentes, los nacidos en los Estados Unidos de padres latinos, y los inmigrantes residentes que no han adquirido todavía el pasaporte estadounidense. Esta consideración es importante porque, en los Estados Unidos, la marca étnico-cultural (o racial, si se prefiere usar el término) es, como ya se indicó antes, de tipo genealógica, y así aparece en los registros estadísticos y en la percepción (o representación) social.

Como se puede apreciar en el cuadro 6.15, en los seis indicadores socioeconómicos considerados, las poblaciones latinas nacidas en sus países de origen tienen valores mucho más desfavorables que las nacidas en los Estados Unidos; esto refleja, obviamente, los beneficios de haber crecido en el nuevo país y la existencia de mejores oportunidades. Los mexicanos nacidos en México, valga la redundancia, muestran indicadores particularmente desfavorables en todos los rubros, seguidos de cerca por los cubanos y centroamericanos nacidos en sus países de origen. La inserción de los latinos en la sociedad estadounidense opera pues en los niveles más bajos de la estratificación social; así lo revela rápidamente la comparación con el caso de los que el censo clasifica como "blancos", es decir, lo que corresponde a los anglosajones, también conocidos a veces como WASP (Whites, Anglo-Saxons, Protestants). Aunque la inmigración de hispanos o latinos es de larga data, el aumento de los flujos migratorios en las décadas recientes ha provocado serios conflictos y no pocos debates. Un connotado politólogo de Harvard no ha dudado en hablar, hacia 2004, de lo que

llamó el "desafío hispano"; su presentación, en una prestigiosa revista académica, no puede ser más contundente:[243]

> El flujo persistente de inmigrantes hispanos amenaza con dividir los Estados Unidos en dos pueblos, dos culturas y dos lenguas. A diferencia de otros grupos de inmigrantes del pasado, los mexicanos y otros latinos no se han asimilado a la corriente cultural estadounidense y desde Los Angeles a Miami han formado sus propios enclaves políticos y lingüísticos, rechazando los valores anglo-protestantes que forman parte del *American dream*. Los Estados Unidos ignoran este desafío y sus peligros.

En el cierre de su artículo, Huntington afirma que no hay cabida para algo así como un *Americano dream*; si los mexicanos-americanos quieren soñar, deben hacerlo en inglés. El texto de Huntington obedece a una postura conservadora y apenas disimula un prejuicio racista; ha sido repetidamente criticado y no nos interesa entrar aquí en un análisis detallado. Más bien debe tomarse como un síntoma de un malestar social y político que fue desplegado en la campaña presidencial de 2016, cuando el candidato republicano Donald Trump no vaciló en insultar a los mexicanos; como es sabido, siendo ya presidente, uno de sus caballos de batalla fue precisamente la construcción de un muro en la frontera entre Estados Unidos y México.

Uno de los elementos mencionados por Huntington, y repetido incesantemente después, es el aumento de la inmigración ilegal. Para cerrar esta sección, conviene examinar el tema. Los datos sobre la inmigración ilegal provienen de estimaciones elaboradas a partir del American Community Survey y los censos y las cifras sobre detenciones y deportaciones publicadas por el U.S. Department of Homeland

---

243 Huntington, Samuel P. "The Hispanic Challenge." *Foreign Policy*, 141, n.º Mars-April (2004): 30-45. La cita, en mi traducción, es de la página 30.

Security. En el caso de las estimaciones, seguimos las publicadas por el Pew Research Center.[244]

Como se puede ver en el cuadro 6.16, en 2017 había unos 10,5 millones de residentes ilegales, 12,3 millones de residentes legales y 20,7 millones de extranjeros naturalizados. Es interesante notar que la mayoría de los residentes ilegales tenían en promedio unos 15 años de permanencia en los Estados Unidos, en 2017 solo un 20 % tenían cinco o menos años de permanencia. Otro fenómeno interesante tiene que ver con el origen de los inmigrantes ilegales: en 2017 solo un 20 % habían nacido en México, mientras que en 2007 esa proporción era de 52 %. El fenómeno se reflejaba también en las cifras de detenidos y deportados en la frontera: en 2016 un 62 % de los aprehendidos no eran mexicanos; en 2000, el 98 % de los detenidos eran de origen mexicano. La disminución relativa de los mexicanos es correlativa con el aumento de la inmigración ilegal desde Centroamérica y el Caribe. Datos adicionales se pueden ver en los gráficos 6.10 y 6.11. El gráfico 6.10 presenta estimaciones anuales de los inmigrantes en años seleccionados entre 1990 y 2017; se puede apreciar el fuerte aumento a partir de 1990, con un máximo en 2007 de 12,2 millones; la presencia de ilegales mexicanos es muy fuerte en todo el período considerado, aunque se observa una leve disminución relativa entre 2007 y 2017; también es perceptible el declive paulatino de los inmigrantes ilegales para llegar a 10,2 millones en 2017.

---

244 El *Pew Research Center* es un "nonpartisan fact tank" de Washington DC, que informa al público sobre temas, actitudes y tendencias de interés mundial. Los documentos consultados en diciembre de 2020, todos disponibles en línea (www.pewresearch.org), son los siguientes: Jeffrey S. Passel, *Measuring illegal immigration: How Pew Research Center counts unauthorized immigrants in the U.S.* July 12, 2019; Ana Gonzalez-Barrera y Jens Manuel Krogstad, *What we know about illegal immigration from Mexico,* June 28, 2019; Jeffrey S. Passel y D'Vera Cohn, *Mexicans decline to less than half the U.S. unauthorized immigrant population for the first time*, June 12, 2019; Jeffrey S. Passel y D'Vera Cohn, *U.S. Unauthorized Immigrant Total Dips to Lowest Level in a Decade*, November 27, 2018.

Cuadro 6.16. Población extranjera residente en los Estados Unidos en 2017 según el estatus legal (en millones)

Total de nacidos en el extranjero	45,6	100 %
Naturalizados	20,7	45 %
Residentes legales	12,3	27 %
Residentes temporales (legales)	2,2	5 %
Ilegales	10,5	23 %

Cifras redondeadas. Los ilegales incluyen algunos casos protegidos temporalmente de deportación, bajo la Deferred Action for Chilhood Arrivals (DACA) y el Temporary Protected Status (TPS), y también solicitudes de asilo pendientes de resolución.
Fuente: estimaciones del Pew Research Center.

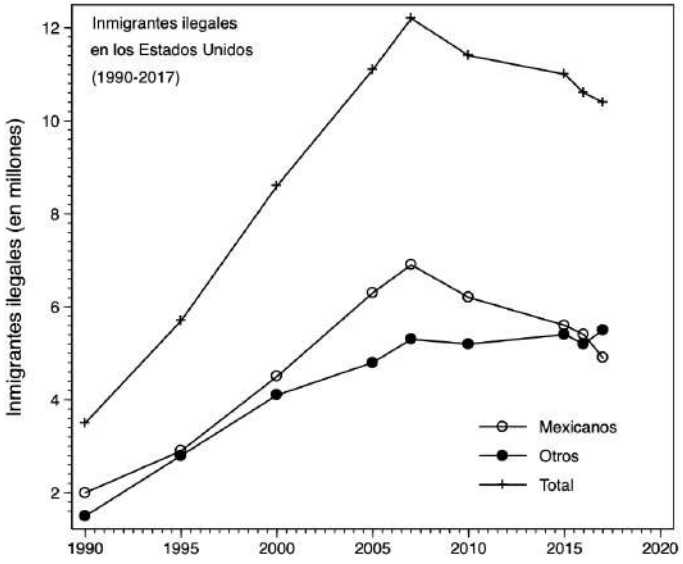


Gráfico 6.10. Inmigrantes ilegales en los Estados Unidos según origen. Estimaciones en años seleccionados, 1990-2017 (en millones).
Fuente: estimaciones del Pew Research Center.

Una visión complementaria surge de las cifras del gráfico 6.11, referido a expulsiones y detenciones anuales de inmigrantes ilegales. Se observa una clara disminución desde niveles que superaban el millón anual entre 1995 y 2007, hasta un medio millón anual entre 2015 y 2018. La gran mayoría de estas detenciones son obra de las patrullas fronterizas; las cifras de expulsiones legales son mucho menores, aunque van en aumento, mientras que las deportaciones de la "migra" también disminuyen regularmente.

El marco legal de la inmigración en los Estados Unidos merece unos breves comentarios. En 1965, el presidente Johnson promulgó la Immigration and Nationality Act; esta ley modificó los criterios de admisión establecidos en la Immigration Act de 1924 y la Immigration and Nationality Act de 1952, eliminando las cuotas y la discriminación de ciudadanos asiáticos y de Europa del Este y del Sur; de hecho, estas nuevas disposiciones, enmarcadas en las luchas por los derechos civiles de la década de 1960, incentivaron la inmigración, atraída además por la fuerte prosperidad de la economía norteamericana.

La composición de la inmigración se modificó sustancialmente, como se puede apreciar en las cifras del cuadro 6.17; en 1960, un 67 % de los inmigrantes provenían de Europa; en 2013, un 79 % procedían de América Latina, el Caribe y los países asiáticos. Cambios legales importantes permitieron, a partir de 1980, la admisión de refugiados siguiendo la definición de las Naciones Unidas; en 1986 la Immigration Reform and Control Act (IRCA) estableció, por la primera vez, sanciones penales a los empleadores de inmigrantes ilegales; esta misma ley facilitó la legalización de unos 3 millones de indocumentados y reforzó los poderes de las patrullas fronterizas. En 2014, el presidente Obama firmó dos acciones ejecutivas que establecieron la Deferred Actions for Parents of Americans (DAPA), que protege de la expulsión inmediata a los padres de niños nacidos en los Estados Unidos y, por lo tanto, ciudadanos estadounidenses, y la Deferred Action for Chilhood Arrivals

(DACA), que protege de expulsión a menores de edad que fueron traídos ilegalmente a los Estados Unidos. En 2019 había 536.000 mexicanos, 26.000 salvadoreños, 17.000 guatemaltecos y 16.000 hondureños enrolados en el programa DACA. En 2017, el presidente Trump intentó terminar con este programa, pero diversas acciones legales lo han impedido hasta hoy (2022).

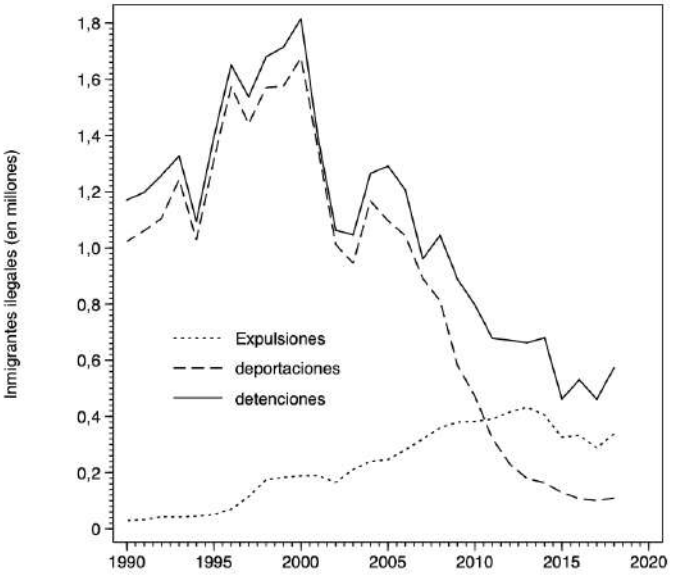


Gráfico 6.11. Expulsiones, deportaciones y detenciones de inmigrantes ilegales en los Estados Unidos, 1990-2018. Expulsiones: (*removals*) extranjeros expulsados con una orden judicial. Deportaciones (*returns*): expulsados sin orden judicial. Detenciones *(aprehended)*: detenidos y devueltos por las patrullas fronterizas.
Fuente: datos del U.S. Department of Homeland Security, Office of Immigration Statistics. Yearbook of Immigration Statistics 2018, tablas 33 y 39.

El tema de la inmigración se ha convertido en un tema muy controversial dentro de la política y la sociedad

norteamericanas; el texto de Huntington citado páginas atrás es apenas un indicador proveniente del ámbito académico. En 1965, cuando se discutió y aprobó la Immigration and Nationality Act, el tema no era controversial; tanto republicanos como demócratas compartían la idea de aumentar la inmigración, aunque las encuestas revelaban que solo un 7 % del público favorecía dicho incremento; pero, una vez aprobada la ley, esta recibió un 70 % de opiniones positivas. Como lo señaló Andrew

Cuadro 6.17. Composición de la inmigración en los Estados Unidos según regiones de origen, 1960-2014, en porcentajes

Origen	1960	1970	2013
Europa	67 %	58 %	13 %
Africa	0,5 %	1 %	4 %
Asia	3 %	6 %	27 %
América Latina y el Caribe	9 %	19 %	52 %
Otros	20,5 %	16 %	4 %

Fuente: estimaciones del Pew Research Center utilizando las muestras de los censos de la base de datos IPUMS.

Kohut, en 1960 solo un 5 % de la población estadounidense había nacido en el extranjero; en 2013, esa proporción había subido al 13 %, y la gran mayoría de los inmigrantes provenían de Asia, América Latina y el Caribe.[245] Este cambio estructural, unido al de la inmigración ilegal, parece estar detrás de la polarización de opiniones del momento actual, desde 2019; las encuestas disponibles muestran que los problemas que la mayoría de norteamericanos consideran como muy importantes son el acceso a los servicios de salud, la adicción a las drogas, el acceso a la educación superior y el déficit del gobierno federal; pero un

245 Factank del Pew Research Center del 20 de setiembre de 2019.

43 % de los encuestados también identifican la inmigración ilegal y el racismo como problemas cruciales. La diferencia se torna muy polarizada cuando se toman en cuenta las opiniones según partido político; un 57 % de republicanos considera importante la inmigración ilegal, frente a un 23 % de los demócratas, mientras que un 62 % de los demócratas ven el racismo como un problema frente a un 21 % de los republicanos.[246]

Migraciones y transición demográfica

Para concluir este capítulo, conviene volver a la relación entre las migraciones y el proceso de transición demográfica. Ya se ha indicado que, dentro del modelo teórico de la transición demográfica, no han tenido cabida las migraciones. Y esto llama la atención dado que, precisamente durante el período de la transición demográfica, los países europeos experimentaron fuertes migraciones. Las razones para la exclusión se atribuyen, generalmente, a las dificultades para integrar las migraciones en un modelo y al hecho de que el efecto de las migraciones durante la transición no ha sido unívoco; es decir, en unos países hubo fuerte emigración, en otros mucho menos, y todavía en otros, una fuerte inmigración. Así las cosas, parecería que estamos frente a una variable (o un conjunto de variables) realmente difícil de modelizar; más que un tema de la demografía de la transición, las migraciones han sido objeto de mucha atención por parte de la historia económica y social, la geografía humana, la sociología y la economía, entre otras disciplinas de las ciencias sociales.

¿Qué sabemos de las migraciones en la transición demográfica? Podemos resumir el tema brevemente. Ante todo, hay que notar que las migraciones internas, del campo

246 Ídem del 17 de diciembre de 2019.

a la ciudad, están presentes en todos los casos, y alimentan el proceso de urbanización concomitante con la transición demográfica. En las migraciones internacionales, el panorama es mucho más variado. En el caso de Gran Bretaña, el modelo clásico de la Revolución Industrial y la transición demográfica, la emigración fue importantísima: entre 1846 y 1924, salieron casi 17 millones de personas, es decir, un 41 % del total de población del país en 1900; en contraste, los emigrantes de Francia durante el mismo período apenas llegaban a medio millón, es decir, solo un 1 % del total de población en 1900. Entre estos dos extremos, los países europeos mostraban situaciones muy distintas; en Italia, Noruega, Portugal, Suecia y España, la emigración era importante, aunque sin llegar a los niveles británicos; el peso con relación a la población total en 1900 oscilaba entre un 22 % (Suecia) y un 36 % (Noruega). En el resto de Europa, la emigración seguía siendo significativa, pero el peso relativo, con relación a la población total de cada uno de los países, era mucho menor, variando entre un 14 % (Dinamarca) y un 2 % (Rusia y Polonia).[247] La otra cara de este proceso migratorio se desenvolvió en los países receptores, encabezados, como se indicó antes, por los Estados Unidos, y seguidos por Canadá, Argentina, Brasil, Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica.

Las fuerzas que movieron la emigración europea entre 1850 y 1914 fueron tanto el diferencial en los salarios reales cuanto el rápido crecimiento poblacional originado en la transición demográfica;[248] en términos más generales, se

---

247 Massey, Douglas S. "Economic Development and International Migration in Comparative Perspectiva". *Population and Development Review,* 14, n.º 3 (1988): 383-413. Datos del cuadro 1, p. 386. Los países incluidos en la comparación fueron Austria-Hungría, Bélgica, Gran Bretaña, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Holanda, Noruega, Portugal, Rusia-Polonia, España, Suecia y Suiza.

248 Williamson, Jeffrey G. *Winners and Losers Over Two Centuries of Globalization*. NBER Working Paper n.º 9161. Cambridge, Mass.: NBER, 2002., p. 31; Hatton, Timothy J. y Williamson, Jeffrey G. *The Age of Mass Migration*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

ha planteado también la idea de que la emigración europea masiva funcionó como una *válvula de escape* ante las presiones económicas (escasez de recursos, desempleo, rendimientos agrícolas decrecientes, etc.), sociales (oportunidades de formar una familia) y políticas (represión al movimiento sindical, pogromos antijudíos, etc.). Concentrada sobre todo en los Estados Unidos, la emigración europea fue un fenómeno espacial norte-norte que derivó en una relativa homogeneización de los mercados laborales; en el curso del tiempo, el diferencial salarial se aplanó y en ambos lados del Atlántico se expandieron sociedades modernas y desarrolladas.[249] Este fenómeno de convergencia de los ingresos no se observa, en cambio, en las migraciones masivas sur-norte que caracterizan a la segunda mitad del siglo XX e inicios del siglo XXI.[250]

Alejandro Canales propone un análisis novedoso de estas migraciones recientes;[251] considera estos movimientos migratorios masivos como elementos constitutivos de la globalización económica y constata la existencia de dos caras complementarias: por un lado, la emigración masiva hacia Estados Unidos ofrece una salida a los excedentes demográficos latinoamericanos, productos de una economía globalizada que no genera empleos suficientes y expulsa, por lo tanto, población; las remesas y la constitución de espacios transnacionales forman parte constitutiva de estos circuitos migratorios que incluyen personas, bienes materiales, simbólicos y transferencias financieras; los migrantes llenan los empleos de más baja calificación, poco apetecidos por las poblaciones del país receptor, pero demandados por

---

249 Williamson, *Winners and Losers Over Two Centuries of Globalization*.; pp. 30-31.; Williamson, Jeffrey G. *Crecimiento y pobreza. Cuándo y cómo comenzó el atraso del Tercer Mundo*. Trad. Tomás Fernández Aus y Beatriz Eguibar. Barcelona: Crítica, 2012.

250 Livi Bacci, Massimo. *Breve historia de las migraciones*. Trad. Marco Aurelio Galmarini. Madrid: Alianza editorial, 2012., pp. 112-116.

251 Canales, Alejandro I. *E PUR SI MUOVE. Elementos para una teoría de las migraciones en el capitalismo global*. Guadalajara - Ciudad de México: Universidad de Guadalajara - Miguel Ángel Porrúa, 2015.

la economía en crecimiento. La otra cara del fenómeno se refiere al rol de estos inmigrantes en la reproducción demográfica y social dentro del país receptor; en la visión de Canales, estos inmigrantes vienen a llenar los huecos provocados en la pirámide de edades por la caída sostenida en la fecundidad (segunda transición demográfica); sin ellos, la reproducción en términos demográficos estaría amenazada; a la vez, estos inmigrantes del sur asegurarían la reproducción en términos sociales, contribuyendo a la reproducción de las desigualdades y, más en general, de las clases sociales. Así las cosas, la migración sur-norte sería parte de un fenómeno estructural, propio del capitalismo global.

Consideraciones para terminar

Al final de este largo recorrido por la historia de las poblaciones americanas, podemos subrayar ciertas características distintivas. El poblamiento y la ocupación del territorio han sido el resultado multisecular de diversas oleadas migratorias: los cazadores y recolectores asiáticos, hace miles de años; la conquista europea en los siglos XV y XVI; el tráfico de esclavos africanos y la configuración de lo que ha sido llamado *the Black Atlantic*; y las nuevas oleadas de migrantes europeos entre 1820 y 1914, asentados sobre todo en los Estados Unidos, y en menor medida en Argentina, Brasil y Cuba. La catástrofe demográfica que diezmó las poblaciones indígenas dio pie para un mestizaje profundo en términos étnicos y culturales, que se ha constituido en una marca característica de las poblaciones latinoamericanas. La emigración hacia los Estados Unidos, en la segunda mitad del siglo XX y los inicios del siglo XXI, es otro rasgo distintivo de unas poblaciones que son ahora irreversiblemente urbanas y que han dejado atrás el pasado milenario de una vida predominantemente rural.

7

El envejecimiento y sus consecuencias

El envejecimiento, 1950-2100

En el capítulo 3, se examinaron los cambios en la estructura de edades provocados por la transición demográfica. Vamos a estudiar ahora algunas consecuencias de largo plazo derivadas del proceso de envejecimiento.[252] Consideraremos el envejecimiento como un hecho consumado, así que nos limitaremos a presentar los datos básicos referidos al conjunto de América Latina y el Caribe en el período 1950-2100; hasta 2019 los datos vienen de estimaciones, mientras que entre 2020 y 2100 resultan de las proyecciones de población; las cifras provienen del *Observatorio demográfico de América Latina y el Caribe 2019*, publicado por Cepal-CELADE, disponible también para consulta en línea en el sitio web de la Cepal.

El gráfico 7.1 muestra datos anuales sobre la población total y la edad mediana de la población. En las décadas de 2050 y 2060, la población total se estabiliza, y deja de crecer; en 2060 la tasa de crecimiento natural será probablemente cero, después negativa, y hacia 2100 la población total regresaría a niveles similares a los

252 Martin, Linda G. y Preston, Samuel (eds.). *Demography of Aging*. Washington D. C.: National Academy Press, 1994.; Hayward, Mark D. y Majmundar, Malay K. (eds.). *Future Directions for the Demography of Aging: Proceedings of a Workshop*. Washington D. C.: The National Academies Press, 2018.

de la década de 2020. La evolución proyectada es, por supuesto, conjetural, pero bastante probable. La edad mediana, es decir, la cifra que divide en dos partes iguales la distribución de la población por edades, muestra un aumento continuo, desde casi 20 años entre 1950 y 1980, hasta casi 50 años en las últimas décadas del siglo XXI. Este indicador es suficiente para hacerse una idea rápida de la magnitud del proceso de envejecimiento.

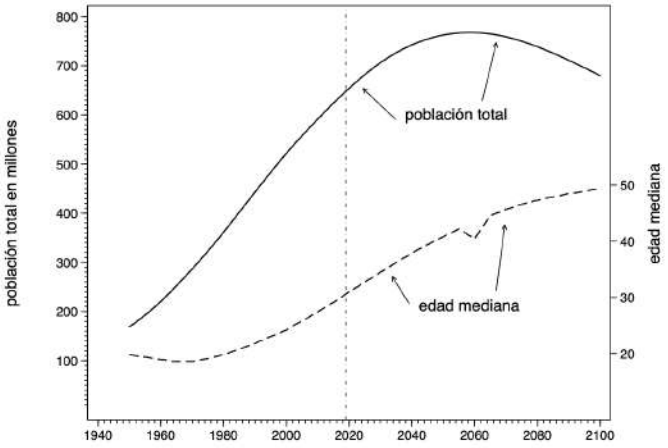


Gráfico 7.1. América Latina y el Caribe, población total y edad mediana de la población (1950-2100).
Fuente: Cepal. *Observatorio demográfico, 2019.*

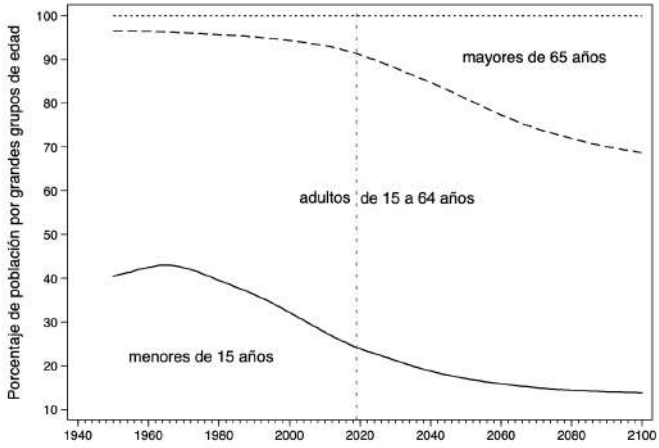


Gráfico 7.2. América Latina y el Caribe, distribución de la población por grandes grupos de edad (1950-2100).
Fuente: Cepal. *Observatorio demográfico, 2019.*

El gráfico 7.2 presenta la evolución de la población por grandes grupos de edad; se puede observar la disminución relativa de los niños y jóvenes menores de 15 años y el aumento correlativo de los mayores de 65 años, mientras que la población adulta y activa, de 15 a 64 años, oscila entre 56 % en 1950 y 55 % en 2100, pasando por un máximo de 67 % en 2020. Sin embargo, el significado de estas proporciones de la población adulta y activa debe verse con relación a los otros grupos de edad: en 1950, los menores de 15 años son el 40 %, mientras que los adultos mayores apenas llegan al 3,5 %; en 2100 la situación será inversa: los menores de 15 años descenderán a un 14 %, y los adultos mayores habrán llegado al 31 %.

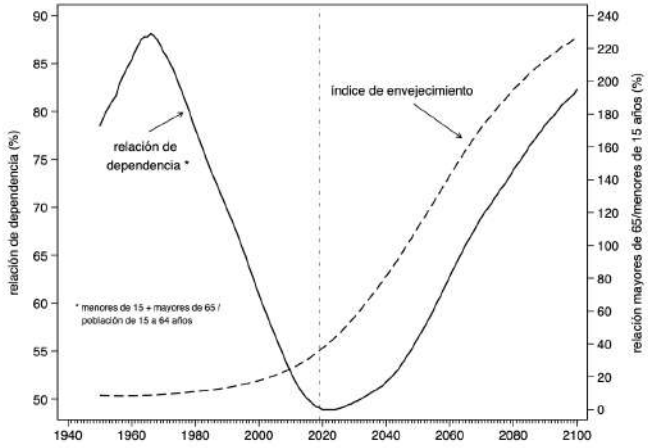


Gráfico 7.3. América Latina y el Caribe, relación de dependencia e índice de envejecimiento (1950-2100). Relación de dependencia: (menores de 15 años + mayores de 65 años) / población de 15 a 64 años) por 100; índice de envejecimiento: (mayores de 65 años / menores de 15 años) por 100.
Fuente: Cepal. *Observatorio demográfico, 2019.*

Este panorama se completa con los datos del gráfico 7.3, donde se presentan la relación de dependencia y el índice de envejecimiento. La primera compara, en porcentajes, la población económicamente dependiente, o más bien inactiva (menores de 15 años y mayores de 65 años) con respecto al grupo en edad laboral (población de 15 a 64 años). El índice de envejecimiento relaciona, también en porcentajes, la población mayor de 65 años con la menor de 15 años. La relación de dependencia es muy elevada en las décadas de 1950 y 1960, dado el fuerte peso de la población menor de 15 años, pero luego desciende en forma pronunciada hasta la década de 2020; este descenso se origina en el incremento relativo de la población de 15-64 años, dada la caída de la fecundidad, y el aumento moderado de los mayores de 65 años; la situación se invierte hacia 2020, debido a la declinación continua y consolidada de la fecundidad y al aumento sostenido de la esperanza de vida al nacimiento, con el consiguiente crecimiento relativo de la población mayor de 65 años; las proyecciones indican una elevación continua de dicha relación hasta 2100. El índice de envejecimiento crece muy poco hasta la década de 1990; luego se observa un aumento continuo hasta fin del siglo XXI, cuando dicho índice superará el 200 %, es decir, por cada 10 personas menores de 15 años, habrá más de 20 personas mayores de 65 años. Como se indicó en el capítulo 3, este descenso progresivo en la relación de dependencia creó las condiciones favorables para el llamado "bono demográfico", es decir, el período en el cual hay mucha más gente en edad de trabajar que inactivos. Hacia 2020 este momento favorable se termina para el conjunto de América Latina y el Caribe.

En años recientes, la División de Población de las Naciones Unidas ha comenzado a utilizar algunos indicadores más precisos relativos al envejecimiento. Algunos de ellos se presentan en el cuadro 7.1, comparando la situación en 2019 con la proyección de lo

que será en 2050. El límite para separar niños y jóvenes de adultos en edad laboral ha sido elevado a 20 años; los indicadores de envejecimiento que se agregan son tres. El primero se refiere a la relación de dependencia de los mayores de 65 años con respecto a la población de entre 20 y 64 años, es decir, lo que en CELADE denominan "índice de envejecimiento", pero ajustando el límite entre jóvenes y adultos a 20 años. El segundo considera la esperanza de vida a los 65 años, un dato mucho más preciso sobre el proceso de envejecimiento mismo; en esto las Naciones Unidas siguen la metodología propuesta por Warren Sanderson y Sergei Scherbov.[253] El tercer indicador es una medida de la relación de dependencia económica teniendo en cuenta la proporción entre los consumidores mayores de 65 años y los trabajadores activos de todas las edades. En este último aspecto, siguen los trabajos recientes sobre las transferencias intergeneracionales liderados por Ronald Lee y Andrew Mason.[254]

---

253 Sanderson, Warren C. y Scherbov, Sergei. "Are We Overly Dependent on Conventional Dependency Ratios?". *Population and Development Review,* 41, n.º 4 (2015): 687-708.

254 Lee, Ronald D. y Mason, Andrew. "Generational Economics in a Changing World". *Ibid*. 37, n.º suplemento temático especial (2011): 115-142.

Cuadro 7.1. América Latina, el Caribe y Estados Unidos, indicadores del envejecimiento según las Naciones Unidas (2019-2050). Primera parte

Regiones y países	% mayores de 65 años		Esperanza de vida al nacimiento, 2010-2015		Esperanza de vida a los 65 años, 2010-2015	
	2019	2050	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
América Latina y el Caribe	8,7 %	19,0 %	71,2	77,7	16,3	19,1
El Caribe	10,4 %	18,8 %	69,1	74,2	16,6	18,8
Cuba	15,6 %	29,8 %	76,5	80,4	17,3	19,6
Haití	5,1 %	10,1 %	59,3	63,5	13,6	15,1
República Dominicana	7,3 %	16,0 %	69,6	75,9	16,5	18,9
Costa Rica	9,9 %	23,7 %	76,7	81,7	18,3	20,8
El Salvador	8,5 %	16,3 %	67,0	76,3	16,1	18,1
Guatemala	4,9 %	10,9 %	69,2	75,6	17,0	18,7
Honduras	4,8 %	12,8 %	71,6	76,3	17,1	19,4
Nicaragua	5,5 %	14,9 %	69,8	76,4	15,9	18,5
Panamá	8,3 %	17,8 %	74,4	80,4	18,9	21,2
México	7,4 %	17,0 %	72,0	77,9	16,7	18,8
Argentina	11,2 %	17,3 %	72,2	79,0	15,9	19,1
Bolivia	7,3 %	12,7 %	66,7	71,9	16,6	18,5
Brasil	9,3 %	22,7 %	70,7	78,0	16,0	19,2
Chile	11,9 %	25,9 %	76,3	82,1	17,5	20,8
Colombia	8,8 %	21,0 %	73,1	78,9	17,5	19,4
Ecuador	7,4 %	16,2 %	72,8	78,5	17,8	19,8
Perú	8,4 %	18,9 %	72,6	77,7	16,3	18,7
Paraguay	6,6 %	12,8 %	71,3	75,1	16,2	18,1
Uruguay	14,9 %	21,7 %	73,2	80,7	15,4	20,6
Venezuela	7,6%	15,3%	69,4	77,0	14,9	17,7
Estados Unidos	16,2 %	22,4 %	76,5	81,3	18,1	20,7

Fuente del cuadro 7.1: United Nations. *World Population Ageing, 2019*. Nueva York, 2020.

Cuadro 7.1. América Latina, el Caribe y Estados Unidos, indicadores del envejecimiento según las Naciones Unidas (2019-2050). Segunda parte, en porcentajes

Regiones y países	Dependencia mayores de 65		Depend. prospectiva de los mayores		Depend. económica de los mayores de 65	
	2019	2050	2019	2050	2019	2050
América Latina y el Caribe	14,8	32,8	9,2	16,2	17,0	36,2
El Caribe	18,1	33,1	11,7	18,7	19,5	35,0
Cuba	24,9	56,3	15,3	31,5	24,7	54,5
Haití	9,7	17,0	9,3	14,3	10,9	19,2
República Dominicana	13,0	27,6	7,5	14,2	13,0	26,5
Costa Rica	16,0	41,6	8,0	17,3	19,9	51,2
El Salvador	15,3	27,3	10,6	15,2	18,2	31,6
Guatemala	9,8	18,6	6,2	8,9	9,5	17,4
Honduras	9,1	21,4	5,4	10,1	9,5	21,6
Nicaragua	9,8	25,4	6,4	12,0	11,1	27,9
Panamá	14,7	32,0	6,8	13,1	19,1	39,4
México	12,9	28,9	8,7	15,6	13,2	28,3
Argentina	20,0	30,3	14,0	16,5	24,3	36,4
Bolivia	14,1	21,9	7,9	11,2	15,1	21,9
Brasil	14,9	39,5	8,6	18,0	18,2	46,2
Chile	19,2	44,6	10,1	19,8	26,2	59,7
Colombia	14,6	36,0	8,1	17,1	17,0	40,4
Ecuador	13,2	28,3	7,4	13,0	13,6	27,3
Perú	14,3	33,4	9,3	15,8	17,8	41,1
Paraguay	12,1	21,5	8,3	12,7	12,5	21,4
Uruguay	26,0	38,7	16,5	19,5	33,5	49,0
Venezuela	13,5	26,1	10,6	17,0	11,8	22,0
Estados Unidos	27,6	40,4	14,4	19,6	42,3	62,1

Relación de dependencia de los mayores de 65 años = (pobl. 65 y más/pobl. 20-64 años) por 100.
Relación de dependencia prospectiva de los mayores = Número de personas por encima de la edad en la cual la esperanza de vida restante es 15 años por cada 100 personas entre 20 años y dicha edad.
Relación de dependencia económica de los mayores = Número efectivo de consumidores de 65 años y más por cada 100 trabajadores de todas las edades.

Consideremos ahora los datos del cuadro 7.1. En el primer panel, se presenta el porcentaje de población mayor de 65 años en 2019 y 2050; entre esas fechas la proporción crecerá aproximadamente en un 10 %, de un 8,7 % a un 19,0 % en el conjunto de América Latina y el Caribe. En 2019 la mayoría de los países se concentran en torno a un 9 % o 10 %; en algunos, como Cuba, Estados Unidos y Uruguay, se observa un proceso de envejecimiento más avanzado, con un 15 % o 16 % de mayores de 65 años; otros, como Haití, Honduras, Guatemala y Nicaragua, oscilan alrededor de un 5 %, es decir, apenas comienzan el proceso de envejecimiento. La esperanza de vida al nacimiento se sitúa en 2010-2015 en torno a los 71 años para los hombres y 77 años para las mujeres; este diferencial por sexos de 5 o 6 años se observa luego en todos los casos; Costa Rica, Cuba, Panamá, Chile y Estados Unidos muestran esperanzas de vida más elevadas que el resto de países, seguidos de cerca por casi todos los demás; solo en Haití se registra una esperanza de vida considerablemente más baja, de 59,3 para los hombres y 63,5 para las mujeres. El tercer indicador del primer panel es la esperanza de vida a los 65 años, que se ubica entre 16 años para los hombres y 19 para las mujeres; el diferencial por sexos, de unos 3 años, se observa en todos los países; Haití, de nuevo, muestra un indicador bastante más bajo que en los demás casos.

En el segundo panel del cuadro 7.1, se presentan los indicadores más específicos e innovadores, que comparan la situación en 2019 con la proyección a 2050. El primero es el ya conocido que se refiere a la proporción de población de más de 65 años con relación a la población activa de 20-64 años; en general, el porcentaje de dependientes se duplica, pasando de un 15 % en 2019 a un 33 % en 2050; como ya se observó en la primera parte del cuadro, las variaciones entre países son notables: mientras que unos, como Cuba, Estados Unidos, Chile y Uruguay, muestran un envejecimiento más avanzado, otros como Haití, Guatemala, Honduras y Nicaragua apenas inician dicho proceso. El segundo indicador

que se presenta es mucho más específico y considera el envejecimiento en un contexto de aumento de la esperanza de vida; relaciona el porcentaje de personas por encima de la edad en la cual quedan 15 años de esperanza de vida con las personas que tienen entre 20 años y dicha edad. Este umbral permite considerar, dentro del cálculo del índice, el avance en el proceso de envejecimiento; para hacerse una idea de este umbral, conviene examinar las columnas de la esperanza de vida a los 65 años en el primer panel del cuadro 7.1. Los valores de este indicador son, en general, aproximadamente la mitad del índice de envejecimiento convencional, recién considerado. Entre 2019 y 2050, este índice tiende a duplicarse, salvo en el caso de los países de envejecimiento más avanzado.

El tercer indicador se refiere a la dependencia en términos económicos. Relaciona el porcentaje de consumidores por encima de los 65 años con el número de trabajadores de todas las edades; es una medida sintética de la carga económica que significa la población no activa mayor de 65 años. En todos los casos, este índice es algo mayor que el de la dependencia prospectiva y parece que tenderá a duplicarse entre 2019 y 2050. Su cálculo y los datos requeridos para hacerlo nos remiten al tema de las transferencias intergeneracionales, el cual consideraremos en la siguiente sección.

Transferencias intergeneracionales[255]

Criar y educar niños y jóvenes y mantener los ancianos que ya no trabajan implica una organización económica y social que ha variado a lo largo de la historia, pero que merece una atención especial dado el actual proceso de envejecimiento de la población y sus desafíos. El tema

---

255 Lee, Ronald D. y Mason, Andrew. *Population Aging and the Generational Economy. A Global Perspective*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing / International Development Research Center, 2011.

requiere combinar el análisis económico con la demografía del envejecimiento para estudiar apropiadamente la reproducción y la transferencia del patrimonio inter e intrageneracional; a la vez, se ha planteado la necesidad de contar con datos adecuados, lo cual ha dado origen al proyecto National Transfer Accounts (NTA), liderado por Ronald Lee y Andrew Mason, ya mencionado líneas atrás. Los datos básicos de NTA consisten en flujos económicos por país, para uno o más años recientes, medidos en términos monetarios nominales y luego estandarizados o normalizados para hacer factibles las comparaciones; las cuentas se construyen garantizando, en lo posible, la consistencia con las cuentas nacionales corrientes. Las NTA incluyen datos detallados para 23 países alrededor del año 2000; se siguen sumando nuevos países y existen ya varios sitios regionales para las NTA en Asia, Europa y América Latina; además, se ofrecen datos demográficos y simulaciones que permiten proyecciones desde 1950 hasta 2050.[256]

Los datos de las NTA cuantifican cómo las personas en cada edad adquieren y usan recursos económicos para satisfacer sus propias necesidades materiales, apoyar a otros y garantizarse el futuro; los menores de 15 o 20 años (según el umbral que se elija) y los mayores de 65 años consumen más de lo que producen; lo opuesto ocurre, por lo general, para los mayores de 15-20 años y menores de 65 años; este ciclo vital es posible porque hay arreglos institucionales y económicos que reasignan recursos (transferencias, activos, deudas, etc.) a lo largo de la vida, básicamente a través de las familias y los gobiernos. Los gráficos 7.4, 7.5, 7.6 y 7.7 presentan datos del ciclo vital en 2004 para Costa Rica y México. En 7.4 y 7.6 se muestran el consumo y los ingresos laborales, en términos per cápita, y medidos en unidades de

[256] Ver el sitio oficial, consultado el 11 de enero de 2021: bit.ly/3MWygZT.

ingresos normalizadas;[257] en 7.5 y 7.6 se pueden apreciar las principales fuentes de financiamiento del consumo, siempre en términos per cápita, y medidas en unidades de ingresos normalizadas. En 7.4 y 7.6 se puede observar cómo el consumo crece notablemente durante la niñez y juventud, alcanza un máximo hacia los 20 años, y queda luego más o menos estable en esos niveles hasta aproximadamente los 60 años; después tiende a declinar levemente y se mantiene más o menos constante en niveles altos. Los ingresos laborales, es decir, derivados del trabajo (salarios y remuneraciones en su sentido más amplio), son cero durante los primeros años de vida y suben notablemente con el ingreso de la gente a la población activa; alcanzan por lo general un máximo entre los 30 y los 60 años y declinan cuando se produce el retiro de las personas de la vida laboral. Estas curvas del consumo y los ingresos laborales, una vez que son expresadas en unidades de ingreso normalizadas, son comparables y muestran formas relativamente parecidas en todos los países. ¿Cómo se financia el consumo? A esta pregunta responden los gráficos 7.5 y 7.7, referidos a Costa Rica y México en 2004, respectivamente. Se indican las tres formas principales de financiamiento, es decir, transferencias privadas, públicas y reasignación de activos; las transferencias privadas se refieren a todos los pagos de las familias y los individuos en beneficio de los dependientes, es decir, niños, jóvenes y eventualmente ancianos; las transferencias públicas son los gastos del gobierno en salud, educación, servicios, jubilaciones y pensiones; la reasignación de activos hace referencia a las transferencias privadas derivadas de propiedades, recursos financieros, préstamos y deudas,

[257] Se obtienen dividiendo el consumo y los ingresos por los ingresos obtenidos entre los 30 y 49 años, una parte del ciclo vital en que se supone que los ingresos son máximos y ya no cuentan mucho los gastos en educación y salud.

valores, ahorros, etc., orientadas también a satisfacer las necesidades del consumo. El peso relativo de estos tres componentes varía a lo largo del ciclo vital y permite caracterizar la forma en que las sociedades enfrentan la carga económica de la población inactiva; volveremos más adelante sobre el tema; por lo pronto, conviene notar que estos tres componentes tienen, en Costa Rica y México, comportamientos relativamente similares: las transferencias públicas son importantes, las privadas decaen notablemente entre los 25 y 30 años, y la reasignación de activos cobra peso a partir de los 30 años y así se mantiene en lo que resta del ciclo vital.

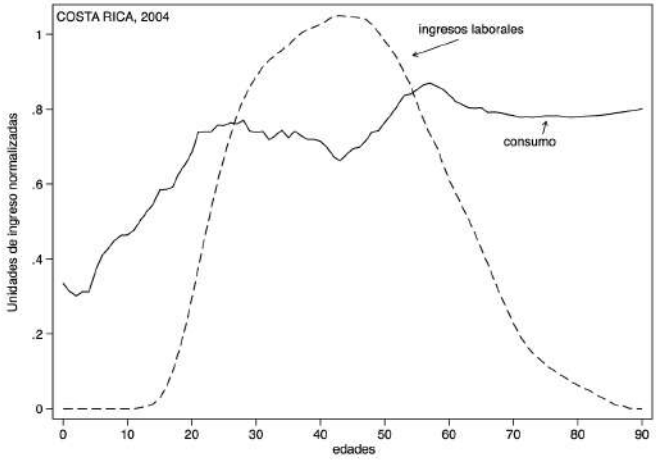


Gráfico 7.4. Costa Rica, 2004. Consumo e ingresos per cápita durante el ciclo vital.
Fuente: NTA, *Country Profiles*, Costa Rica.

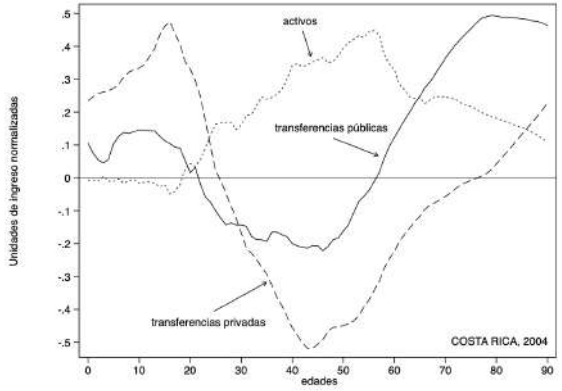


Gráfico 7.5. Costa Rica, 2004. Financiamiento del consumo per cápita durante el ciclo vital.
Fuente: NTA, *Country Profiles*, Costa Rica.

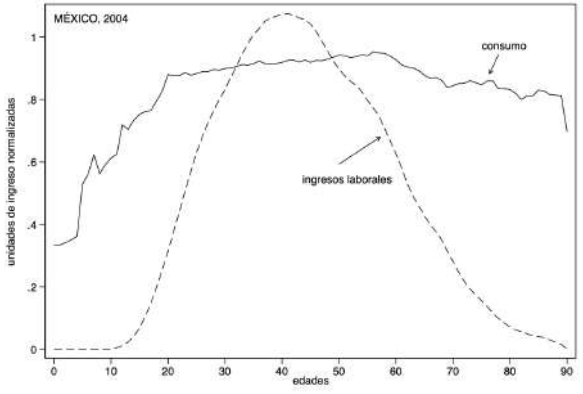


Gráfico 7.6. México, 2004. Consumo e ingresos per cápita durante el ciclo vital.
Fuente: NTA, *Country Profiles*, México.

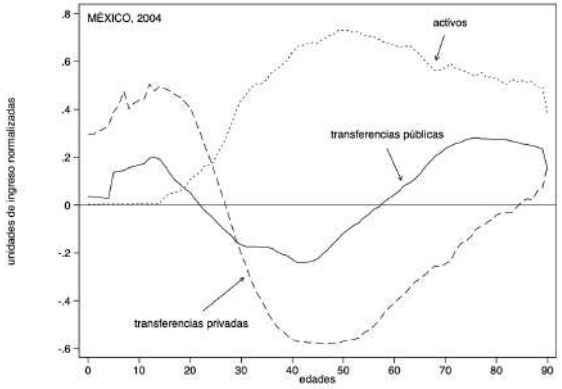


Gráfico 7.7. México, 2004. Financiamiento del consumo per cápita durante el ciclo vital.
Fuente: NTA, *Country Profiles*, México.

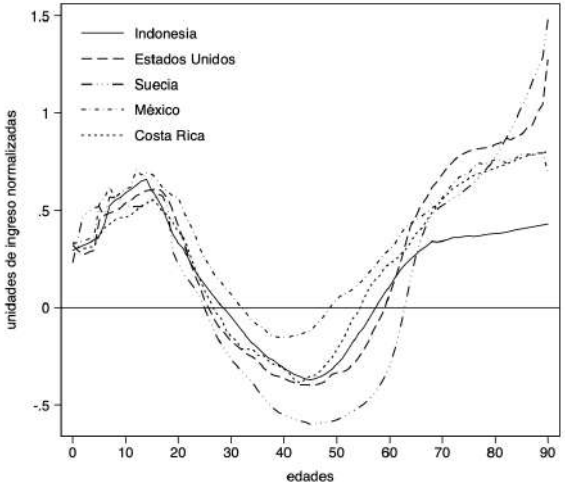


Gráfico 7.8. Déficit per cápita del ciclo vital en Estados Unidos, Suecia, Indonesia, México y Costa Rica hacia 2004.
Fuente: NTA, *Country Profiles*, Indonesia, Estados Unidos, Suecia, México y Costa Rica.

El comportamiento observado en los casos de Costa Rica y México aparece también en muchos otros países, con variantes relativas al nivel del desarrollo económico y cambios en la estructura de edades. En forma más general, esto puede verse examinando gráficamente la diferencia entre el consumo y los ingresos laborales, algo que Lee y Mason denominan "déficit del ciclo vital" y que se presenta en el gráfico 7.8. Se han incluido también datos sobre Indonesia, Suecia y Estados Unidos, además de los de Costa Rica y México. Conviene comentar ahora la similitud relativa de dichas curvas, y entender también sus importantes diferencias.

El eje del cero indica ausencia de déficit; los valores positivos reflejan la magnitud del déficit, mientras que los negativos señalan su ausencia. Es importante ver las edades en que las curvas cortan el cero: observando las curvas extremas, Suecia y México, se constata que en Suecia el déficit de los jóvenes dura hasta los 25 años, y en México se prolonga más allá de los 30 años; el déficit de las personas que se retiran de la vida laboral empieza muy temprano en México (un poco antes de los 50 años) y bastante tarde en Suecia (bien pasados los 60 años). Otro hecho significativo es que, en el caso de México, el excedente generado en las edades activas es relativamente pequeño, mientras que en Suecia es mucho mayor; de hecho, mucho mayor que en cualquiera de los otros países. Los demás países se mueven entre estas dos curvas de México y Suecia, y sus trayectorias resultan ser bastante parecidas, independientemente del nivel de desarrollo económico; la curva del déficit de un país de bajo nivel de ingreso per cápita como Indonesia es muy parecida a la de Costa Rica (ingreso per cápita medio) y la de Estados Unidos (ingreso per cápita muy alto). Las diferencias sí son muy notorias a partir de los 62 o 63 años: después de esas edades, el déficit de Indonesia casi no aumenta, reflejando sin duda un número menor de ancianos (esperanza de vida 10 años menor que la de Estados Unidos, Suecia y Costa Rica). Por otro lado, más allá de

los 80 años, el déficit de Estados Unidos y Suecia crece verticalmente, indicando un número mayor de ancianos y un gasto muy elevado en salud y cuidados.

El informe de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento de la población mundial de 2019 presenta, siempre a partir de las cuentas disponibles en NTA, una comparación entre países relativa a las fuentes de financiamiento del consumo de los mayores de 65 años, y propone una tipología interesante.[258] Hay un grupo de países (datos hacia 2005), sobre todo de Europa y América Latina, en los cuales la principal fuente de financiamiento son las transferencias públicas; dentro de este grupo, se ubican Costa Rica, Chile, Uruguay, Perú, Ecuador, Brasil, Suecia, Italia, Alemania, Finlandia, Francia, Hungría, Polonia y Austria. En otro conjunto de países, predominan, en cambio, las reasignaciones de activos: Indonesia, Filipinas, Tailandia, India, Camboya, El Salvador y Sudáfrica; en estos casos se observaría la acción limitada del Estado y también la debilidad de las transferencias privadas, por lo cual los mayores de 65 años dependen de sus propios ahorros acumulados en el pasado. En otro grupo de países, se observa una situación más balanceada, particularmente entre las transferencias públicas y la reasignación de activos; dentro de él se ubican Estados Unidos, Australia, México, España y el Reino Unido. Otro aspecto de interés en la comparación es el hecho de que los ingresos laborales siguen pesando entre un 15 y 25 % del consumo, salvo en Europa; esto quiere decir que el retiro total de la actividad económica de los mayores de 65 años se estaría, en todos estos casos, retrasando un poco.

Luis Rosero ha estudiado con cierto detalle el déficit del ciclo vital en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Uruguay (datos entre 1996 y 2004), siempre utilizando la fuente

---

258 United Nations. *World Population Ageing 2019*. Nueva York, 2020., pp. 27-31.

y metodología de las NTA.[259] Vale la pena presentar sus principales conclusiones: 1) los mayores de 65 años, contrario al mito popular, no son una carga económica para sus familias; las transferencias económicas que proveen a otros miembros de sus familias son mucho mayores que las que reciben de ellos; 2) los mayores de 65 años son relativamente ricos; su ingreso per cápita derivado de activos es tan alto, o incluso supera, lo que fueron sus ingresos laborales en sus mejores años; 3) los mayores de 65 años reciben una proporción muy elevada de las transferencias públicas per cápita; probablemente, el envejecimiento tornará esta circunstancia insostenible; y 4) mientras que las transferencias familiares son la principal fuente para financiar el consumo de los niños y jóvenes, el ingreso proveniente de los activos y las transferencias públicas (sobre todo pensiones) financian el consumo de los mayores de 65 años; esto permite incluso ahorros sustanciales y transferencias a otros miembros de la familia.[260] Dos precauciones son pertinentes: es posible que en 2021 las circunstancias hayan variado y la validez de estas conclusiones sea relativa al período 1996-2004; en la muestra solo se han incluido países de ingreso per cápita medio, en términos del desarrollo económico, lo que implica que, en países de ingreso bajo, como Honduras, Haití o Nicaragua, puede que la situación sea diferente. De todos modos, la perspectiva de una creciente presión fiscal, a nivel de los gobiernos, es una conclusión fuerte que se deriva de los datos recién mencionados.

Otro aspecto considerado por Luis Rosero, con datos específicos referidos a Costa Rica, son los costos y requerimientos de cuidados de la población anciana. La información proviene de un proyecto denominado CRELES, con muestras representativas a nivel nacional, incluyendo

---

259 Rosero-Bixby, Luis. "Generational Transfers and Population Aging in Latin America". *Population and Development Review,* 37, n.º suplemento temático especial (2011): 143-157.

260 Rosero-Bixby, "Generational Transfers and Population Aging in Latin America"; p. 155.

también la población de más de 90 años.[261] De acuerdo con estos datos, se puede concluir que la principal carga económica que enfrentarán las familias latinoamericanas en los próximos años será el rápido aumento de los costos y requerimientos de cuido de sus familiares de mayor edad.

En suma, el tema de las transferencias inter e intrageneracionales es un aspecto crucial para entender y explicar los cambios en la reproducción demográfica en un contexto de envejecimiento sostenido de la población. Para hacerlo en forma apropiada, se requieren nuevos datos, y, en este sentido, el esfuerzo de las NTA liderado por Lee y Mason es un avance pionero de la mayor importancia científica.

Cambios en las relaciones familiares

Las relaciones familiares se han modificado profundamente en el curso de la transición demográfica, particularmente durante la así llamada "segunda transición demográfica"; el tema ya fue tratado al final del capítulo 5. Conviene señalar ahora sus características más importantes en el contexto del envejecimiento: pocos hijos, o, en todo caso, menos que en las generaciones anteriores, y una vejez mucho más larga que la que tuvieron los abuelos; y, dentro del ciclo vital, se alargan la adolescencia y la juventud, con una incorporación plena más tardía al mercado laboral. El aumento de los divorcios y las nupcias sucesivas ha dado lugar a lo que se ha llamado "familias ensambladas", es decir, un espacio en que conviven "mis hijos, los tuyos y los de ambos". La cohabitación es frecuente, culminada o no en un matrimonio legal, y la edad a la primera maternidad tiende a elevarse. Los mayores de 65 años conviven a veces con alguno de los hijos, pero también viven solos, o en parejas u otros

---

261 Rosero-Bixby, Luis. "The exceptionally high life expectancy of Costa Rica nonagenarians". *Demography*, 45, n.º 3 (2008): 673-691. Más datos sobre CRELES en bit.ly/3Jl1Kyq.

arreglos; económicamente, dependen menos de los hijos de lo que era corriente en el pasado, y, en más de un caso, subvencionan o apoyan a hijos y nietos.

El empoderamiento de las mujeres, estrechamente relacionado con su incorporación al mercado laboral remunerado y la independencia sexual derivada del uso extendido de la contracepción, es un cambio estructural de primera importancia. Es, sin duda, un factor clave en la modificación de las relaciones de pareja y los nuevos arreglos familiares; ¿será este el comienzo del fin del patriarcado? La pregunta es más que pertinente, y muchos factores apuntan en esa dirección; sin embargo, el tema traspasa en mucho los límites de este capítulo.

La aprobación creciente del matrimonio entre personas del mismo sexo, o matrimonio igualitario, es otro indicador preciso de la profundidad de los cambios en las relaciones familiares en los umbrales del siglo XXI. El cuadro 7.2 indica las fechas y los países en que ha sido aprobado; se agregan los datos de Estados Unidos, Canadá, España y Portugal, para que el lector pueda ampliar fácilmente la perspectiva comparativa; a título de simple referencia, conviene recordar que en 2022 el matrimonio igualitario ha sido aprobado, a nivel mundial, en 31 países.

Las relaciones de poder y la violencia intrafamiliar constituyen otro tema fundamental, nada nuevo como tal, pero sí diferente en lo que se refiere a la creciente consciencia de su importancia, reflejada en la agenda de las Naciones Unidos (quinto de los Objetivos del Desarrollo Sostenible 2030), las políticas públicas y los medios de comunicación de masas.

El otro gran tema es el de la vejez y el cuido de los mayores, en sus aspectos económicos, sociales y emocionales. Al envejecer, las personas enfrentan tres cambios básicos: a) el retiro de la vida laboral; b) la modificación de los roles en la familia y la sociedad; y c) el enfrentar mayores riesgos de enfermedades crónicas, incluyendo la pérdida parcial de funcionalidad

vital. La edad al retiro laboral tiene, por lo general, una definición legal, y ocurre alrededor de los 60 años, aunque, dependiendo de las personas y profesiones, puede haber muchas variaciones; el cambio de roles se refiere a papeles que solo se pueden desempeñar a partir de cierta edad o relación familiar; las enfermedades crónicas, acompañadas muchas veces de pérdida en ciertas funcionalidades vitales, son las más frecuentes a partir también de cierta edad. La edad a que ocurren todos estos cambios varía mucho de persona a persona y también de sociedad a sociedad, pero es un hecho que dichos cambios se presentarán en algún momento, y en diferentes combinaciones. El final de la vejez será, obviamente, la muerte de la persona.

Cuadro 7.2. Algunos países que han aprobado el matrimonio igualitario, con indicación de la fecha de vigencia

Argentina	2010
Brasil	2013
Colombia	2016
Costa Rica	2020
Ecuador	2019
México (25 estados de 32)	2010-2022
Uruguay	2013
Chile	2022
Canadá	2005
España	2005
Portugal	2010
Estados Unidos	2015

Los tres tipos de cambios señalados implican una carga social y familiar y también una fuerte carga emocional. La geriatría y la gerontología son nuevas especialidades médicas asociadas al estudio y tratamiento de estos cambios. Hay que tener en mente que el

envejecimiento de la población es algo relativamente reciente, y por eso todos estos cambios, incluyendo las necesarias adaptaciones institucionales, apenas se están delineando. Conviene notar que una población comienza a envejecer por el descenso de la fecundidad, pero el efecto de un aumento en la proporción de gente mayor de 65 años solo será evidente cuando, además de un acercamiento de la fecundidad a la situación de remplazo (tasa global de fecundidad de 2), durante un período prolongado, la esperanza de vida al nacimiento supere los 70 años. Este umbral de los 70 años es significativo; debe notarse que las ganancias en la esperanza de vida al nacimiento por debajo de él afectan la sobrevivencia de los niños, jóvenes y adultos, pero no la de los adultos mayores; para que aumente efectivamente la proporción de los adultos mayores en el total de la población, se requiere que la esperanza de vida al nacimiento supere los 70 años.

Para fijar las ideas, conviene recordar el caso de Suecia; durante el siglo XX, la esperanza de vida al nacimiento masculina subió de 51 años hacia 1900 a 77 años un siglo después; en las mujeres el cambio fue de 54 a 82 años; pero el umbral de los 70 años solo fue alcanzado en la década de 1970; así las cosas, solo hacia finales del siglo XX, el tema de la carga económica de una población creciente de adultos mayores, retirados de la vida laboral, comenzó a plantearse. De alguna manera, el ejemplo sueco se repetirá, tarde o temprano, en los países cuyas poblaciones están en proceso de envejecimiento.

Futuro del Estado benefactor

El Estado benefactor o Estado de bienestar puede definirse como un "conjunto de políticas estatales que buscan asegurar un mínimo bienestar a sus ciudadanos", incluyendo la

protección de riesgos (desempleo, enfermedad, maternidad, vejez) y asegurando la acumulación de capital humano a través de inversiones en salud y educación.[262] Como se sabe, este se desarrolló en Estados Unidos y Europa Occidental a partir de la crisis de 1930, y fue considerablemente reforzado después de la Segunda Guerra Mundial. Los países de América Latina, con diferentes estilos e intensidades, trataron de emular estas pautas.

La creación y expansión inicial del Estado benefactor en América Latina ocurrió al inicio de la transición demográfica, es decir, en una época en que predominaban los menores de 15 años y los adultos; el gasto estuvo orientado a la educación, la atención primaria en salud y los beneficios de los asalariados. En un segundo momento, cuando comenzó a descender la fecundidad, la disminución en la proporción de menores de 15 años favoreció el consumo y los ahorros de los adultos; en un tercer momento, cuando la esperanza de vida al nacimiento superaba los 70 años, el aumento en la proporción de mayores de 65 años empezó a presionar los sistemas de jubilaciones y pensiones, establecidos, como se sabe, por el Estado benefactor. Al mismo tiempo, el aumento en los gastos de salud originado por el predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas se sumó a la carga económica ya mencionada. Las proyecciones indican para el resto del siglo XXI, como hemos visto, un aumento sostenido en la proporción de mayores de 65 años. Así las cosas, se plantean tres preguntas: a) ¿la creciente carga económica implicada por la vejez llevará al fin del Estado benefactor?; b) ¿hay soluciones demográficas para el envejecimiento de la población?; y c) ¿hay soluciones económicas para los desafíos implicados por el envejecimiento?

Las respuestas son obviamente tentativas, y dependerán de un conjunto de factores políticos, sociales, econó-

---

262 Segura-Ubiergo, Alex. *The Political Economy of the Welfare State in Latin America. Globalization, Democracy, and Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007., pp. 1-2.

micos y ambientales.[263] A la primera pregunta, se le puede responder que no necesariamente ocurrirá una quiebra del Estado benefactor, pero que sí habrá cambios importantes. La segunda pregunta es más simple de contestar. La primera solución demográfica sería un aumento en la fecundidad; sin embargo, esto es algo difícil de lograr porque depende de las decisiones individuales de las parejas; todas las políticas de incentivo de la fecundidad que conocemos, tanto en Europa Occidental durante el siglo XX como en la antigua Unión Soviética y sus satélites de Europa del Este, fracasaron. Para lograrlo, parece que se requeriría de un cambio sociocultural mayor, que no depende de los gobiernos, sino de fuerzas sociales más profundas. La otra solución demográfica al envejecimiento es un aumento de la inmigración; esto ofrece al menos la posibilidad de un incremento temporal de la fecundidad, aunque, como se ha observado sobre todo en Europa Occidental, en la segunda generación los inmigrantes tienden a adaptarse a las costumbres y pautas vigentes en el país receptor. En el capítulo anterior, hemos visto cómo, en el análisis de Alejandro Canales, la inmigración desde el sur compensó los déficits demográficos en los países desarrollados del norte. La tercera pregunta es mucho más complicada porque implica una reorganización del mercado de trabajo, con un retiro laboral diferenciado, una elevación de la edad al retiro laboral y un aumento en la productividad de la población activa, entre otras cosas. El desafío es muy grande y también lo es el hecho de que las sociedades humanas que conocemos enfrentan, por primera vez, un envejecimiento pronunciado.

263 El ejemplo de Suecia es particularmente interesante. Ver Bengtsson, Tommy y Scott, Kirk. "Population Aging and the Future of the Welfare State: The Example of Sweden". *Population and Development Review*, 37, n.º suplemento temático especial (2011): 158-170.

¿Un declive futuro de la población?

Este es un interrogante inevitable y también sin respuesta definitiva. Si las proyecciones de población elaboradas por CELADE-Cepal (datos presentados en el gráfico 7.1) son certeras, la población de América Latina comenzará a reducirse hacia 2060. Habrá, sin embargo, importantes variantes por países. El descenso estará presente en 8 países antes de 2059: Cuba (2017); El Salvador y Brasil (2045); Chile y Uruguay (2049); Colombia (2050); Costa Rica (2051); y República Dominicana (2058). En 12 países el declive se iniciará después de 2060: México (2062); Venezuela (2063); Perú (2067); Nicaragua y Paraguay (2068); Haití (2072); Honduras (2076); Argentina (2078); Ecuador (2079); Bolivia (2085); Guatemala (2088) y Panamá (2089). El Caribe no hispano alcanzará el máximo de población en 2033, mientras que Puerto Rico lo hizo en 2001.

Obviamente que este panorama depende de la certeza de las proyecciones, y sobre todo de la calidad de los datos en que se basaron; como bien se sabe, esto varía mucho de país a país; una precaución conveniente es simplemente ver las cifras de la proyección como una estimación probable dentro de un rango o una banda de posibilidades. Un indicador de los errores posibles se puede ver comparando cifras de las proyecciones del pasado;[264] un ejercicio de este tipo se presenta en el gráfico 7.9, donde se comparan las estimaciones proyectadas de la población total de América Latina y el Caribe, tal como fueron elaboradas por la ONU-CELADE en 1958, 1968, 1973, 1992, 2010 y 2019. Conviene focalizar la atención en las cifras previstas para el año 2000; en el caso de las proyecciones de 2010 y 2019, la cifra relativa al 2000 no es una proyección, sino

264 Keyfitz, Nathan. "The Limits of Population Forecasting". *Ibid*. 7, n.º 4 (1981): 579-593.

una estimación. Las diferencias, en términos absolutos y porcentuales con respecto a la población estimada por la proyección de 2019, que podemos estimar como la más exacta, se consignan en el cuadro 7.3. La variación de 7,3 % entre las proyecciones de 2010 y 2019 se puede considerar como un simple error de estimación; en 2019 había más datos disponibles para estimar y ajustar el cálculo que en 2010. Las proyecciones de 1968 y 1973 llegan a una cifra relativamente parecida, pero muy por encima de la obtenida en 2019 (24,9 % y 27,3 %, respectivamente); las diferencias se pueden atribuir a la sobrestimación de la fecundidad futura, implícita en las proyecciones de 1968 y 1973; como también se puede apreciar en el gráfico, esa sobrestimación infla a su vez los cálculos de la población total en las décadas de 1980 y 1990. La proyección de 1958, basada en menos datos y metodológicamente más simple que las de 1968 y 1973, llega paradójicamente a cálculos más cercanos a los de la proyección de 2019. La de 1992 apenas difiere de la cifra estimada en 2010, pero luego parece sobrestimar la población entre 2000 y 2025; de nuevo, la sobrestimación parece provenir sobre todo del cálculo de la trayectoria de la fecundidad.

Algo que llama también la atención es que las cifras de la proyección de 2019, desde 1950 hasta 2025, van por debajo de las estimaciones y proyecciones de 1968, 1973, 1992 y 2010; esto se debe tanto a la disponibilidad de mejores datos, cuanto a una visión más cuidadosa con relación a los ajustes por subregistro y subnumeración; además, debe notarse que se abandonó el supuesto de un descenso límite en la fecundidad (fijado en una tasa global de 2,1), y se pudieron incluir, según los casos, cifras más bajas de 2,1.

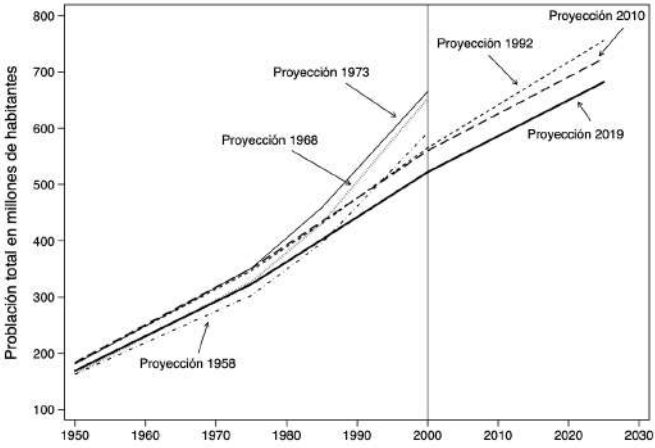


Gráfico 7.9. Proyecciones comparadas de la población total de América Latina y el Caribe (años seleccionados). Fuente: proyecciones ONU-CELADE de 1958, 1968, 1973, 1992, 2010 y 2019.

Dicho todo esto, creo que se pueden afirmar dos cosas. En primer lugar, el escenario de que hacia 2060 la población total de América Latina y el Caribe comience a descender es relativamente probable; en segundo lugar, de lo que sabemos, se puede deducir que, una vez en operación el descenso de la fecundidad, los cambios futuros en el comportamiento no serán drásticos; la migración puede modificar el panorama, pero difícilmente lo hará en el conjunto del subcontinente; más bien esto puede ocurrir solo en algunos países capaces de atraer la inmigración.

Cuadro 7.3. Diferencias en las estimaciones de la población total del año 2000, según las proyecciones de 1958, 1968, 1973, 1992, 2010 y 2019

Año de la proyección	Estimación en 2000 (millones)	Diferencias con respecto a 2019 (en millones)	Diferencias con respecto a 2019
2019	522	0	0
2010	560	38	7,3 %
1992	565	43	8,2 %
1973	665	143	27,4 %
1968	652	130	24,9 %
1958	592	70	13,4 %

Fuente: proyecciones ONU-CELADE de 1958, 1968, 1973, 1992, 2010 y 2019.

La perspectiva de un declive de la población tiene significados e implicaciones sociales muy diversas.[265] En el caso de América, basta retrotraerse a la catástrofe demográfica del siglo XVI que diezmó las poblaciones indígenas para tener una cierta perspectiva; sin embargo, en este caso es obvio que el principal motor del declive fue la mortalidad, seguida de lejos por la caída de la fecundidad. En el siglo XXI, las cosas son muy distintas porque lo que tenemos es, ante todo, la disminución en el número de hijos en un contexto de descenso de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida; dicho en dos palabras: menos niños y jóvenes y más viejos, en un contexto de declinación paulatina, casi programada; todo muy lejos de las pestilencias y alzas brutales de la mortalidad típicas del pasado, previo a la transición demográfica. En este sentido, vivimos una experiencia absolutamente nueva y de futuro incierto.

Durante miles de años, el sistema demográfico era relativamente homeostático: al declive originado en el aumento de la mortalidad por pestes, guerras y otras amenazas

265 Ver Reher, David S. "Towards Long-Term Population Decline: A Discussion of Relevant Issues". *European Journal of Population,* 23, n.º 2 (2007): 189-207.

ambientales, le seguía una época de crecimiento demográfico, muy lento pero positivo en el largo plazo; se sucedían así ciclos de declive y expansión, fuertemente vinculados a las circunstancias ambientales. En muchos casos, estos ciclos concluían con la decadencia e incluso la desaparición de imperios, reinos y civilizaciones, pero recomenzaban en otros ámbitos y contextos; este parece haber sido el patrón típico de evolución de la especie humana.

Ahora bien, la pregunta que se impone en el siglo XXI es si será posible retornar al crecimiento demográfico, como fue el caso en el pasado. Si consideramos que estamos viviendo en un mundo lleno, de espacios y ambientes saturados, bajo la amenaza de un cambio climático que parece imparable, la respuesta obvia parece ser un "no" bastante rotundo. El declive demográfico, que América Latina comenzará a vivir después de 2060, al igual que otras regiones del planeta, viene acompañado del final de un sueño elaborado por los humanistas del Renacimiento y los sabios de la Ilustración. Para decirlo en las muy citadas palabras de Francis Bacon: "El imperio humano sobre el universo".

En uno de sus últimos artículos, un demógrafo tan eminente como Jean Bourgeois-Pichat reflexionó sobre la evolución de las poblaciones humanas en el muy largo plazo, en un ejercicio que combinaba el razonamiento con la imaginación.[266] Consideraba que en el pasado humano habían existido tres transiciones demográficas. La primera, ocurrida durante el Paleolítico superior, unos 40.000 o 35.000 años atrás, habría permitido que la población aumentara de unos 500.000 habitantes a 5 millones, es decir, una multiplicación por 10, oscilando luego en torno a esos 5 millones durante unos 20.000 años. La segunda transición demográfica habría ocurrido 5.000 o 10.000 años atrás, y se originó en la invención de la agricultura, es decir, lo que se conoce como la Revolución Neolítica; esta etapa duró entre 7.000

266 Bourgeois-Pichat, Jean. "Du XXe au XXIe siècle: l'Europe et sa population après l'an 2000". *Population,* 43, n.º 1 (1988): 9-43.

y 12.000 años y concluyó hacia 1750 con el comienzo de la era industrial; la población, que llegaba a unos 771 millones en 1750, se multiplicó por 150. La tercera transición demográfica es la que conocemos y hemos estudiado en este libro: entre 1750 y 2000, es decir, en 250 años, la población mundial se multiplicó por 7,9. El siglo XXI se desarrollará, probablemente, como el siglo del envejecimiento y el declive de la población; si la tasa global de fecundidad va por debajo del tantas veces mencionado 2,1 durante un largo período, la población acabará extinguiéndose. Bourgeois-Pichat consideraba que este era un escenario posible, y pensaba que la población humana podría extinguirse hacia 2400; sería el final de una aventura que comenzó en algún lugar de África quizás hace unos 600.000 años. Notemos que los argumentos de Bourgeois-Pichat son puramente demográficos, y considera que el descenso en la fecundidad es producto de uno de los ideales de la Ilustración, en el sentido de que el ser humano es libre de escoger su destino, y puede decidir no sobrevivir. No considera la disponibilidad de recursos, lo cual se entiende ya que, hacia 1988, las amenazas ambientales y el cambio climático no estaban tan presentes como hoy (2022).

En nuestros días, el futuro en el largo plazo se plantea todavía como más complejo e inquietante; implicará, probablemente, un cambio profundo en las relaciones entre las sociedades y el medio ambiente, lo cual llevará, inevitablemente, a un nuevo modelo de civilización.

Epílogo

La transición demográfica: un proceso de cambio histórico global

Al final de este largo recorrido por una historia de 300 años, conviene intentar, siquiera en forma provisional, un balance y un resumen de los aspectos más relevantes.

Los datos básicos expuestos se pueden comprimir en los gráficos E.1 y E.2. En el primero se presentan la evolución de la población total y la tasa de crecimiento medio anual de la población, de 1800 a 2100. Como se puede ver, la población creció regularmente, entre 1800 y 1950; en esos 150 años, la población aumentó 9,6 veces, de algo más de 17 millones a 169 millones. Entre 1950 y 2050, la población se incrementó 4,5 veces, y, en los últimos 50 años del siglo XXI, se espera que disminuya en 0,89 veces. Esta trayectoria se refleja bien en las tasas de crecimiento medio anual. Las tasas fueron creciendo del 1 % anual a inicios del siglo XIX hasta superar el 2 % anual en 1945; las oscilaciones en torno a estos valores obedecen básicamente a las fluctuaciones de la mortalidad. Luego de 1945 y hasta 1985, las tasas de crecimiento superaron con creces el 2 % e incluso casi llegaron al 3 % en las décadas de 1950 y 1960; luego comenzaron a descender regularmente hasta alcanzar el 1 % en 2015, y seguirán bajando gradualmente hasta volverse negativas en 2065. La explicación de estos movimientos reside en el descenso gradual y luego acelerado de la mortalidad, el efecto positivo de la inmigración hasta la década de 1970, y el negativo de la emigración desde finales del siglo XX, y la caída gradual pero firme de la fecundidad a partir de la década de 1960.

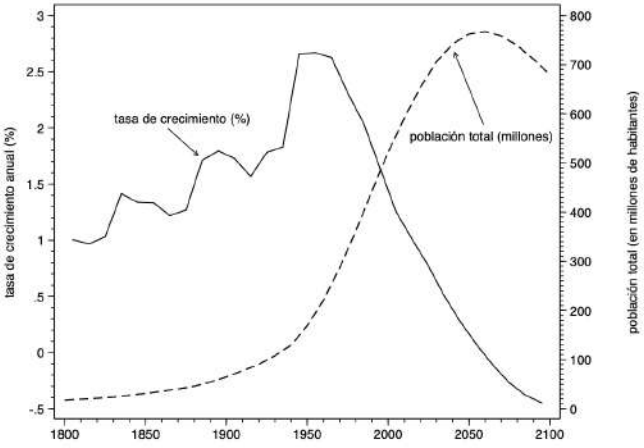


Gráfico E.1. América Latina y el Caribe: población total y tasa de crecimiento medio anual (1800-2100). Fuentes: datos del anexo 1 y las proyecciones Cepal-CELADE, 2019.

El otro aspecto fundamental de todo este proceso aparece en el gráfico E.2; allí se presenta la evolución de la edad mediana de la población y, para mejor comparación, se vuelve a incluir la curva de la población total. Recordemos, para fijar las ideas, que, por ejemplo, una edad mediana de 18 años indica que la mitad de población tiene, en ese momento, menos de esa edad, mientras que la otra mitad tiene edades por encima de dicho valor. Es, pues, un indicar sintético pero muy preciso de la evolución del envejecimiento. Como se puede apreciar, hasta 1990, la edad mediana osciló entre 18 y 19 años; a partir de ese momento, comenzó a subir gradualmente, y se supone que llegará a 40 años en 2050 y a casi 50 años en 2100. Hasta 1990, hubo pues una población eminentemente joven, con un gran peso relativo de los niños y los jóvenes; luego de esa fecha, el envejecimiento ha sido gradual, en un proceso que se extenderá a lo largo de todo el siglo XXI.

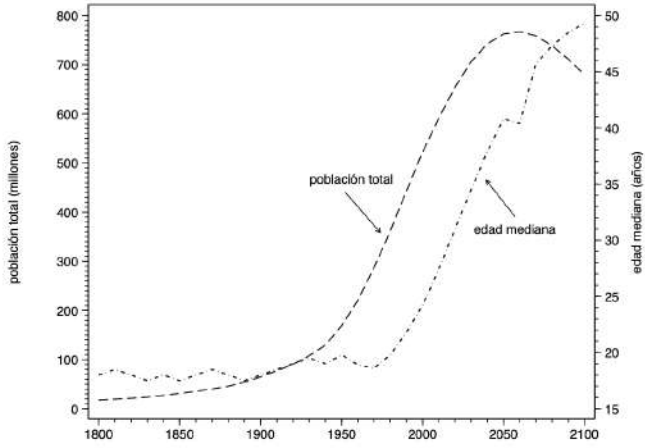


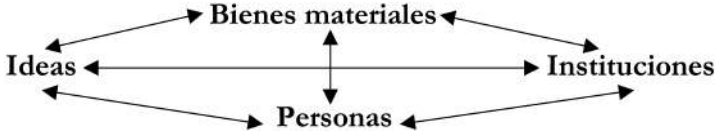
Gráfico E.2. América Latina y el Caribe: población total y edad mediana de la población (1800-2100). Fuentes: datos del anexo 1 y las proyecciones Cepal-CELADE, 2019.

El envejecimiento es el producto combinado del descenso en la fecundidad y el alza de la esperanza de vida al nacimiento (e0) por encima de los 70 años. En el conjunto de América Latina y el Caribe, la e0 (ambos sexos) pasó de 51,4 en 1950-1955, a 70,7 en 1995-2000; en 2045-2050 la e0 será probablemente de 80,5 y, a finales del siglo XXI, de 86,8 años. La tasa global de fecundidad, por su parte, era de 5,83 hijos por mujer en edad fértil en 1950-1955, y fue descendiendo luego a 2,77 en 1995-2000, hasta llegar a 2,12 hijos en 2010-2015; este último valor es el de la fecundidad de remplazo, es decir, el nivel de fecundidad que se requiere para que la población no disminuya de tamaño. Después de esos años, y en lo que resta del siglo XXI, la tasa global de fecundidad estará, con toda probabilidad, siempre por debajo de este nivel de remplazo. El efecto de este descenso sostenido será bien visible en 2065, cuando la población total de América Latina y el Caribe comience a descender.

Lo que acabamos de resumir para el caso latinoamericano ocurre también a nivel mundial. Los países desarrollados van adelante en el proceso; América Latina y Asia lo siguen, mientras que África lo continúa con más distancia; pero la convergencia global es indudable.[267]

Para concluir este resumen, me gustaría reflexionar sobre los factores históricos que han originado el proceso de transición demográfica que acabamos de caracterizar. Para ello, tendré en mente tanto el caso europeo, más avanzado y relativamente bien estudiado, como el caso latinoamericano, que lo sigue con distancia.

La transición demográfica requirió cambios en la sociedad como un todo, a diferentes niveles: la producción y la circulación de bienes materiales, las instituciones, las ideas, y la conducta de las personas. Se pueden distinguir cuatro aspectos diferentes: los bienes materiales, las ideas y el conocimiento, las instituciones, y la conducta de las personas, entre los cuales existen interacciones complejas y permanentes; un diagrama sencillo permite visualizar mejor lo que planteamos:



Los *bienes materiales* se refieren a los cambios originados por la industrialización, la modernización agraria, los transportes, los mercados, la urbanización, y la infraestructura urbana moderna. En América Latina la industrialización no tuvo un papel de vanguardia y fue débil; pero la modernización se desarrolló sobre todo a través de las

267 Reher, David y Requena, Miguel. "Revisiting mid-twentieth-century fertility shifts from a global perspective". *Population Studies*, (2020). DOI: 10.1080/00324728.2020.1783454.

exportaciones agrícolas y mineras; los otros cambios materiales mencionados estuvieron igualmente presentes.

Las *ideas y el conocimiento* se pueden ver en varias dimensiones: la alfabetización, la universidad moderna y la profesionalización, el desarrollo científico y tecnológico, la secularización, el surgimiento de una nueva cosmovisión (basada sobre todo en la ciencia), y la difusión de la prensa y los medios de comunicación de masas.

El cambio en las *instituciones* se tradujo en la expansión del Estado, la organización burocrática, el desarrollo de los sistemas de salud, incluyendo jubilaciones y pensiones, los cambios en las prácticas médicas, y la organización de sindicatos y otras formas de asociación de trabajadores y empresarios.

Por último, la conducta de las *personas* se refiere a modificaciones en los comportamientos de las familias y las parejas: adopción de prácticas higiénicas, cambio de valores, preferencias y actitudes (modernización), aceptación de la medicina moderna y los servicios de salud, uso de prácticas "antiguas" de control de la fecundidad, y sobre todo uso de contraceptivos "modernos" para regular el tamaño de la familia.

La interacción compleja de estos cuatro factores permite enmarcar, en el caso europeo, el descenso de la mortalidad, seguido a distancia por el de la fecundidad. Los procesos variaron mucho según países, regiones y culturas, y se escalonaron a lo largo del tiempo con ritmos diferenciales. Pero el resultado final, que se observa en el último cuarto del siglo XX, es notablemente convergente: una muy elevada e0, una tasa global de fecundidad que desciende al nivel de remplazo o menos, y un proceso de envejecimiento en pleno desarrollo. América Latina y el Caribe siguen ese mismo patrón, como se muestra en este libro, pero con al menos dos diferencias importantes. La primera se refiere a que los cuatro factores mencionados fueron *transferidos* desde Europa y los Estados Unidos a los países latinoamericanos; hubo, pues, procesos de adaptación importantes,

incluyendo una incorporación imaginativa, y, en ciertos casos, una verdadera recreación de las "invenciones" importadas; pero eso no quita el hecho básico de que se trató, a lo sumo, de copias sutilmente recreadas. La segunda diferencia se refiere a la dinámica de los cambios en el tiempo: el descenso de la mortalidad y la fecundidad, y, por ende, el desarrollo del envejecimiento, fueron mucho más tardíos que en Europa y los Estados Unidos, y a la vez más rápidos, o, si se quiere, comprimidos en el tiempo. El ejemplo más notorio se encuentra en la caída de la fecundidad: basada sobre todo en la píldora anticonceptiva y la esterilización, en países como México, Brasil y Costa Rica, una vez desencadenado el proceso, apenas tardó unas pocas décadas en llegar al nivel de remplazo.

Estos cambios globales implicaron un conjunto de movimientos transnacionales y complejos procesos de difusión, que permiten entender, en cada caso, el significativo cambio en los comportamientos de las personas y las parejas; el descenso en la fecundidad, en particular, fue mediado por el cambio en las conductas, los valores y las preferencias de los individuos. La intervención del Estado fue también de enorme importancia, en especial en lo relativo al desarrollo de la salud pública, los servicios médicos y hospitalarios, y el sistema de pensiones, jubilaciones y seguridad social; en estas intervenciones del Estado, hay que destacar que el peso de las presiones y luchas de los trabajadores organizados fue también particularmente significativo.

La transición demográfica también se puede considerar en un contexto histórico de muy largo plazo, y ello permite resumir sus elementos básicos con un grado mayor de abstracción. Massimo Livi Bacci lo ha propuesto en una obra ya clásica.[268] La historia de las poblaciones humanas se puede ver como un conflicto o juego permanente entre las fuerzas de la elección y la restricción; la adaptación

---

268 Livi Bacci, Massimo. *Historia mínima de la población mundial*. Trad. Pentimalli, Atilio. Barcelona: Ariel, 1990., capítulos 2 y 4.

buscará el balance o equilibrio entre las restricciones que imponen el espacio, el clima, las patologías, la energía, etc., y las elecciones definidas por los patrones culturales de cada sociedad, las cuales determinan cómo se usan los recursos disponibles, a qué edad comienza la reproducción, qué proporción de gente entra a formar una familia, etc. De este juego de fuerzas, se derivan ciclos de expansión y declive de las poblaciones, y eventualmente de las civilizaciones.

La transición demográfica europea, iniciada con el descenso de la mortalidad y en paralelo a la Revolución Industrial del siglo XVIII, se puede ver como un proceso de mayor eficiencia, economía y orden en la reproducción demográfica. Antes, las mujeres debían dar a luz a unos 6 hijos para asegurar, dado el nivel de la mortalidad, el remplazo en la generación siguiente; y el régimen era inestable debido a los aumentos súbitos de las muertes por epidemias o crisis alimentarias. Todo esto cambió al descender primero gradualmente la mortalidad y luego, bastante más tarde, la fecundidad. Durante un largo período, la reproducción se volvió eficiente, ordenada y económica, en el sentido de maximizar el uso de los recursos disponibles. Solo cuando la caída de la fecundidad se estaciona por debajo del nivel de remplazo, y se produce un envejecimiento pronunciado, la reproducción se vuelve a tornar ineficiente e inestable: si esta situación se perpetuara en el largo plazo, la población estaría condenada a la extinción.

La novedad histórica del envejecimiento, un fenómeno que tendrá alcance global durante la segunda mitad del siglo XXI, es uno de dos resultados particularmente críticos de la transición demográfica desde la perspectiva que es posible imaginar en 2021. El segundo tiene que ver con el volumen y la densidad de la población del planeta, y sus consecuencias ambientales. Como es sabido, el efecto invernadero aumentó en un 80 % entre 1970 y 2010; a ello han contribuido todas las actividades humanas (producción industrial, de energía, agricultura, transportes, etc.); pero se calcula que la mitad de dicho incremento es resultado únicamente

del aumento en el número de habitantes.[269] El futuro de la humanidad se jugará, en buena parte, con los éxitos y fracasos que sobrevendrán al enfrentar estos dos desafíos.

269 Livi Bacci, Massimo. *Un largo viaje. La Tierra y sus habitantes en 12 etapas*. Trad. María Pons. Barcelona: Pasado y Presente, 2015., p. 191.

Anexo

Breve nota sobre la pandemia del COVID-19

A fines de 2019 y comienzos de 2020, apareció en Wuhan (China) un nuevo virus, identificado pronto como COVID-19, es decir, un tipo de coronavirus. En unos tres meses, el virus se extendió a casi todo el planeta; el 11 de marzo del mismo año, la Organización Mundial de la Salud declaró que se estaba en una situación de pandemia mundial. Los gobiernos nacionales comenzaron a cerrar las fronteras, establecieron cuarentenas y trataron de controlar el flujo de personas y mercancías para prevenir y evitar el contagio de las personas. Los sistemas de salud experimentaron una enorme presión y tuvieron que adaptarse rápidamente a la situación de pandemia. Y a ello se le sumó el cierre de actividades económicas, particularmente aquellas que implicaban aglomeraciones y concentraciones de gente. Como ya se dijo, en tres meses el COVID-19 había dado la vuelta al mundo, y estaba en todas partes. La rapidez de la difusión iba en paralelo a la globalización en los transportes y las comunicaciones; nótese que la peste bubónica había tardado unos 16 años en llegar desde China a Italia, entre 1331 y 1347, mientras que las pandemias de cólera, durante el siglo XIX, habían hecho su recorrido a lo largo de varios años. Por otra parte, solo la pandemia de gripe española en 1918-1919 había tenido una difusión verdaderamente planetaria, tocando todos los continentes y dejando por fuera solo unas pocas regiones.

El COVID-19 es una zoonosis, es decir, un patógeno que pasa de una especie animal a los humanos; al menos, este es el origen más probable, aceptado por la mayoría de

la comunidad científica. Como zoonosis, se ubica a la par del VIH-sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), un virus que pasó de cierto tipo de simios a los humanos, primero en poblaciones africanas y luego de ahí a Estados Unidos, Europa y el resto del mundo. Los primeros casos fuera de África aparecieron en 1981, y hubo que esperar a 1983 para que los científicos determinaran su origen viral; poco a poco, se fueron desarrollando tratamientos efectivos y, aún hoy, en 2022, se está a la espera de una vacuna. La epidemia del VIH-sida no se convirtió en pandemia porque, una vez identificado su origen y las formas de transmisión, fue relativamente fácil prevenirla y quedó circunscrita a grupos y comportamientos muy específicos.

En 1992, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos acuñó el concepto de "enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes" para hacer referencia a enfermedades infecciosas de reciente descubrimiento, y a las ya conocidas consideradas controladas, y en franco descenso o casi desaparecidas, que volvieron a emerger. En casi todos los casos, estas enfermedades emergentes son zoonosis. Entre las más conocidas, podemos mencionar la gripe aviar, la gripe porcina, el eve o ébola, la enfermedad de Chagas, el dengue, el nipah, el zika, la chikunguña, el ya mencionado VIH-sida, la influenza en sus diferentes cepas, y la reaparición de la tuberculosis. Aunque las causas de la aparición y difusión de las enfermedades infecciosas emergentes son múltiples, no hay dudas de que el cambio climático, las afectaciones ocasionadas al medio ambiente por la expansión industrial y urbana, y el aumento en las densidades poblacionales tienen un peso, quizás cada vez mayor, en la explicación. Parece pertinente notar que solo tenemos un conocimiento muy parcial de las complejas relaciones entre las poblaciones humanas y las poblaciones de microorganismos. Para entender a fondo la aparición de las enfermedades infecciosas emergentes, y en particular la pandemia del COVID-19, este es, sin embargo, el marco general más apropiado.

Veamos enseguida algunos datos generales sobre la pandemia y su impacto en los países de América Latina y algunos

otros países seleccionados, para obtener una perspectiva comparada. Los datos provienen de la base de datos compilada y publicada en la red por la Johns Hopkins University of Medicine. Las cifras indican casos observados (y acumulados) desde el inicio de la pandemia, a comienzos de 2020, hasta el 18 de febrero de 2022.

Perú ha sido el país latinoamericano más afectado; supera de lejos a los demás tanto en la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes, como en el porcentaje de letalidad del COVID-19; por detrás vienen Brasil, Argentina, Colombia, Paraguay, Trinidad y Tobago, México, Surinam, Chile y Ecuador, con una mortalidad por COVID-19 situada entre 200 y 300 por cada 100.000 habitantes.

Cuadro A.1. Casos de COVID-19 observados en América Latina hasta el 15 de febrero de 2022 (casos, muertos por COVID-19, porcentaje de fallecidos y mortalidad cada 100.000 habitantes)

Países	Casos	Muertos	Porcentaje de enfermos fallecidos (letalidad)	Mortalidad cada 100.000 habitantes
Perú	3.449.712	208.466	6,0 %	641
Brasil	27.552.267	639.151	2,3 %	303
Argentina	8.747.601	124.349	1,4 %	277
Colombia	6.023.257	137.301	2,3 %	273
Paraguay	626.360	17.964	2,9 %	255
Trinidad y Tobago	120.900	3.531	2,9 %	253
México	5.292.706	312.819	5,9 %	245
Surinam	77.200	1.303	1,7 %	224
Chile	2.652.713	40.666	1,5 %	215
Ecuador	799.140	35.036	4,4 %	202
Bahamas	32.950	766	2,3 %	197
Uruguay	782.560	6.778	0.9 %	196
Panamá	742.850	7.950	1,1 %	187
Bolivia	885.000	21.314	2,4 %	185
Belice	54.518	632	1,1 %	162
Costa Rica	766.520	7.806	1,0 %	155

Guyana	62.265	1.196	1,9 %	153
Honduras	391.870	10.512	2,7 %	108
Barbados	51.895	299	0,6 %	104
Guatemala	735.957	16.643	2,3 %	100
Jamaica	127.163	2.750	2,2 %	93
Cuba	1.061.524	8.476	0,8 %	75
El Salvador	147.790	4.002	2,7 %	62
República Dominicana	569.702	4.347	0,8 %	40
Venezuela	505.950	5.549	1,1 %	19
Haití	29.983	807	2,7 %	7
Nicaragua	17.791	222	1,2 %	3

Fuente: bit.ly/3MZ8W5p (consultado el 20 de febrero de 2022).

El cuadro A.2, con países seleccionados fuera del ámbito latinoamericano, permite establecer comparaciones interesantes. Una incidencia fuerte, entre 200 y casi 300 por 100.000 habitantes, afecta a los Estados Unidos y a muchos países europeos; en otros ejemplos, como el de Nueva Zelanda, la incidencia es bajísima. En este último caso, la situación se explica, en parte, por la facilidad para cerrar sus fronteras de manera rápida y efectiva, la pronta respuesta del gobierno, el vigoroso sistema de salud, y la amplísima cobertura de la población vacunada, que llegó a un 90 % en enero de 2022. Volviendo a los casos latinoamericanos, Perú, México y Ecuador muestran una incidencia muy alta, en términos tanto de la mortalidad por cada 100.000 habitantes, cuanto de la letalidad del COVID-19, superior al 4 %. Países como Uruguay, Costa Rica, Cuba, República Dominicana y Barbados exhiben, en cambio, una incidencia baja. El registro de los casos de COVID-19 y la mortalidad dependen de la calidad de las estadísticas disponibles; sabemos bien que las cifras tan bajas de incidencia observadas en Nicaragua, El Salvador, Venezuela y Haití, por ejemplo, se deben a estadísticas deficientes e incompletas y no reflejan bien la realidad de la pandemia. Las cifras relativas a China en el cuadro A.2 deben verse con mucha precaución; como ya se dijo, ahí se inició la pandemia, y, si las cifras reportadas son confiables, ello

indicaría que se logró un control total de la pandemia muy rápido, mientras que la letalidad sí fue muy alta, llegando casi al 4 %.

No es posible explicar completamente las razones del impacto tan diferenciado del COVID-19; ello, sin duda, será posible cuando haya concluido la pandemia y tengamos más datos y perspectivas. Por el momento, solo se pueden apuntar algunos factores que han contribuido, como la densidad y concentración de las poblaciones, las condiciones de hacinamiento de la vivienda y la pobreza, la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, las políticas sanitarias frente a la pandemia y la actitud de la población. La comparación entre países también sugiere otros aspectos a considerar. Parecería que la pandemia ha sido más fuerte en los países ricos y desarrollados que en los países más pobres; ello podría deberse, si no es el caso de datos muy deficientes en los países subdesarrollados, a los efectos de la estructura de la población por edades. En efecto, el COVID-19 afecta sobre todo a los adultos y adultos mayores, y todos los datos disponibles indican que, en las primeras etapas de la pandemia, la mortalidad ha sido mucho más alta en los mayores de 60 años; a la edad se agregan factores de riesgo muy señalados, como la diabetes, las enfermedades pulmonares y cardiovasculares crónicas, y la obesidad, todas ellas muy presentes en las poblaciones adultas de los países más desarrollados. Sin embargo, estos efectos de la estructura de edades deberían considerarse tomando también en cuenta la cobertura de los sistemas de salud; un estudio reciente con datos de 22 países indica que, al parecer, cuando la cobertura es baja, como ocurre en varios países latinoamericanos, la incidencia de la mortalidad por COVID-19 en los menores de 60 años es considerablemente mayor que en los países donde hay una población más envejecida, pero una cobertura mucho mayor del sistema de salud.[270]

---

270 Fantin, Romain, Brenes-Camacho, Gilbert y Barboza-Solís, Cristina. "Defunciones por COVID-19: Distribución por edad y universalidad de la cobertura médica en 22 países". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45 (2021): 1-9.

Cuadro A.2. Casos de COVID-19 observados en países seleccionados hasta el 15 de febrero de 2022 (casos, muertos por COVID-19, porcentaje de fallecidos y mortalidad cada 100.000 habitantes)

Países	Casos	Muertos	Porcentaje de fallecidos (letalidad)	Mortalidad cada 100.000 habitantes
Estados Unidos	77.919.052	922.473	1.2 %	281
Bélgica	3.447.539	29.724	0.9 %	259
Italia	12.134.451	151.296	1.2 %	251
Reino Unido	18.475.373	160.166	0.9 %	240
Rusia	14.102.736	334.093	2.4 %	231
España	10.672.906	96.596	0.9 %	205
Francia	21.884.370	136.187	0.6 %	203
Suecia	2.397.330	16.501	0.7 %	160
Suiza	2.586.724	12.963	0.5 %	151
Alemania	12.628.843	120.227	1.0 %	145
Canada	3.202.987	35.572	1.1 %	95
China	125.667	4.857	3,9 %	0,35
Nueva Zelanda	31.089	53	0,2 %	1,08

Fuente: https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality (consultado el 20 de febrero de 2022).

Otras características originales de la pandemia han sido el cierre económico de muchas actividades y el confinamiento de amplios sectores de la población, mucho más allá de la cuarentena de los enfermos; nada de esto se produjo en las pandemias anteriores, donde los controles se limitaban a aislar a los enfermos y cerrar puertos y fronteras en forma relativamente limitada. Otro rasgo distintivo ha sido la rápida identificación del virus y la muy pronta aparición de las vacunas, seguidas de campañas masivas de vacunación, lideradas por los gobiernos. El sector de la salud (médicos, enfermeros, técnicos, hospitales, etc.) también respondió con mucha rapidez, desde el diseño de tratamientos hasta la organización de salas especiales para tratar a los enfermos, incluyendo el incremento en la capacidad de las unidades de cuidados intensivos. Por supuesto que, en el balance final, la

efectividad del sector de la salud tiene que ver con la cobertura; en este sentido, toda la evidencia disponible indica que los países con un sistema de salud público y fuerte han logrado reducir al mínimo el impacto de la pandemia.

Las pandemias siempre han provocado pánicos individuales y colectivos; la del COVID-19 no ha sido distinta de las anteriores. Un efecto interesante ha sido señalado por Hervé Le Bras en un artículo publicado en *Le Monde* el 9 de febrero de 2021; los temores desatados por la pandemia parecen estar en relación inversa con la letalidad del COVID-19. En 2020 el número de decesos en Francia aumentó en un 7,3 %, siendo las personas mayores de 75 años las más afectadas. Esta sobremortalidad atribuible a la pandemia resulta mucho menor que la ocurrida en el siglo XIX durante las tres pandemias de cólera, la cual se ha estimado en un 16 %. El 7,3 % de sobremortalidad del COVID-19 en 2020 produjo, por su parte, una disminución de 6 meses en la esperanza de vida; esto quiere decir, por ejemplo, que el riesgo de mortalidad de una persona de 75 años es el mismo que el de una persona de 75,6 años cuando no existía el COVID-19. Este es un riesgo muy bajo, que no resulta fácilmente perceptible para la gran mayoría de las personas. Por todo esto, Le Bras señala el efecto inverso de un pánico muy alto frente a una letalidad que en realidad no es tan elevada; sin embargo, como hay personas que se están contagiando y muriendo por el COVID-19, a pesar de que el riesgo no sea en promedio tan alto, el temor de las personas sanas a contagiarse y morir sigue siendo muy elevado.

Los fenómenos de percepción subjetiva, tanto individual como colectiva, muestran así su propia trayectoria y se encadenan con la difusión mediática de la información, los hábitos culturales, la proliferación de las *fake news* y las innumerables teorías de la conspiración, en el contexto sociopolítico propio de cada país. El auge del teletrabajo y el triunfo de las GAFA (Google, Amazon, Facebook, Apple) desde los primeros meses del confinamiento han producido, además de notables facilidades, un horizonte incierto

y mucho estrés personal. Consecuencias imprevistas, y a veces no deseadas, se han observado también en el comportamiento colectivo. Un ejemplo característico ocurrió en los Estados Unidos; el presidente Donald Trump habló del virus "chino" con la intención de reforzar la aprobación a su política de confrontación con China; el efecto fue, sin embargo, otro: una rápida expansión del racismo (contra los grupos asiáticos, extendido enseguida a los afroamericanos), y el movimiento antivacunas, también profusamente alimentado por las fantasías conspirativas y las *fake news*.

La rápida disponibilidad de pruebas para detectar el COVID-19 y, pocos meses después, de vacunas[271] también constituye una importante novedad durante el desarrollo de la pandemia. Procesos usualmente lentos de investigación y ensayos clínicos fueron acelerados, y los gobiernos dotaron a las empresas farmacéuticas de importantes recursos y facilidades para posibilitarlo. Las campañas de vacunación y la obligatoriedad de la vacuna se enfrentaron también a importantes resistencias. A pesar de la abundancia de pruebas contundentes sobre la efectividad de las vacunas para controlar la pandemia, en muchos sectores se ha planteado el dilema entre la seguridad sanitaria y la libertad. El hedonismo individualista que predomina en el mundo occidental ha contribuido, sin duda, a exacerbar estos sentimientos y actitudes, oportunamente abonados por la manipulación política de líderes populistas irresponsables.

La aparición de la variante ómicron en noviembre de 2021, con la particularidad de que ya no afecta tanto a los pulmones como a las vías respiratorias superiores, a pesar de que es muy contagiosa, parecería indicar que nos aproximamos al fin de la pandemia. Esto quiere decir que el COVID-19 pasaría a comportarse como una epidemia estacional, al igual que la influenza

---

271 Las vacunas de Moderna y Pfizer fueron aprobadas por la Unión Europea en diciembre de 2020 y enero de 2021, hoy (2022) hay cinco aprobadas y dos más en curso de aprobación; por otra parte, China, Rusia y Cuba han desarrollado sus propias vacunas.

y otros tipos de gripe, usualmente prevenibles con una vacuna que se produce cada año tomando en cuenta precisamente las nuevas características del virus. La experiencia de la pandemia del COVID-19 ha mostrado una vez más la vulnerabilidad de la especie humana frente a los virus y otros patógenos, en un contexto donde resulta cada vez más evidente que la humanidad puede desaparecer sin que ocurra lo mismo con los virus. También ha ilustrado la fragilidad y las inequidades del sistema económico global. Joseph Stiglitz lo acaba de resumir en forma incisiva en un artículo que aparece en el número de marzo de 2022 de *Scientific American:*

> Un feo nacionalismo ha sido desplegado por países que han logrado crear las vacunas pero mantienen las ganancias por encima de las vidas humanas, a pesar de sus consecuencias devastadoras para el resto del mundo. El resultado más significativo de la pandemia ha sido el empeoramiento de las desigualdades, tanto dentro de los Estados Unidos como entre los países desarrollados y los países en desarrollo. La riqueza global de los multimillonarios ha crecido en 4,4 trillones de dólares entre 2020 y 2021; al mismo tiempo más de 100 millones de personas han caído por debajo de la línea de pobreza. Cuán mala continuará siendo esta situación dependerá de la duración de la pandemia y de lo que hagan para controlarla los que toman decisiones.

Bibliografía seleccionada

ABEP. *Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo*. Campinas, San Pablo: ABEP-UNFPA, 2009.

Accampo, Elinor A. "The Gendered Nature of Contraception in France: NeoMalthusianism, 1900-1920". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 235-262.

Alfonso Fraga, Juan Carlos. *Cuba. Una transición demográfica temprana y completa*. La Habana, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 2009.

Allende, Salvador. *La realidad médico-social chilena (síntesis)*. Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad, 1939.

Anderson, Thomas P. *The War of the Dispossessed: Honduras and El Salvador, 1969*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1981.

Andrews, George Reid. *Afro-Latin America, 1800-2000*. Nueva York: Oxford University Press, 2004.

Arcondo, Aníbal B. *El ocaso de una sociedad estamental Córdoba entre 1700 y 1760*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Dirección General de Publicaciones, 1992.

Armus, Diego. *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. 1.º ed. Colección "Vitral". Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002.

Armus, Diego. *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press, 2003.

Armus, Diego. *Avatares de la medicalización en América latina (1870-1970)*. 1.º ed. Colección "Salud colectiva". Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.

Armus, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

Arriaga, Eduardo E. *New life tables for Latin American populations in the nineteenth and twentieth centuries*. Population

monograph series. Berkeley: Institute of International Studies, University of California, 1968.
Arriaga, Eduardo E. *Mortality decline and its demographic effects in Latin America*. Population monograph series. Berkeley: Institute of International Studies, University of California, 1970.
Arrom, Silvia. *The Women of Mexico City, 1790-1857*. Stanford: Stanford University Press, 1985.
Asociación Chilena de Protección de la Familia. *Investigaciones sobre planificación familiar*. Santiago de Chile: APROFA, 1976.
Baines, D. *Emigration from Europe, 1815-1930*. Londres: Macmillan, 1991.
Baines, D. "European Emigration, 1815-1930. Looking at the Emigration Decision Again". *London School of Economics. Working Papers in Economic History,* 5 (1992).
Bayly, Christopher Alan. *The Birth of the Modern World, 1780-1914: Global Connections and Comparisons*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2004.
Bellucci, Mabel. *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual (Archivo Digital), 2019.
Bengtsson, Tommy y Scott, Kirk. "Population Aging and the Future of the Welfare State: The Example of Sweden". *Population and Development Review,* 37, n.º suplemento temático especial (2011): 158-170.
Benítez Zenteno, Raúl y Cabrera Acevedo, Gustavo. *Tablas abreviadas de mortalidad de la población de México, 1930, 1940, 1950, 1960*. México: El Colegio de México, 1967.
Bermúdez Valdivia, Violeta. *La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe: estudio comparativo*. Lima: CLADEM, 1998.
Bertrand, Jane T., Ward, Victoria M., y Santiso-Galvez, Roberto. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill: MEASURE Evaluation, 2015.

Besio Moreno, Nicolás. *Buenos Aires. Puerto del Río de la Plata. Capital de la Argentina. Estudio crítico de su población, 1536-1936*. Buenos Aires, 1939.

Bideau, Alain y Nadalin, Sérgio Odilon. "Etude de la fécondité d'une communauté évangelique luthérienne a Curitiba (Brésil) de 1866 a 1939". *Population,* 43, n.º 6 (1988): 1035-1106.

Biernat, Carolina. "Las dos vías de la imaginación poblacionista argentina: natalismo e inmigración entre 1914 y 1955". *Ciclos,* XV, n.º 30 (2005): 217-245.

Binstock, Georgina y Vieira, Joice Melo (coordinadoras). *Nupcialidad y familia en la América Latina actual*. Río de Janeiro: ALAP-UNFPA, 2011.

Bjerg, María Mónica y Otero, Hernán. *Inmigración y redes sociales en la Argentina moderna*. Tandil: CEMLA. IEHS, 1995.

Bloom, David E., Canning, David, y Sevilla, Jaypee. *Economic Growth and the Demographic Transition. Working Paper 8685*. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, 2001.

Bloom, David E. y Williamson, Jeffrey G. "Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia". *The World Bank Economic Review,* 12, n.º 31 (1998): 419-455.

Bongaarts, John. "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility". *Population and Development Review,* 4, n.º 1 (1978): 105-132.

Bongaarts, John. "The Proximate Determinants of Exceptionally High Fertility". *Population and Development Review,* 13, n.º 1 (1987): 133-139.

Bongaarts, John. "Modeling the fertility impact of the proximate determinants. Time for a tune-up." *Demographic Research,* 33, n.º julio-diciembre (2015): 535-560.

Bongaarts, John, Mauldin, Parker, y Phillips, James F. "The Demographic Impact of Family Planning Programs". *Studies in Family Planning,* 21, n.º 6 (1990): 299-310.

Boserup, Ester. *The Conditions of Agricultural Growth*. Chicago: Aldine, 1965.

Bourgeois-Pichat, Jean. "Du XXe au XXIe siècle: l'Europe et sa population après l'an 2000". *Population,* 43, n.º 1 (1988): 9-43.

Brasil, IBGE. *Contribuções para o estudo da demografia do Brasil*. Río de Janeiro: IBGE – Conselho Nacional de Estatística, 1961.

Braun, Juan, Braun, Matías, Briones, Ignacio y Díaz, José. *Economía Chilena, 1810-1995. Estadísticas Históricas*. Documento de Trabajo n.º 187. Santiago de Chile: Pontífica Universidad Católica de Chile. Instituto de Economía, 2000.

Bravo, Jorge H. "Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿Qué relevancia tiene un enfoque difusionista?". *Notas de Población,* XX, n.º 56 (1992): 33-55.

Butland, Gilbert J. "Frontiers and Settlement in South America". *Revista Geográfica*, n.º 65, IPGH, 1966, pp. 93-107.

Caldwell, John C. *Theory of fertility decline*. *Population and social structure*. Londres/Nueva York: Academic Press, 1982.

Canales, Alejandro I. *E PUR SI MUOVE. Elementos para una teoría de las migraciones en el capitalismo global*. Guadalajara – Ciudad de México: Universidad de Guadalajara – Miguel Ángel Porrúa, 2015.

Canales, Alejandro I., Vargas Becerra, Patricia N. y Montiel Armas, Israel. *Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*. Santiago de Chile: Cepal – CELADE, 2010.

Carbonetti, Adrián y González-Leandri, Ricardo (editores). *Historias de salud y enfermedad en América Latina*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, 2008.

Cardoso, Ciro Flamarion. *Escravo ou camponês? O protocampesinato negro nas Américas*. San Pablo: Brasiliense, 1987.

Carrasco, Pedro y Céspedes, Guillermo. *Historia de América Latina I. América indígena. La conquista*. Madrid: Alianza Editorial, 1985.

Casterline, John B. (ed.). *Difusion Processes and Fertility Transition. Selected Perspectives*. Washington D. C.: National Academy Press, 2001.

Castro Arcos, Javier. *Guerra en el vientre. Control de la natalidad, malthusianismo y guerra fría en Chile (1960-1970)*. Santiago de Chile: Bicentenario, 2017.

Castro Martín, Teresa. "Consensual unions in Latin America: persistence of a dual nuptuality system". *Journal of Comparative Family Studies,* 33, n.º 1 (2002): 35-55.

Cavenaghi, Suzana (org.). *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America. Historical Trends and Recent Patterns*. Río de Janeiro: UNFPA-ALAP, 2009.

Caviedes, César y Knapp, Gregory. *South America.* Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall, 1995, p. 134.

CELADE. *Temas de población de la Argentina, aspectos demográficos*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía, 1973.

CELADE. "América Latina y Caribe: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050". *Boletín Demográfico,* 73, n.º 1-247 (2004).

CELADE. *La fecundidad en América Latina ¿Transión o revolución? Santiago de Chile, 9 al 11 de junio de 2003*. Santiago de Chile: Naciones Unidas – Cepal – UPX Université Paris X, 2004.

CELADE, Cepal. *Información demográfica. Estimaciones y proyecciones*. 2011.

Celton, Dora Estela. *La población de la provincia de Córdoba a fines del siglo XVIII*. Serie "Estudios de población". Buenos Aires: Academia Nacional de la Historia, 1993.

Celton, Dora Estela y cols. *Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos. Seminario internacional realizado en Córdoba del 27 al 29 de octubre de 1998*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

International Union for the Scientific Study of Population, 2000.
Cepal. *Atlas de la migración en los países del norte de Centroamérica*. Santiago de Chile: Cepal-FAO, 2018.
Cepal. *Observatorio Demográfico 2019. América Latina y el Caribe. Proyecciones de Población*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2020.
Cepal, Observatorio demográfico. *Tablas de mortalidad 2017*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2017.
Cerrutti, Marcela y Binstock, Georgina. *Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública*. Serie Políticas Sociales n.º 147. Santiago de Chile: Cepal – UNFPA, 2009.
Chackiel, Juan y Schkolnik, Susana. "La transición de la fecundidad en América Latina". *Notas de Población,* XX, n.º 55 (1992): 161-192.
Chalhoub, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. San Pablo: Companhia das Letras, 1996.
Chambers, J. S. *The Conquest of Cholera*. Nueva York: MacMillan, 1938.
Chesnais, Jean-Claude. *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*. París: Presses Universitaries de France – INED, 1986.
Chesnais, Jean-Claude. "Demographic transition patterns and their impact on the age structure". *Population and Development Review,* 16, n.º 2 (1990): 327-336.
Clark, Colin. *Crecimiento demográfico y utilización del suelo*. Trad. Paredes, Miguel y Enrique. Madrid: Alianza Editorial, 1968.
Coale, Ansley J. *The growth and structure of human populations: a mathematical investigation*. Princeton: Princeton University Press, 1972.
Coale, Ansley J. "The demographic transition". En *International Population Conference*. Lieja: IUSSP, 1973.
Coale, Ansley J. "The Demographic Transition". *The Pakistan Development Review,* 23, n.º 4 (1984): 531-552.

Coale, Ansley J., Demeny, Paul George y Vaughan, Barbara. *Regional model life tables and stable populations*. 2.º ed. Nueva York: Academic Press, 1983.

Coale, Ansley J. y Watkins Susan Cotts (editores). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton: Princeton University Press, 1986.

Cohen, Deborah A. "Private Lives in Public Spaces: Marie Stopes, the Mothers' Clinics and the Practice of Contraception". *History Workshop,* 35, n.º primavera (1993): 95-116.

Collver, O. Andrew. *Birth rates in Latin America new estimates of historical trends and fluctuations*. Berkeley: Institute of International Studies, University of California, 1965.

CONAPO. *El Poblamiento de México. Una visión histórico-demográfica. Tomo IV. México en el siglo XX. Hacia el nuevo milenio: el poblamiento en perspectiva*. México: CONAPO, 1993.

Cook, Noble David. *Demographic collapse, Indian Peru, 1520-1620.* Cambridge Latin American Studies. Cambridge Cambridgeshire, Nueva York: Cambridge University Press, 1981.

Cook, Noble David. *Born to Die. Disease and New World Conquest, 1492-1650.* Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Cook, Sherburne Friend y Borah, Woodrow Wilson. *Essays in population history: Mexico and the Caribbean*. Berkeley: University of California Press, 1971.

Cooper, Donald B. "The new 'Black Death': Cholera in Brazil, 1855-56". *Social Science History,* 10, n.º 4 (1986): 467-488.

Cotlear, Daniel (ed.). *Population Aging: Is Latin America Ready?* Washington D. C.: The World Bank, 2011.

Crosby, Alfred W. *Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe 900-1900.* Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

Cuba, Instituto de Investigaciones Estadísticas. *Los censos de población y viviendas en Cuba. Estimaciones, empadrona-*

mientos y censos de población de Cuba de la época colonial y la primera intervención norteamericana. Vol. 2, 2 vols. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas, 1988.

Cuba, Oficina Nacional de Estadísticas. *Los censos de población y viviendas en Cuba. Censos del período 1907-1953.* La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas, 2007.

Cueto, Marcos. *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950.* Lima: GRADE, 1989.

Cueto, Marcos. "The Rockefeller Foundation's Medical Policy and Scientific Research in Latin America: The Case of Physiology". *Social Studies of Sciences,* 20, n.º 2 (1990): 229-254.

Cueto, Marcos. *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima / Washington D. C.: Instituto de Estudios Peruanos; Organización Panamericana de la Salud, 1996.

Cueto, Marcos. *Cold war, Deadly fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975.* Washington D. C. / Baltimore: Woodrow Wilson Center Press; Johns Hopkins University Press, 2007.

Cueto, Marcos y Organización Panamericana de la Salud. *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Publicación científica y técnica. Washington D. C.: OPS, 2004.

Cueto, Marcos (ed.). *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press, 1994.

Cukierman, Henrique. *Yes, nós temos Pasteur: Manguinhos, Oswaldo Cruz e a história da ciência no Brasil*. Río de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2007.

Curtin, Philip D. *The Atlantic slave trade a census*. Madison: University of Wisconsin Press, 1969.

Curto, Susana, Verhasselt, Yola, y Boffi, Rolando. "La transición epidemiológica en la Argentina". *Contribuciones Científicas. GÆA, Sociedad Argentina de Estudios Geográficos,* 13 (2001): 239-248.

Cushman, Gregory T. *Guano and the Opening of the Pacific World. A Global Ecological History*. Nueva York: Cambridge University Press, 2013.

Cutler, David, Deaton, Angus y Lleras-Muney, Adriana. "The Determinants of Mortality". *The Journal of Economic Perspectives,* 20, n.º 3 (2006): 97-120.

D'Arcy, F. "The Malthusian League and the Resistance to Birth Control Propaganda in the Late Victorian Britain". *Population Studies,* 31, n.º 3 (1977): 429-448.

Davis, David Brion. *The Problem of Slavery in Western Culture*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press, 1966.

Davis, Kingsley. "The World Demographic Transition". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 237, n.º enero (1945): 1-11.

Denevan, William M. *The Native population of the Americas in 1492*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press, 1992.

Del Panta, Lorenzo y Livi Bacci, Massimo. "Chronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie, 1600-1850". *Population,* número especial (1977): 401-440.

Devoto, Fernando. *Historia de la inmigración en la Argentina. Con un apéndice sobre la inmigración limítrofe por Roberto Benencia*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2003.

Diamond, Jared. *Guns, Germs and Steel. The Fates of Human Societies*. Nueva York: W.W. Norton & Co., 1997.

Droulers, Martine. *Brésil: une géohistoire*. París: PUF, 2001.

Dupâquier, Jacques (ed.). *Historie de la population française. 4. De 1914 à nos jours*. París: Quadrige/Presses Universitaires de France, 1995 [1988].

Easterlin, Richard A. *Birth and Fortune*. Nueva York: Basic Books, 1980.

Easterlin, Richard A. "Cross-Sections are History". *Population and Development Review,* 38 (2012): 302-398.

Eaton, Joseph W. y Mayer, Albert J. "The social biology of very high fertility among the Hutterites: the

demography of a unique population". *Human Biology,* 25 (1953): 206-264.
Ehrlich, Paul R. *The Population Bomb*. Nueva York: Ballantine Books, 1968.
Ehrlich, Paul R. y Ehrlich, Anne H. *The Population Explosion*. Nueva York: Simon and Schuster, 1990.
Eltis, David. *The Rise of African Slavery in the Americas*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
Eltis, David, Behrendt, Stephen D., Richardson, David y Klein, Herbert S. *The trans-Atlantic slave trade a database on CD-ROM*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press, 1999.
Engerman, Stanley L. "A Population History of the Caribbean". En *A Population History of North America*, editado por Haines, Michael R. y Steckel, Richard H., 483-528. Nueva York: Cambridge University Press, 2000.
Esteve, Albert, García-Román, Joan y Lesthaeghe, Ron. "The Family Context of Cohabitation and Single Motherhood in Latin America". *Population and Development Review,* 38, n.º 4 (2012): 707-727.
Esteve, Albert, Lesthaeghe, Ron y López-Gay, Antonio. "The Latin American Cohabitation Boom, 1970–2007". *Population and Development Review,* 38, n.º 1 (2012): 55-81.
Esteve, Albert, Reher, David S., Treviño, Rocío, Zueras, Pilar y Turu, Anna. "Living Alone over the Life Course: Cross-National Variations on an Emerging Issue". *Population and Development Review,* 46, n.º 1 (2020): 169-189.
Fagan, Thomas, Dutta, Arin, Rosen, James, Olivetti, Aghate, y Klein, Kate. "Family Planning in the Context of Latin America's Universal Health Coverage Agenda". *Global Health: Science and Practice,* 5, n.º 3 (2017): 382-398.
Fantin, Romain, Brenes-Camacho, Gilbert y Barboza-Solís, Cristina. "Defunciones por COVID-19: Distribución por edad y universalidad de la cobertura médica en

22 países". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45 (2021): 1-9.

Felitti, Karina A. "La Iglesia Católica y el control de la natalidad en tiempos del Concilio: La recepción de la encíclica Humanae Vitae (1968) en Argentina". *Anuario del Instituto de Estudios Histórico-sociales (IEHS),* 22 (2007): 349-372.

Fenn, Elizabeth. A. *Pox Americana. The Great Smallpox Epidemic of 1775-82*. Nueva York: Hill and Wang, 2001.

Fisher, Kate y Szreter, Simon. "'They Prefer Withdrawal': The Choice of Birth Control in Britain, 1918-1950". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 263-291.

Fogel, Robert William. *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100. Europe, America and the Third World*. Nueva York: Cambridge University Press, 2004.

Frenk, Julio, Frejka, Tomás, Bobadilla, José L., Stern, Claudio, Lozano, Rafael y Freyre, Gilberto. *Casa-grande y senzala: 1. Formación de la familia brasileña bajo el régimen de la economía patriarcal*. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 1977.

Friedman, Max Paul. *Repensando el antiamericanismo. La historia de un concepto excepcional en las relaciones internacionales estadounidenses*. Trad. Jalain, Eric y Ridruejo, Cristina. Madrid: Machado Libros. Papeles del Tiempo, 2015.

Fussell, Elizabeth y Palloni, Alberto. "Persistent Marriage Regimes in Changing Times". *Journal of Marriage and Family,* 66, n.º 5 (2004): 1201-1213.

Gaignard, Romain. *La Pampa argentina. Ocupación, poblamiento, explotación. De la conquista a la crisis mundial, 1550-1930.* Trad. Ricardo Figueira. Buenos Aires: Ediciones Solar, 1989.

Galeotti, Giulia. *Historia del aborto. Los muchos protagonistas e intereses de una larga vicisitud*. Trad. Cardoso, Heber. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2004.

Gautier, Etienne y Henry, Louis. *La population de Crulai, paroisse normande; étude histoirique.* París, 1958.

Germani, Gino. *Política y sociedad en una época de transición. De la sociedad tradicional a la sociedad de masas*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1968.

Gervais, Diane y Gauvreau, Danielle. "Women, Priest, and Physicians: Family Limitation in Quebec, 1940-1970". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 293-314.

Goic G., Alejandro. "El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente". *Revista Médica de Chile,* 143 (2015): 774-786.

Goldscheider, Frances, Bernhardt, Eva y Lappegård, Trude. "The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior". *Population and Development Review,* 41, n.º 2 (2015): 207-239. En bit.ly/3CGczZf.

Gómez de Cruz, Magda. *Smallpox Vaccination, the Establishment of Vaccination Boards, and State Formation in Venezuela and Cuba in the Nineteenth Century*. Miami: Florida International University, tesis de doctorado, 2008.

Gonzalbo, Pilar y Rabell, Cecilia Andrea. *La familia en el mundo iberoamericano*. Mexico: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, 1994.

González Ochoa, Edilberto, Barroto Gutiérrez, Susana, Armas Pérez, Luisa, Díaz Bacallao, Clara y López Serrano, Elena. "Mortalidad por tuberculosis en Cuba, 1902-1997". *Revista Cubana de Medicina Tropical,* 55, n.º 1 (2003): 5-13.

Grigg, David B. *The Agricultural Systems of the World. An Evolutionary Approach*. Londres: Cambridge University Press, 1974.

Bacallao, Clara y López Serrano, Elena. "Mortalidad por tuberculosis en Cuba, 1902-1997". *Revista Cubana de Medicina Tropical,* 55, n.º 1 (2003): 5-13.

Green, Marshal. "The Evolution of US International Population Policy, 1965-1992. A Chronological Account".

Population and Development Review, 19, n.º 2 (1993): 303-321.
Gutiérrez Roldán, Héctor. *La Población de Chile*. París: CICRED, 1975.
Guttmacher, Alan F. "Margaret Sanger's Two Monuments". *The Journal of Sex Research,* 3, n.º 4 (1967): 251-252.
Haines, Michael R. y Steckel, Richard H. (editores). *A Population History of North America*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
Hajnal, John. "European Marriage Patterns in Perspective". En *Population in History. Essays in Historical Demography*, editado por Glass, D. V. y Eversley, D. E. C. Londres: Arnold, 1965.
Hajnal, John. "Two Kinds of Preindustrial Household Formation System". *Population and Development Review,* 8, n.º 3 (1982): 449-494.
Hatton, Timothy J. y Williamson, Jeffrey G. "What drove the mass migrations from Europe in the late nineteenth century?". *National Bureau of Economic Research Working Paper Series. Historical Papers,* 43 (1992).
Hauser, Philip M. (ed.) *The Population Dilemma*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: PrenticeHall / The American Assembly, 1963.
Hayward, Mark D. y Majmundar, Malay K. (editores). *Future Directions for the Demography of Aging: Proceedings of a Workshop*. Washington D. C.: The National Academies Press, 2018.
Henry, Louis. "Some data on natural fertility". *Eugenics Quaterly,* 8 (1961): 81-91.
Herrera Carassou, Roberto. *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones*. México: Siglo XXI Editores, 2006.
Herrero, María Belén y Carbonetti, Adrián. "La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX". *História, Ciências, Saúde – Manguinhoa,* 20, n.º 2 (2013): 521-536.
Himes, Norman. *Medical History of Contraception*. Baltimore: Williams and Wilkins Company, 1936.

Hochman, Gilberto. "Priority, Invisibility and Eradication: The History of Smallpox and the Brazilian Public Health Agenda". *Medical History,* 53 (2009): 229-252.

Hoetink, Harry. *The Dominican people, 1850-1900: notes for a historical sociology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1982.

Huntington, Samuel P. "The Hispanic Challenge". *Foreign Policy,* 141, n.º marzo-abril (2004): 30-45.

Institut National d'Études Démographiques (INED). *La prévention des naissances dans la famille; ses origines dans les temps modernes*. París: Presses Universitaires de France, 1960.

Jiles Moreno, Ximena y Rojas Mira, Claudia. *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*. Santiago de Chile: CORSAPS, 1992.

Jiménez Núñez, Ricardo. *Nociones de higiene al alcance de los niños*. San José, Librería Alsina, 1923.

Katz, Esther, Engelman, Peter C. y Moran Hajo, Cathy (editores). *The Selected Papers of Margaret Sanger, Volume 4: Round the World for Birth Control, 1920-1966*. Urbana: University of Illinois Press, 2016.

Keyfitz, Nathan. "The Limits of Population Forecasting". *Population and Development Review,* 7, n.º 4 (1981): 579-593.

Keyfitz, Nathan y Flieger, Wilhelm. *Demografía: métodos y modelos estadísticos*. Trad. Cambiaggio, Stella. Buenos Aires: Marymar, 1975.

Kicza, John E. *The Indian in Latin American history resistance, resilience, and acculturation*. Jaguar Books on Latin America. Wilmington, Delaware: SR Books, 2000.

Kinsella, Kevin (ponente). *Aging in Latin America and the Caribbean. Summary of a Workshop*. Washington D. C.: The National Academies Press, 2015.

Kiple, Kenneth F. *The Caribbean Slave a Biological History*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

Kiple, Kenneth F. "Cholera and race in the Caribbean." *Journal of Latin American Studies,* 17, n.º 1 (1985): 155-177.

Klein, Herbert S. *La esclavitud africana en América Latina y el Caribe*. Madrid: Alianza Editorial, 1986., p. 175.

Klein, Herbert S. *A population history of the United States*. Cambridge, UK, Nueva York: Cambridge University Press, 2004.

Kulczycki, Andrzeg. "Abortions in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments". *Studies in Family Planning,* 42, n.º 3 (2011): 199-220.

Kunitz, Stephen J. "Explanations and Ideologies in Mortality Patterns". *Population and Development Review,* 13, n.º 3 (1987): 379-408.

Kuznesof, E. A. *Household economy and urban development. São Paulo, 1765 to 1836*. Boulder: Westview Press, 1986.

Lattes, Alfredo E. *Migraciones hacia América Latina y el Caribe desde principio del siglo XIX.* Buenos Aires, CENEP, 1985.

Laurenti, Ruy. "Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem años da Classificação Internacional de Doenças. Novos Aspectos da Saúde Pública". *Revista de Saúde Pública,* 25, n.º 6 (1991): 407-417.

Lavrin, Asunción. *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940.* Trad. María Teresa Escobar Budge. Santiago de Chile: Centro de Investigación Diego Barros Arana, 2005.

Le Bras, Hervé. *La Démographie*. París: Odile Jacob, 2005.

Le Monde. L'Atlas des Migrations. París, Le Monde-La Vie (hors série), 2008-2009.

Le Roy Ladurie, Emmanuel. "Un concept: l'unification microbienne du monde (XIVeXVIIe siècles)". *Revue Suisse d'Histoire,* 23, n.º 4 (1973).

Lee, Ronald D. "Estimating Series of Vital Rates and Age Structures from Baptisms and Burials: A New Technique, with Applications to Pre-industrial England". *Population Studies,* 28, n.º 3 (1974): 495-512.

Lee, Ronald D. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change". *The Journal of Economic Perspectives,* 17, n.º 4 (2003): 167-190.

Lee, Ronald D. y Mason, Andrew. "Generational Economics in a Changing World". *Population and Development Review,* 37, n.º suplemento temático especial (2011): 115-142.

Lee, Ronald D. y Mason, Andrew. *Population Aging and the Generational Economy. A Global Perspective*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing / International Development Research Center, 2011.

Lee, Ronald D. y Reher, David. "Demographic Transition and Its Consequences". *Population and Development Review,* 37, n.º suplemento temático especial (2011).

Leridon, Henri. *Human Fertility: the basic components*. Chicago: University of Chicago Press, 1977.

Lesthaeghe, Ron. "The Unfolding Story of the Second Demographic Transition". *Population and Development Review,* 36, n.º 2 (2010): 211-251. En bit.ly/3IjKcRK.

Levy, Maria Estela Ferreira. "O papel de migração internacional na evolução da populazão brasileira (1872 a 1972)". *Revista de Saúde Pública. [São Paulo],* 8 (Supl.) (1974).

Livi Bacci, Massimo. *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*. Trad. Bignozzi, Juana. Barcelona: Ediciones Ariel, 1988.

Livi Bacci, Massimo. *Historia mínima de la población mundial*. Trad. Pentimalli, Atilio. Barcelona: Ariel, 1990.

Livi Bacci, Massimo. *Historia de la población europea*. Barcelona: Editorial Crítica, 1999.

Livi Bacci, Massimo. *Los estragos de la conquista. Quebranto y declive de los indios de América*. Trad. Martínez Riu, Antonio. Barcelona: Crítica, 2006.

Livi Bacci, Massimo. *Amazzonia. L'impero dell'acqua 1500-1800.* Bolonia: Società editrice il Mulino, 2012.

Livi Bacci, Massimo. *El Dorado en el Pantano. Oro, esclavos y almas entre los Andes y la Amazonia*. Trad. Moreno Carrillo, Bernardo. Madrid: Marcial Pons Historia, 2012.

Livi Bacci, Massimo. *Breve historia de las migraciones*. Trad. Galmarini, Marco Aurelio. Madrid: Alianza Editorial, 2012.

López-Gay, Antonio, Esteve, Albert, López-Colás, Julián, Permanyer, Iñaki, Turu, Anna, Kennedy, Sheela, Laplante, Benoît, y Lesthaeghe, Ron. "A Geography of Unmarried Cohabitation in the Americas". *Demographic Research,* 30, n.º 59 (2014): 1621-1638.

Lotka, Alfred J. *Théorie analytique des associations biologiques*. París: Hermann, 1939.

Löwy, Ilana. *Virus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Trad. Días, Irene Ernest. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Loyo, Gilberto. *La política demográfica de México*. México: Instituto de Estudios Sociales, Políticos y Económicos del Partido Nacional Revolucionario, 1935.

Luros, Pablo. *Aspectos biodemográficos de la población de Costa Rica*. San José, Imprenta Nacional, 1942.

Maddison, Agnus. "Statistics on World Population, GDP and Per Capita GDP, 1-2008 AD (Vertical File)". University of Groningen. Acceso: julio de 2012. En bit.ly/3sXrDyx.

Maeder, Ernesto J. A. *Evolución demográfica argentina de 1810 a 1869*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1969.

Maeder, Ernesto J. A. y Bolsi, Alfredo S. C. *La población guaraní de las misiones jesuíticas evolución y características, 1671-1767*. Cuadernos de geohistoria regional. Corrientes: Instituto de Investigaciones Geohistóricas, Conicet, FUNDANORD, 1980.

Malthus, Robert S. *Ensayo sobre el principio de población*. Trad. Ortiz, Teodoro. Segunda edición revisada. México: Fondo de Cultura Económica, 1951 [1798-1890].

Malthus, Thomas, Huxley, Julian y Osborn, Frederick. *On Population. Three Essays*. Nueva York: The New American Library, 1960.

Malvido, Elsa y Cuenya, Miguel Ángel. *Demografía histórica de México, siglos XVI–XIX*. Antologías universitarias. Ciudad de México: Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana, 1993.

Maldonado, Celia. *Estadísticas vitales de la ciudad de México (siglo XIX)*. México: INAH, 1976.

Marcilio, Maria Luiza. *Crescimento demográfico e evolução agrária paulista, 1700-1836*. San Pablo: Hucitec, 2000.

Márquez, Patricio V. y Joly, Daniel J. "A Historical Overview of the Ministries of Public Health and the Medical Programs of the Social Security Systems in Latin America". *Journal of Public Health Policy,* 7, n.º 3 (1986): 378-394.

Martin, Linda G. y Preston, Samuel H. (editores). *Demography of Aging*. Washington D. C.: The National Academies Press, 1994.

Massey, Douglas S. "Economic Development and International Migration in Comparative Perspectiva". *Population and Development Review,* 14, n.º 3 (1988): 383-413.

Massey, Douglas S., Arango, Joaquín, Graeme, Hugo, Kouaouci, Alí, Pellegrino, Adela y Taylor, J. Edward. "Theories of International Migration: A Review and Appraisal". *Population and Development Review,* 19, n.º 3 (1993): 431-466.

Massey, Douglas S., Arango, Joaquín, Graeme, Hugo, Kouaouci, Alí, Pellegrino, Adela y Taylor, J. Edward. "An Evaluation of International Migration Theory: The North American Case". *Population and Development Review,* 20, n.º 4 (1994): 699-751.

May, Robert M. y Anderson, Roy M. "Population biology of infectious diseases. Parts I and II". *Nature,* 280, n.º agosto (1979): 361-366 / 455-459.

Mazoyer, Marcel y Roudart, Laurence. *Histoire des Agricultures du Monde. Du Néolithique à la crise contemporaine*. París: Éditions du Seuil, 1998.

Mazzeo, Victoria. "La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el período 1860-2001".

Papeles de Población, 53, n.º julio-setiembre (2007): 241-272.

McCaa, Robert. *Marriage and Fertility in Chile. Demographic turning points in the Petorca Valley*. Boulder: Westview Press, 1983.

McCaa, Robert. "The Peopling of Nineteenth-Century Mexico: Critical Scrutiny of a Censured Century". En *Statistical Abstract of Latin America. Vol. 30, part 1*, editado por Wilkie, James W. *et al*., 603-633. Los Angeles: University of California at Los Angeles Latin American Center, 1993.

McCaa, Robert. "The Peopling of Mexico from Origins to Revolution". En *A Population History of North America*, editado por Haines, Michael R. y Steckel, Richard H. (pp. 241-304). Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

McCaa, Robert y Pérez Brignoli, Héctor. *Populate*. Minneapolis, 1989.

McCusker, John J. y Menard, Russell R. *The Economy of British America, 1607-1790*. Chapel Hill: The University of Nort Carolina Press, 1985.

McKeown, Thomas. *The Modern Rise of Population*. Nueva York: Academic Press, 1976.

Meadows, Donella H., Club of Rome., y Potomac Associates. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. 2.º ed. Nueva York: Universe Books, 1974.

Meinig, D. W. *The shaping of America. Vol. 1, Atlantic America, 1492-1800. A Geographical Perspective on 500 Years of History*. New Haven: Yale University Press, 1986.

Meinig, D. W. *The shaping of America. Vol. 2, Continental America, 1800-1867. A Geographical Perspective on 500 Years of History*. New Haven: Yale University Press, 1993.

Merrick, Thomas William y Graham, Douglas H. *Population and economic development in Brazil, 1800 to the present*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

Mesa Lago, Carmelo. *Reassembling Social Security. A Survey of Pensions and Healthcare Reforms in Latin America*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

Molina Bustos, Carlos Antonio. *Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989*. Santiago de Chile: LOM Ediciones, 2010.

Moreno, José Luis. *Historia de la familia en el Río de la Plata*. Historia argentina (Editorial Sudamericana): Colección "Historia argentina". Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2004.

Moreno, Lorenzo y Singh, Susheela. "Descenso de la fecundidad y cambios en sus determinantes próximos en América Latina y el Caribe". *Notas de Población,* 55, n.º junio (1992): 129-160.

Mörner, Magnus. *La mezcla de razas en la historia de América Latina*. Trad. Piatigorsky, Jorge. Buenos Aires: Paidós, 1969.

Mörner, Magnus. *Evolución demográfica de Hispanoamérica durante el período colonial*. Research paper series: Research paper series (Latinamerika-institutet i Stockholm). Estocolmo: Institute of Latin American Studies, 1979.

Mörner, Magnus y Sims, Harold. *Adventurers and proletarians the story of migrants in Latin America*. Pitt Latin American series. Pittsburgh, Pensilvania: University of Pittsburgh Press. Unesco, 1985.

Mota de Siqueira, Juliana. "Dimensiones regional, local e individual de la migración venezolana: el caso de la frontera con Roraima (Brasil)". *Notas de Población,* 110 (2020): 189-212.

Moya, José C. *Primos y extranjeros. La inmigración española en Buenos Aires, 1850-1930*. Buenos Aires: Emecé, 2004.

Moya Pons, Frank. "Evolución de la población dominicana, 1500-2010". En *Historia de la República Dominicana*, editado por Moya Pons, Frank (pp. 29-57). Madrid: Ediciones Doce Calles, CSIC, 2010.

Mundigo, Axel I. "Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina". *Notas de Población,* 55, n.º junio (1992): 11-40.

Mundt, Ingrid. "Taking a Stand for Birth Control". *The History Teacher,* 51, n.º 1 (2017): 123-161.

Naciones Unidas. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de setiembre de 1994.* Nueva York: Naciones Unidas, 1995.

Nadal, Jordi. *La población española (siglos XVI a XX)*. Barcelona: Ariel, 1971.

Nadalin, Sérgio Odilon. *Imigrantes de origem germânica no Brasil. Ciclos matrimoniais e etnicidade*. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2001.

Nadalin, Sérgio Odilon. "A população no passado colonial brasilerio: mobilidade versus estabilidade". *Revista de História. Programa de Pós-graduação em História Social de UFRJ,* 4, n.º 7 (2003): 222-275.

Nadalin, Sergio Odilon y *et al*. *História e população. Estudos sobre a América Latina. Congresso sobre a História da População da América Latina, realizado em Ouro Preto, no período de 02-06 de julho de 1989*. CELADE Série OI: Serie OI. San Pablo: Fundação SEADE, CELADE, IUSSP, 1990.

Neushul, Peter. "Marie C. Stopes and the Popularization of Birth Control Technology". *Technology and Culture,* 39, n.º 2 (1998): 245-272.

Noonan Jr., John T. *Contracepción. Desarrollo y análisis del tema a través de los canonistas y teólogos católicos*. Trad. García Venturini, Jorge. Buenos Aires: Ediciones Troquel, 1967.

Norrby, Erling. "Yellow fever and Max Theiler: the only Nobel Prize for a virus vaccine". *Journal of Experimental Medicine,* 204, n.º 12 (2007): 2779-2784.

Notestein, Frank W. "Economic Problems of Population Change". En *Proceedings of the Eight International Conference of Agricultural Economists* (pp. 13-31). Oxford: Oxford University Press, 1953.

Omran, A.R. "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change". *The Milbank Quaterly,* 49 (1971): 509-583.

Osterhammel, Jürgen. *The Transformation of the World. A Global History of the Nineteenth Century*. Trad. Camiller, Patrick. Princeton: Princeton University Press, 2014.

Otero, Hernán. "Fecondité des immigrants en Argentine. Les Français de Tandil, 1860-1914". *Annales de DÈmographie Historique,* (1996).

Otero, Hernán. *El mosaico argentino modelos y representaciones del espacio y de la población, siglos XIX–XX*. Historia. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2004.

Otero, Hernán y Velázquez, Guillermo. *Poblaciones argentinas estudios de demografía diferencial*. Tandil: PROPIEP (IEHS-CIG), 1997.

PAHO. "Paraguay, Country profile". *Epidemiological Bulletin,* 25, n.º 2 (2004): 12-15.

Painter, Nell Irvin. *The History of White People*. Nueva York: W.W. Norton, 2010.

Palloni, Alberto, Beltrán-Sánchez, Hiram y Pinto Aguirre, Guido. "Incertidumbre de los estimadores de mortalidad y pruebas de hipótesis: el caso de América Latina y el Caribe, 1850-2010". *Notas de Población*, n.º 104 (2017): 13-32.

Palloni, Alberto, Pinto Aguirre, Guido y Beltrán-Sánchez, Hiram (2014). *Latin American Mortality Database (LAMBdA)*. [Machine-readable database], Madison: University of Wisconsin, 2014.

Palmer, Steven. *Launching Global Health. The Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2010.

Pantelides, Edith A. *Evolución de la fecundidad en la Argentina*. Buenos Aires/Santiago de Chile: Centro de Estudios de Población. Centro Latinoamericano de Demografía, 1979.

Pantelides, Edith A. *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX*. Cuadernos del CENEP. Buenos Aires: CENEP, 1989.

Pantelides, Edith A. "Más de un siglo de fecundidad en la Argentina: su evolución desde 1869". *Notas de Población,* XX, n.º 56 (1992): 87-106.

Parsons, James Jerome. *Antioqueño colonization in western Colombia*. Ibero-Americana: University of California Publications. Berkeley: University of California Press, 1949

Pellegrino, Adela. *Caracterización demográfica del Uruguay*. Montevideo: Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, 2003.

Pérez Brignoli, Héctor. *La población de Costa Rica, 1500-2000. Una historia experimental*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 2010.

Pérez Moreda, Vicente, Reher, David-Sven y Sanz Gimeno, Alberto. *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons Historia, 2015.

Pétré-Grenouilleau, Olivier. *Les trites négrières. Essai d'histoire globale*. París: Gallimard, 2004.

Pitkänen, Kari. "Contraception in Late Ninteenth and Early Twentieth-Century Finland". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 187-207.

Pollitzer, R. *Cholera*. Ginebra: World Health Organization, 1959.

Potter, Joseph E. y Mundigo, Axel I. "Fertility Planning". En *Handbook of Population*, editado por Poston, Dudley L. y Micklin, Michael, 733-759. Nueva York: Kluwer Academic / Plenum Publisher, 2005.

Pressat, Roland. *The Dictionary of Demography*, editado por Wilson, Christopher. Oxford: Blackwell Reference, 1985.

Preston, Samuel H. "The changing relation between mortality and level of economic development". *Population Studies,* 29, n.º 2 (1975): 231-248.

Preston, Samuel H. *Mortality Patterns in National Populations: with special reference to recorded causes of death*. Nueva York: Academic Press, 1976.

Preston, Samuel H. "Causes and Consequences of Mortality Decline in Less Developed Countries during the Twentieth Century". En *Population and Economic Change in Developing Countries*, editado por Easterlin, Richard A. (pp. 289-360). Chicago: University of Chicago Press, 1980.

Rabell Romero, Cecilia (coordinadora). *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México: Fondo de Cultura Económica, 2014.

Ramírez Martín, Susana María. *La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna en la Real Audiencia de Quito*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, tesis de doctorado, 1998.

Ramos-Chaves, Alvaro. *Essays on Economic Development in Costa Rica. Ph.D Dissertation in Economics*. Berkeley: University of California, 2010.

Reber, Vera Blinn. "The Demographics of Paraguay: A Reinterpretation of the Great War, 1864-70". *Hispanic American Historical Review,* 68, n.º 2 (1988): 290-319.

Recchini de Lattes, Zulma L. *República Argentina. Corrección de la serie anual de nacimientos registrados por sexo y jurisdicción, 1911-1947*. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella – Centro de Investigaciones Sociales, 1967.

Recchini de Lattes, Zulma L. y Lattes, Alfredo E. *La Población de Argentina*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 1975.

Reed, James. *The Birth Control Movement and American Society: From Private Vice to Public Virtue*. Princeton: Princeton University Press, 1978.

Reher, David. *La familia en España. Pasado y presente*. Madrid: Alianza Editorial, 1996.

Reher, David S. "Towards Long-Term Population Decline: A Discussion of Relevant Issues". *European Journal of Population,* 23, n.º 2 (2007): 189-207.

Reher, David S. "The Aftermath of the Demographic Transition in the Developed World: Interpreting Enduring Disparities in Reproductive Behavior". *Population and Development Review,* 47 (2019): 475-503. En bit.ly/3JAS6Id.

Reher, David S. y Requena, Miguel (editores). *Las múltiples caras de la inmigración en España*. Madrid: Alianza Editorial, 2009.

Reher, David y Requena, Miguel. "Was there a mid-20th century fertility boom in Latin America?". *Revista de Historia Económica,* 32, n.º 3 (2014): 319-350.

Reher, David, Requena, Miguel y Sanz, Alberto. "¿España en la encrucijada? Consideraciones sobre el cambio de ciclo migratorio". *Revista Internacional de Sociología,* Monográfico, n.º 1 (2011): 9-44.

Reher, David S. y Schofield Roger (editores). *Old and New Methods in Historical Demography*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

Ribeiro, Darcy. *O povo brasileiro. A formação e o sentido do Brasil*. San Pablo: Companhia das Letras, 1995.

Riley, James. *Rising Life Expectancy: A Global History*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

Roberts, G. W. *The Population of Jamaica*. Cambridge: Cambridge University Press, 1957.

Robinson, David J. *Migration in colonial Spanish America*. Cambridge studies in historical geography. Cambridge, Inglaterra/ Nueva York: Cambridge University Press, 1990.

Robinson, Warren C. y Ross, John A. (editores). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington D. C.: The World Bank, 2007.

Robles González, Elena, Bernabeu Mestre, Josep y García Benavides, Fernando. "La transición sanitaria: una revisión conceptual". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica,* XIV, n.º 1 (1996): 117-144.

Roche, Jean. *Le colonisation allemande et le Rio Grande do Sul*. París: Institut des Hautes Études de l'Amérique Latine, 1959.

Rodríguez Wong, Laura L. y Sánchez, Jhon Antón (organizadores). *La población afrodescendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20*. Belo Horizonte / Brasil: ALAP, 2014.

Rosenberg, Emily S. (ed.). *A World Connecting, 1870-1945.* Cambridge, Mass. Harvard University Press, 2012

Rosenblat, Ángel. *La población indígena de América desde 1492 hasta la actualidad*. Stirps quaestionis. Buenos Aires: Institución Cultural Española, 1945.

Rosenblat, Ángel. *La población indígena y el mestizaje en América*. Biblioteca Americanista. Buenos Aires: Editorial Nova, 1954.

Rosero-Bixby, Luis. "Factores asociados con la mortalidad infantil en Costa Rica, 1961-1975". En *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica* (pp. 31-59). San José: Asociación Demográfica Costarricense, 1984.

Rosero-Bixby, Luis. "El descenso de la natalidad en Costa Rica". En *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica* (pp. 66-77). San José: Asociación Demográfica Costarricense, 1984.

Rosero-Bixby, Luis. "Las tendencias de la nupcialidad y la transición de la fecundidad en América Latina". *Notas de Población,* XX, n.º 55 (1992): 103-128.

Rosero-Bixby, Luis. "The exceptionally high life expectancy of Costa Rica nonagenarians". *Demography,* 45, n.º 3 (2008): 673-691.

Rosero-Bixby, Luis. "Generational Transfers and Population Aging in Latin America". *Population and Development Review,* 37, n.º suplemento temático especial (2011): 143-157.

Rosero-Bixby, Luis y Casterline, John B. "Modelling Diffusion Effects in Fertility Transition". *Population Studies,* 47, n.º 1 (1993): 147-167.

Rosero-Bixby, Luis y Casterline, John B. "Interaction Diffusion and Fertility Transition in Costa Rica". *Social Forces,* 73, n.º 2 (1994): 435-462.

Rothman, Ana María. *Evolución de la fecundidad en Argentina y Uruguay*. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella, 1970.

Salinas Meza, René. "Crecimiento de la población y patrones de fecundidad en Chile colonial". *Cuadernos de Historia*, 2, (1982): 63-71.

Salinas Meza, René. "Salud, ideología y desarrollo social en Chile, 1830-1950". *Cuadernos de Historia. Universidad de Chile,* 6 (1983): 99-126.

Samara, Eni de Mesquita. *A família brasileira*. Tudo é história; 71. San Pablo, Brasil: Brasiliense, 1983.

Samara, Eni de Mesquita. *As mulheres, o poder e a família São Paulo, século XIX*. São Paulo, SP: Editora Marco Zero. Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo, 1989.

Samper, Mario. *Generations of Settlers: Rural Households and Markets on the Costa Rican Frontier, 1850-1935*. Boulder: Westview Press, 1990.

Sánchez Albornoz, Nicolás. *La población de América Latina: desde los tiempos precolombinos al año 2025*. Madrid: Alianza Editorial, 1994.

Sánchez Albornoz, Nicolás (coordinador). "Dossier: Epidemias o explotaciones? La catástrofe demográfica del Nuevo Mundo". *Revista de Indias,* LXIII, n.º 227 (2003): 9-188.

Sanderson, Warren C. y Scherbov, Sergei. "Are We Overly Dependent on Conventional Dependency Ratios?". *Population and Development Review,* 41, n.º 4 (2015): 687-708.

Sandner, Gerhard. *La colonización agrícola de Costa Rica. 2 vols*. San José: Instituto Geográfico de Costa Rica, 1962.

Sater, William F. "The Politics of Public Health: Smallpox in Chile". *Journal of Latin American Studies,* 35, n.º 3 (2003): 513-543.

Schapiro, Louis. *Misión del maestro de escuela en el servicio de la inspección sanitaria escolar*. San José: Tipografía Nacional, 1915.
Schapiro, Louis. *Informe Anual del Departamento Sanitario Escolar correspondiente al curso lectivo 1915.* San José: Imprenta Nacional, 1916.
Schofield, Roger, Reher, David y Bideau, Alain (editores). *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press, 1991.
Segreda, Francisco. *Cartilla de hygiene escolar*. San José: Imprenta Nacional, 1937.
Segura-Ubiergo, Alex. *The Political Economy of the Welfare State in Latin America. Globalization, Democracy, and Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007., pp. 1-2.
Sevcenko, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. San Pablo: Editora Scipione, 1993.
Sepúlveda, Jaime y Marco, José. "La transición epidemiológica en América Latina". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* 111, n.º 6 (1991): 485-496.
Siles Granados, Hildebrando. *Higiene escolar.* San José: Tipografía Lehmann, 1916.
Singh, Susheela y Wulf, Deirdre. "Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries". *International Family Planning Perspectives,* 20, n.º 1 (1994): 4-13.
Sogner, Sølvi. "Abortion, Birth Control, and Contraception: Fertility Decline in Norway". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 209-234.
Sojo, Ana. "La singularidad de las políticas de población en América Latina y el Caribe en las postrimerías del siglo XX". *Notas de Población,* XXI, n.º 57 (1993): 83-112.
Salomon, Frank y Schwartz, Stuart B. *The Cambridge history of the native peoples of the Americas. v.3 South America*. Cambridge, Inglaterra/ Nueva York: Cambridge University Press, 1999.

Socolow, Susan Migden. *The merchants of Buenos Aires, 1778-1810 family and commerce*. Cambridge Latin American Studies. Cambridge Eng., Nueva York: Cambridge University Press, 1978.

Somoza, Jorge L. *La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960*. Buenos Aires: Instituto Torcuato di Tella, Editorial del Instituto, 1971.

Somoza, Jorge L. y Tacla, Odette. *La mortalidad en Chile según las tablas de vida de 1920, 1930, 1940, 1952-1960*. Santiago de Chile: CELADE, 1966.

Sosa, Doris. "Las usuarias del programa de Planificación Familiar en Costa Rica, 1974-1980". En *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica* (pp. 90-105). San José: Asociación Demográfica Costarricense, 1984.

Stepan, Nancy L. *The Begining of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical Research and Policy, 1890-1920*. Nueva York: Science History Publications, 1976.

Stycos, J. Mayone. "Opinions of Latin-American Intellectuals on Population Problems and Birth Control." *The Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 360, n.º junio (1965): 11-26.

Stycos, J. Mayone. "Politics and Population Control in Latin America". *World Politics,* 20, n.º 1 (1967): 66-82.

Szreter, Simon, Nye, Robert A. y Van Poppel, Frans. "Fertility and Contraception during the Demographic Transition: Qualitative and Quantitative Approaches". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 141-154.

Tapinos, Georges. *Elementos de demografía*. Trad. Canales Guerrero, Pedro. Madrid: Espasa-Calpe, 1988.

Tobar Cassi, Leopoldo. "El Cardenal Raúl Silva Henríquez: La fidelidad hecha carne". *Revista de Historia y Geografía. Universidad Católica Silva Henríquez,* 21(2007): 13-42.

Torrado, Susana. *Estructura social de la Argentina, 1945-1983*. Buenos Aires, República Argentina: Ediciones de la Flor, 1992.

Torrado, Susana. *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor, 2003.

Ullmann, Ute, Maldonado Valera, Carlos, y Rico, María Nieves. "La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado". *Serie Políticas Sociales*, n.º 193. Santiago de Chile: Cepal-Unicef, 2014.

UNFPA. *El Poder de Decidir: Derechos reproductivos y transición demográfica. Estado de la Población Mundial 2018*. Nueva York: UNFPA, 2018.

UNFPA – Brasil. *Planejamento Familiar no Brasil. 50 anos de história*. Brasilia: UNFPA, 2008.

United Nations. *World Population Ageing 2019*. Nueva York, 2020.

United Nations. *Le concept de population stable. Application à l' étude des populations des pays ne disposant pas de bonnes statistiques démographiques*. Nueva York: Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, 1966.

United States, Bureau of the Census. *Chile, demographic data. Analytical discussion, graphic presentation, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1943.

United States, Bureau of the Census. *Colombia, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1944.

United States, Bureau of the Census. *Costa Rica: summary of biostatistics*. Washington D. C., 1944.

United States, Bureau of the Census. *Guatemala, summary of biostatistics: maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1944.

United States, Bureau of the Census. *Honduras, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1944.

United States, Bureau of the Census. *Paraguay, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1944.

United States, Bureau of the Census. *Venezuela, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and morality statistics*. Washington D. C., 1944.
United States, Bureau of the Census. *Peru, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington, D. C., 1944.
United States, Bureau of the Census. *Uruguay, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1944.
United States, Bureau of the Census. *Ecuador, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1944.
United States, Bureau of the Census. *El Salvador, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1944.
United States, Bureau of the Census. *Argentina, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1945.
United States, Bureau of the Census. *Bolivia, summary of biostatistics; Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1945.
United States, Bureau of the Census. *Brazil, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1945.
United States, Bureau of the Census. *Cuba, summary of biostatistics: maps and charts, population, natality, and mortality, statistics*. Washington D. C.: U.S. Dept. of Commerce, Bureau of the Census, 1945.
United States, Bureau of the Census. *Nicaragua, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1945.
United States, Bureau of the Census. *Haiti, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1945.
United States, Bureau of the Census. *Panama, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1945.

United States, Bureau of the Census. *Dominican Republic, summary of biostatistics. Maps and charts, population, natality and mortality statistics*. Washington D. C., 1945.

Universidad de La Habana. Centro de Estudios Demográficos. y Chávez Álvarez, Ernesto. *La población de Cuba*. C I C R E D series. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, Instituto Cubano del Libro, 1976.

US Bureau of the Census. *Historical Statistics of the United States, 1789-1945*. Washington DC: Government Printing Office, 1949.

Van Alstyne, Richard W. *The Rising American Empire*. Chicago: Quadrangle Books, 1965.

Van Poppel, Frans y Röling, Hugo. "Physicians and Fertility Control in the Netherlands". *Journal of Interdisciplinary History,* XXXIV, n.º 2 (2003): 155-185.

Vázquez Presedo, Vicente. *El caso argentino. Migración de factores, comercio exterior y desarrollo, 1875-1914*. Buenos Aires: Eudeba, 1971.

Viel, Benjamín. *La explosión demográfica: cuántos son demasiado*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 1966.

Williamson, Jeffrey G. *Winners and Losers Over Two Centuries of Globalization*. NBER Working Paper n.º 9161. Cambridge, Massachusetts: NBER, 2002.

Williamson, Jeffrey G. *Crecimiento y pobreza. Cuándo y cómo comenzó el atraso del Tercer Mundo*. Trad. Fernández Aus, Tomás y Eguibar, Beatriz. Barcelona: Crítica, 2012.

Williamson, Jeffrey G. "Demographic Dividends Revisited". *Asian Development Review,* 30, n.º 2 (2013): 1-25.

Wilson, Chris. "Natural fertility in Pre-industrial England, 1600-1799". *Population Studies*, 38, 1984, pp. 225-240.

Wilson, Chris. "On the Scale of Global Demographic Convergence, 1950-2000". *Population and Development Review,* 27, n.º 1 (2001): 155-172.

Wrigley, Edward Anthony. *Industrial growth and population change; a regional study of the coalfield areas of northwest Europe in the later nineteenth century*. Cambridge

studies in economic history. Cambridge Eng.: University Press, 1961.
Wrigley, Edward Anthony. *Continuity, chance and change the character of the industrial revolution in England*. Cambridge, England/Nueva York: Cambridge University Press, 1988.
Wrigley, Edward Anthony y Schofield, Roger. *The Population History of England, 1541-1871. A Reconstruction*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.
Zárate Campos, María Soledad (compiladora). *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008.
Zavala de Cosío, María Eugenia. *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*. México: Fondo de Cultura Económica / El Colegio de México, 1992.
Zavala de Cosío, María Eugenia. "La transición demográfica en América Latina y en Europa". *Notas de Población*, xx, n.º 56 (1992): 11-32.