

AAU

AMERICAN ANDRAGOGY
UNIVERSITY



SOCIOLOGÍA DE LA POBLACIÓN

John R. Weeks

ÍNDICE

Capítulo 1

Introducción

Fuentes de datos demográficos

Censos de población

El censo de Estados Unidos

El registro de estadísticas vitales

La combinación de datos censales y de estadísticas vitales

Encuestas muestrales

¿Quién utiliza los datos demográficos?

¿Dónde obtener información publicada?

Resumen y conclusiones

Capítulo 2

Perspectivas demográficas.

Doctrinas demográficas premodernas.

La perspectiva malthusiana.

Causas del crecimiento demográfico. Consecuencias del crecimiento demográfico. Cómo evitar las consecuencias.

La perspectiva marxista.

Causas del crecimiento demográfico. Consecuencias del crecimiento demográfico.

Malthus revisado.

Marx revisado.

Otras teorías clásicas de la población.

Mill. Brentano. Durkheim.

La teoría de la transición demográfica.

La teoría de la transición demográfica en síntesis. Crítica de la teoría de la transición demográfica.

La teoría del cambio y respuesta demográficos.

La teoría del nivel relativo de ingresos.

Resumen y conclusiones.

Capítulo 3

La población mundial: una visión de conjunto.

Breve historia de la población mundial.

¿Con qué rapidez pueden crecer las poblaciones.? ¿Por qué fue tan lento el crecimiento inicial? ¿Por qué son tan rápidos los aumentos poblacionales recientes? ¿Redistribución de la población mundial por medio de la migración? La expansión europea. La revolución urbana.

Breve historia de la población de los Estados Unidos.

Los países más poblados del mundo.

China. India. ¿A qué velocidad está creciendo realmente la población mundial? Unión Soviética y Estados Unidos.

Diferencias actuales en las tasas de crecimiento.

El caso de China y de la India frente al caso de la URSS y de Estados Unidos.

Pautas mundiales de crecimiento demográfico.

Alta mortalidad y alta fecundidad. -Baja mortalidad y alta fecundidad. -

Baja mortalidad y baja fecundidad.

Resumen y conclusiones.

Capítulo 4

Fecundidad: conceptos y mediciones.
¿Qué es la fecundidad?
El componente biológico.
El componente social.
¿Cómo puede ser controlada la fecundidad?
Variables referidas a la relación sexual.
Variables referidas a la concepción.
Medición de la fecundidad.
Tasa bruta de natalidad.
Tasa de fecundidad general.
Tasa de fecundidad específica por edad.
Tasa de fecundidad total.
Tasa bruta de reproducción.
Tasa neta de reproducción.
Fecundidad de cohorte y fecundidad de periodo.
Resumen y conclusiones

Capítulo 5

Fecundidad: pautas, niveles y explicaciones.
Explicaciones de la alta fecundidad.
La necesidad de reemplazo social,
Los hijos como protección y como mano de obra.
El deseo de tener hijos varones.
Ambivalencia.
Países con alta fecundidad.
India.-Ghana.-Kuwait.
Explicaciones de la baja fecundidad
Riqueza, prestigio y fecundidad.
Ingresos y fecundidad.
Ocupación y fecundidad.
El enfoque económico.
El enfoque sociológico.
Países con baja fecundidad.
Inglaterra.-Japón.-Estados Unidos
Resumen y conclusiones.

Capítulo 6

Mortalidad
Componentes de la mortalidad
Duración de la vida.
Longevidad.
Factores sociales.
Causas de la mortalidad
Degeneración.
Enfermedades contagiosas.
Productos del entorno económico y social.
La medición de la mortalidad
La tasa bruta de mortalidad.
Tasas de mortalidad específicas por sexo y edad.
Diferencias en la mortalidad por clase social
Ocupación.
Ingresos\educación.

- Raza y etnia.
- Diferencias en la mortalidad según estado civil
- Diferencias en la mortalidad por sexo
- Diferencias en la mortalidad por edad
 - Mortalidad infantil.
 - Mortalidad de los adultos jóvenes.
 - DOCUMENTO Mortalidad y el coste de las residencias de ancianos.
 - Mortalidad en edades superiores.
- Diferencias en la mortalidad entre zonas urbanas y rurales.
- Pautas y niveles de mortalidad.
- Europa y Estados Unidos.
- Países menos desarrollados.
- Resumen y conclusiones

Capítulo 7

- Migraciones.
- Definición y medición de la migración.
- Tipos de migraciones: internas e internacionales.
- Explicaciones de la migración.
 - Migración según la edad.
 - Migración según el estado civil.
 - Migración según el nivel educativo.
- ¿Cuántos norteamericanos cambian de lugar de residencia?
- ¿Adónde se traslada la gente?
- Consecuencias de la migración.
 - Consecuencias individuales.
 - Consecuencias sociales.
- La migración como componente de la política demográfica.
 - Migración internacional.
 - Migración legal.
 - Migración interna.
- Resumen y conclusiones.

Capítulo 8

- Estructura y características de la población.
- Estructura por sexo y edad.
- ¿Qué es una estructura por sexo y edad?
 - Edad.
 - Sexo.
- Población estable y población estacionaria.
- Proyecciones demográficas.
- Impacto de la migración sobre la estructura por sexo y edad.
 - Impacto de inmigración a Estados Unidos.
 - Impacto de la migración interna dentro de una ciudad.
- Impacto de la mortalidad sobre la estructura por sexo y edad.
 - Impacto a largo plazo de los cambios en la mortalidad.
 - Impacto a corto plazo de los cambios en la mortalidad.
- Influencia de la fecundidad sobre la estructura por sexo y edad.
- Tasa de dependencia.
- El impacto de la fecundidad sobre la estructura por edad de la población norteamericana.
- CDC: ¿Ahora o más adelante?
 - 1975.- 1995.- 2015.- 2035.- 2055.
- Resumen y conclusiones

Capítulo 9

Características poblacionales y oportunidades vitales

Raza y etnia

Educación

Ocupación

Ingresos

Matrimonio y divorcio

Defunción y divorcio

Genocidio racial

DOCUMENTO: Importancia decreciente de la religión como característica demográfica.

Resumen y conclusiones

Capítulo 10

Crecimiento poblacional y desarrollo económico

¿Qué es el desarrollo económico?

Crecimiento económico y desarrollo económico

Las bases estadísticas del debate

Las bases ideológicas del debate

¿Constituye el crecimiento demográfico un estímulo para el desarrollo económico?

¿Carece el crecimiento demográfico de toda relación con el desarrollo económico?

¿Resulta el crecimiento demográfico perjudicial para el desarrollo económico?

El desarrollo económico como fuente de cambios demográficos

Impacto de las tasas de crecimiento demográfico sobre el desarrollo económico.

Implicaciones del debate para la formulación de políticas de actuación

El caso de México

El análisis de Coale y Hoover

¿Qué es lo que ha ocurrido?

Implicaciones para la política demográfica

Capítulo 11

Crecimiento poblacional y recursos alimentarios

La revolución agrícola

La agricultura y la revolución industrial

La revolución verde

¿En qué consiste?

¿Hasta qué punto es una revolución?

¿Cómo puede aumentarse la producción de alimentos?

Aumentando la superficie cultivada.

Aumentando el rendimiento de la superficie cultivada.

¿Quién tiene los alimentos?

¿Quién debería proporcionar los alimentos?

Recursos alimentarios y contaminación

La degradación del entorno agrícola.

Riesgos para la salud en la producción de alimentos.

Otros riesgos del entorno.

Resumen y conclusiones

Capítulo 12

Crecimiento poblacional y urbanización

¿Qué se considera urbano?

Componentes demográficos de la urbanización

La migración interna del campo a la ciudad

Incremento natural

Migración urbana

Reclasificación

Metropolitanización

Impacto de los procesos poblacionales sobre la urbanización

Orígenes

Migración a las ciudades

Proporción entre sexos en las ciudades

Urbanización y mortalidad

Urbanización y fecundidad

Un ejemplo mejicano

Impacto de la urbanización sobre las condiciones de vida

El proceso de suburbanización en Estados Unidos

Segregación residencial

Otros aspectos del entorno urbano

El impacto de la aglomeración urbana

Resumen y conclusiones

Capítulo 13

El crecimiento poblacional, la mujer y la familia.

Condiciones demográficas que facilitan la dominación masculina.

Factores demográficos que facilitan que la mujer tenga un status más elevado.

La influencia de la mortalidad, de la fecundidad de la urbanización.

Los Estados Unidos como ejemplo.

La independencia económica, elemento clave del status.

El status de la mujer y la fecundidad.

¿Por qué la elevación del status de la mujer afecta a la fecundidad?

¿Guardan alguna relación los factores demográficos con los actitudes hacia la liberación de la mujer?.

Participación con la población activa y fecundidad.

Maternidad adolescente.

La situación en otros países.

El status de la mujer y la familia.

Posposición del matrimonio.

Aumento de la cohabitación.

Aumento de la ilegitimidad.

Aumento de la tasa de divorcio.

Descenso del número de nuevos matrimonios.

El futuro de la familia en los países industrializados.

Resumen y conclusiones.

Capítulo 14

Crecimiento poblacional y envejecimiento de la población.

¿Qué se considera viejo?

Aspectos biológicos del envejecimiento.

Aspectos sociales del envejecimiento.

¿Cuántas personas de edad avanzada existen?
Crecimiento de la población de edad avanzada en Estados Unidos.
Características demográficas de la población de edad avanzada.
Edad y sexo.
Estado civil y formas de convivencia.
Educación.
Participación en la población activa e ingresos.
¿Con cuánto dinero cuentan los ancianos norteamericanos para vivir?
Las personas de edad de los grupos minoritarios.
El envejecimiento y el futuro de la sociedad.
Resumen y conclusiones.

Capítulo 15

Política demográfica.
¿Qué es una política demográfica?
La evaluación del futuro.
El establecimiento de una meta.
¿Quién necesita una política demográfica?.
Cómo frenar el crecimiento.
Influyendo sobre la mortalidad.
Influyendo sobre la migración.
Limitando la fecundidad.
Más allá de la planificación familiar.
El cambio social como cambio provocado.
El incentivo económico.
China y Singapur.
Políticas indirectas que influyen sobre la fecundidad
El fomento o el mantenimiento del crecimiento.
África.
Asia y América Latina.
Resumen y conclusiones.

Capítulo 1

Introducción

- ¿Por qué estudiar demografía?
- Fuentes de datos demográficos
 - Censos de población
 - El censo de Estados Unidos
 - El registro de estadísticas vitales
 - La combinación de datos censales y de estadísticas vitales
 - Encuestas muestrales
- ¿Quién utiliza los datos demográficos?
- ¿Dónde obtener información publicada?
- Resumen y conclusiones

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 seis mil millones de personas compartirán el mundo con nosotros (Un aumento inercible comparado con los cuatro mil millones de 1980) y hacer frente a ese crecimiento poblacional consumirá una cantidad creciente de los recursos del mundo. Este incremento masivo en el número de seres humanos tendrá una destacada incidencia en la crisis de la energía, la escasez de viviendas, el hambre creciente, la contaminación, la inflación y el desempleo; por otro lado vendrá también a plantear una amenaza muy clara para la libertad individual. Para hacer frente inteligentemente a un futuro que compartiremos con millones de personas más de las que hay hoy, hemos de entender por qué la población de la mayoría de los países está creciendo (y por qué la de otros no) y lo que ocurre a las sociedades cuando sus pautas de natalidad, mortalidad o migración cambian. A lo largo de estos últimos años hemos oído a los pesimistas argumentar que el crecimiento poblacional es una bomba a punto de explotar con consecuencias catastróficas, mientras que por otro lado, los optimistas suelen decir que el crecimiento demográfico no es en realidad tan amenazador como parece y que los problemas se podrán resolver con más alimentos, con nuevas tecnologías, o con una mejor distribución de los recursos. La gente, en suma, siente preocupación por un futuro que todos sabemos que será afectado por las consecuencias del cambio demográfico, tanto si éste supone crecimiento (lo que ocurrirá en la mayoría de los sitios) como si supone disminución (lo que ocurrirá en unos pocos lugares). La comprensión de estos temas y de una amplia gama de cuestiones con ellos relacionados es lo que persigue la demografía, la ciencia de la población.

El estudio de la población tiene varios componentes y me ocuparé de cada uno de ellos por separado. La primera parte de este libro pretende constituir una introducción a los estudios poblacionales. Este primer capítulo tiene como finalidad orientar al lector respecto de las distintas fuentes de información demográfica. El Capítulo 2 trata de seguir ayudando al lector a pensar en términos demográficos, introduciéndole en algunas de las perspectivas teóricas más importantes. Finalmente en el Capítulo 3 ofreceré una visión básica, de conjunto, de la situación demográfica actual (y pasada) del mundo, examinando dos de los elementos básicos del estudio de las poblaciones: el tamaño y la distribución geográfica de las mismas.

En la segunda parte abordaremos las cuestiones centrales para comprender cómo las poblaciones crecen y cambian en el tiempo. Dichas variaciones resultan de la combinación de la fecundidad (Capítulos 4 y 5), la mortalidad (Capítulo 6) y la migración (Capítulo 7). La interacción de estos tres procesos dinámicos de población influye también sobre (y a su vez es influida por) la estructura demográfica y las características demográficas de una sociedad. Estos dos componentes del estudio de las poblaciones constituyen los temas abordados en la tercera parte. La estructura demográfica (Capítulo 8) se refiere a la distribución de la población por edades y sexo. Esta cuestión, aparentemente banal, resulta tener sin embargo una importancia decisiva en la configuración social, económica y política de la sociedad. Las características demográficas (Capítulo 9) incluyen el estado civil, la educación, la ocupación y la pertenencia étnica, factores todos ellos estrechamente relacionados con el comportamiento demográfico de los individuos, de ahí su importancia.

Finalmente, en la cuarta parte examinaré algunos de los problemas sociales contemporáneos relacionados con la población: resulta recomendable, antes de entrar en esta sección, haber estudiado las partes primera, segunda y tercera. Resulta, en efecto, necesario saber cómo y por qué la población cambia y crece, para poder entender la relación existente entre el crecimiento poblacional y el desarrollo económico (Capítulo 10); entre el crecimiento poblacional y el entorno urbano (Capítulo 12); entre el crecimiento poblacional y la situación de la mujer y de la familia (Capítulo 13); y entre el crecimiento de la población y su envejecimiento

(Capítulo 14). Tales problemas invitan, por supuesto, a buscar soluciones, y así en el último capítulo (Capítulo 15) trataré de la política demográfica desde el punto de vista de lo que razonablemente puede hacerse respecto de estos problemas contemporáneos. Espero que a medida que vayamos descubriendo las interrelaciones existentes entre población y sociedad, el lector vaya adquiriendo, ante todo, un punto de vista realista acerca de las posibles consecuencias de los distintos tipos de cambios demográficos así como acerca de las posibles líneas de actuación para intentar cambiar el curso de los acontecimientos demográficos.

A la demografía le concierne prácticamente todo lo que influye sobre, o puede estar influido por, el tamaño de la población su distribución, procesos, estructura o características. Aunque la mayor parte de este libro está dedicado al análisis de la situación demográfica a escala mundial, ello no debe hacernos perder de vista el hecho de que estas grandes cuestiones no son en realidad sino el resultado de millones, o más bien, de millones de millones de decisiones individuales y de situaciones personales. Por ejemplo, todo el mundo experimenta por lo menos dos de los procesos demográficos básicos, nacer y morir. Y entre medias muchos de nosotros tenemos hijos y, seguramente, cambiamos de lugar de residencia al menos una vez. Por otro lado, problemas tan variados como las colas en el supermercado el alto precio de la gasolina, las posibilidades de casarse y tener hijos, la clase de vivienda que se pueda encontrar, la probabilidad de poder cambiar de situación ocupacional a mitad de la vida, o la clase de apoyo social posible que se espera recibir en la vejez constituyen sólo unos pocos ejemplos reveladores de lo amplias que son las bases demográficas sobre las que se asientan nuestras vidas.

A medida que el mundo se ha hecho más consciente de su sustentación demográfica, los estudios poblacionales han pasado a ser utilizados en una amplia gama de estrategias de planificación. Tanto los gobiernos como las empresas privadas han descubierto que la demografía tiene importantes implicaciones para la planificación social, económica y política. Los legisladores necesitan considerar la futura proporción de jubilados sobre el total de personas activas para establecer las adecuadas deducciones salariales destinadas a alimentar el fondo de pensiones para la vejez. Las compañías de seguros necesitan saber las probabilidades de defunción antes de aceptar un seguro de vida. Los constructores de viviendas necesitan saber la edad y el nivel económico de los posibles compradores antes de embarcarse en el proyecto de edificar una zona residencial. Los educadores necesitan tener una proyección del número futuro de estudiantes en un área determinada antes de contratar (o despedir) a profesores y empleados. Un ingeniero de caminos necesita saber la medida en que un determinado proyecto de conexión de dos autopistas puede afectar a la población de un pueblo o ciudad cercanos. Los fabricantes de pantalones vaqueros observan el creciente número de adultos jóvenes y el número decreciente de niños y a partir de ahí deciden una estrategia de promoción distinta para la venta de su producto. Estos son solamente unos pocos ejemplos de los modos en que la información demográfica puede ser utilizada.

A medida que vayamos explicando las causas y las consecuencias del crecimiento poblacional y la utilidad que ese conocimiento puede tener, necesitaremos información sobre las fuentes de datos demográficos. ¿Cuál es la base empírica de nuestra comprensión de la relación entre población y sociedad?

¿Por qué estudiar demografía?

El crecimiento demográfico puede, si no crear, sí multiplicar y magnificar una amplia variedad de problemas sociales, económicos y políticos. Estos son algunos de los problemas que guardan relación con el crecimiento de la población mundial:

Hambre. Ninguno de los recursos básicos precisos para incrementar la producción de alimentos (tierra, agua, energía, fertilizantes) pueden ser hoy día considerados como abundantes. En consecuencia la producción de alimentos ha ido por detrás de la demanda prácticamente en todas las regiones geográficas, con la excepción de Norteamérica.

Contaminación. A medida que ha crecido la población humana lo ha hecho también su capacidad de alterar el ecosistema del planeta. Por ejemplo, el mar Mediterráneo se ha convertido, en la actualidad, en un vertedero para los desperdicios de más de 400 millones de personas. La sobrepoblación, el boom turístico, el desarrollo industrial y la irresponsabilidad marítima amenazan hoy con convertir al Mediterráneo en un mar muerto.

Inflación. La inflación se produce cuando la demanda supera a la oferta. Con el crecimiento de la población se ha producido una inflación inducida por la escasez.

Vivienda. Como consecuencia de la expansión de la demanda de viviendas, el coste del terreno y de los materiales necesarios para su construcción se ha elevado por encima de la capacidad adquisitiva de muchos de los más de cuatro mil millones de habitantes actuales del

mundo.

Renta. Con la ralentización de la economía acaecida en la mayor parte del mundo en la década de 1970, el crecimiento demográfico puede anular en algunos países todo posible crecimiento económico.

Energía. Cada nueva persona añadida a la población mundial supone una necesidad mayor de energía para la preparación de alimentos, para la obtención de ropa y cobijo para sostener la vida económica. Cada incremento en la demanda constituye una sangría adicional en las cada vez más escasas reservas energéticas.

Desempleo. Según estimaciones de los economistas, en las actuales condiciones tecnológicas, los países que experimentan una tasa de crecimiento demográfico del 3 por 100 deberían alcanzar una tasa de crecimiento económico del 9 por 100 simplemente para lograr mantener el actual nivel de empleo. En muchos países la población se está disparando mientras que la economía permanece estancada, dando así lugar a una intensificación del problema del desempleo.

Analfabetismo. En muchos países de Asia, África y América Latina está aumentando el número de analfabetos, ya que la población está aumentando más deprisa que la construcción y equipamiento de escuelas.

Libertad individual. A medida que es mayor el número de personas que comparten el espacio y los recursos de nuestro planeta, se hace preciso un número cada vez mayor de normas y regulaciones que aseguren el uso individual de los recursos, acorde con el bien común.

FUENTES DE DATOS DEMOGRÁFICOS

Para analizar una sociedad en particular desde el punto de vista demográfico no necesitamos saber cuánta gente vive en ella, cuántos nacen, cuántos mueren, cuántos llegan y cuántos se marchan. Esto, por supuesto, es sólo el principio: si queremos en efecto desvelar el misterio de por qué las cosas son como son, y no sólo describirlas, tenemos que conocer además las características sociales, psicológicas, económicas y hasta físicas de la gente que estamos estudiando. Empecemos, sin embargo, considerando las fuentes que proporcionan la información básica sobre el número de personas vivas y sobre el número de defunciones y migraciones.

Este tipo de información es descompuesta a menudo en tres categorías: 1) Tamaño y distribución de la población; 2) procesos demográficos (fecundidad, mortalidad y migración); y 3) estructura y características de la población. La principal fuente de datos respecto del tamaño y distribución, así como de la estructura y características de una población, es el censo de población. La principal fuente de información para los tres procesos demográficos señalados es el registro de estadísticas vitales. Además, estas fuentes se ven a menudo complementadas con datos procedentes de encuestas muestrales.

Censos de población

Durante siglos los gobernantes quisieron saber a cuánta gente se extendía su autoridad. Esta curiosidad rara vez obedecía a razones de orden científico: más bien lo que los gobernantes querían saber era quiénes eran los que pagaban impuestos, o bien cuántos trabajadores o soldados potenciales existían. A las mujeres y a los niños se les solía ignorar. El modo más directo de saber cuánta gente hay en un sitio es contarla, y cuando se hace eso se está realizando un censo de población. Las Naciones Unidas definen un censo de población de forma más específica como “el proceso total de recogida, agrupación y publicación de datos demográficos, económicos y sociales, relativos a personas que viven en un país o en un territorio delimitado en un momento o momentos específicos” (United Nations, 1958:3). En la práctica esto no quiere decir que realmente cada persona haya sido vista y entrevistada por un agente censal. En la mayoría de los países lo que esta definición significa es que, en cada hogar, un adulto contesta las preguntas referidas a todas las personas que lo componen. Estas respuestas pueden ser o bien contestaciones escritas a un cuestionario enviado por correo o bien contestaciones orales a las preguntas formuladas personalmente por los agentes del censo.

Por lo que sabemos, los primeros gobernantes que realizaron un censo de su población fueron los de las antiguas civilizaciones de Egipto, Babilonia, China, Palestina y Roma [Shryock c al., 1973). Durante casi 800 años los ciudadanos de Roma fueron contados cada cinco años con propósitos militares y fiscales, extendiéndose este recuento a todo el Imperio Romano en el siglo V a. de C. La Biblia alude a esta práctica en el siguiente pasaje: “Por entonces salió un decreto del Emperador Augusto, mandando hacer un censo del mundo entero. Este fue el

primer censo que se hizo siendo Quirino gobernador de Siria. Todos iban a inscribirse, cada cual a su ciudad" (Lucas 2.13)*. No es difícil, por supuesto, imaginar las deficiencias que debía tener un censo que en vez de pagar censadores para que hiciesen el recuento exigía que la gente se presentase en su lugar de nacimiento.

A finales del siglo XIX, el enfoque estadístico, como forma de abordar la comprensión de los asuntos económicos y de gobierno, comenzó a afianzarse en Occidente (Cassedy, 1969). El censo de población empezó a ser considerado como una posible herramienta para averiguar más cosas que simplemente cuánta gente hay y dónde reside. Los gobernantes empezaron a hacer preguntas sobre la edad, el estado civil, la ocupación (si se tenía), el nivel educativo, etc.

Se calcula que en la década 1855-64, sólo el 17 por 100 de la población mundial había sido realmente contada (Shryock et al., 1973). Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas han estimulado la realización de censos de población, proporcionando a menudo para ello ayuda económica y técnica. Como resultado tenemos que entre 1953 y 1964, el 78 por 100 de la población mundial (incluyendo a China continental) fue censada. En la década de 1965-74, mi estimación, en base a datos publicados por las Naciones Unidas (1974), es que el recuento alcanzó el 55 por 100 de la población mundial. A lo largo y ancho del mundo existe una clara relación entre el grado de desarrollo económico de un país y la existencia o no en él de censos. Las razones explicativas de esta relación son numerosas, pero la más obvia es el coste económico de los censos (el censo realizado en 1980 en Estados Unidos, por ejemplo, supuso un gasto total de mil millones de dólares). En los países menos desarrollados las presiones sobre el gobierno para que realice censo son menores, ya que los beneficios de tal empresa a veces no parecen equiparables a su coste.

Sin embargo durante la actual década de 1980 continuarán los esfuerzos por realizar censos en los países menos desarrollados, a menudo con la ayuda técnica de los Estados Unidos. Un buen ejemplo lo constituye el primer censo de Babrain (pequeño país de Oriente Medio) realizado en 1980 con asistencia norteamericana. De hecho, en 1979 y en 1980 el U.S. Bureau of Census (Oficina del Censo de los Estados Unidos) en colaboración con la U.S. Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) organizó una serie de seminarios sobre la realización de censos para ser impartidos en una veintena, aproximadamente, de naciones en vías de desarrollo.

El censo de Estados Unidos

En Estados Unidos se ha realizado un censo de población cada diez años, desde 1790 como consecuencia del mandato constitucional de que los escaños en la Cámara de Representantes se repartan de forma proporcional al tamaño y distribución de la población de cada Estado. Pero incluso en 1790 el gobierno utilizó el censo para averiguar más cosas que simplemente cuánta gente había, las preguntas incluidas en dicho primer censo fueron: nombre del cabeza de familia, número de varones blancos libres con 16 ó más años de edad, mujeres blancas libres, esclavos y otras personas (Shryock et al., 1973:22). Las preguntas del censo reflejaban la importancia social de esas categorías de individuos.

Durante los primeros cien años de la historia censal de los Estados Unidos la población fue recontada por agentes federales. En el censo especial del año 1880, se contrataron agentes censales por primera vez, y en 1902 el Census Bureau (Oficina del Censo) pasó a ser parte permanente de la burocracia estatal (Francese, 1979). Dejando a un lado el núcleo compuesto por la información demográfica y la referida a la vivienda, las demás preguntas del censo han fluctuado de acuerdo con las preocupaciones de cada momento. El interés por la migración, por ejemplo, alcanzó su punto máximo en 1920, justo antes de que fuera aprobada una ley de inmigración restrictiva (ver Capítulo 7), contando el censo de aquel año con una batería de preguntas dirigida a la población nacida en el extranjero. En 1970, y dado el aumento registrado en el país por el número de personas impedidas, especialmente entre la población masculina joven, como consecuencia de la guerra del Vietnam, se incluyeron en el censo, por primera vez desde 1910, preguntas referidas a los imposibilitados. El Census Bureau añade o suprime preguntas tras consultar con otros organismos oficiales y con los usuarios de las estadísticas censales. Por ejemplo, el Census Bureau consideró la posibilidad de suprimir, en 1980, las preguntas relativas a los impedidos, pero el mantenimiento de las mismas fue apoyado de forma tan intensa por quienes habían utilizado los datos conseguidos en 1970 gracias a ellas, que el Censo de 1980 conservó dicha batería de preguntas (U.S. Bureau of Census, 1979n).

En 1976, y en respuesta a las crecientes necesidades originadas por el rápido ritmo del cambio social, el Presidente Ford firmó una ley autorizando la realización de un censo cada cinco años. El primero de estos censos quinquenales quizá se realice en 1985. Sin embargo, dado que el Congreso, en la ley que autorizó tales censos de media década, especificó que no

serían utilizados para efectuar reajustes en la proporcionalidad del número de escaños, lo más probable es que el Censo de 1985 (si es financiado por el Congreso) no sea sino un mini-censo (como ha sido ya el caso, por ejemplo, del censo de media década canadiense). Si así fuera, no es de esperar que recuente cada hogar, sino más bien que se base en una encuesta realizada a una muestra gigantesca.

Aunque en teoría el censo regular decenal constituye un recuento de todos y cada uno de los habitantes del país, en la realidad se dan omisiones (esto es lo que se llama error de cobertura). Se estima que en el censo de 1970 quedaron sin incluir unos cinco millones de personas (Siegel, 1974), lo que representa algo más del 2 por 100 del total. Sin embargo, la posibilidad de quedar fuera del censo fue mucho más elevada para unos grupos de personas que para otros. Tuvieron más probabilidades, por ejemplo, de no ser incluidos los hombres que las mujeres, las personas de color que los blancos, los niños pequeños y los jóvenes adultos que los adolescentes y los adultos mayores. El grupo social con mayor error de cobertura fue el compuesto por varones negros con edades entre 25 y 29 años: el Census Bureau estimó que casi el 20 por 100 de este grupo quedó sin censar (U.S. Census Bureau, 1973). Una evaluación provisional del recuento de la población india norteamericana indica una omisión de, aproximadamente, el 7 por 100 (Passel, 1976). Resulta además interesante señalar que el cambio registrado en la población indio-americana entre 1960 y 1970 parece indicar que varios miles de personas cambiaron su identidad racial, pasando de considerarse blancos a hacerlo como indios (Passel, 1976). Personas con apellidos de origen español (especialmente los mejicano-americanos) pueden también haber quedado parcialmente fuera del recuento, pero el Census Bureau no ha logrado establecer ninguna "técnica que proporcione una estimación razonablemente fiable del grado de cobertura de esta población" (U.S. Bureau of Census, 1973:18). Una investigación realizada por el Census Bureau sobre este problema sugiere que "el grado de cobertura de la población hispana en 1970 se sitúa a un nivel intermedio del correspondiente a la población blanca y a la población negra" (Siegel y Passel, 1979:40). La infra-enumeración de determinados grupos étnicos minoritarios en el censo de 1970 fue sin duda el origen de las principales controversias que rodearon al censo de 1950. La infra-enumeración tiene dos componentes: en primer lugar, que no se dé con la gente y, en segundo lugar, que ésta no se sienta motivada a contestar al cuestionario. Aunque en el Censo de 1980 el Census Bureau fue muy innovador en cuanto al diseño de medios que permitiesen abarcar al mayor número posible de personas, se le ha criticado el no haber prestado suficiente atención al tema de la motivación (National Rescarell Council, 1978). Dado que la motivación para rellenar el cuestionario del censo resulta ser más baja entre los miembros de grupos minoritarios que entre la población blanca, el Census Bureau estableció un programa estadístico para las minorías, en conjunción con el censo de 1980. El propósito de este programa era informar a los grupos minoritarios sobre la utilidad que los datos del censo tenían para ellos y para su propia comunidad, y al mismo tiempo ayudarles a utilizar dicha información estadística.

Por otro lado, la pregunta relativa a la identidad étnica fue ampliada en el Censo de 1980, comprendiendo 15 categorías. En 1980, el censo clasificó a cada persona en una de estas categorías: blanco, negro, japonés, chino, filipino, coreano, vietnamita, indio (americano), indio asiático, hawaiano, guamanio, samoano, esquimal, aleutiano y otros. Además había una pregunta que indagaba si la persona tenía origen o ascendencia española o hispana, ofreciendo para la respuesta las categorías siguientes: mejicano-americano, mejicano o chicano, puertorriqueño, cubano y otro.

Con anterioridad al Censo de 1980, se hicieron cuatro censos a escala reducida para poner a prueba nuevos métodos y nuevas preguntas. Dichos censos de prueba tuvieron lugar en Austin (Texas), Camden (New Jersey), Oakland (California) y Puerto Rico. Posteriormente tuvieron lugar ensayos generales, en Richmond (Virginia), la parte baja de Manhattan (Nueva York) y en dos condados rurales de Colorado, los resultados obtenidos fueron luego discutidos en una serie de sesiones públicas del Congreso, ayudando así a determinar el contenido final del Censo de 1980.

Quizá el lector se esté preguntando cómo pudo el Census Bureau llegar a estimar cuánta gente se quedó sin censar. Fundamentalmente se utilizan dos métodos para evaluar el grado de cobertura de un censo: el primero se basa en la realización de un acoplamiento, caso a caso, mientras que el segundo supone un enfoque algo más esotérico denominado análisis de cohorte intercensal. El acoplamiento caso a caso puede consistir o bien en la realización efectiva de nuevas entrevistas o bien en la comprobación de los registros censales disponibles. Las nuevas entrevistas se efectúan mediante el sistema de encuestar a una muestra probabilística de hogares incluidos en el censo, procediendo luego a acoplar, caso a caso, cada

persona de la muestra con las personas enumeradas en el censo. El supuesto en que se basa esta técnica es que las entrevistas de la encuesta, que suponen un esfuerzo más intenso, darán lugar a un nivel de respuestas y a un recuento de los miembros del hogar con toda probabilidad mejor que el obtenido por el propio censo. Por supuesto, una limitación de esta técnica es que si un hogar fue omitido por completo en el primer recuento, volverá a ser omitido de nuevo en la muestra utilizada para las entrevistas. El segundo método (acoplamiento caso a caso) consiste en la comparación de las listas de las personas enumeradas en el censo con listas obtenidas de otras agencias u organizaciones.

El análisis de cohorte intercensal se basa en el reconocimiento de que resulta más probable que individuos de unas edades (especialmente adultos y jóvenes y, más específicamente, varones jóvenes) y no de otras sean omitidos en el recuento. Así, comparando el número de varones con edades comprendidas entre los 20 y 24 años en 1970 con el número de varones de 10 a 14 años en 1960 podemos determinar si hay o no menos varones de 20 a 24 años en 1970 de lo esperable. Haciendo cálculos similares para todas las edades podemos llegar a estimar la existencia de posibles omisiones en ciertas categorías de edad y sexo.

Aunque el error de cobertura constituye, en Estados Unidos, uno de los principales motivos de preocupación, pueden presentarse también problemas en cuanto a la exactitud de los datos obtenidos en el censo (errores de concepto). ¿Cuántos errores se producen en la contestación, revisión o tabulación de los cuestionarios?

En comparación, con otros censos, las Naciones Unidas califican a los censos norteamericanos como altamente exactos, especialmente con respecto al recuento por edad, que es una de las características demográficas más importantes (United Nations, 1973). El U.S. Census Bureau (Oficina del Censo de los Estados Unidos) realiza sus propias comprobaciones sobre la exactitud de sus datos comprobando los resultados del censo con la Current Population Survey (Encuesta de Población Actual) y seleccionando una muestra de personas a reentrevistar para ver si dan las mismas contestaciones que dieron en los cuestionarios del censo (U.S. Bureau of Census, 1974, 1975a). Por supuesto, el error de contenido no constituye un problema en el censo de Estados Unidos aunque los datos no sean exactos al 100 por 100. En general, los datos de las Naciones Unidas sugieren que cuanto más desarrollado es un país, más exactos son sus datos censales. Este hecho se explica con toda probabilidad en base al nivel educativo de la población.

Finalmente, debo hacer notar que si bien el censo está orientado al recuento y caracterización de la población de un determinado territorio en un determinado momento, sus datos permiten, por lo menos, dos estimaciones diferentes del tamaño de la población: la población de facto y la población de jure. La población de facto incluye a las personas que hay en un territorio el día en que se hace el censo. La población de jure comprende a las personas que de una u otra forma «pertenecen» a un área determinada tanto si el día en que se realizó el censo estaban allí como si no (Shryock et al. . 1973:92). Para países con pocos trabajadores extranjeros, y en los que el trabajar en otros lugares es infrecuente, esta distinción apenas tiene sentido. Pero algunos países como Suiza o Alemania Occidental, con un gran número de trabajadores extranjeros, tienen una población de facto mucho mayor que la de jure. En los Estados Unidos se utiliza un concepto ligeramente diferente para contar a la gente. Los norteamericanos son recontados según «su residencia habitual», entendiéndose por tal a aquel lugar donde la persona duerme habitualmente. Este concepto se parece más al de población de facto que al de población de jure, ya que las personas sin residencia fija (trabajadores itinerantes, vagabundos, etc.) son contabilizadas allí donde se las encuentra.

Siempre que, a lo largo de este texto, se aluda a informaciones basadas en datos censales, el lector debe recordar que a menudo se coloca a las personas en categorías de forma algo arbitraria y que dichos datos no representan ninguna verdad absoluta. Con todo, he de decir también que los datos del censo son por lo general de una calidad demasiado alta como para ser menospreciados. Un censo de población, especialmente en Estados Unidos y en otros países muy desarrollados, constituye una fuente de información increíblemente rica sobre la sociedad humana, y a lo largo de este libro haré referencias frecuentes a datos censales.

El registro de estadísticas vitales

Cuando nacimos, alguien rellenó por nosotros un certificado de nacimiento; y cuando fallezcamos alguien habrá, igualmente, de rellenar por nosotros un certificado de defunción. Los nacimientos y las defunciones, así como los matrimonios, los divorcios y los abortos constituyen acontecimientos vitales, y al ser registrados y recopilados por el Estado para conocimiento público se convierten en estadísticas vitales.

Estas estadísticas constituyen la principal fuente de datos respecto de nacimientos y

defunciones, y son de la mayor utilidad cuando se las combina con datos censales como veremos más adelante en este capítulo.

El registro de acontecimientos vitales se inició en Europa, corriendo a cargo de la iglesia. Los párrocos registraban a menudo los bautizos, los matrimonios y las defunciones y en años recientes los historiadores de la población han utilizado algunos de los registros parroquiales que aún subsisten para intentar reconstruir la historia demográfica de parte de Europa (ver Wrigley 1966) Un temprano hito en el registro de acontecimientos vitales con fines administrativos lo constituyó la ordenanza inglesa de 1532 que ordenó a los párrocos la compilación semanal de los Bills of Mortality (Listas de defunciones) detallando el número y causa de los fallecimientos producidos. El propósito que se perseguía con esta información regular era seguir la pista a las epidemias de peste (Shryock et al., 1973: Pollard et al. 1974).

Más de cien años después en 1662 un londinense llamado John Graunt a quien se ha considerado a veces como el padre de la demografía realizó un estudio de las series de Bills of Mortality existentes que constituyó el primer gran análisis demográfico conocido (Sutherland, 1963) Graunt que era camisario de oficio dedicó su tiempo libre a realizar Investigaciones verdaderamente notables para su tiempo. Descubrió que de cada 100 personas que nacían en Londres, sólo 16 seguían vivas a la edad de 36 años y sólo tres a la edad de 66 (Dublio Lotka y Spiegelman 1949).

Con estos datos pudo descubrir la alta incidencia de la mortalidad infantil en Londres y encontró no sin cierto asombro entre las gentes de su tiempo, que existían pautas regulares en la mortalidad registrada en las distintas partes de dicha ciudad. Algunos años más tarde en 1693 Edmund Halley (famoso por el cometa que lleva su nombre) fue el primer científico que investigó sobre las probabilidades de defunción. Aunque Halley como Graunt era londinense pudo hacerse con una lista de nacimientos y defunciones registrados en la ciudad de Breslau situada en Silesia (Polonia). En el análisis de estos datos Halley utilizó la técnica de la tabla de mortalidad, llegando así a determinar que la esperanza de Vida en Breslau entre 1687 y 1691, era de 33,5 años (Dublin Lotka y Spiegelman 1949) Sin embargo a pesar del interés despertado por el trabajo de Graunt y por el de Halley hasta 1836 no se hizo obligatorio en Inglaterra el registro de las defunciones y nacimientos, y hasta 1839 no se creó en dicho país una oficina de estadísticas vitales, la primera de la historia.

Hoy día los sistemas más completos de registro de acontecimientos vitales se encuentran en los países más desarrollados y los menos completos (a menudo incluso inexistentes) en los menos desarrollados. La existencia de tales sistemas parece estar vinculada al nivel de analfabetismo (en cada zona tiene que haber en efecto, al menos alguien que pueda llevar el registro) y a la calidad de las comunicaciones, factores ambos asociados con el grado de desarrollo económico. Los países que sí cuentan con sistemas de registro de acontecimientos vitales, varían en cuanto al grado de exhaustividad con que dichos acontecimientos son registrados. Ni siquiera en Estados Unidos se registran el 100 por 100 de los nacimientos. Según un estudio del U.S. Census Bureau en 1968 el registro de los nacimientos era completo en un 99 por 100 en Estados Unidos.

Los gobiernos de muchos países elaboran, regularmente, estadísticas de migraciones internacionales, «basadas en los registros de entradas y salidas por los puertos oficiales de entrada y por los puestos fronterizos» (Shryock et al., 1973:33). Sin embargo es preciso utilizar e interpretar con cautela tales datos, ya que las migraciones son muy difíciles de controlar y aún más de registrar. La mayoría de los registros de emigrantes son sencillamente incompletos. Por ejemplo, en Estados Unidos la información disponible sobre la emigración ha sido escasa desde 1957 y, por supuesto, los datos referidos a la inmigración de extranjeros se refieren exclusivamente a los inmigrantes legales que, de hecho, pueden suponer un número muy inferior al de ilegales (véase Capítulo 7).

La combinación de datos censales y de estadísticas vitales

El registro de acontecimientos vitales proporciona información acerca del número de nacimientos y de defunciones (y acerca de otros acontecimientos) teniendo en cuenta características tales como la edad y el sexo, pero necesitamos saber además el número de personas con probabilidades de experimentar dichos acontecimientos. Para ello podemos poner en relación las estadísticas vitales con los datos del censo, que incluyen esa información. Por ejemplo, por las estadísticas vitales podemos saber que hubo 3 millones de nacimientos en Estados Unidos en 1979, pero esta cifra por sí sola no nos dice si la tasa de natalidad era en esa fecha alta o baja. Para poder alcanzar alguna conclusión al respecto necesitamos poner en relación esos 3 millones de nacimientos con los más de 220 millones de americanos que existían en 1979: sólo así descubrimos que la tasa de natalidad era muy baja, inferior a 15

nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Dado que los censos no se realizan cada año, el lector puede preguntarse cómo se obtiene una estimación de la población en los años intercensales. Una vez más la contestación es que los datos del censo se combinan con las estadísticas vitales. Por ejemplo, la población en cualquier año posterior a un censo debe ser igual a la población enumerada en el censo más todos los nacidos desde su realización, menos los fallecidos a lo largo de ese período, más los inmigrantes, y menos los emigrantes. Naturalmente, cualquier deficiencia en una de dichas fuentes de datos se traducirá en inexactitudes a la hora de estimar el total de personas vivas en un momento determinado.

Encuestas muestrales

A la hora de utilizar datos censales o estadísticas vitales, nos encontramos con dos dificultades: 1) dichos datos son recogidos con otra finalidad que la del análisis demográfico, por lo que no responden, necesariamente, a los intereses teóricos de demografía; y 2) son recogidos por una gran cantidad de personas, utilizando métodos muy distintos y ello puede dar lugar a múltiples clases de errores. Por estas dos razones (así como por el elevado coste de todos los procesos de recogida de datos a gran escala), cada vez es más frecuente el recurso a encuestas muestrales para la obtención de datos demográficos. Los estudios muestrales pueden proporcionar los datos sociales, psicológicos, económicos y hasta físicos antes aludidos, necesarios para entender por qué las cosas son como son.

Utilizando una muestra cuidadosamente seleccionada, incluso de tan solo unos pocos miles de personas, los demógrafos han logrado obtener información sobre nacimientos, defunciones, movimientos migratorios y otras cuestiones, que permite comprender no sólo cómo es una determinada dinámica demográfica, sino también por qué es así. En algunas zonas del mundo pobres y remotas, los estudios muestrales pueden proporcionar, en ausencia de datos censales o de estadísticas vitales, estimaciones razonablemente correctas acerca de los niveles de fecundidad, de mortalidad y de movimientos migratorios.

En Estados Unidos, una de las encuestas muestrales más importante es la Current Population Survey (Encuesta de población actual) realizada cada mes por el U.S. Bureau of Census (Oficina del Censo de los Estados Unidos). Desde 1943, miles de hogares (en la actualidad 50.000) son interrogados mensualmente sobre una amplia gama de temas, si bien el objetivo principal de la encuesta es recoger información sobre la población activa. Cada año se incluyen también preguntas detalladas sobre la fecundidad y los movimientos migratorios, y los datos así obtenidos constituyen una importante fuente de información demográfica sobre la población norteamericana.

¿QUIÉN UTILIZA LOS DATOS DEMOGRÁFICOS?

Sería un error pensar que los demógrafos profesionales son los principales usuarios de los datos demográficos procedentes de los censos, de las estadísticas vitales y de las encuestas. Desde el siglo XVII los comerciantes han constituido un importante grupo de usuarios de la información estadística. De hecho, la industria aseguradora surge con la recopilación de datos sobre la mortalidad. En la actualidad, los detallistas utilizan las estadísticas poblacionales con vistas a la organización de la propaganda, y decidir dónde abrir nuevas tiendas. Por su parte, las empresas manufactureras utilizan, por ejemplo, dichos datos para decidir si el área escogida para la construcción de una nueva fábrica cuenta con la mano de obra precisa o para determinar el posible impacto, sobre la venta de sus productos, de determinados cambios poblacionales.

Los programas de actuación establecidos por la Administración, especialmente en Estados Unidos, tienen en muchos casos la obligación de justificar, con datos del censo, la medida en que las acciones para las que se destinan determinados fondos son necesarias. La Administración Pública, en todos sus niveles, utiliza también datos demográficos en la planificación a largo plazo y en el diseño de los tipos de servicios públicos que serán precisos en distintos momentos a lo largo de los próximos años. Por otro lado, los datos demográficos permiten el seguimiento de cambios en la sociedad, tales como empeoramientos o mejoras en la sanidad, variaciones en las estructuras familiares o alteraciones en las relaciones étnicas. En un informe elaborado en 1978, el U.S. House Select Committee on Population (Comité específico sobre cuestiones de población de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos) se aludía a las respuestas improvisadas, innecesariamente costosas y a menudo, erróneas dadas en el pasado a los cambios demográficos, al tiempo que expresaba su esperanza de que en el futuro tales problemas fueran minimizados mediante un esfuerzo en la previsión de dichos cambios.

La mayoría de los demógrafos utilizan los datos poblacionales para mejorar su comprensión de las sociedades humanas y ésta es la perspectiva que preside este libro. La utilización de los datos con este propósito favorece también por supuesto, los otros usos posibles de la información demográfica antes mencionados. Por ejemplo, los empresarios capaces de interpretar los cambios demográficos en términos humanos, y no sólo meramente estadísticos, sabrán, con toda probabilidad, hacer un uso más provechoso de dicha información. Del mismo modo, una comprensión más amplia por parte de los planificadores de la Administración Pública del sentido de los datos que mandan se traducirá en una mejor toma de decisiones de cara al bienestar común. Incluso para el lector, como individuo, la comprensión de las causas y consecuencias sociales, económicas y políticas del crecimiento poblacional supondrá una mejora de su capacidad para hacer frente a un futuro que, sin duda alguna, estará decisivamente influida por datos de orden demográfico.

¿Dónde obtener información publicada?

La fuente de datos internacionales más útil y asequible es el Anuario demográfico de las Naciones Unidas publicado anualmente desde 1948. Otra fuente de datos, acompañada por una buena exposición de las técnicas del análisis demográfico, es el libro de Natban Keyfitz y Wilhelm Flieger *Population: Faces and Methods of Demography* (San Francisco, W. H. Freeman and Co., 1971). El Population Reference Bureau publica de forma regular información sobre la población mundial en su *Population Bulletin*, y publica también una *Dato Sheer* anual que constituye una fuente fácilmente manejable de estimaciones actualizadas sobre algunos hechos demográficos básicos.

Los datos referidos a Estados Unidos proceden fundamentalmente de los censos decenales y de las *Current Population Surveys*. Los datos censales están publicados en volúmenes que en forma resumida y por separado recogen la información referida a todo el país, a cada estado por separado y a cada *Standard Metropolitan Statistical Area* (Área Estadística Metropolitana Estándar: AEME). Las AEME son las áreas situadas alrededor de cada una de las ciudades de mayor tamaño del país. El Census Bureau pone también a disposición pública una serie de cintas de ordenador que contienen datos referidos a determinadas regiones geográficas. Estas cintas pueden encontrarse, cada vez con más frecuencia, en Universidades, en las delegaciones locales del gobierno y en empresas consultoras y de proceso de datos privadas. Existen también *Subject Reports* sobre temas específicos (por ejemplo, sobre grupos étnicos, sobre movimientos migratorios, fecundidad, matrimonios y parejas casadas, etc.) realizados a partir de los datos censales. Los resultados de las *Current Population Surveys* son recogidos regularmente en varias series de los *Current Population Reports* (especialmente las series P.20 y P.23) del U.S. Bureau of Census.

Información referida a nacimientos y defunciones en Estados Unidos, así como a matrimonios y divorcios, puede encontrarse en los *Monthly Vital Statistics Reports* publicados por el National Center for Health Statistics. Para una visión global rápida de estos datos puede consultarse el reciente *Statistic Abstract of the United States* (Resumen estadístico de Estados Unidos) publicado por el Census Bureau. Otra fuente valiosa de datos sobre Estados Unidos, publicada también por el Census Bureau, es el volumen *Historical Statistics of the United States from Colonial Times* (Estadísticas históricas de los Estados Unidos desde el período colonial).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La demografía es la ciencia que se ocupa del análisis del tamaño, distribución, estructura, características y procesos de una población. Aun cuando dichos análisis son de inmenso interés científico, su mayor valor, para la mayoría de los lectores de este libro, radica probablemente en que permiten la comprensión de las consecuencias del crecimiento demográfico. Para comprender la forma de evitar las consecuencias no deseables del crecimiento demográfico, e incluso para llegar a saber cómo adaptarse al cambio futuro, es preciso entender antes las causas de dicho crecimiento. El objetivo principal de este libro es proporcionar al lector justamente esa información, para que pueda así comprender el importante papel que las cuestiones demográficas van a jugar en su futuro personal.

La base sobre la que funciona toda ciencia está constituida por hechos y teorías. En este capítulo hemos examinado las principales fuentes de información demográfica. En el capítulo siguiente introduciré al lector en algunas de las principales teorías que tratan de explicar la manera en que el crecimiento demográfico guarda relación con el sistema social.

SOCIOLOGÍA DE LA POBLACIÓN

John R. Weeks

Capítulo 2

- Perspectivas demográficas.
- Doctrinas demográficas premodernas.
- La perspectiva malthusiana.
 - Causas del crecimiento demográfico.
 - Consecuencias del crecimiento demográfico.
 - Cómo evitar las consecuencias.
- La perspectiva marxista.
 - Causas del crecimiento demográfico.
 - Consecuencias del crecimiento demográfico.
- Malthus revisado.
- Marx revisado.
- Otras teorías clásicas de la población.
 - Mill.
 - Brentano.
 - Durkheim.
- La teoría de la transición demográfica.
 - La teoría de la transición demográfica en síntesis.
 - Crítica de la teoría de la transición demográfica.
- La teoría del cambio y respuesta demográficos.
- La teoría del nivel relativo de ingresos.
- Resumen y conclusiones.

PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS

Para llegar a dominar las cuestiones y los problemas poblacionales hay que poner en relación los hechos demográficos con los «por qué» y los «por tanto». En otras palabras, es preciso disponer de una perspectiva demográfica, es decir, de un esquema que permita relacionar la información básica con teorías acerca del funcionamiento demográfico del mundo. La perspectiva demográfica proporciona una guía para comprender las relaciones, a menudo intrincadas, existentes entre los factores demográficos (como el tamaño, distribución, estructura de edades y crecimiento de una población) y el resto de cuanto ocurre en la sociedad. A medida que el lector vaya desarrollando su propia perspectiva demográfica adquirirá una nueva manera de enfocar su comunidad o su trabajo, por ejemplo, o los problemas sociales y políticos del mundo y de su país. Podrá entonces preguntarse por la influencia que los cambios demográficos han tenido (o podrían haber tenido), y podrá evaluar las consecuencias demográficas de determinados acontecimientos.

En este capítulo presentaré varias teorías acerca del modo en que los procesos poblacionales se entrelazan con los procesos sociales generales. Algunos de los más influyentes pensadores del mundo han analizado la relación existente entre sociedad y población y sus esfuerzos han tenido una importante influencia sobre la acción (o inacción) gubernamental en muchos lugares del mundo. El propósito de esta exposición es permitir al lector empezar a desarrollar su propia perspectiva demográfica aprovechando lo que otros aprendieron y nos legaron.

Existen dos grandes preguntas que han de ser contestadas antes de poder desarrollar una perspectiva propia: (1) ¿cuáles son las causas del crecimiento demográfico (o al menos del cambio demográfico)?; y (2) ¿cuáles son las consecuencias del crecimiento o del cambio demográfico? En este capítulo expondré varias perspectivas que aportan grandes respuestas a estos interrogantes al tiempo que nos introducen en las grandes líneas de la teoría demográfica.

El capítulo comienza con una breve presentación del pensamiento pre-moderno

sobre el tema de la población. La mayor parte de tales ideas constituyen doctrinas, es decir, algo opuesto a una teoría. Los primeros pensadores tenían la certeza de poseer las respuestas y de que sus aseveraciones representaban la verdad respecto del crecimiento demográfico y de sus implicaciones para la sociedad. Por el contrario, la esencia del pensamiento científico moderno consiste en suponer que no se tiene la respuesta y en aceptar el examen de cualquier indicio con independencia del resultado a que parezca apuntar. Para cribar los distintos indicios disponibles elaboramos explicaciones tentativas (teorías) que contribuyen a orientar nuestro pensamiento y nuestro afán por comprender.

DOCTRINAS DEMOGRÁFICAS PREMODERNAS

Las sociedades antiguas parecen haber tenido una única e intensa preocupación respecto de la población: daban un alto valor a la reproducción, como forma de reemplazo de las personas perdidas como consecuencia de la universalmente elevada mortalidad. De hecho la capacidad reproductiva era a menudo deificada, como por ejemplo ocurría en la antigua Grecia, donde una variedad de diosas tenía encomendada la función de ayuda a los humanos a traer, con bien, hijos al mundo y a criarlos hasta la edad adulta. Sin embargo, hasta la época de la Grecia clásica no encontramos una doctrina demográfica claramente formulada. En Las Leyes Platón insiste en que la estabilidad demográfica es esencial para alcanzar el estado de perfección humana deseado. Platón es así el primer exponente de la doctrina de que, por lo que respecta a la población humana, la calidad es más importante que la cantidad. Su idea no era, sin embargo, universalmente compartida: aproximadamente en ese mismo siglo, en la India, Kautílya (300 a. de C.) señalaba que aun cuando un territorio puede contar o bien con demasiada, o bien con demasiado poca gente en relación con sus recursos, la segunda de estas dos alternativas constituye el mal mayor.

En el Imperio Romano los reinados de Julio y Augusto César estuvieron dominados por doctrinas claramente pronatalistas. Según Cicerón, los emperadores veían en el crecimiento demográfico un medio de cubrir las bajas causadas por la guerra y de producir los individuos necesarios para colonizar el imperio. Sin embargo, y pese a sus doctrinas pronatalistas, el Imperio Romano registró, en su etapa final, un descenso de la tasa de natalidad.

La Edad Media, que se abre con la caída del Imperio Romano, tendió a estar dominada por doctrinas esencialmente antinatalistas. Sabemos, por ejemplo, que San Agustín (354-430) consideraba a la virginidad como la forma más elevada de existencia humana. Según él, una continencia sexual generalizada contribuiría a completar la Ciudad de Dios y a acelerar el fin del mundo. Este período de la historia europea se caracteriza por su fatalismo y su estancamiento económico. En lo que a población respecta, durante siglos los pensadores se limitaron a la idea de que se trataba de algo que Dios se encargaba de regular.

Hacia el siglo XIII, y tras el redescubrimiento de los escritos de Aristóteles, nuevas ideas empezaron a oírse en Europa. Para Tomás de Aquino contraer matrimonio y crear una familia en nada era inferior al celibato. Hacia el siglo XVII, con el auge del mercantilismo (que sostenía la importancia, para las naciones, del aumento del comercio y de la riqueza) el crecimiento, y no ya el mero reemplazo, de la población empezó a ser considerado esencial para lograr el aumento de las rentas públicas. Para ciertos escritores, en Alemania, la riqueza de una sociedad era igual a la producción total menos los salarios pagados a los trabajadores. Dado que el nivel de salarios tendía a bajar a medida que crecía la mano de obra disponible, resultaba claramente ventajoso para un país contar con una población creciente.

A la altura del siglo XVIII la doctrina pronatalista de los mercantilistas no parecía haber tenido éxito en fomentar un crecimiento demográfico rápido mientras que, en cambio, había pasado a ser asociada a la generación de niveles crecientes de pobreza. La reacción contra el pensamiento mercantilista cristaliza en la doctrina que, en esencia, sostenía que la tierra, y no las personas, constituye la verdadera fuente de riqueza de

una nación. Adam Smith, uno de los más famosos exponentes de esta línea de pensamiento, pensaba que existía una armonía natural entre crecimiento económico y crecimiento demográfico, dependiendo éste siempre de aquél. Así, creía que el tamaño de una población viene determinado por la demanda de mano de obra, que a su vez es determinada por la productividad de la tierra.

Es entonces, a finales del siglo XVIII, en pleno predominio del pensamiento fisiocrático. cuando hace su entrada en escena la primera gran teoría de la población, elaborada por Thomas Robert Malthus.

LA PERSPECTIVA MALTHUSIANA

La perspectiva malthusiana tiene su origen en los escritos del clérigo y profesor universitario inglés Thomas Robert Malthus su Ensayo sobre la población, publicado en 1798 (y de modo especial las posteriores ediciones que se sucedieron a lo largo de más de 30 años) ha sido sin lugar a duda la más influyente de cuantas obras han tratado de poner en relación el crecimiento demográfico con sus consecuencias sociales Malthus ciertamente se apoyaba en autores anteriores pero fue el primero en trazar de forma sistemática una explicación que ponía en relación las consecuencias del crecimiento con sus causas.

Causas del crecimiento demográfico

Malthus creía que los seres humanos, como las plantas y los animales no racionales, se veían "impelidos" a incrementar la población de la especie por lo que consideraba un poderoso "instinto" el impulso de reproducción. Más aún, si no existiesen frenos al crecimiento de la población, los seres humanos se multiplicarían hasta alcanzar cifras «incalculables», llenando millones de mundos en unos pocos miles de años (Malthus, 1872:6). Sin embargo, los humanos estamos muy lejos de haber alcanzado tan impresionantes cotas. ¿Por qué? Por la intervención de esos frenos del crecimiento indicados por Malthus que, al impedir el desenvolvimiento pleno del potencial biológico humano, han evitado que la tierra toda esté cubierta de individuos.

Según Malthus, el freno último del crecimiento es la falta de alimentos. La base de su argumentación es que las poblaciones tienden a crecer más deprisa que sus recursos alimenticios, dado que la población tiende a crecer geométricamente (una pareja puede tener cuatro hijos, dieciséis nietos, etc.) mientras que, en su opinión, la producción de alimentos sólo puede crecer aritméticamente, al no poderse añadir más de un acre a la vez a la tierra cultivada. Así, según el orden natural de las cosas, el crecimiento de la población termina por desbordar las existencias de alimentos, y la falta de éstos acaba por detener el aumento de la población.

Malthus era, por supuesto, consciente de que la inanición rara vez opera directamente como factor de mortalidad, pues por lo general son otros los factores que terminan con la vida de las personas antes de que éstas puedan morir realmente de hambre. Esos otros factores constituyen lo que Malthus denomina frenos positivos, es decir, fundamentalmente aquellas medidas «tanto de orden moral como físico que tienden a debilitar y destruir prematuramente la constitución humana (Malthus, 1872:12). Existen también frenos preventivos, es decir, limitaciones de los nacimientos. En teoría los frenos preventivos incluyen todos los medios posibles de control de la natalidad, incluyendo la continencia, la anticoncepción y el aborto. Para Malthus, sin embargo, el único medio aceptable de impedir un nacimiento es el ejercicio de la contención moral. es decir, la postponición del matrimonio hasta que el varón esté seguro de que, caso de tener una familia numerosa, sus esfuerzos lograrán evitarle vestir con harapos, vivir en la más absoluta pobreza y la consiguiente degradación en su comunidad (1872:13), guardando entretanto castidad total. Cualquier otro medio de control de la natalidad, incluyendo la anticoncepción (tanto antes como después del matrimonio), el aborto, el infanticidio o cualquier "medio impropio" constituye, en su opinión, una práctica viciosa que no puede sino rebajar de manera señalada la dignidad de la naturaleza humana. La

contención moral representaba una cuestión muy importante para Malthus ya que pensaba que si los individuos pudieran evitar los nacimientos por medios impropios, (como la prostitución, la anticoncepción, el aborto o la esterilización) entonces emplearían sus energías de forma económicamente improductiva, por así decirlo.

Debo señalar que como teoría científica la perspectiva malthusiana deja mucho que desear, pues continuamente mezcla razonamientos de orden científico con otros de orden moral. Sin embargo, y pese a sus defectos (que fueron percibidos incluso en su época) la forma de razonar de Malthus le condujo a importantes conclusiones acerca de las consecuencias del crecimiento demográfico.

Consecuencias del crecimiento demográfico

Malthus creía que la pobreza es una consecuencia natural del crecimiento demográfico. Esto no es sino la conclusión lógica de sus argumentos básicos: (1) los seres humanos tienen un impulso natural de reproducción; (2) el incremento en la producción de alimentos no puede seguir el paso al crecimiento demográfico. En su análisis dio completamente la vuelta a las argumentaciones de Adam Smith y de los fisiócratas. En vez de pensar, como Adam Smith, que el crecimiento demográfico depende de la demanda de mano de obra, Malthus creía que, como consecuencia de la fuerza del impulso de reproducción, la presión demográfica precede siempre a la demanda de mano de obra. Así la "superpoblación" (medida por el nivel de desempleo) termina por forzar una baja de los salarios hasta un punto que no permite a la gente casarse y tener familia. Con un nivel salarial tan bajo, con un excedente de mano de obra y con individuos dispuestos a trabajar más, simplemente por un salario de mera subsistencia, los propietarios de tierra pueden decidir contratar más mano de obra y poner más superficie en cultivo, aumentando así los medios de subsistencia. Malthus creía que este ciclo (aumento de los recursos alimenticios, que da lugar a un crecimiento poblacional, que a su vez da lugar a un exceso de población en relación con los recursos disponibles, que a su vez origina un retorno a la pobreza) formaba parte de una ley demográfica natural. Cada incremento en la producción de alimentos no supone así, desde su perspectiva, sino que con el tiempo haya más gente pobre.

Como puede verse, Malthus no tenía en conjunto una opinión elevada sobre el género humano. Consideraba que la mayoría de sus congéneres eran demasiado "inertes, perezosos y enemigos del trabajo" (1798:36) como para tratar de embridar el ansia de reproducción cada vez que había más recursos disponibles evitando así aumentar la población y, con ello, volver a la situación de pobreza. De esta manera venía, fundamentalmente, a responsabilizar a los propios pobres por su situación de pobreza. Sólo hay una forma, improbable, de conseguir evitar esta lamentable situación.

Cómo evitar las consecuencias

Malthus sostenía que "el esfuerzo por evitar el sufrimiento, más que la búsqueda del placer, constituye el gran estímulo para actuar en la vida" (1789:359). El placer sólo estimula la actividad cuando su ausencia se hace dolorosa. Malthus pensaba que la persona racional, cultivada, sería capaz de percibir por adelantado el sufrimiento que le causaría no poder alimentar a sus hijos o vivir endeudado; en consecuencia, pospondría el contraer matrimonio o el tener relaciones sexuales hasta estar seguro de poder evitar ese sufrimiento. De existir esa motivación, y de operar por tanto el freno preventivo, entonces las lamentables consecuencias del crecimiento demográfico podrían ser evitadas. No hay así otra manera de romper el ciclo que cambiar la naturaleza humana. Malthus creía que si todo el mundo compartiese los valores de la clase media, el problema se resolvería por sí solo, pero consideraba que esto era imposible ya que no todas las personas tienen el talento preciso para llegar a convertirse, con éxito, en miembros virtuosos y diligentes de la clase media. Ahora bien, con que la mayoría al menos lo intentase la pobreza se reduciría considerablemente.

Para Malthus el éxito material es consecuencia de la capacidad humana de planear

racionalmente, es decir, de anticipar las consecuencias futuras del comportamiento actual. Personalmente fue un hombre que practicó lo que predicaba: planificó su familia racionalmente, esperando para casarse y tener hijos hasta los 39 años (es decir, hasta poco después de haber conseguido, en 1805, un trabajo seguro como profesor universitario). Además, él y su mujer (que era 11 años más joven) sólo tuvieron tres hijos, aunque más tarde sus detractores dijeran que había tenido 11.

En resumen, para Malthus la principal consecuencia del crecimiento demográfico es la pobreza. Ahora bien, esta pobreza contiene el estímulo para la acción capaz de sacar a la gente de su miseria. Así pues, si la gente sigue siendo pobre es por su culpa, por no tratar de hacer algo al respecto. Por esta razón Malthus se oponía a las Leyes de Pobres (Poor Laws) inglesas (se trataba de leyes que establecían determinadas asistencias sociales para los pobres) ya que consideraba que no servían sino para perpetuar la miseria. Permitían, en efecto, que los pobres fueran mantenidos por otros evitándoles así sentir ese gran sufrimiento cuya evitación hubiera podido llevarles a controlar los nacimientos. Malthus consideraba que si cada individuo tuviera que ocuparse de alimentar a sus hijos tendría mayor prudencia a la hora de casarse y de crear una familia.

La argumentación malthusiana ha resultado, quizá, menos importante por su contenido real que por el vendaval de polémicas que originó. En sus ataques a Malthus, Karl Marx y Friedrich Engels se mostraron especialmente virulentos.

LA PERSPECTIVA MARXISTA

Karl Marx y Friedrich Engels eran, ambos, adolescentes en Alemania cuando Malthus falleció en Inglaterra en el año 1834. Cuando se encontraron en Inglaterra, adonde cada uno había ido por su lado, las ideas de Malthus eran ya políticamente influyentes en la tierra natal de ambos. Varios estados alemanes y Austria, en efecto, habían reaccionado ante lo que consideraron un aumento excesivamente rápido del número de pobres promulgando leyes que prohibían casarse a quien no pudiera garantizar que su familia no acabaría dependiendo de la asistencia pública. En la práctica estas medidas se volvieron contra tales estados alemanes, pues la gente siguió teniendo hijos, sólo que fuera del matrimonio. Ello originó un aumento de los gastos de asistencia pública, ya que el estado tenía que hacerse cargo de los niños ilegítimos. Finalmente dicha legislación fue abolida pero no sin haber causado antes un gran impacto en Marx y Engels, que consideraron la perspectiva malthusiana como un ultraje a la humanidad. Su perspectiva demográfica nació así como reacción contra Malthus.

Causas del crecimiento demográfico

Ni Marx ni Engels abordaron nunca, directamente, la cuestión de por qué, y cómo, crecen las poblaciones. No parecen haber tenido, en este punto, grandes discrepancias con Malthus, aunque muy probablemente, de habérselo podido preguntar, se habrían mostrado más a favor de la anticoncepción que de la contención moral como forma de evitar los nacimientos. Estaban a favor de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y no veían mal alguno en evitar los nacimientos. Se mostraban sin embargo escépticos respecto de las leyes naturales o eternas de la población formuladas por Malthus (a saber, que la población tiende a desbordar los recursos), optando en cambio por percibir la actividad humana como producto de un entorno económico y social determinado. La perspectiva marxista básica es que cada sociedad, en cada momento histórico, tiene su propia ley de la población que determina las consecuencias del crecimiento demográfico. Para el capitalismo esas consecuencias son sobrepoblación y pobreza: en una sociedad socialista, en cambio, el crecimiento poblacional es absorbido inmediatamente por la economía, sin efecto secundario alguno. Esta forma de razonar suponía no tanto un rechazo abierto de la explicación malthusiana de por qué crecen las poblaciones cuanto un rechazo de su teoría de las consecuencias del crecimiento demográfico.

Consecuencias del crecimiento demográfico

Marx y Engels rechazaban de plano la idea de que los pobres tienen la culpa de su pobreza. Pensaban, en cambio, que la pobreza es resultado de la mala organización de la sociedad, especialmente de la sociedad capitalista. En los escritos de Marx y Engels se encuentra implícita la idea de que la consecuencia normal del crecimiento demográfico debería ser un aumento significativo de la producción. Después de todo, todo obrero produce, obviamente, más de lo que precisa para su subsistencia: si no fuera así, ¿cómo podría sobrevivir toda la población dependiente (incluyendo los opulentos empresarios)? En una sociedad bien organizada, un mayor número de individuos debería suponer más riqueza, no más pobreza (Engels. 1844). Marx y Engels discrepaban especialmente de la idea malthusiana de que los recursos no pueden crecer tan rápidamente como la población. No veían razón alguna que permitiera sospechar que la ciencia y la tecnología no podrían aumentar las disponibilidades de alimentos y de otros recursos con la misma rapidez con que la población creciese. El propio Malthus pudo ver que las industrias fabriles realizaban beneficios, pero no se le ocurrió que pudieran realizarse transferencias de capital y de tecnología a la agricultura que permitieran un crecimiento de los recursos alimenticios tan rápido como el de la población. Sin embargo, en uno de los pasajes menos coherentes con el sentido general de su obra, Malthus indica que en Estados Unidos, tanto la población como la producción de alimentos había ido duplicándose cada 25 años.

No sólo pensaban Marx y Engels que en general la pobreza no es el resultado final del crecimiento demográfico, sino que específicamente sostenían que incluso en la Inglaterra de su tiempo había riqueza suficiente para eliminar la pobreza. Si en Inglaterra el aumento de población había supuesto mayor riqueza para los capitalistas y no para los trabajadores, ello se debía a que los primeros se quedaban con parte del salario de los segundos en concepto de beneficios. Según Marx esto se realizaba desposeyendo a los trabajadores de sus herramientas para luego, en esencia, cobrarles por poder ir a la fábrica a trabajar. Por ejemplo, si un trabajador no tiene las herramientas precisas para construir un automóvil pero desea trabajar construyendo automóviles puede encontrar trabajo en una fábrica y acudir a ella ocho horas diarias. Ahora bien, según Marx el salario que percibirá corresponderá tan sólo a seis horas: el capitalista (o propietario de la fábrica) se queda con el resto en pago por la utilización de sus herramientas. Por supuesto, cuanto más se apropie el capitalista menos percibirá el trabajador y más pobre será.

Por otro lado, Marx sostenía que el funcionamiento del capitalismo se basa en utilizar el trabajo de la clase obrera para obtener beneficios con los que adquirir máquinas tendientes a reducir la mano de obra necesaria, lo cual conduce a la creación de desempleo y pobreza. Así pues, los pobres son pobres no por haber desbordado los recursos alimenticios sino únicamente porque los capitalistas les despojaron primero de parte de sus salarios y después hasta de su mismo trabajo, sustituyéndoles por máquinas. De este modo las consecuencias del crecimiento demográfico examinadas por Malthus eran sólo, en realidad, las consecuencias de la sociedad capitalista, no del crecimiento poblacional en sí. Si la sociedad fuera reorganizada de forma más equitativa (es decir, de forma socialista), entonces los problemas demográficos desaparecerían.

En su formulación original, tanto la perspectiva malthusiana como la marxista eran algo provincianas, en el sentido de que su principal objeto de atención era la Inglaterra decimonónica. A medida, sin embargo, que ambos enfoques recibieron atención en otros lugares y en otras épocas, se produjeron revisiones de los mismos.

Tales reformulaciones reflejan el estado actual del debate entre Malthus y Marx.

MALTHUS REVISADO

Las revisiones del pensamiento de Malthus son etiquetadas generalmente como neo-malthusianos. Son neo-malthusianos quienes aceptan como correcta la descripción de las consecuencias del crecimiento demográfico realizada por Malthus, pero disienten

de él respecto de lo que debe hacerse para evitar nacimientos. Concretamente, los neo-malthusianos están a favor de la anti-concepción más que del simple recurso a la contención moral. A lo largo de toda su vida Malthus defendió constantemente la continencia moral contra quienes se mostraban críticos a este respecto (muchos de ellos, amigos suyos) y le animaban a adoptar una actitud más abierta respecto de otros medios de controlar la natalidad. Nunca cedió a tales presiones, pero la polémica abierta en torno a esta cuestión contribuyó en la práctica a difundir el conocimiento del control de la natalidad en la Inglaterra decimonónica. De hecho fue el juicio celebrado en 1877-79 contra un neo-malthusiano llamado Charles Bradlaugh por haber publicado un manual de control de la natalidad lo que permitió a un público inglés más amplio enterarse de tales técnicas (Himes, 1970).

Probablemente, el neo-malthusiano contemporáneo más conocido es Paul Ehrlich, cuyo libro *The Population Bomb* (La bomba poblacional), publicado en 1968, contribuyó a alertar la conciencia pública sobre los posibles efectos del crecimiento demográfico reciente. Ehrlich, por supuesto, aboga por el uso de prácticamente todos los medios de control de la natalidad disponibles para frenar el crecimiento demográfico, pues, de no hacerse nada, vaticina la aparición, con carácter catastrófico, del hambre, la guerra u otra calamidad.

El propio Malthus estaba menos preocupado que los neo-malthusianos contemporáneos por un colapso económico o político mundial porque en su tiempo esa posibilidad no parecía tan inminente. De hecho, cuando publicó su primer ensayo, Malthus ni siquiera sabía si la población de Inglaterra estaba creciendo. A finales del siglo XVIII, Inglaterra había comenzado a industrializarse pero no había realizado aún un censo. En realidad uno de los pasatiempos favoritos de los economistas de la época era discutir si la población inglesa estaba creciendo o decreciendo (obviamente, la situación no estaba tan clara como hoy). En 1801 fue realizado un censo experimental que proporcionó un recuento de la población, pero hasta que el experimento no fue repetido en 1811 (y a partir de entonces, cada diez años) no fue posible calcular la tasa de crecimiento. Así pues, sólo trece años después de la publicación original de su ensayo pudo Malthus concluir con certeza que la población inglesa estaba efectivamente creciendo.

Los neo-malthusianos difieren así de Malthus no sólo en que rechazan la contención moral como único medio aceptable de controlar la natalidad sino también en que perciben que el resultado del crecimiento demográfico no es sólo la pobreza, sino además un desastre generalizado. Para los neo-malthusianos el mal derivado de la redundancia de población, ha ampliado su alcance; en consecuencia, los remedios propuestos son más dramáticos.

MARX REVISADO

No todos los que han adoptado una concepción marxista del mundo comparten totalmente la perspectiva demográfica elaborada originalmente por Marx y Engels. Los países marxistas han tenido dificultades, en este terreno, dada la ausencia de directrices políticas implícita en la idea marxista de que distintos estados de desarrollo social producen diferentes relaciones entre crecimiento demográfico y desarrollo económico. En realidad, gran parte del llamado pensamiento demográfico marxista es atribuible a Lenin, uno de los más prolíficos intérpretes del pensamiento marxista. Para Marx el principio malthusiano operaba únicamente bajo el capitalismo: en un sistema socialista puro no habría problema demográfico. Desgraciadamente, no ofreció directrices para el periodo de transición. Todo lo más, Marx pareció implicar que la ley demográfica socialista sería la antítesis de la capitalista. En consecuencia ha sido difícil para los demógrafos soviéticos conciliar con la teoría el hecho de que las pautas demográficas de la Unión Soviética han sido llamativamente similares a las de otros países desarrollados. El socialismo soviético ha sido, además, incapaz de mitigar uno de los peores males atribuidos por Marx al capitalismo: la existencia de tasas más altas de mortalidad entre las clases trabajadoras que entre las clases altas.

Pese a la escasa guía aportada por Marx y Engels, su idea de que el crecimiento demográfico no constituye un problema ha sido sostenida a menudo en la ideología oficial. Las palabras siguientes, pronunciadas por un representante soviético procedente de la República de Ucrania en una reunión celebrada en Ginebra en 1949, constituyen un típico ejemplo (es decir, típico hasta hace poco) de pronunciamiento oficial sobre este tema: "Cualquier sugerencia, en esta comisión, de fomentar la limitación del número de matrimonios o del número de hijos en el matrimonio, me parecería propia de bárbaros. Un sistema social adecuado debe ser capaz de dar cabida a cualquier aumento de su población".

Sin embargo, desde la década de 1960 la actitud marxista se ha hecho menos rígida. Por ejemplo, en 1962 la propuesta realizada por el gobierno sueco a las Naciones Unidas de proporcionar asistencia anti-conceptiva a los países subdesarrollados fue recibida en silencio por la Unión Soviética, en vez de con la habitual indignación. En China, la realidad empírica de tener que regir a la población nacional más grande del mundo ha conducido a desviaciones respecto de la lógica marxista. Ya en fecha tan temprana como 1953 el gobierno chino realizó esfuerzos por controlar la población suavizando las disposiciones relativas a la anticoncepción y al aborto. La buena cosecha de 1958 detuvo temporalmente esta tendencia, pero numerosos informes recientes revelan que, pese a que Marx negara la existencia del problema demográfico, el régimen marxista chino se está enfrentando con uno.

Esto no debe sin embargo hacer pensar que los teóricos marxistas han reelaborado por completo su filosofía. En Pakistán, por ejemplo, donde el gobierno (no marxista) ha reconocido oficialmente la necesidad de frenar el crecimiento demográfico, se han producido críticas de sectores marxistas que siguen argumentando que la creciente pobreza de dicho país sólo puede ser aliviada mediante una redistribución de la riqueza. Pero se ha producido un cambio sutil: ya no se afirma que el mantenimiento del crecimiento demográfico no origina consecuencias desastrosas. En vez de eso, muchos marxistas indican ahora que sólo tras una revolución socialista y tras la reorganización de la sociedad la gente se sentirá motivada a disminuir la tasa de natalidad. "Si (...) los gobiernos de los países en vías de desarrollo proceden a socializar el trabajo y los medios de producción de manera que todos se beneficien por igual, conseguirán una menor tasa de crecimiento demográfico (...)"

Cuando todos disfruten las ventajas del avance tecnológico la gente reducirá el tamaño de su familia. En formulaciones como ésta el marxismo es revisado a la luz de la nueva evidencia científica acerca del comportamiento humano, de forma similar a como el pensamiento malthusiano ha sido revisado.

El debate sobre el crecimiento demográfico, iniciado por Malthus y alimentado por Marx, dio lugar a una serie de reformulaciones a lo largo de este siglo y del siglo anterior que constituyen el antecedente directo de las actuales teorías demográficas. En la próxima sección consideraremos brevemente la obra de tres personas que tuvieron un papel prominente en dichas reformulaciones: John Stuart Mill, Ludwig Brentano y Emile Durkheim.

OTRAS TEORÍAS CLÁSICAS DE LA POBLACIÓN

Mill

John Stuart Mill fue un filósofo y economista inglés del siglo XIX enormemente influyente. Mill no se mostró tan agresivo con Malthus como Marx y Engels: su penetración científica era superior a la de Malthus y, por otro lado, sus ideas políticas eran menos radicales que las de Marx y Engels. Si bien Mill aceptaba los cálculos malthusianos sobre la capacidad potencial del crecimiento demográfico para desbordar la producción de alimentos como algo axiomático, correcto por definición, se mostraba en cambio más optimista que Malthus respecto de la naturaleza humana. Mill pensaba que, aunque el carácter de una persona es formado por las circunstancias, la voluntad del individuo puede influir mucho en la modelación de las circunstancias y en la modificación

de futuros hábitos (Mill. 1924).

La tesis básica de Mill era que el nivel de vida constituye el principal factor determinante del nivel de fecundidad. «A medida que el género humano se aleja de la condición animal, la población es limitada por el temor a la necesidad más que por la necesidad misma. Incluso allí donde no hay peligro de hambre muchos actúan de esa manera por temor a perder lo que han llegado a considerar su nivel decoroso de vida». La creencia de que la gente puede y debe ser libre de perseguir sus propias metas vitales le llevó a rechazar la idea de que la pobreza es inevitable (como Malthus sugería) o de que es creación de la sociedad capitalista (como alegaba Marx).

Uno de los comentarios más famosos de Mill, en efecto, es que «la cicatería de la naturaleza, y no la injusticia de la sociedad, es la causa de las penalidades asociadas a la sobrepoblación». En el supuesto de que la población llegase alguna vez a superar las disponibilidades alimenticias Mill consideraba, no obstante, que podía llegarse a una situación temporal mediante, al menos, dos posibles soluciones: importar alimentos o exportar personas.

Para Mill el estado ideal es aquél en el que todos los miembros de una sociedad están en una situación económica confortable. Alcanzado ese punto pensaba (al igual que Platón varios siglos antes) que la población debía estabilizarse y que los individuos debían tratar de progresar cultural, moral y socialmente, en vez de intentar continuamente mejorar económicamente. La idea parece buena, pero ¿cómo se llega a ese punto? Mill creía que antes de alcanzar el punto en que tanto la población como la producción se hacen estables se produce, esencialmente, una carrera entre ambas. Para pararla es precisa una dramática mejora en las condiciones de vida de los pobres. Para que el desarrollo económico y social se produzca es necesario un súbito aumento del nivel de renta que permita un nuevo nivel de vida a toda una generación, permitiendo así que la productividad rebase el crecimiento de la población. Según Mill ésta fue la situación en Francia tras la revolución. "Durante la generación que la Revolución elevó de una miseria extrema y sin esperanza a una súbita abundancia se produjo un gran aumento de la población. Pero la nueva generación, nacida en circunstancias mejores, no ha aprendido a ser miserable; el sentido de la prudencia le lleva, claramente, a mantener el incremento demográfico dentro de los niveles de aumento de la riqueza nacional".

Mill estaba convencido, además, de que un importante ingrediente en el paso de una población a una situación de no crecimiento es que las mujeres no desean tantos hijos como los hombres: así, si se permite a aquéllas manifestar su opinión al respecto, se producirá un descenso en la tasa de natalidad. Mill, como Marx, era un ardiente defensor de la igualdad de derechos para ambos sexos. Uno de sus ensayos más notables, "On liberty" (Sobre la libertad), fue escrito conjuntamente por él y por su mujer. Por otro lado, Mill pensaba que la creación de un sistema de educación nacional para los niños pobres les proporcionaría el "sentido común" (según sus propias palabras) de evitar tener demasiados hijos.

En conjunto, las ideas de Mill sobre el crecimiento demográfico fueron lo suficientemente destacadas como para sobrevivir aún, hoy día, en los escritos de Kingsley Davis. Richard Easterlín y Harvey Leibenstein, entre otros demógrafos contemporáneos cuyos nombres aparecen en las páginas que siguen. Sin embargo, antes de pasar a estos pensadores contemporáneos, es importante considerar a otros dos autores cuyo pensamiento, aunque viejo ya de muchas décadas, tiene resonancias sorprendentemente modernas: Brentano y Durkheim.

Brentano

Ludwig Brentano era un economista alemán que, al igual que Marx, se trasladó a Inglaterra para desarrollar allí su carrera intelectual. Brentano se mostraba muy crítico con Malthus porque, en línea similar a la de Mill, pensaba que no se puede esperar que los pobres reduzcan su fecundidad sin tener alguna motivación para hacerlo. Para Brentano la prosperidad es la causa del descenso de la tasa de natalidad: "a medida que

aumenta la prosperidad aumentan también los placeres que compiten con el matrimonio; al mismo tiempo, la actitud respecto de los niños adquiere un nuevo carácter de refinamiento; ambos factores tienden a disminuir el deseo de concebir y de dar a luz" (1910:384). En el caso de la mujer, esta motivación se concreta en el deseo de no pasar toda la vida embarazada y en el hecho de que la crianza de los hijos puede suponer la interrupción de una carrera o de otra ocupación placentera. En el caso del hombre, la motivación tiene fundamentalmente un carácter económico: el tener que dedicar una parte mayor de sus recursos a los hijos puede ser una limitación en la obtención de otras satisfacciones. La limitación del número de hijos permite, además, maximizar el bienestar de cada niño. El pensamiento de Brentano se anticipa así a las teorías de las oportunidades alternativas que dominan el pensamiento demográfico contemporáneo, como veremos más adelante.

Durkheim

Mill y Brentano, ya lo hemos visto, centraron su atención en las causas del crecimiento de la población. Por su parte Emile Durkheim, sociólogo francés de finales del siglo XIX, hizo de las consecuencias del crecimiento poblacional el fundamento de toda una teoría social. Al analizar la creciente complejidad de las sociedades modernas, cuya característica fundamental es la división creciente del trabajo. Durkheim señaló que "la división del trabajo varía en relación directa con el volumen y densidad de las sociedades y si, en el curso del desarrollo social, progresa de forma continuada es porque las sociedades se hacen de forma regular más densas y más voluminosas" (1933:262). Para Durkheim el crecimiento demográfico conduce a una mayor especialización social porque la lucha por la existencia se agudiza cuando aumenta el número de individuos.

Si se compara una sociedad primitiva con una sociedad industrializada, la primera presenta un nivel muy bajo de especialización. En cambio, en las sociedades industrializadas el grado de diferenciación es elevado, es decir, la lista de ocupaciones y de clases sociales es cada vez más larga. ¿Por qué? La respuesta se encuentra en el volumen y la densidad de la población. El crecimiento poblacional origina una competición por los recursos de que dispone la sociedad, y con el fin de mejorar sus posibilidades en esa lucha, cada individuo se especializa en una actividad. Esta tesis durkheimiana de que el crecimiento demográfico conduce a la especialización supone una derivación (reconocida por el propio Durkheim) de la teoría de la evolución darwiniana. Darwin, a su vez, reconocía su deuda con la obra de Malthus.

El impulso teórico crítico del siglo XIX y de comienzos del XX preparó el terreno para la recogida, de forma más sistemática, de datos que permitiesen la comprobación de dichas teorías y para la decisión, sobre bases más sólidas, de cuáles mantener y cuales descartar. A medida que los estudios demográficos se fueron haciendo más cuantitativos fue haciéndose más visible un fenómeno denominado transición demográfica que atrajo la atención de los demógrafos.

LA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La teoría de la transición demográfica, que ha dominado el pensamiento demográfico de estos años, empezó en realidad siendo únicamente una descripción de los cambios demográficos acaecidos a lo largo del tiempo en los países desarrollados. Concretamente, describía la transición desde una situación de alta natalidad y alta mortalidad a otra caracterizada por bajas tasas de natalidad y mortalidad. El primero en desarrollar la idea fue Warren Thompson quien en 1929, con datos referidos a "ciertos países" para el período 1908-27, mostró que los países podían ser agrupados en tres grandes categorías según la pauta de crecimiento de su población:

Países del grupo A (Europa nórdica y occidental y Estados Unidos): desde finales del siglo XIX hasta 1927 han pasado de tener tasas de incremento natural muy elevadas a tenerlas muy bajas, "y en breve se harán estacionarios y empezarán a decrecer"

(Thompson. 1929:968).

Grupo B (Italia, España y los pueblos "eslavos" de Europa central): Thompson encontró pruebas de un descenso tanto en la tasa de natalidad como en la de mortalidad, pero indicó que "parece probable que la tasa de mortalidad siga descendiendo aún durante algún tiempo tan rápidamente, o más rápidamente incluso, que la tasa de natalidad. La situación en estos países del grupo B es básicamente igual a la de los países del grupo A hace treinta o cincuenta años".

Grupo C (resto del mundo): En el resto del mundo Thompson halló escasas pruebas de la existencia de control sobre los nacimientos o las defunciones.

Thompson consideraba que estos países del grupo C (que comprendían entre el 70 y el 75 por 100 de la población mundial de la época), como consecuencia de esa falta de control voluntario sobre nacimientos y defunciones, seguirían teniendo un crecimiento "determinado en gran medida por sus oportunidades de aumentar los medios de subsistencia". Malthus describía muy acertadamente sus procesos de crecimiento al escribir "que la población, invariablemente, crece cuando existen medios de subsistencia".

La obra de Thompson fue publicada, sin embargo, en un momento en que la preocupación por la sobrepoblación era relativamente escasa. De hecho en 1936 las tasas de natalidad en Estados Unidos y Europa eran tan bajas que Enid Charles publicó un libro de gran difusión titulado *The Twilight of Parenthood* (El crepúsculo de la paternidad) cuyas palabras introductorias eran las siguientes: "Lejos de la amenaza malthusiana de la sobrepoblación existe hoy en cambio el peligro real de infra-población". Por otro lado, las etiquetas que Thompson utilizó para sus categorías no eran excesivamente sugerentes (resulta, en efecto, difícil construir una teoría en torno a categorías denominadas simplemente A, B y C).

Dieciséis años más tarde, en 1945, Frank Notenstein retomó el hilo de las tesis de Thompson y proporcionó nombres a los tres tipos de pautas de crecimiento que éste se había limitado a designar como A, B y C. Denominó descenso incipiente a la pauta del grupo A, crecimiento transicional a la del grupo B y elevada capacidad de crecimiento a la del grupo C. Nació así el término transición demográfica para designar al período de rápido crecimiento que se produce cuando un país pasa de tener tasas de natalidad y mortalidad altas a tenerlas bajas; es decir, cuando pasa de una situación de alta capacidad de crecimiento a otra de descenso incipiente. En ese momento, a mediados de la década de 1940, la transición demográfica era simplemente una descripción del cambio demográfico, no una teoría. Pero como cada nuevo país estudiado venía a encajar en dicha descripción terminó por parecer que se había dado con una ley nueva, universal, del crecimiento demográfico que constituía un esquema evolucionista.

Entre mediados de la década de 1940 y finales de la de 1960 el acelerado crecimiento demográfico pasó a ser en todo el mundo un tema de preocupación y los demógrafos dedicaron una gran atención a la transición demográfica como perspectiva teórica. A la altura de 1964, George Stolnitz podía ya concluir que "la transición demográfica constituye una de las pautas más generalizadas y mejor documentadas de los tiempos modernos... con una base que comprende cientos de investigaciones referidas a una multitud de lugares, periodos y acontecimientos específicos". La aparente originalidad histórica de la transición demográfica (todos los casos conocidos se han producido en los últimos 200 años) ha producido una gran abundancia de nombres alternativos para designarla, como revolución vital o revolución demográfica, por citar los más importantes. El término explosión demográfica, por ejemplo, alude a lo que Notenstein denominó crecimiento transicional.

A medida que la pauta del cambio demográfico fue tomando forma, aparecieron explicaciones referidas al por qué y cómo del paso de los distintos países por dicha transición. Tales explicaciones tendían a constituir aglutinaciones de elementos dispersos procedentes de las obras de los pensadores del pasado siglo y de comienzos del XX, ya estudiados en páginas anteriores de este capítulo.

Así la transición demográfica pasó de ser una simple descripción de los

acontecimientos a convertirse en una perspectiva demográfica cuyo presupuesto último quizá pueda formularse como “ocúpate de la gente y la población se ocupará de sí misma” o como “el desarrollo es el mejor anticonceptivo”. Esta perspectiva se basa en la experiencia de la mayoría de los países que han experimentado la transición: las tasas de mortalidad disminuyeron a medida que mejoraba el nivel de vida y las tasas de natalidad casi siempre decrecieron unas pocas décadas más tarde, para finalmente alcanzar niveles muy bajos, aunque rara vez tan bajos como los de las tasas de mortalidad. Según esta teoría el desfase entre el descenso de la tasa de natalidad y el de la de mortalidad se debe a que la población tarda un tiempo en adaptarse al hecho de que la mortalidad es realmente más baja y a que las instituciones sociales y económicas que fomentaban una fecundidad elevada tardan asimismo en acomodarse a normas nuevas favorecedoras de una fecundidad baja en consonancia con los nuevos niveles de la mortalidad. Dado que para la mayoría de la gente la prolongación de la vida constituye un valor, no es difícil reducir la mortalidad, la reducción de la fecundidad, en cambio, va en contra de las normas establecidas en las sociedades que precisaban de altas tasas de natalidad para contrapesar la incidencia de altas tasas de mortalidad: dichas normas no resultan fáciles de cambiar, ni siquiera ante la inminencia de la pobreza.

Finalmente, las tasas de natalidad terminan por decrecer a medida que, al debilitarse la importancia de la familia como consecuencia de la vida Industrial y urbana, se debilita también la presión social en favor de la existencia de familias grandes. Se supone que lo que convertía a la familia numerosa en una meta deseable era que proporcionaba a los padres una reserva de mano de obra y una garantía de protección en la vejez. Según la teoría que estamos considerando ese mismo desarrollo económico que reduce la mortalidad transforma al mismo tiempo a la sociedad en una sociedad urbana e industrial en la que la escolarización obligatoria reduce el valor de los niños al sustraerlos a la mano de obra y en la que el descenso de la mortalidad infantil implica que ya no es preciso que nazcan tantos niños para conseguir un determinado número de hijos vivos. Por último, y como consecuencia de las múltiples variaciones de las instituciones sociales, “la presión en favor de una fecundidad alta se debilita y la idea del control consciente de la fecundidad va ganando fuerza progresivamente” (Teitelbaum, 1975:421).

Para los marxistas el atractivo de la transición demográfica es doble: (1) la idea de distintas tasas de crecimiento durante distintas etapas del desarrollo es compatible con la idea de una transición desde una sociedad no socialista a otra socialista: y (2) la teoría de la transición demográfica enfatiza el papel del desarrollo como precursor de la baja fecundidad (lo que resulta coherente con la postura marxista), contradiciendo así el punto de vista neo-malthusiano según el cual el desarrollo sólo puede producirse una vez que el crecimiento demográfico ha sido controlado. Sin embargo, autores soviéticos recientes se han distanciado de la teoría de la transición demográfica porque la consideran demasiado simple y fácilmente adaptable a una interpretación malthusiana. A. P. Sudoplatov, demógrafo del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de Moscú, sintetizó la reacción soviética contra la teoría de la transición demográfica en estas palabras: “a primera vista esta forma de plantear el problema parece proporcionar una base para replantear las ideas tradicionales malthusianas de la sobrepoblación”. Ahora bien, prosigue Sudoplatov, una consideración más detenida de la transición demográfica permite comprobar que presupone un mismo conjunto de condiciones poblacionales para todos los países a medida que avanzan en el tiempo. Esto le lleva a concluir que “los que aceptan la teoría de la “evolución demográfica” coinciden, lo quieran o no, con el neo-malthusianismo en lo que respecta al papel y al lugar de la población en el desarrollo social”. Dado que el enfoque marxista huye de cualquier ley universal de la población, la teoría de la transición demográfica resulta más cercana al pensamiento neo-malthusiano que a la revisión de la perspectiva marxista.

La teoría de la transición demográfica en síntesis

La teoría de la transición demográfica percibe la alta fecundidad como una reacción

ante la alta mortalidad. Al declinar la mortalidad disminuye la necesidad de una alta fecundidad y en consecuencia disminuyen las tasas de natalidad. En el periodo de transición se produce un intenso crecimiento, cuyas consecuencias no serán con toda probabilidad graves siempre que el descenso de la mortalidad se deba a un aumento del nivel de vida que, a su vez, genere la motivación de tener familias más reducidas. Ahora bien, ¿cuáles serán las consecuencias si la mortalidad desciende pero la fecundidad no? Por principio, esta situación tiende a quedar desertada en la teoría de la transición demográfica: pero comoquiera que constituye una cuestión crucial para el desarrollo de una perspectiva realista sobre los problemas demográficos del mundo, merece la pena dedicar alguna atención a los problemas que presenta la teoría de la transición demográfica.

Crítica de la teoría de la transición demográfica

En líneas generales, la teoría de la transición demográfica constituye una descripción razonable del curso de los acontecimientos demográficos en la mayoría de los países industriales actuales. Existen, sin embargo, algunas importantes excepciones. Como por ejemplo el caso de Francia, donde la fecundidad descendió antes de que lo hiciera la mortalidad. Pero de mayor importancia resulta el hecho de que la teoría de la transición demográfica no es capaz de predecir los niveles de mortalidad o de fecundidad ni el ritmo del descenso de la fecundidad. Esto se debe a que la explicación de la conducta demográfica durante la transición tiende a ser etnocéntrica basándose de forma casi exclusiva en la idea de que lo que vale para un caso, vale para los demás. En otras palabras, si esto es lo que ocurrió en los países desarrollados. ¿por qué no habría de ocurrir también así en los países que no están tan avanzados? Una razón podría ser que las precondiciones para la transición demográfica son considerablemente diferentes ahora de lo que eran cuando los países industrializados comenzaron su transición.

Por ejemplo, con anterioridad a la transición demográfica, pocos de los actuales países industrializados tenían tasas de natalidad tan altas como las de la mayoría de los países actualmente subdesarrollados, ni por supuesto niveles de mortalidad tan altos. Y cuando la mortalidad comenzó a descender lo hizo como resultado de un proceso interno de desarrollo económico, y no, como ocurre en la actualidad, como consecuencia de que un país extranjero suministre técnicas refinadas para la prevención de enfermedades.

Dado que no existe una pauta común en el ritmo del descenso en cada país de la fecundidad, resulta razonable suponer que los factores socioculturales intervinientes en cada caso son hasta cierto punto diferentes. En general, es cierto que ha de producirse una limitación consciente de la fecundidad, pero ¿qué grado de cambio debe haber tenido lugar antes de que esto ocurra? Resulta etnocéntrico creer que la gente, en todas partes, piensa y reacciona ante el mundo social de la misma manera en que lo hacemos nosotros. Sin embargo, esto es lo que parece implicar la mayoría de los defensores de la teoría de la transición demográfica.

La teoría del cambio y respuesta demográficos constituye un intento de ir más allá de la explicación usual ofrecida por la teoría de la transición demográfica.

LA TEORÍA DEL CAMBIO Y RESPUESTA DEMOGRÁFICOS

Esta teoría fue formulada en 1963 por Kingsley Davis, más como una prolongación que como una alternativa a la teoría de la transición demográfica. Davis, que parte del supuesto de que para poder hacer algo respecto de las consecuencias es necesario conocer antes las causas, centra su atención en las causas del crecimiento demográfico. El problema básico que Davis trata de resolver constituye la cuestión central de la teoría de la transición demográfica: por qué (y bajo qué condiciones) un descenso en la mortalidad puede llevar a un descenso de la fecundidad.

Para resolver esta pregunta, Davis se plantea qué es lo que ocurre a los individuos cuando la mortalidad disminuye. La respuesta es que es mayor el número de niños que logran llegar a adultos, generando así una presión mayor sobre los recursos familiares;

los individuos tienen así que reorganizar sus vidas para intentar aliviar esa presión; es decir, la gente reacciona ante el cambio demográfico. Debe notarse que dicha reacción se produce en términos de objetivos personales, no de objetivos nacionales: lo que los gobiernos puedan desear al respecto rara vez cuenta. Si los miembros individuales de una sociedad no ganan nada actuando de determinada manera, dejarán de actuar así. De hecho éste era uno de los principales argumentos de los neo-malthusianos contra la contención moral. ¿Por qué abogar por la posposición del matrimonio y de las relaciones sexuales y no por la anticoncepción cuando se sabe que pocos de los que pospongan el matrimonio pospondrán también las relaciones sexuales? Con razón recordaba Brentano (1910) que era una locura pensar, como hacía Malthus, que la continencia era el remedio para los pobres.

En cualquier caso, el razonamiento de Davis es que la respuesta que los individuos dan a la presión demográfica creada por el aumento de la población viene determinada por los medios de que disponen. Una primera respuesta, de naturaleza no demográfica, consiste en tratar de aumentar los recursos trabajando más: durante más horas, en un segundo trabajo, etc. Si eso no resulta suficiente, entonces la emigración de algunos miembros de la familia (prototípicamente los hijos o hijas solteros) constituye la respuesta demográfica más fácil. Davis (1963) pudo probar que ésta era la reacción de los campesinos con demasiados hijos al mandarles a la ciudad a aprovechar las posibles oportunidades (es decir, recursos) encontrables allí. Esta opción es, por supuesto, similar a la indicada por Mill más de cien años antes de que Davis realizara su estudio.

Ahora bien, ¿cuál será la reacción de esa segunda generación, es decir, de esos hijos que ahora sobreviven y que antes no lo hubieran hecho dando así lugar a esa presión sobre los recursos? El argumento de Davis es que si (y este sí es con mayúsculas) existe de hecho una posibilidad de mejora social y económica, entonces la gente tratará de aprovecharla evitando tener familias tan grandes como las que causaron problemas a sus padres.

Davis apunta que el motivo más poderoso para limitar la familia no es el miedo a la pobreza o la evitación del dolor, como creía Malthus; más bien, lo que motiva a los individuos a encontrar los medios para limitar el número de sus hijos es la perspectiva de una prosperidad creciente. Davis se hace aquí eco de las ideas de Brentano, si bien añadiendo que, como mínimo, el deseo de conservar el status relativo alcanzado en la sociedad puede llevar a un deseo de evitar una descendencia excesiva que acabe con los recursos disponibles. Esto presupone, por supuesto, que los individuos en cuestión hayan alcanzado ya un status que merezca la pena mantener.

Una de las principales contribuciones de Davis a nuestra perspectiva demográfica, como indica, es que parece basarse en un modelo implícito en el que el actor efectúa interpretaciones cotidianas de los cambios percibidos en su entorno... Por ejemplo, la gente reacciona ante un cambio en la mortalidad sólo si lo percibe: y entonces su respuesta viene determinada por la situación social en que se encuentra. El análisis de Davis fue uno de los primeros en sugerir la importante vinculación existente entre la vida cotidiana de los individuos y el tipo de cambios demográficos que se producen en la sociedad.

Otro demógrafo contemporáneo que ha intentado este tipo de análisis es Richard Easterlin, cuyas ideas han recibido el nombre de teoría del nivel relativo de ingresos.

LA TEORÍA DEL NIVEL RELATIVO DE INGRESOS

La teoría del nivel relativo de ingresos (a veces llamada también nueva economía familiar) se basa en la idea de que la tasa de natalidad responde no a los niveles absolutos de bienestar económico sino a los niveles relativos a que se está acostumbrado (Easterlin. 1968: 1978). Easterlin parte del supuesto de que el nivel de vida que el individuo experimenta al final de su infancia constituye la base desde la que evalúa sus posibilidades como adulto. Una persona que al llegar a adulta puede mejorar fácilmente sus ingresos, en comparación con el nivel de ingresos de su familia en la parte final de su infancia, tiene más probabilidades de casarse pronto y de tener varios hijos.

Por otro lado, un individuo que perciba que como adulto le será difícil alcanzar el nivel de vida al que de niño se acostumbró, probablemente tenderá a aplazar su matrimonio, o al menos el tener hijos.

Hasta aquí la teoría de los ingresos relativos es llamativamente similar a lo escrito por Mill hace más de un siglo. Pero Easterlin va más allá, preguntándose por los factores que pueden hacer que una persona, al llegar a la edad adulta, se encuentre en una situación relativamente ventajosa o desventajosa. Para él la respuesta se encuentra en la relación existente entre las fluctuaciones de la economía y las respuestas demográficas a dichas fluctuaciones. En una sociedad libre de intervencionismos gubernamentales, una mejora a largo plazo (pongamos 15 años) de la economía fomentará la inmigración y podrá también hacer más fácil que la gente se case y tenga hijos. El podrá en este caso depende de otra variable demográfica que hasta ahora no había entrado en escena: la estructura de edad (es decir, el número y proporción de personas existente en cada edad en la sociedad). Si los jóvenes son relativamente escasos en la sociedad, y la economía va bien, existirá una demanda de los mismos relativamente alta. Podrán exigir salarios elevados y en consecuencia no les será problemático casarse y crear una familia. Por supuesto, la medida en que hacerlo pueda en realidad resultarles problemático dependerá de lo que dichos salarios les permitan adquirir en comparación con el nivel de vida a que están acostumbrados. Ahora bien, si la población juvenil es relativamente abundante, entonces la competición por las oportunidades de trabajo será dura: en consecuencia los jóvenes tendrán dificultades en mantener el nivel de vida a que están acostumbrados, y mucho más aún en poderse casar y crear una familia, incluso si la economía marcha bien.

Cabe preguntarse por qué puede ocurrir que exista una abundancia, o escasez, relativa de jóvenes en la estructura de edad. Aunque esto será estudiado con más detalle en el Capítulo 8, es suficiente señalar aquí que ello es debido fundamentalmente a las fluctuaciones de la tasa de natalidad, que derivan de cambios en la pauta de personas que se casan y tienen hijos. Así pues, Easterlin presenta un modelo de sociedad en la que el cambio demográfico y el cambio económico están estrechamente interrelacionados: los cambios económicos producen cambios demográficos que a su vez producen cambios económicos y así sucesivamente. Sin embargo, este modelo tiene un cierto sesgo de clase media: ¿qué ocurre, en efecto, con los individuos situados al final de la escala económica, para los que el esquema de la privación relativa no resulta aplicable al ser tan poco lo que de entrada tienen? ¿Están atrapados en un ciclo constante de sobrepoblación y pobreza? En 1848 Mill pensaba que ésa sería realmente su situación a no ser que una generación completa pudiera ser catapultada a la clase media.

En 1957 Harvey Leibenstein sistematizó una idea que denominó “del mínimo esfuerzo crítico”. Leibenstein sostenía que si en una sociedad pudiera lograrse un aumento de capital suficientemente grande se producirían mejoras que, al elevar el nivel de vida, Invitaría a mantener baja la fecundidad (razonamiento similar en grandes líneas al realizado por Mill y Brentano décadas antes). La tesis de Leibenstein, como la de Easterlin, ponía el énfasis en dos aspectos críticos de la teoría demográfica contemporánea: (1) el hecho de que el status socioeconómico relativo constituye un determinante de la conducta más importante que los niveles de vida absolutos; y (2) la importancia de los ciclos de retroalimentación, en contraste con las simples pautas. El valor de esta perspectiva radica en que constituye un lugar de encuentro para los demógrafos occidentales y los marxistas. El crecimiento demográfico no es percibido ya como causado simplemente por un único conjunto de factores: tampoco se percibe ya que haya de tener un único conjunto de consecuencias prescritas. Ahora sabemos que el mundo es más complicado y que el crecimiento demográfico origina cambios en la sociedad que a su vez estimulan nuevas respuestas en la conducta demográfica.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este capítulo hemos seguido la evolución del pensamiento demográfico desde las

doctrinas antiguas hasta las perspectivas sistemáticas contemporáneas. Malthus fue el primero, y sin duda el más influyente, de los escritores modernos. Malthus creía que la existencia de un ansia biológica de reproducción era la causa del crecimiento demográfico, cuya consecuencia natural era la pobreza. Marx, por otro lado, no disenta abiertamente de las causas establecidas por Malthus para el crecimiento, pero se mostraba en vehemente desacuerdo respecto de la idea de que la pobreza fuera la consecuencia natural del crecimiento de la población. Marx negaba que, en sí mismo, el crecimiento demográfico fuera un problema: sólo adquiriría ese carácter en la sociedad capitalista. Quizá parezca sorprendente dedicar a alguien que negaba la importancia de la perspectiva demográfica parte de un capítulo dedicado justamente a destacar la trascendencia de la misma. Sin embargo, el enfoque marxista es lo suficientemente predominante entre los dirigentes de algunos países socialistas como para constituir en sí mismo una perspectiva demográfica de alguna significación.

La perspectiva de Mill, quien en muchas de sus ideas parece contemporáneo nuestro, se sitúa en un lugar intermedio entre la de Malthus y la de Marx. Mill pensaba que el incremento de la productividad podría conducir a la motivación de tener familias más pequeñas, especialmente si la influencia de las mujeres podía hacerse sentir y si la gente era alertada sobre las posibles consecuencias de tener una familia grande. Brentano llevó un paso más allá este tipo de motivaciones individuales, señalando con mayor detalle las razones por las que la prosperidad conduce, por lo general, a un descenso de la tasa de natalidad. Durkheim, por su parte, subrayaba más las consecuencias que las causas del crecimiento demográfico. Estaba convencido de que la complejidad de las sociedades modernas se debe, casi enteramente, a respuestas sociales ante el aumento de la población: la presencia de más personas conduce a niveles más altos de innovación y de especialización.

Algunas perspectivas demográficas elaboradas más recientemente parten, implícitamente, del supuesto de que las consecuencias del crecimiento demográfico son graves y problemáticas, pasando directamente a explicar las causas del crecimiento de la población. La teoría de la transición demográfica indica que el crecimiento constituye un estadio intermedio entre dos situaciones más estables de alta mortalidad y natalidad, por un lado, y de baja mortalidad y natalidad, por otro. La aceptación de esta perspectiva implica percibir al mundo desde una óptica evolucionista un descenso en la mortalidad será seguido, de forma casi inevitable, por un descenso en la fecundidad. La teoría del cambio y de la respuesta demográficos considera el tipo de proceso de toma de decisiones individual que debe producirse antes de que la fecundidad comience a decrecer. La teoría del nivel relativo de ingresos (o de renta) se basa en la idea de que la conducta reproductiva no tiene su raíz únicamente en lo que ocurre en el resto de la sociedad sino también en el status relativo de cada individuo dentro de su sociedad. Se trata de una teoría que pone específicamente en relación la interacción entre las causas y las consecuencias del cambio demográfico.

SOCIOLOGÍA DE LA POBLACIÓN

John R. Weeks

Capítulo 3

La población mundial: una visión de conjunto.

Breve historia de la población mundial.

¿Con qué rapidez pueden crecer las poblaciones.?

¿Por qué fue tan lento el crecimiento inicial?

¿Por qué son tan rápidos los aumentos poblacionales recientes?

¿Redistribución de la población mundial por medio de la migración?

La expansión europea.

La revolución urbana.

Breve historia de la población de los Estados Unidos.

Los países más poblados del mundo.

China.

India.

¿A qué velocidad está creciendo realmente la población mundial?

Unión Soviética y Estados Unidos.

Diferencias actuales en las tasas de crecimiento.

El caso de China y de la India frente al caso de la URSS y de Estados Unidos.

Pautas mundiales de crecimiento demográfico.

Alta mortalidad y alta fecundidad.

Baja mortalidad y alta fecundidad.

Baja mortalidad y baja fecundidad.

Resumen y conclusiones.

LA POBLACIÓN MUNDIAL: UNA VISIÓN DE CONJUNTO

Breve historia de la población mundial

Los seres humanos han existido en la tierra desde hace por lo menos un millón de años. Durante casi todo ese tiempo, fueron cazadores y recolectores, viviendo una existencia primitiva sin crecimiento demográfico apreciable alguno, si bien el tamaño de la raza humana fue aumentando de forma muy reducida. Se estima que hacia el año 8000 antes de Cristo, el tamaño de la población mundial era de unos 8 millones de habitantes, lo que implica un incremento natural (saldo de los nacimientos sobre las defunciones) de unas 15 personas por cada millón al año. Así, durante los primeros 990.000 años de existencia humana, la población mundial sólo alcanzó el tamaño de la actual ciudad de Nueva York. Durante los 8.000 años siguientes, el crecimiento de la población es estimado en unos 300 millones. Dicha fecha (8.000 a. de C.) va generalmente asociada a la Revolución Agrícola y representa un momento en el que el crecimiento de la población empieza a experimentar una ligera aceleración. Desde el año 8.000 a. de C. al año 1 d. de C. la población aumentó a un ritmo tal que suponía su duplicación cada 1.530 años. Desde el período romano (hacia el año 1 d. de C.) hasta el comienzo de la Revolución Industrial (hacia el año 1750) la tasa de crecimiento se elevó algo y la población mundial alcanzó un tamaño de unos 800 millones. Esto supone una tasa de crecimiento con la cual la población tardaría 1.240 años en duplicar su tamaño.

Desde entonces el tamaño y la tasa de crecimiento de la población mundial han aumentado dramáticamente. En el relativamente corto lapso de tiempo transcurrido entre 1750 y 1950 la población se ha más que triplicado, pasando de 800 millones a 2.500 millones, lo que supone un tiempo de duplicación de 122 años. En los 25 años que van de 1950 a 1975, otros 1.500 millones de personas vinieron a añadirse, haciendo un total de 4.000 millones, lo cual supone una tasa de crecimiento que implica un tiempo de duplicación de tan sólo 37 años. Tenemos así que durante cerca de un millón de años, la población del mundo creció muy despacio, para luego, en menos de 200 años, experimentar un vertiginoso aumento que la sitúa por encima de los 4.000 millones. No hay duda de que el término "explosión demográfica", constituye una descripción adecuada de los acontecimientos demográficos recientes.

Antes de continuar, deberíamos preguntarnos: ¿a qué velocidad puede crecer realmente una población?

¿Con qué rapidez pueden crecer las poblaciones?

Las poblaciones humanas como todos los organismos vivos, pueden en potencia crecer a una tasa exponencial, es decir, en la misma proporción en que crece el dinero de una cuenta de ahorros cuando los intereses son devengados pero no retirados. Imaginemos que los 100 dólares invertidos en un certificado de depósito a 25 años a comienzos de año fuesen, en realidad, personas (50 hombres y 50 mujeres). Imaginemos además que durante los próximos 25 años, cada una de esas mujeres tenga 4 hijos (2 niños y 2 niñas) y que cada niña crezca y tenga a su vez 4 hijos. Así las 50 madres iniciales tendrán $4 \times 50 = 200$ hijos, de los cuales 100 llegarán a ser madres teniendo a su vez $4 \times 100 = 400$ niños. De esta manera al final de dicho periodo de 25 años habremos "ahorrado" las 100 personas iniciales y añadido a ellas sus 200 hijos y sus 400 nietos: es decir, habremos alcanzado un total de ¡700 personas! En tan sólo 25 años la población se habrá multiplicado por siete, y eso suponiendo que las madres no tuvieran más que 4 hijos cada una.

En la realidad los hijos suelen nacer más distanciados que en este exagerado ejemplo, pero la cuestión es que los humanos tienen una tremenda capacidad potencial de crecimiento. Un modo corriente de medir el potencial de crecimiento implícito en cualquier combinación de tasas de natalidad y de mortalidad es calcular el tiempo de duplicación, es decir, el tiempo requerido para que una población duplique su tamaño si se mantiene su actual tasa de crecimiento.

El tiempo de duplicación es, aproximadamente, igual a 70 dividido por la tasa de crecimiento (expresada en porcentaje anual).

¿De dónde sale el 70 en la fórmula de duplicación? La contestación no tiene nada de mágico ni de misterioso, como podría parecer. Dicha cifra se deriva del hecho de que las poblaciones crecen exponencialmente: cada generación incrementa a la generación anterior en una tasa compuesta. Matemáticamente, los logaritmos naturales expresan este crecimiento exponencial. Así pues, para saber cuánto tardaría una población en doblar su tamaño, debemos encontrar el logaritmo natural de 2, es decir, 0,70. Para evitar el tener que trabajar con decimales lo multiplicamos por 100. Tenemos así que dividiendo 70 por la tasa de crecimiento encontramos el número de años requeridos para que una población duplique su tamaño. De modo similar, si queremos saber cuánto tardaría una población en triplicarse, tendremos que encontrar primero el logaritmo natural de 3, que es 1,10, o 110 después de multiplicarlo por 100. Si dividimos 110 por la tasa de crecimiento de la población encontramos el número de años que ésta tardará en triplicar su tamaño.

Una vez que hemos comprobado lo rápidamente que una población puede realmente crecer, resulta razonable preguntarse por qué al principio el crecimiento de la población humana fue tan lento.

¿Por qué fue tan lento el crecimiento inicial?

La razón por la que el aumento de la población fue tan lento durante el 99 por 100 de la historia de la humanidad fue que las tasas de mortalidad eran muy altas, y el riesgo de defunción era especialmente elevado entre recién nacidos y niños pequeños. En consecuencia, la gente se veía obligada a tener un gran número de hijos si quería tener dos o tres que sobrevivieran hasta la edad adulta. La esperanza de vida en los tiempos premodernos rara vez superaba los 30 años (en comparación con los más de 70 años en Estados Unidos hoy) y en esas condiciones cada mujer debía tener por término medio más de 4 hijos simplemente para asegurarse de que dos llegarían a adultos. En aquellas zonas en que la mortalidad era aún mayor (como la India, donde en época tan cercana como el comienzo de este siglo, la esperanza de vida era inferior a 20 años), las mujeres tenían que tener más de seis hijos por término medio para garantizar que al menos dos de ellos llegasen a adultos. Para la mayoría de las sociedades humanas el equilibrio entre este gran número de nacimientos y un número de defunciones casi igual, supuso la realización, a lo largo del tiempo, de tan sólo ligeros incrementos en el tamaño de la población.

Hubo un tiempo en que se creyó que la Revolución Agrícola supuso un aumento de las tasas de crecimiento porque al asentarse las poblaciones, formando comunidades agrícolas estables, las tasas de mortalidad decrecieron. Se pensaba que la vida sedentaria había supuesto una mejora en las condiciones de vida, especialmente en la obtención de alimentos. La teoría dominante era que las tasas de natalidad permanecieron altas pero que las tasas de mortalidad decrecieron ligeramente, dando así lugar a un aumento de la población. Sin embargo, pruebas arqueológicas recientes, así como estudios referidos a una sociedad africana que en la actualidad se encuentra aún en la fase cazadora-recolectora, permiten otra explicación del aumento de población durante ese período. Posiblemente la vida sedentaria y la alta densidad poblacional asociadas a la agricultura supusieron en realidad una elevación de las tasas de mortalidad al crear problemas sanitarios y al aumentar el grado de exposición a las enfermedades contagiosas. En tales circunstancias, si las tasas de crecimiento de la población aumentaron, parece haber sido porque las tasas de fecundidad se elevaron a medida que los cambios en la dieta mejoraron la capacidad

de las mujeres para concebir y tener hijos. Asimismo, se hizo más fácil destetar antes a los niños al ser mayores las posibilidades de disponer de alimentos blandos, fáciles de comer.

Aunque esto último puede parecer no guardar relación alguna con la fecundidad, hay que pensar que en una sociedad cazadora-recolectora las mujeres pueden haberse sentido motivadas a espaciar sus hijos, dejando varios años entre cada uno, para facilitar así la crianza y el transporte del más pequeño, logrando éste espaciamiento mediante la continencia, el aborto o, posiblemente, incluso mediante el infanticidio. En todo caso, la vida agrícola sedentaria eliminó muy probablemente la necesidad de espaciar los hijos. Este hecho, combinado con una mejor alimentación, acrecentó la capacidad reproductora y posiblemente permitió que los niveles de fecundidad se elevaran lo suficiente como para compensar, e incluso superar ligeramente, la alta tasa de mortalidad.

Hay que tener presente, en efecto que una pequeña diferencia entre la tasa de natalidad y la de mortalidad basta, sin más, para explicar un crecimiento tan lento como el conseguido tras la Revolución Agrícola. Entre el año 8.000 a. de C. y el año 1.750 d. de C. la población mundial aumentó anualmente, por término medio, en tan sólo 67.000 personas. En el año 1980 el mundo aumentó su población en este mismo número de personas, pero ¡cada ocho horas!

¿Por qué son tan rápidos los aumentos poblacionales recientes?

La rápida aceleración del crecimiento de la población tras 1750 se debió casi por completo al descenso en las tasas de mortalidad que acompañó a la Revolución Industrial. Primero en Europa y en Norteamérica y más recientemente en países menos desarrollados, las tasas de mortalidad han disminuido antes y mucho más rápidamente que las tasas de fecundidad. El resultado es que cada año fallece mucha menos gente de la que nace. En los países industrializados, el descenso de la mortalidad se debió en un principio a los efectos del desarrollo económico y a las mejoras en el nivel de vida: la gente comía mejor, llevaba ropa de más abrigo, vivía en casas mejores, se bañaba más a menudo, bebía agua más limpia, etc. Estas mejoras en las condiciones de vida ayudaron a disminuir el riesgo de contraer enfermedades, y también a aumentar la resistencia contra ellas. Más adelante, después de 1900, la mayor parte del descenso de la mortalidad se debió a avances en la tecnología médica, especialmente en lo referente a la vacunación contra enfermedades infecciosas.

El descenso en las tasas de mortalidad tuvo lugar, por primera vez, solamente en los países que se encontraban inmersos en el proceso de desarrollo económico. En cada uno de tales países (fundamentalmente de Europa y de América del Norte), la fecundidad empezó también a disminuir por lo menos una o dos generaciones después de que la tasa de mortalidad hubiera iniciado su descenso. Sin embargo, desde la Segunda Guerra Mundial, la tecnología médica y sanitaria se ha hecho asequible a todos los países del mundo, con independencia de su grado de desarrollo económico. En los países subdesarrollados aunque el riesgo de defunción ha bajado drásticamente, las tasas de natalidad han experimentado por ahora, un descenso insignificante y el resultado es un rápido crecimiento de la población.

El aumento del tamaño de la población no es el único cambio demográfico importante acaecido a lo largo de estos últimos siglos: se ha producido además una redistribución masiva de la población.

Redistribución de la población mundial por medio de la migración

A medida que la población, en distintas partes del mundo, ha ido creciendo, las presiones o los deseos migratorios han ido haciéndolo también. Las migraciones, por lo general, se han dirigido desde áreas con un rápido crecimiento poblacional hacia áreas con un crecimiento más lento (por ejemplo, de Méjico a Estados Unidos). Asimismo, cuando el movimiento de la población se produce exclusivamente dentro de un país se dirige, por lo general, desde áreas rurales con alto crecimiento demográfico hacia zonas urbanas.

En décadas anteriores, a medida que aumentaba la densidad de la población en un área determinada, la gente podía cambiar su residencia a lugares que no sólo crecían menos rápidamente sino que además estaban menos poblados (de forma similar a como, en el terreno meteorológico, los frentes de altas presiones se desplazan hacia zonas de bajas presiones). El ejemplo más ilustrativo acerca de este tipo de emigración lo proporciona la expansión por el mundo de la población europea. Se trata en efecto de un caso especialmente notable porque a medida que los europeos se extendieron por el mundo, fueron alterando allí donde llegaron la organización de la vida, incluyendo la suya propia. Realmente la expansión europea ha supuesto un hecho tan importante en la historia mundial que merece una atención algo más detenida.

La expansión europea

La emigración europea, que empezó en el siglo XIV, fue ganando impulso hasta constituir un proceso que, prácticamente, revolucionó toda la población humana.

Con sus barcos de vela provistos de cañones, los europeos empezaron en los siglos XV y XVI a aventurarse hacia zonas del mundo entonces menos desarrolladas. Esto fue sólo el comienzo. La emigración, a escala masiva, de europeos a otras partes del mundo, no tuvo lugar hasta el siglo XIX, cuando los países de Europa empezaron a industrializarse y a aumentar su población.

Antes de la gran expansión de la población y de la cultura de Europa, los europeos constituían aproximadamente el 18 por 100 de la población mundial. Casi el 90 por 100 de esta población de origen europeo residía entonces en la propia Europa. Hacia la década de 1930, en el apogeo de la dominación europea sobre el mundo, los individuos de origen europeo residentes en Europa, América y Oceanía representaban el 35 por 100 de la población mundial. A finales de la década de 1970 este porcentaje había descendido a poco más del 20 por 100.

Desde la década de 1930 la expansión de Europa hacia el exterior prácticamente ha cesado. Hasta entonces, la población europea había crecido más rápidamente que la población de África, Asia y América Latina, pero desde la Segunda Guerra Mundial se ha producido una inversión de la tendencia: las áreas menos desarrolladas son las que tienen ahora poblaciones en rápido crecimiento. La demógrafa Judith Blake ha comentado al respecto que “el crecimiento de la población solía ser la recompensa por hacer las cosas bien: ahora es un castigo por hacerlas mal” (1979). Este cambio en las pautas demográficas se ha traducido en una variación en la dirección de las migraciones. En conjunto, en la actualidad la migración desde zonas menos desarrolladas a las zonas desarrolladas es mayor que la migración en sentido inverso.

Una diferencia importante es que cuando los europeos emigraban, iban, por lo general, a poblar territorios en los que había muy poca gente. Esas fronteras o tierras vacías han desaparecido hoy por completo, y en consecuencia el resultado de la emigración a un país es un aumento de la densidad de población en el mismo. La revolución urbana, que es un importante proceso de redistribución de la población asociado a la migración, se encuentra estrechamente relacionada con esta creciente densidad demográfica del mundo moderno.

La revolución urbana

A lo largo de la historia del mundo, y hasta épocas muy recientes, la casi totalidad de la población ha vivido en zonas básicamente rurales. Las grandes ciudades eran escasas y alejadas entre sí. Por ejemplo, resulta dudoso que incluso Roma, en la cima de su esplendor, alcanzara el millón de habitantes. Se estima que en fecha tan reciente como el año 1800 menos del 1 por 100 de la población mundial vivía en ciudades de 100.000 o más habitantes. En la década de 1970, en cambio, casi una cuarta parte de la humanidad vivía en ciudades de ese tamaño.

La redistribución de la población desde las zonas rurales a las zonas urbanas es más acentuada en los países industrializados. Por ejemplo, en 1800 cerca de un 10 por 100 de la población inglesa vivía en zonas urbanas, fundamentalmente en Londres; en la década de 1970, más del 75 por 100 de los británicos vivían en ciudades. Pautas similares de urbanización se registraron en otros países europeos y en Estados Unidos, Canadá y Japón, a medida que fueron industrializándose.

En las zonas del mundo menos desarrolladas la urbanización guardó estrecha relación con el desarrollo del comercio originado por la industrialización de Europa, América y Japón. En efecto, los europeos habían establecido colonias o relaciones comerciales en muchas zonas donde no se estaba produciendo un proceso de industrialización y en las que las principales actividades económicas estaban relacionadas con la compra y venta, es decir, eran de naturaleza comercial más que industrial. La riqueza acumulada por quienes se dedicaban a estas actividades obró como foco de atracción y en consecuencia, dio lugar, por todo el mundo, a un florecimiento de centros urbanos a medida que los europeos fueron buscando poblaciones a quienes poder vender sus productos. Así empezaron a desarrollarse enclaves urbanos en algunos países aun en ausencia de toda industrialización.

En la actualidad, en las zonas menos desarrolladas del mundo, las poblaciones urbanas están creciendo a un ritmo mucho más rápido de lo que lo hicieron nunca en los países industrializados. Buena parte, sin embargo, del actual crecimiento de las ciudades se debe menos a migraciones de individuos desde zonas rurales a zonas urbanas que a la existencia en estas últimas de altas tasas de natalidad y de bajas tasas de mortalidad. Esto contrasta con la situación de las ciudades europeas al principio de su historia, caracterizada por la existencia de bajas tasas de natalidad y altas de mortalidad.

En Estados Unidos el auge de las ciudades constituyó inicialmente una respuesta a la actividad comercial mantenida con Inglaterra, país que había comenzado a industrializarse varias décadas antes. No tardó mucho, sin embargo, en desarrollarse la industria norteamericana y así las

ciudades de Estados Unidos comenzaron a atraer población no sólo de las zonas rurales del país sino también de otros países. Dado que el movimiento de personas hacia Estados Unidos y dentro de este país constituye uno de los elementos básicos de la expansión europea, detengámonos un momento en la historia demográfica norteamericana.

BREVE HISTORIA DE LA POBLACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS

No hace falta ser demógrafo para ver que la población de Estados Unidos ha experimentado una transformación realmente increíble desde que Cristóbal Colón confundió a América con la India. Como en el resto del Nuevo Mundo, las armas y las enfermedades de los europeos diezmaron a la población amerindia, haciendo así más fácil el establecimiento de una nueva cultura. Se estima que en 1650 la población de América del Norte consistía en unos 50.000 colonos europeos y en unos 750.000 indios nativos: los europeos estaban en minoría en una proporción de 15 a 1. Hacia 1850 la enfermedad y la guerra habían dejado reducida la población india a unos 250.000 individuos, mientras que la población europea había alcanzado los 23 millones pasando así a estar en mayoría en una proporción de 92 a 1.

Buena parte del aumento del número de europeos en Norteamérica es atribuible a la inmigración, pero el porcentaje mayor corresponde en realidad al incremento natural de la población. En tiempos de la Revolución (o Independencia) Americana, la población de Estados Unidos era de unos dos millones de personas y crecía en unos 65.000 individuos al año. Sin embargo, sólo un 3 por 100, aproximadamente, de dicho incremento anual era debido a la inmigración.

Con una tasa bruta de natalidad de unos 55 nacimientos por cada mil habitantes (comparable por tanto a las tasas de natalidad más elevadas registradas, por algunos países, en el mundo actual) y una tasa bruta de mortalidad de unas 28 defunciones por cada mil habitantes, el número de los nacidos era, cada año, dos veces superior al de los fallecidos. Una tal tasa de crecimiento implica la duplicación del tamaño de la población cada 25 años. Aunque los norteamericanos tienden a imaginar que, en esa época, oleadas de forasteros acudían al país en busca de libertad o fortuna, no fue sino en el segundo tercio del siglo XIX cuando la inmigración pasó a ser un factor sustancial en el crecimiento de la población estadounidense. De hecho, durante la primera mitad del siglo XIX la inmigración aportó menos del 5 por 100 del aumento de la población registrado en cada década, mientras que a partir de 1850, y hasta bien entrada la década de 1920, los inmigrantes vinieron a representar el 20 por 100 del crecimiento demográfico registrado en cada década.

La expansión territorial contribuyó a la absorción de población fomentando a la vez su crecimiento, pero hacia los años veinte de este siglo los Estados Unidos dejaron prácticamente de tener territorios por poblar. Esta situación, combinada con el establecimiento a finales de la década de 1920 de nuevas restricciones a la inmigración, y

seguida de un descenso de la tasa de natalidad durante la Depresión, hizo posible que surgiera un espectro nuevo y sin precedentes en la historia americana: la posibilidad de una disminución futura del número total de habitantes.

El período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial dio un vuelco a todas las predicciones de un descenso en el volumen de población: en su lugar lo que se produjo fue una explosión demográfica. El período comprendido entre mediados de la década de 1940 y finales de la de 1950 es conocido generalmente como "era del baby boom". Se trata de un momento en que Estados Unidos experimenta una rápida tasa de crecimiento poblacional, debida casi por completo a un aumento de la fecundidad.

Según los criterios actuales, Estados Unidos es hoy uno de los países con más lento crecimiento demográfico. Concretamente la tasa de crecimiento poblacional de este país viene a suponer aproximadamente la tercera parte de la correspondiente al mundo en su conjunto. Con una población de más de 200 millones de habitantes, que suponen casi el 5 por 100 de la población total mundial, Estados Unidos constituye el cuarto país más poblado, superado sólo por China, la India y la Unión Soviética.

LOS PAÍSES MÁS POBLADOS DEL MUNDO

Si la existencia de una relación directa entre el tamaño de la población de un país y su peso político en el escenario mundial resulta discutible, resulta en cambio incuestionable que el volumen de población guarda estrecha relación con el impacto que tiene una sociedad en el panorama demográfico total mundial. Consideremos, pues, cuál es la situación demográfica de los países actualmente más grandes (en el sentido de más poblados).

China

Con una población de casi mil millones de personas, la República Popular China es, claramente, el país más poblado del mundo. China, que cuenta casi con la cuarta parte de todos los habitantes del planeta, domina así el mapa del mundo dibujado a escala según el tamaño de las poblaciones. Muchos occidentales se sorprenden al enterarse de que la población de este país es tan grande. Ello se debe tanto al escaso contacto con el mismo como a la poca propensión de sus autoridades a divulgar cifras demográficas. En la Conferencia Mundial de la Población celebrada en 1974 en Bucarest, los representantes chinos solicitaron de las Naciones Unidas que borrasen toda referencia a la población china de los documentos oficiales. Quizá las autoridades chinas temían que las informaciones que, en el extranjero, pudieran realizarse sobre el tamaño de su población y sus tasas de crecimiento, no tuviesen suficientemente en cuenta que se trataba de un problema muy serio que la revolución comunista había heredado.

A lo largo de las últimas décadas, sin embargo, el gobierno chino se ha enfrentado con energía al problema del crecimiento demográfico, recurriendo a medidas coercitivas para tratar de hacer disminuir la tasa de natalidad. Así, parece ser que en la actualidad las tasas chinas de natalidad y mortalidad están por debajo de la media mundial, y que la tasa global de crecimiento demográfico viene a ser similar, o incluso inferior, a la tasa media mundial. Basándonos en datos sintetizados por el U.S. Bureau of Census (1979) podemos conjeturar que una niña nacida en China tiene aproximadamente un 95 por 100 de probabilidades de sobrevivir hasta la edad de un año, y un 82 por 100 de probabilidades de hacerlo hasta la de 50 años. Cada mujer tiene ahora en promedio tres hijos, lo que supone un descenso sustancial respecto de la media de seis hijos por mujer estimada para 1953 a partir de los datos del censo de ese año. Quiero insistir que se trata de datos aproximados que inevitablemente enmascaran el amplio grado de variabilidad demográfica que según todos los informes existe entre unas partes y otras de tan vasto país. Existen, por ejemplo, informaciones que indican que tanto la fecundidad como la mortalidad son considerablemente más bajas en las ciudades que en las zonas rurales. En conjunto, China está creciendo en la actualidad a una tasa de aproximadamente 1,4 por 100 anual, lo que supone añadir unos 14 millones de personas, cada año, a la población mundial.

India

La India, con casi 700 millones de habitantes, constituye el segundo país del mundo en cuanto a tamaño de la población. En este país la mortalidad es algo más elevada que en China, y la tasa de natalidad muy superior a la china. Las mujeres indias tienen aproximadamente un 90 por 100 de probabilidades, al nacer, de seguir vivas al cumplir un año de edad, y casi un 75 por 100 de probabilidades de sobrevivir hasta los 50 años. El número medio de hijos por mujer es de unos cinco, de los cuales cuatro tienen probabilidades de llegar a adultos. Con una tasa anual de crecimiento poblacional del 2 por 100, la población india añade, cada año, más de 13 millones de personas a la población total mundial. Debo indicar que estos datos se basan en proyecciones realizadas por el U.S. Bureau of Census a partir del supuesto de un descenso muy modesto de la fecundidad en la India, pero que con todo podría resultar mayor del que se diera en la realidad. En otras palabras, el nivel de fecundidad recogido aquí constituye, probablemente, una estimación baja de la actual actividad reproductiva de la India.

Unión Soviética y Estados Unidos.

La Unión Soviética y los Estados Unidos constituyen el tercer y cuarto países más poblados del mundo. En realidad, la similitud demográfica de ambos países no guarda relación con las diferencias políticas entre ambos. Ambos tienen más de 200 millones de habitantes: el censo realizado en 1979 en la Unión Soviética arrojó un total de 262 millones de habitantes, frente a un total estimado en 225 millones en Estados Unidos. Ambos países se caracterizan por tener una baja tasa de crecimiento demográfico, inferior a 1 por 100 anual, originada por la combinación de una baja fecundidad y una baja mortalidad.

En la Unión Soviética, una recién nacida tiene aproximadamente un 97 por 100 de probabilidades de sobrevivir hasta la edad de un año, y un 93 por 100 de hacerlo hasta la de 50 años. El número medio de hijos por cada mujer soviética apenas es superior a dos, y prácticamente todos sobreviven hasta la edad adulta. Las proyecciones actuales sugieren que la población de la Unión Soviética alcanzará probablemente los 300 millones en torno al año 2000, como resultado de un ligero superávit de los nacimientos sobre las defunciones. Tanto la inmigración como la emigración son relativamente escasas. En Estados Unidos la mortalidad es sustancialmente la misma que en la Unión Soviética, pero las tasas de fecundidad son

ligeramente menores. El fin del “baby boom” dio paso a un descenso en la tasa de natalidad tal que el número medio de hijos por mujer es ahora inferior a dos. Hay que resaltar, no obstante, que la existencia en Estados Unidos de una baja tasa de fecundidad no significa que se haya alcanzado el crecimiento cero demográfico. Son tantas las mujeres que tienen ese número medio de hijos, y son tan pocas las personas que fallecen, que la población continúa creciendo. Con la actual tasa los Estados Unidos no dejarán de aumentar en población hasta bien entrado el siglo XXI.

Estos cuatro países más poblados abarcan prácticamente la mitad de la población mundial, pero sólo el 30 por 100 de la superficie terrestre. La población restante se reparte entre otros más de cien países, entre los cuales sólo Indonesia, Japón y Brasil tienen más de 100 millones de habitantes cada uno (si bien Pakistán, Nigeria y Bangladesh se acercan rápidamente a esa cifra). Por otro lado, casi dos tercios partes de la población mundial vive en sólo diez países, entre los cuales sólo tres (Estados Unidos, la URSS y Japón) tienen tasas de crecimiento demográfico relativamente bajas. Los siete restantes no sólo están muy poblados sino que además siguen creciendo a un ritmo rápido.

DIFERENCIAS ACTUALES EN LAS TASAS DE CRECIMIENTO

La población mundial está creciendo en la actualidad a una tasa entre el 1,7 y el 2,0 por 100 anual. A ese ritmo, la población mundial verá duplicado su tamaño en un plazo de 35 a 41 años. Seis de los países más grandes del mundo (en cuanto a población) tienen un ritmo de crecimiento superior incluso a la media mundial: es el caso de Pakistán y Nigeria, seguidos de Brasil, Bangladesh, Indonesia y la India. La tasa actual de crecimiento de Pakistán implica la duplicación de la población cada 23 años. En la India, con la actual tasa de crecimiento la población se duplicará en 35 años.

Entre los restantes cuatro países (de los diez más poblados del mundo) Japón es el que está creciendo más lentamente seguido de Estados Unidos y la Unión Soviética y con alguna distancia de China. Con la tasa actual de crecimiento la población de Japón se habrá duplicado dentro de 160 años, la de Estados Unidos y la de la Unión Soviética en 88 años y la de China en 50 años. Los países que registran un crecimiento demográfico más rápido son los menos desarrollados económicamente; en cambio los que tienen un crecimiento más lento son los más avanzados industrialmente. Sin embargo, no ha sido siempre así.

Antes de la Gran Depresión de los años treinta de este siglo, la población de Europa y Norteamérica era la que tendía a presentar el crecimiento más rápido en el mundo. Durante la década de 1930 la tasa de crecimiento poblacional en esas dos zonas descendió hasta igualarse prácticamente a la registrada en el resto del mundo. En ese período la población total mundial crecía a una tasa del 0,75 por 100 anual, que implicaba la duplicación cada 93 años. Después de la Segunda Guerra Mundial la situación ha vuelto a cambiar, pasando ahora Europa y Norteamérica a situarse entre las poblaciones con un crecimiento más lento. En la actualidad el rápido crecimiento demográfico que se registra en los países menos desarrollados de Asia, América Latina y África es el responsable de la mayor parte del crecimiento de la población mundial.

En las regiones menos desarrolladas de África, América del Sur y Asia las tasas de aumento son uniformemente elevadas. En Europa, Unión Soviética y Norteamérica, son uniformemente bajas. El país que registra la tasa más elevada de crecimiento total de la población son los Emiratos Árabes Unidos. Se trata de un país rico, productor de petróleo, situado en el golfo Pérsico y cercano a Kuwait (que es el país que registra la segunda tasa más elevada de crecimiento demográfico). La tasa anual de crecimiento demográfico de 8,9 por 100 registrada en los Emiratos Árabes Unidos es resultado de la combinación de una alta fecundidad, una baja mortalidad y altos niveles de inmigración. Con esa tasa actual de crecimiento dicho país duplicará su población (que en 1980 era ligeramente inferior al millón de habitantes) en menos de ocho años.

EL CASO DE CHINA Y DE LA INDIA FRENTE AL CASO DE LA URSS Y DE ESTADOS UNIDOS

¿Por qué la población de China y de la India crece más rápidamente que la de la Unión Soviética y Estados Unidos? Al comienzo de este capítulo planteé ya esta pregunta, y a estas alturas el lector debe tener ya claro que si China y la India crecen más rápidamente que Estados Unidos o la Unión Soviética es porque su tasa de natalidad es más alta. Esto no significa que la tasa de natalidad haya aumentado en China o en la India, sino más bien que ha disminuido en la Unión Soviética y en Estados Unidos. Hace unos 150 años estos cuatro países tenían altas tasas de natalidad, pero Estados Unidos y la Unión Soviética han experimentado una mejora sustancial

de su nivel de vida material que se ha visto acompañada de un descenso de la fecundidad. Esto mismo está empezando a ocurrir en China, pero no aún en la India.

Dos aspectos básicos del rápido crecimiento demográfico de China y de la India merecen un comentario adicional. En primer lugar, tenemos que, por el simple hecho de su tamaño, aunque estuviesen creciendo mucho más lentamente seguirían añadiendo cada año sustanciales cifras absolutas de personas a la población mundial. Por ejemplo, mientras que Estados Unidos aporta en la actualidad poco más de un millón de personas cada año a la población mundial, China y la India juntas aportan casi 27 millones anuales. Pero aunque China y la India tuviesen un crecimiento tan reducido como el que actualmente tiene Estados Unidos seguirían aportando cada año, a la población mundial, un sustancial total de 13 millones de personas, como consecuencia de su enorme volumen de población.

En segundo lugar, aunque las tasas de mortalidad han disminuido tanto en China como en la India, no son aún tan bajas como en muchos otros países del mundo. En consecuencia, si continuaran disminuyendo antes de que se produjera una severa reducción (sobre todo en la India) de la tasa de natalidad, el resultado sería una tasa de crecimiento demográfico aún mayor que el actual y una aportación anual a la población total mundial superior a la presente.

PAUTAS MUNDIALES DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Queda claro que China y la India tienen poblaciones tan grandes que resulta imposible no tenerlas en cuenta. Ahora bien, pese a todo no ocupan sino una parte de la escena demográfica mundial. Para comprender la situación demográfica de nuestro planeta es preciso contemplar la situación en su conjunto. Con este fin el resto del presente capítulo está dedicado a considerar algunos países representativos de cada etapa de la transición demográfica. Comenzaremos por aquellos países que tienen aún tasas de mortalidad y de natalidad elevadas para terminar con los que las tienen bajas. Cada zona o país de los que vamos a considerar aparece además ubicado en un gráfico de la transición demográfica. La elección de esos países, dicho sea de paso, no obedece a ninguna razón oculta: sencillamente he escogido aquéllos para los que se dispone de datos razonablemente completos.

Alta mortalidad y alta fecundidad

En las últimas décadas la mortalidad ha disminuido tanto en el mundo que resulta cada vez más difícil encontrar países que tengan a la vez tasas altas de natalidad y de mortalidad. Antes de la Segunda Guerra Mundial esta búsqueda era fácil, ya que en África las tasas de mortalidad llegaban frecuentemente a ser de 40 defunciones por cada mil habitantes, es decir, cuatro veces y media la tasa actual de mortalidad de Estados Unidos. Prácticamente no existe ya ningún país con tasas de mortalidad tan elevadas, si bien sigue siendo en África donde se encuentran los mayores niveles mundiales de mortalidad y de fecundidad. La alta mortalidad y la alta fecundidad están a menudo estrechamente asociadas a niveles de desarrollo económico muy bajos. Por lo general se dan en países que rara vez tienen los recursos económicos precisos para mantener un registro de los nacimientos y defunciones o para realizar algo más que un censo aislado. En consecuencia, los datos referidos a ese tipo de países son muy incompletos. Si de forma bastante arbitraria definimos como país de alta mortalidad aquél en que la tasa bruta de mortalidad es superior a 20 por 1.000, tenemos entonces que en 1979 existían al menos dos docenas de tales países en el mundo (el número exacto depende de la fuente que se utilice para estimar la mortalidad). Todos ellos tenían además altas tasas de natalidad y se encontraban situados en el África subsahariana o en Asia. En estos últimos años, la penosa situación de los habitantes de algunos países de esas zonas (Angola, Chad y Camboya) han merecido la atención mundial.

En la primera edición norteamericana de este libro utilicé el caso de Camerún (país situado en el centro de África, justo al norte del ecuador, y dando al Océano Atlántico) para ilustrar la situación de los países con alta fecundidad y alta mortalidad. Escribí entonces que “países como Camerún contienen poblaciones potencialmente explosivas, en términos de crecimiento demográfico futuro, caso de mejorar las condiciones de mortalidad”. Hacia 1980 eso era, efectivamente, lo que estaba ocurriendo. A mediados de la década de 1970 la tasa de mortalidad comenzó a disminuir en Camerún y hacia 1980 la tasa de crecimiento demográfico pasó del 1,8 por 100 anual (que suponía la duplicación cada 39 años) al 2,3 por 100 anual (que implica la duplicación en 30 años).

Malí sigue, sin embargo, constituyendo un ejemplo de país con alta mortalidad y alta fecundidad. Mis estimaciones tienen mucho de especulativas, dado lo incompleto de los datos, pero todo parece indicar que en dicho país los niveles de mortalidad y de fecundidad han permanecido prácticamente incambiables a lo largo de por lo menos dos décadas. Malí cuenta con 6 millones de habitantes y se encuentra situado al sur del Sahara, en la parte occidental del

continente africano. El alto riesgo de mortalidad allí prevaleciente queda reflejado en el hecho de que una recién nacida no tiene sino un 40 por 100 de probabilidades de sobrevivir hasta los 50 años (frente al 92 por 100 de probabilidades de una recién nacida norteamericana). Esto se debe en parte a lo elevado de la mortalidad en Malí durante la primera infancia: es, por ejemplo, probable que uno de cada cinco nacidos fallezca antes de su primer cumpleaños; uno de cada tres fallece antes de cumplir 5 años.

La alta fecundidad de Malí queda reflejada en el hecho de que el número medio de hijos por mujer es de más de seis, es decir, más de tres veces superior al registrado en Estados Unidos en la actualidad. Sin embargo, y a causa de la alta mortalidad, menos de cuatro de esos recién nacidos tienen probabilidades de llegar a adultos. Por supuesto que, en promedio, 3,6 hijos sobrevivían no deja de representar un elevado crecimiento numérico en cada generación. Por ello, a pesar de tener uno de los niveles de mortalidad más altos del mundo, la población de Malí está creciendo a una tasa que supone un tiempo de duplicación de tan sólo 35 años. De hecho, su población más que dobló su tamaño en los 35 años transcurridos entre 1945 y 1980.

Baja mortalidad y alta fecundidad

La gran mayoría de todos los países del mundo han conseguido niveles bastante bajos de mortalidad, pero siguen teniendo niveles altos de fecundidad. Estos países son los que están experimentando el crecimiento demográfico más rápido, destacando entre ellos los del Norte de África y la mayoría de los de Oriente Medio. Argelia constituye un buen ejemplo, que veremos más adelante, la mayoría de los países latino-americanos pertenecen también a esta categoría, y veremos, como ejemplos, el caso de Méjico y Chile. La mayor parte de los países de Asia tienen unos niveles de mortalidad y de natalidad bastante elevados, y no necesito recordar que China y la India se encuentran entre ellos.

Argelia: Argelia es el único país norteafricano para el que disponemos en la actualidad de datos demográficos detallados, pero podemos considerar a este país, en términos generales, representativo de la región en este terreno. Estimaciones aproximadas referidas al año 1979 indican que los países del Norte de África tenían una tasa combinada de crecimiento del 2,9 por 100 anual; Argelia tenía una del 3,3 por 100. La tasa combinada bruta de mortalidad en los países norteafricanos era del 14 por 1.000, exactamente la misma que en Argelia. La tasa bruta de natalidad en la región era de 43 por 1.000, y en Argelia de 48 por 1.000. En general la tasa de natalidad argelina no ha experimentado cambios aun cuando su tasa de mortalidad ha disminuido dramáticamente y pese a haberse registrado en algunos países vecinos (fundamentalmente en Egipto) señales de un descenso en la fecundidad.

En Argelia, una recién nacida tiene aproximadamente un 67 por 100 de probabilidades de sobrevivir hasta los 50 años. Se trata de una cifra ciertamente más alta que la de Malí pero aún sustancialmente inferior a la de Estados Unidos y Europa. El 10 por 100 aproximadamente de los nacidos mueren antes de cumplir un año, y el 13 por 100 antes de cumplir 5 años. En consecuencia una amplia mayoría de niños sobrevive hasta la edad adulta lo que, en un país como Argelia donde el número medio de hijos por mujer es de casi siete, origina un importante crecimiento de la población. Concretamente, en promedio, 5,5 de dichos hijos llegan a ser adultos. ¡Ello supone triplicar la población en cada generación! La alta fecundidad hace que un porcentaje elevado de la población (el 47 por 100) sea menor de 15 años; al mismo tiempo la más reducida tasa de mortalidad origina una proporción (4 por 100) de personas con 65 o más años mayor de la que suele registrarse en países con alta mortalidad.

Méjico: En el otro lado del planeta, en Méjico, la población crece también rápidamente como resultado de la existencia de bajas tasas de mortalidad y altas de natalidad. En Méjico una recién nacida tiene un 81 por 100 de probabilidades de llegar a adulta. El riesgo de mortalidad infantil es menor en Méjico que en Argelia: un recién nacido tiene un 95 por 100 de probabilidades de seguir vivo a los cinco años. El número medio de hijos por cada mujer mejicana es de unos seis, y lo probable es que todos menos uno lleguen a hacerse adultos. Como en Argelia, la población casi se triplica en cada generación. La estructura de edad de Méjico es así muy similar a la de los países norteafricanos. Los niños menores de 15 años representan el 46 por 100 de la población, y los viejos (es decir, los mayores de 65 años) el 3 por 100.

Chile: El grado de variación existente entre los países incluidos en la categoría baja mortalidad/alta fecundidad queda reflejado claramente comparando Méjico con Chile. Económicamente Chile está ligeramente mejor que Méjico y su grado de urbanización es algo mayor. Por otro lado, Chile ha experimentado ya un modesto descenso de la fecundidad, si bien para estándares europeos o norteamericanos ésta sigue siendo elevada. La mortalidad presenta niveles similares a los de Méjico. Una recién nacida tiene en Chile un 92 por 100 de probabilidades de llegar viva al primer cumpleaños, un 90 por 100 de alcanzar los 5 años, y un 81 por 100 de

llegar a los 50 años. Cada mujer chilena tiene, por término medio, apenas más de tres hijos (frente a los seis de cada mujer mejicana): de ellos, por término medio casi tres viven hasta ser adultos. Esto da lugar a un incremento demográfico, en cada generación, del 50 por 100, cifra sin duda respetable pero sustancialmente menor que el 270 por 100 de Méjico.

Chile es uno de los países, dentro de la categoría de baja mortalidad/alta fecundidad, con menor tasa de crecimiento demográfico. En ese sentido no es realmente representativo de la situación prevaleciente en la mayor parte de América Latina, donde en conjunto la población tiende a duplicarse cada 26 años. Sin embargo, y como ya dije. Chile refleja bien la gran variedad de situaciones encontrables en dicha región.

Algún menor grado de variación existe en Asia, donde la población se duplica cada 39 años. Casi todos los países asiáticos registran tasas de mortalidad bajas y tasas de natalidad altas, con algunas excepciones importantes (como por ejemplo Japón, donde la fecundidad es muy baja). Dentro de esta categoría, uno de los países asiáticos más importantes es, obviamente, la India, de la que ya he hablado. En la India, como en Chile, cada generación es mayor que la anterior en un 80 por 100. Hay, sin embargo, dos diferencias muy importantes entre estos dos países: (1) En la India la población es 60 veces mayor que en Chile. Es decir, en sólo seis días la India aporta al mundo tantos habitantes como Chile en todo un año. (2) Dado que la mortalidad no es aún tan baja en la India como en Chile, toda ulterior reducción de la mortalidad en la India se traducirá, probablemente, en tasas de crecimiento demográfico aún más rápidas.

Baja mortalidad y baja fecundidad

El estadio final de la transición demográfica consiste en la existencia de una baja mortalidad acompañada de niveles bajos de fecundidad, dando así lugar a una tasa de crecimiento demográfico muy baja que, por último, desemboca en el crecimiento demográfico cero. Los Estados Unidos de mediados de los años setenta proporcionan un ejemplo de este tipo de situación. Otros ejemplos son Canadá, Australia, Japón, la Unión Soviética y todo el continente europeo. Ya hemos considerado el caso de la Unión Soviética y de Estados Unidos. Veamos ahora brevemente el caso de Suecia, país que registra el nivel más bajo de mortalidad del mundo.

Aparte de ser uno de los países más ricos del mundo, Suecia es también el que mejor nivel sanitario presenta. En el terreno demográfico esto se traduce en la existencia de probabilidades muy altas de supervivencia hasta edades avanzadas. Una recién nacida tiene en Suecia un 99 por 100 de probabilidades de llegar a los cinco años, y un 95 por 100 de alcanzar los 50. En realidad casi la mitad de todos los suecos viven por lo menos hasta los 80 años.

En Suecia la baja mortalidad está acompañada por una baja fecundidad. Cada mujer sueca tiene una media de 1,9 hijos, todos los cuales llegan prácticamente a la edad adulta. La prolongada existencia en Suecia de bajas tasas de natalidad y de mortalidad ha dado lugar a una población en la que sólo el 21 por 100 es menor de 15 años y más del 13 por 100 mayor de 65. Pese a que tanto la mortalidad como la fecundidad son bajas, Suecia sigue aumentando actualmente su total de población no como consecuencia del incremento natural sino de la inmigración. Al menos para algunos suecos la baja tasa de natalidad del país ha constituido un auténtico motivo de preocupación. Recientemente el parlamento sueco ha considerado varios medios de fomentar un aumento real de la tasa de natalidad.

De no ser por el impacto de la inmigración procedente de otras zonas del mundo, el crecimiento demográfico en toda la Europa nórdica y occidental sería casi cero o incluso decreciente. Por ejemplo, Alemania oriental (la República Popular Alemana) está perdiendo realmente población: y la Alemania occidental (la República Federal de Alemania) estaría asimismo viendo disminuir su población de no ser por los inmigrantes.

Resumen y conclusiones

Hasta aproximadamente la Revolución Industrial, las altas tasas de mortalidad impidieron el rápido aumento del total de población mundial. La mejora en las condiciones de vida y los avances médicos aceleraron, de forma dramática, con posterioridad, el ritmo del crecimiento poblacional. A medida que las poblaciones crecieron las presiones para migrar (o el deseo de hacerlo) aumentaron también. La amplia expansión europea hacia las zonas menos desarrolladas del mundo, iniciada en los siglos XV y XVI, constituye el ejemplo más llamativo de emigración masiva y de redistribución de la población. Hoy día las pautas migratorias han experimentado un cambio, pasando a ser más las personas que se trasladan desde las zonas menos desarrolladas a los países industrializados. La revolución urbana (es decir, el traslado desde zonas rurales a zonas urbanas) está estrechamente asociada a la migración y a la densidad de población.

En el mundo actual China y la India son los dos países más poblados, seguidos de la Unión Soviética y de Estados Unidos. Estos dos últimos países tienen un crecimiento mucho menor que

los dos primeros porque su fecundidad es mucho menor. En términos generales ese hecho guarda relación con el superior nivel de vida de Estados Unidos y de la Unión Soviética; una rápida ojeada a la situación demográfica de los países del mundo confirma, en efecto, la sospecha de que los que tienen un menor aumento de población son los más ricos (si bien esto no es universalmente cierto).

Capítulo 4

Fecundidad: conceptos y mediciones.

¿Qué es la fecundidad?

El componente biológico.

El componente social.

¿Cómo puede ser controlada la fecundidad?

Variables referidas a la relación sexual.

Variables referidas a la concepción.

Medición de la fecundidad.

Tasa bruta de natalidad.

Tasa de fecundidad general.

Tasa de fecundidad específica por edad.

Tasa de fecundidad total.

Tasa bruta de reproducción.

Tasa neta de reproducción.

Fecundidad de cohorte y fecundidad de periodo.

Resumen y conclusiones

FECUNDIDAD: CONCEPTOS Y MEDICIONES

Sea o no cierto que el descenso de la tasa de natalidad significara la solución de todos los problemas del mundo, el caso es que muchas personas parecen creerlo así.

Si un país es pobre y su población creciente, la respuesta más corriente a su dilema es que reduzca su tasa de natalidad y lo mismo se escucha cuando los presupuestos de la seguridad social aumentan. Recientemente, un informe del White House Domestic House (Consejo para asuntos internos de la Casa Blanca) llegaba a la conclusión de que una solución básica para el problema de la inmigración ilegal es reducir la tasa de natalidad en los países de donde proceden los emigrantes.

Dado que esta aparente panacea es mencionada con tanta frecuencia en relación con importantes cuestiones nacionales e internacionales, parece conveniente saber lo más posible sobre ella. Reducir la tasa de natalidad significa, evidentemente, limitar la fecundidad. Pero ¿qué es la fecundidad? ¿Cómo y por qué varía de un lugar a otro? Sobre estas cuestiones trata el presente capítulo que examina el concepto de fecundidad y analiza, a continuación, los medios que pueden alterar los niveles de fecundidad, para terminar considerando brevemente la forma en que la fecundidad puede ser medida.

¿QUÉ ES LA FECUNDIDAD?

La fecundidad designa al número de hijos que tienen las mujeres. Nótese que aun cuando centramos fundamentalmente nuestra atención en el impacto global sobre una sociedad del número de nacimientos que en ella se registren, no se puede olvidar que la tasa de natalidad no constituye sino la acumulación de miles, incluso millones, de decisiones individuales sobre si tener o no hijos. Así pues, cuando hablamos de una sociedad «con alto nivel de fecundidad» nos estamos refiriendo a una población en la que la mayor parte de las mujeres tienen varios hijos, mientras que por sociedad «con nivel bajo de fecundidad» entendemos aquella en que la mayoría de las mujeres tienen pocos hijos. Pero, por supuesto, algunas mujeres en las sociedades con alta fecundidad tienen pocos hijos, y viceversa.

La fecundidad tiene dos componentes, uno biológico y otro social. El componente biológico alude a la capacidad para reproducirse, y si bien constituye, como es obvio, una condición necesaria para la paternidad, no resulta suficiente por sí sola. El que realmente nazcan niños, o no, y el que nazcan más o menos, depende en gran medida (dando por supuesta la capacidad reproductiva) del entorno social en el que viven las personas.

El componente biológico

Los demógrafos suelen designar como fertilidad a la capacidad física para reproducirse. Una persona fértil puede tener hijos, una persona infértil (o estéril) no. El término fecundidad es reservado, generalmente, para designar la puesta en práctica de la capacidad reproductiva, es decir, el alumbramiento real de hijos, y no la mera capacidad de tenerlos. Ahora bien, la

estimación del nivel de fertilidad de las personas suele realizarse a partir de su nivel de fecundidad, dado que la mayoría de ellos nunca se somete a pruebas clínicas que permitan establecer aquél. Así, se considera infértiles o estériles a aquellas parejas que durante un largo período de tiempo han intentado, sin éxito, tener un hijo. Según estimaciones recientes éste sería el caso de un 10 por 100, aproximadamente, de las parejas norteamericanas (Westett y Westoff, 1971). Las parejas que han permanecido casadas muchos años y que sin usar nunca anticonceptivos sólo tienen uno o dos hijos, pueden ser consideradas subfértiles, aunque no estériles. Esta categoría comprendería, aproximadamente, un 10 por 100 adicional de las parejas noneamericanas. La medición de la fertilidad ha hecho cada vez más difícil en estos últimos años al ser muy elevado el número de mujeres, sobre todo en los países altamente industrializados, que de forma rutinaria utilizan anticonceptivos, no poniendo así a prueba su capacidad reproductiva biológica.

En la mayor parte de los individuos la fertilidad no se presenta bajo la forma de «todo o nada» en realidad, experimenta variaciones con la edad, al menos en el caso de las mujeres. La fertilidad de éstas tiende en efecto a aumentar desde la primera menstruación o menarquia (que por lo general se produce a los trece o catorce años) hasta los veintitantos años, cuando alcanza su nivel máximo para luego, y hasta la menopausia (o retirada definitiva de la menstruación), ir decreciendo.

Este hecho de la creciente fertilidad de las adolescentes ha tenido, en Estados Unidos, algunas trágicas consecuencias: la fertilidad no suele ser la preocupación fundamental de las mujeres jóvenes que empiezan a disfrutar su vida sexual y con demasiada frecuencia el resultado es un embarazo inesperado y no querido. La triste realidad es que varios estudios recientes han puesto de relieve que muchas adolescentes mantienen relaciones sexuales sin adoptar ningún tipo de precaución basadas en la idea errónea de que son demasiado jóvenes para poderse quedar embarazadas.

La mayoría de las personas (ya sean hombres o mujeres) son fértiles; por tanto, la cuestión (que reviste mayor interés) de por qué existe tanta variación en la fertilidad es, en realidad, una cuestión social.

El componente social

Las oportunidades y las motivaciones para tener hijos varían considerablemente de unos entornos sociales a otros, dando lugar a una gran variabilidad en el número de hijos por mujer. Según el Guinness Book of World Records (Libro Guinness de los Récords) el record de fecundidad individual lo ostenta una mujer rusa del siglo XIX que en 27 embarazos diferentes dio a luz a 69 hijos, la mayoría de los cuales alcanzó la edad adulta (McWhirter y McWhirter, 1975). Por lo que respecta a un grupo, el récord de fecundidad corresponde a los hulteritas, secta religiosa anabaptista que vive en comunas en Dakota del Norte y del Sur y en Canadá. A finales del siglo XIX unos 400 hulteritas emigraron de Suiza a Estados Unidos, y en el espacio de unos 100 años doblaron su población cinco veces hasta alcanzar el total actual de más de 15.000 personas (Westoff y Westoff 1971). En la década de 1930 las mujeres hulteritas tuvieron, por término medio, más de doce hijos cada una. El secreto de su fecundidad radica en una edad de matrimonio bastante temprana, una buena dieta, buena atención médica y una intensa dedicación al mandato bíblico "creced y multiplicaos". Y también, por supuesto, en una vida sexual regular sin recurrir a métodos anticonceptivos o al aborto, ya que para ellos toda forma de control de la natalidad constituye un pecado. Hacia la década de 1950 su nivel de fecundidad bajó a unos 11 hijos por mujer, por término medio, como resultado, aparentemente, de un ligero aumento en la edad femenina de contraer matrimonio (Eaton y Mayer. 1954).

No deja de ser interesante que a pesar de su alta tasa de crecimiento demográfico los hulteritas constituyan hoy un grupo de granjeros con un nivel de vida muy alto. Esto se debe en gran medida a su capacidad de autosacrificio (su forma de vida es comunal) y a un acertado uso de las técnicas agrícolas y ganaderas modernas. De todas maneras no representan sino una pequeña fracción dentro de una sociedad industrial más amplia, de la que en buena parte dependen.

No sabemos de ninguna sociedad global que haya alcanzado jamás el nivel reproductivo de los hulteritas, que se encuentra indudablemente cerca del máximo biológico posible para un grupo. Por ejemplo en Afganistán uno de los países con mayor nivel de fecundidad del mundo el promedio es de unos ocho hijos por mujer mientras que en Estados Unidos y la mayor parte de Europa es de unos dos. ¿Por qué esta diferencia? Al contestar esta pregunta es preciso tener en cuenta dos cosas: en primer lugar, cómo pueden lograrse alteraciones en la fecundidad es decir cuáles son los medios disponibles para limitar los nacimientos o fomentarlos; en segundo lugar, por qué puede estar o no la gente motivada a utilizar los distintos medios de

control de la fecundidad existentes.

Los medios de regulación de la fecundidad (el cómo) constituyen un factor interviniente en la relación entre la motivación (el porqué) y la conducta reproductiva real. Una vez que hayamos examinado en este capítulo cómo se produce esa intervención pasaremos a tratar de comprender, en el siguiente, por qué una pareja decide limitar, o no, su fecundidad. Por ahora, sin embargo, podemos partir del supuesto de que una pareja haya decidido, efectivamente, tener una familia pequeña.

¿Cuáles son los medios de que puede disponer para tratar de conseguirlo? En el resto de este capítulo examinaré el repertorio de medios utilizados en la sociedad norteamericana. Debe recordarse, no obstante, que no todos los caminos de control de la fecundidad están abiertos para todo el mundo. El caso del aborto constituye a este efecto un buen ejemplo. Aunque en Estados Unidos es un método legal de control natalidad, no es un método «disponible» para quienes se oponen al mismo por razones religiosas o personales.

¿CÓMO PUEDE SER CONTROLADA LA FECUNDIDAD?

Los medios de regulación de la fecundidad suelen ser denominados (al menos en los estudios demográficos) como variables intermedios (Davis y Blake, 1956) Constituyen en efecto las variables a través de las cuales han de dejar sentir su efecto todos los factores sociales que influyen sobre el nivel de fecundidad. Davis y Blake señalan la existencia de tres fases en el camino hacia la fecundidad: relaciones sexuales, concepción y gestación. La relación sexual es precisa para que se produzca una concepción: una vez lograda ésta, es preciso que la gestación termine con éxito para que pueda producirse el nacimiento de un niño vivo. El proceso puede ser interrumpido en cualquiera de esos puntos, pero empezamos por el principio, considerando en primer lugar aquellas variables que pueden afectar al grado de exposición de una mujer a la relación sexual.

En el examen de las variables referidas a la concepción y a la gestación, el énfasis recaerá básicamente sobre la conducta de la mujer y no sobre la del hombre. Ello se debe simplemente al hecho de que si una mujer no mantiene nunca relaciones sexuales no podrá tener nunca un hijo, mientras que un hombre en ningún caso puede tener un hijo. Por supuesto, cualquiera de los dos sexos puede recurrir a la esterilización o a los anticonceptivos para evitar una concepción, pero si ésta se produce es la mujer, y sólo ella, quien habrá de llevar el peso del embarazo o del aborto.

Variables referidas a la relación sexual

Edad en que se establece la unión sexual: Obviamente, si una mujer nunca tiene relaciones sexuales no podrá tener nunca un hijo. La virginidad permanente es poco frecuente, pero cuanto más tiempo tarde una mujer, después de la pubertad, en tener relaciones sexuales menor número de hijos probablemente tendrá. Por término medio la mujer es fértil aproximadamente desde los 12 hasta los 45 años: en consecuencia, cuanto más espere más corto será el periodo en el que haya probabilidades de que tenga hijos. En la sociedad norteamericana anterior a 1960, la edad de contraer matrimonio y la edad de establecer una unión sexual era esencialmente la misma. Pero los tiempos han cambiado y estos dos acontecimientos no siempre se presentan ya unidos. Con todo, el hecho es que una manera eficaz de aplazar el tener hijos consiste en posponer la actividad sexual, especialmente en la forma regular que el matrimonio implica en Estados Unidos.

Los datos referidos a 1970 muestran que las mujeres que retrasan el matrimonio tienen, por término medio, familias más pequeñas que las que se casan jóvenes. Una de las principales razones para que sea así es que, una vez casada, la pareja recibe con frecuencia presiones de parientes y amigos para tener hijos: por ello, quienes no desean tener familia, o desean tenerla pequeña, suelen retrasar el matrimonio.

Celibato permanente: El celibato permanente constituye la situación de aquellas mujeres que no se casan nunca. Realmente para nadie resultara una sorpresa que cuanto mayor sea, en una sociedad, la proporción de mujeres que nunca se casan, menor tienda a ser el nivel de fecundidad. El celibato, sin embargo, no es un fenómeno muy frecuente: la proporción de mujeres que nunca contrae matrimonio es generalizadamente baja, no alcanzando nunca, fuera de Europa, ni siquiera el 10 por 100 (Dixon, 1971).

El nivel más elevado de celibato permanente se encuentra en el oeste de Europa, que es asimismo donde, históricamente, se han dado algunos de los niveles de fecundidad más bajos del mundo. En Irlanda, por ejemplo, que registra los niveles de celibato más altos del mundo, en 1971 el 18 por 100 de las mujeres de 40 a 44 años nunca habían estado casadas (Ireland

Central Statistics Office*, 1978).

Tiempo entre uniones: En circunstancias normales, toda mujer que establece una unión sexual (como por ejemplo el matrimonio) tiene una actividad sexual más o menos regular. No todas las uniones sexuales son, sin embargo, permanentes: algunas terminan por divorcio, separación o abandono y otras por fallecimiento de uno de los cónyuges. Cuando en el período fértil de la vida de una mujer se produce una ruptura de su unión sexual, sin ser sustituida por otra nueva, se pierden durante meses o años probabilidades de embarazo irrecuperables.

Con independencia de la edad a que las mujeres norteamericanas contraigan su primer matrimonio, si éste se rompe su fecundidad es menor que si permanecen casadas sin interrupción. Dudo sinceramente que haya nadie que rompa su matrimonio para evitar tener hijos: el resultado, sin embargo, es el mismo que si ese fuese realmente el propósito.

Continencia voluntaria: La continencia voluntaria elimina, claramente, la probabilidad de embarazo en un matrimonio, pero no constituye una opción muy popular. De hecho, en los países industriales resulta infrecuente salvo en el período inmediatamente posterior a un parto, momento en el que en todo caso no tiene mucho efecto sobre la fecundidad, ya que el parto va seguido normalmente de un período de uno o dos meses de esterilidad, debido a la ausencia de ovulación en la mujer durante ese período. En las sociedades preindustriales el tabú sobre las relaciones sexuales postparto se prolonga en ocasiones varios meses (incluso varios años en aquellas sociedades en que las relaciones sexuales están prohibidas mientras la madre amamanta al hijo). Estos usos se basan generalmente en la creencia supersticiosa de que la relación sexual puede de alguna manera ser dañina para la madre o para el hijo (Davis y Blake, 1956:2323). La continencia voluntaria tras el parto, o incluso simplemente el amamantamiento prolongado de los niños, ayuda a mantener las tasas de natalidad muy por debajo del nivel máximo potencial en muchas sociedades premodernas al alargar los intervalos de tiempo que separan cada parto.

Para individuos altamente motivados, y en áreas del mundo en que técnicas de control de la natalidad más refinadas son desconocidas o escasamente disponibles, la continencia puede constituir un medio frecuente para limitar la fecundidad. Por ejemplo, en 1970, Brandes (1975) estudió un pequeño pueblo rural español en el que la presión por limitar a dos hijos el tamaño de la familia era considerable. Cuenta Brandes la historia de un hombre de 35 años, con cinco hijos, que era «saludado constantemente con la frase: "Atate al catre», Como señala este autor, combinando coitos interruptus y continencia la mayoría de la gente del pueblo consigue mantener bajo el nivel de nacimientos. Aunque se quejan abiertamente de las frustraciones que esos métodos implican, están dispuestos a hacer el sacrificio con tal de asegurar las mejores oportunidades posibles a su alcance para sus hijos. Aquellos maridos que no pueden controlarse son hasta cierto punto considerados como animalizados.

Reining y sus colaboradores cuentan una historia similar, pero referida a un pequeño pueblo mejicano. Analizando la historia de la vida de una mujer de 37 años con cinco hijos descubrieron que dicha mujer no quería tener más hijos, en beneficio de los ya tenidos y para no agotar los recursos económicos de la familia. Pero como su marido no aceptaba el uso de anticonceptivos se negaba a dormir con él (Reining et al., 1977:136).

Así pues, incluso en la década de 1970, cuando la motivación para limitar el tamaño de la familia existe, los campesinos consiguen hacerlo recurriendo a los métodos ancestrales de la continencia y del coitus interruptus (que examinaremos más adelante en este capítulo).

Continencia involuntaria: La continencia involuntaria puede ser resultado o bien de la impotencia o bien de la separación involuntaria. No es fácil determinar la importancia del papel desempeñado por la impotencia en el control involuntario de los nacimientos. Por otro lado, sabemos que las separaciones temporales son bastante frecuentes en muchas ocupaciones (como vendedores o transportistas) o en determinadas circunstancias (vacaciones separadas, hospitalizaciones, deberes militares, etc.).

En los países subdesarrollados, donde la migración laboral es más frecuente que en Estados Unidos, cabe asimismo esperar que la continencia involuntaria contribuya a reducir algo la fecundidad. Contrariamente a lo que constituye la pauta típica en Estados Unidos, en la mayor parte del mundo la migración laboral afecta sólo al trabajador o trabajadora, y no a su familia. En Estados Unidos la política de admisión de braceros que, en los años cincuenta y en los primeros de la década de 1960, permitió que miles de mejicanos (muchos de ellos casados, pero sin llevar consigo ni a su mujer ni a sus hijos) pudieran trabajar en granjas norteamericanas, constituye un claro ejemplo a este respecto.

Frecuencia de las relaciones sexuales: Dentro del matrimonio (o de cualquier unión sexual) la regularidad de las relaciones sexuales influirá sobre las probabilidades de que se produzca un embarazo, especialmente si no se utilizan métodos anticonceptivos. En general,

cuanto más frecuentes sean las relaciones sexuales de una pareja mayores serán las probabilidades de que la mujer quede embarazada. No obstante, es cierto que si una mujer tiene, por ejemplo, relaciones sexuales con el mismo hombre más de una vez al día cada día, la probabilidad de embarazo es menor de lo esperable, pues el esperma masculino no tiene oportunidad de madurar completamente entre cada eyaculación. Este es, sin embargo, un problema poco frecuente.

En un estudio realizado en el Líbano, Yaukey (1961) encontró que durante el primer año de matrimonio, y entre las mujeres que no utilizaban anticonceptivos, cuanto más frecuentes eran las relaciones sexuales, más rápidamente se producía un embarazo. Diversos estudios realizados en Estados Unidos arrojan resultados similares. Por otro lado Kínsey encontró que entre los matrimonios norteamericanos estables la frecuencia de las relaciones sexuales decrece acusadamente con la edad, llegando a ser la mitad entre las mujeres de 41 a 45 años que entre las de 21 a 25 años.

Variables referidas a la concepción

Esterilidad involuntaria: Aun cuando lleve una vida sexualmente activa, una mujer puede no llegar a concebir un hijo por ser involuntariamente estéril. El principal control que sobre su fertilidad pueden tener las mujeres consiste en cuidarse físicamente y en seguir una dieta adecuada. El resultado de esta mejor atención sobre sí mismas tiende, por supuesto, a aumentar y no a reducir la fecundidad. Por ejemplo, en varios países africanos hasta el 50 por 100 de las mujeres son involuntariamente estériles como consecuencia, al menos en parte, de enfermedades como la gonorrea. En Nueva Guinea, la puesta en práctica de una campaña de administración masiva de penicilina para erradicar la gonorrea tuvo el efecto añadido de elevar la tasa de natalidad (San Diego Union, 1977d). Un estudio de las tasas de fecundidad de la población negra norteamericana (Farley, 1970) revela asimismo que el aumento de la fecundidad registrado en este sector de la población a lo largo de las décadas de 1950 y 1960 se debió en parte a la mejora de las condiciones sanitarias, especialmente a la erradicación de las enfermedades venéreas.

Por supuesto, la enfermedad no es el único factor que puede disminuir el nivel de fertilidad de una población. La nutrición desempeña también un importante papel, Rose Riseh (1978), demógrafa de la Universidad de Harvard, ha sugerido que antes de que la menstruación y la ovulación puedan producirse de forma regular es preciso que el organismo haya acumulado una cierta cantidad de grasa. En consecuencia, si el nivel nutritivo de una mujer es tan pobre que no permite dicho grado de acumulación de grasa, el resultado puede ser la aparición de una amenorrea y de ciclos anovulatorios. En el caso de las mujeres más jóvenes el resultado puede ser un retraso del inicio de la pubertad hasta que se alcance un cierto peso crítico.

Es sabido también que el amamantamiento prolonga el período de amenorrea postparto y suprime la ovulación, produciendo así en muchas mujeres una infertilidad o subfertilidad temporal (Hateher et al., 1978). Existe, sin embargo, una creciente evidencia de que en los países menos desarrollados las mujeres están abandonando el amamantamiento en favor de la alimentación con biberón (Knodel, 1977).

El impacto demográfico de esta tendencia se traducirá en dos consecuencias, posiblemente contradictorias. Por un lado, una menor frecuencia de amamantamiento dará lugar, en ausencia de prácticas anticonceptivas, a un aumento de la tasa de natalidad. Por otro lado, probablemente dará también lugar a un aumento de la tasa de mortalidad infantil, ya que en los países menos desarrollados la alimentación con biberón se acompaña a menudo con papillas a base de agua que son menos nutritivas que la leche materna. Además, las bacterias que se desarrollan en los biberones no esterilizados pueden causar enfermedades, especialmente diarreas, a menudo mortales para los recién nacidos.

Métodos anticonceptivos: Por lo general, en países como Estados Unidos, los métodos anticonceptivos son lo primero que acude a la cabeza cuando se consideran posibles medios de reducir la fecundidad. Existen tantos tipos diferentes de anticonceptivos y tantas investigaciones nuevas sobre ellos actualmente en curso, que antes de pasar a considerarlos resulta útil agruparlos en categorías. Los distintos métodos anticonceptivos aparecen agrupados en tres categorías, según sean métodos referidos fundamentalmente a la mujer, al hombre o a ambos. A su vez, dentro de cada una de estas categorías se separan los métodos de barrera de los químicos y de los naturales. Dado que los individuos, o las parejas, combinan a menudo varios métodos, este esquema clasificatorio no implica una mutua exclusión entre ellos, sino que ofrece simplemente una posible ordenación de los mismos.

Métodos referidos a la mujer: Los métodos de control de la natalidad denominados, típicamente, métodos de barrera son cuatro: el diafragma, las espumas o cremas espermicidas,

el lavado vaginal y el dispositivo intra-uterino (DIU). El diafragma es un disco de goma que se inserta en el interior de la vagina, sobre el cuello del útero, antes de la relación sexual. Por sí solo, constituye una barrera física bastante poco eficaz para impedir la entrada de esperma en el útero y en las trompas de falopio, donde tiene lugar la fecundación. Normalmente es utilizado conjuntamente con una espuma o crema espermicida con la que se le recubre antes de su inserción en la vagina. La función del espermicida es, así, matar al esperma y la del diafragma mantener al espermicida en el lugar preciso. Dado que el esperma puede vivir hasta ocho horas dentro de la vagina, es preciso mantener colocado el diafragma todo ese tiempo. Así utilizado, el diafragma (que fue inventado en 1883) puede ser muy eficaz; de hecho, y hasta la década de 1960 (cuando los anticonceptivos orales aparecieron en el mercado) constituyó un método de control de la natalidad bastante utilizado por las mujeres casadas. Dado que requiere un considerable grado de previsión, no resulta obviamente útil en aquellas ocasiones, especialmente fuera del matrimonio, en que la relación sexual se presenta de forma imprevista.

El lavado vaginal después de la relación sexual, pese a su uso extendido, constituye un método de control de la natalidad prácticamente ineficaz. Si la sustancia utilizada en el lavado contiene un espermicida, entonces el esperma que haya quedado en la vagina será neutralizado. Ahora bien, como tras la eyaculación el esperma sólo tarda entre 10 y 20 segundos en pasar de la vagina al útero y a las trompas de falopio está claro que para tener alguna esperanza de evitar dicho paso habría que actuar con enorme rapidez (como mínimo).

El DIU es una técnica anticonceptiva de la que muchos planificadores familiares pensaron que permitiría detener la explosión demográfica mundial. Su éxito, en la práctica, ha sido mucho menos espectacular. Aunque a lo largo del mundo es utilizado por unos 15 millones de mujeres (Hatcher et al., 1978) no ha encontrado la aceptación generalizada que muchos habían deseado. Nadie sabe con seguridad cómo evita la concepción; en general, se cree que al ser un cuerpo extraño origina en el interior del útero una reacción química que impide normalmente que se produzca la implantación del óvulo fecundado. Aunque puede tener diferentes formas, y estar hecho de diversos materiales, el DIU más comúnmente utilizado en Estados Unidos es una espiral de nylon y plástico.

Aproximadamente un 2 o un 3 por 100 de las mujeres a quienes se coloca un DIU lo expulsan; en las demás el DIU permanece indefinidamente, en teoría, en su lugar, resultando muy eficaz en la prevención de embarazos. Un informe presentado en 1976 a una reunión de expertos convocada por la International Family Planning Research Association (Asociación internacional de investigación en planificación familiar) indicaba que el DIU y la vasectomía (véase más adelante) son los dos métodos de control de la natalidad que, a la vez, minimizan los costes y maximizan la espontaneidad sexual (San Francisco Chronicle, 1976a). Sin embargo, en las zonas menos desarrolladas del mundo una elevada proporción (que alcanza a veces hasta el 50 por 100) de las mujeres que llevan colocado un DIU terminan por solicitar que les sea retirado. Las principales razones para ello suelen ser infecciones y hemorragias causadas por el DIU, a las que habría que añadir probablemente el miedo y la superstición.

La "píldora", o anticonceptivo oral, ha supuesto una revolución para muchas mujeres, especialmente en Estados Unidos, en lo que a control de la natalidad se refiere. La píldora es un compuesto de hormonas sintéticas que suprime la ovulación al mantener elevado el nivel de estrógenos en la mujer. Eso impide que la glándula pituitaria envíe a los ovarios la indicación de liberar un óvulo. La píldora contiene además progesterona que hace que la mucosa cervical sea hostil a la implantación del óvulo, caso de ser éste, pese a todo, liberado. Existen tres tipos básicos de píldora anticonceptiva, con grados distintos de eficacia. La píldora combinada es eficaz prácticamente en el 100 por 100 de los casos, si se utiliza siguiendo las instrucciones. Contiene estrógeno y progesterona y se toma durante 21 días, con 7 días, a continuación, de descanso en los cuales la mujer tiene el flujo menstrual. La píldora secuencial consta de 15-16 tabletas que sólo contienen estrógeno, seguidas de 5 ó 6 píldoras combinadas. Este tipo de píldora es eficaz, en un 98 por 100, en la inhibición de la ovulación, pero no tiene bastante progesterona para actuar como anticonceptivo en el caso de que la ovulación llegara a producirse. El anticonceptivo oral menos eficaz es la «minipíldora», que sólo contiene progesterona. No inhibe la ovulación sino que actúa generando un entorno hostil para el esperma y el óvulo, y ha de ser tomada a diario.

La píldora constituye en Estados Unidos el método de control de la natalidad más popular y podría constituir en conjunto la solución casi perfecta de no ser por el problema de los efectos secundarios. Las mujeres que toman la píldora por primera vez experimentan a menudo náuseas, reblandecimiento de los senos y manchas en la piel, si bien por lo general estos problemas son pasajeros. Mucho más importantes son los riesgos de defunción que pueden, o no, estar asociados con la píldora. Aunque la evidencia disponible dista de ser concluyente,

parece que los anticonceptivos orales pueden agravar problemas tales como la hipertensión, formación de trombos, cáncer, diabetes y migrañas. A las mujeres con antecedentes de alguno de estos problemas, no se les aconseja normalmente el uso de la píldora,

Parecen existir pruebas particularmente claras de que la utilización de la píldora y el hábito de fumar se combinan para aumentar, en la mujer, el riesgo de hemorragia subarahnóidea, que es un tipo de crisis cerebro-vascular aguda (Pelitti y Wingerd. 1978).

La llamada "píldora del día siguiente" es otro anticonceptivo, de uso probablemente reducido. Consiste en una dosis masiva de estrógeno que es administrada a aquellas mujeres que, en la mitad del ciclo, han mantenido relaciones sexuales sin ningún tipo de protección: en otras palabras, a mujeres con alto riesgo de embarazo y que no desean esperar a una prueba de embarazo. Ahora bien, la píldora del día siguiente está compuesta de un estrógeno sintético, conocido por haber causado cáncer vaginal en jóvenes cuyas madres lo tomaron durante el embarazo. Por consiguiente, no sería prudente el uso de existir alguna sospecha de que la implantación se hubiera producido ya (Hatcher et al. , 1976).

Métodos referidos al hombre: En el terreno de los anticonceptivos los hombres disponen de pocas opciones. De hecho éstas se limitan prácticamente al preservativo o condón. Consiste éste en una funda de goma o de látex con que se recubre el pene erecto inmediatamente antes de la relación sexual. Durante la eyaculación el esperma queda retenido dentro del condón que se quita inmediatamente después del coito, cuando el pene sigue erecto, para evitar así que el semen pueda salir de él. El preservativo es un método muy eficaz: cuando se le utiliza adecuadamente en conjunto con una crema espermicida es eficaz prácticamente en el 100 por 100 de los casos. Resulta además muy útil para evitar el contagio de enfermedades venéreas entre personas sexualmente promiscuas.

La retirada constituye asimismo un método de control de la natalidad referido esencial (aunque no exclusivamente) al hombre. Tiene una larga historia (se le menciona, por ejemplo, en la Biblia) pero su eficacia es relativamente limitada. En realidad consiste en una forma incompleta de relación sexual (de ahí su nombre formal de «coitus interruptus») ya que requiere que el hombre retire su pene erecto de la vagina de la mujer inmediatamente antes de la eyaculación. Se trata de un método con amplio margen de error, dado sobre todo que puede producirse emisión de semen antes de la eyaculación (Hatcher et al. , 1978).

Existen informes de que científicos chinos han puesto a punto una píldora anticonceptiva para hombres derivada de la planta del algodón y denominada tigossy. Según se afirma es eficaz en el 99,8 por 100 de los casos y carece de efectos secundarios, pero los científicos occidentales han suspendido toda opinión a su respecto hasta disponer de mayor información.

Métodos referidos a la pareja: Hasta fechas recientes el principal método anticonceptivo que requería la cooperación de ambos miembros de la pareja era el método del ritmo. Sin embargo, y según un chiste muy difundido, el nombre dado a quienes utilizaban este método era el de . . . padres. Nuevos descubrimientos han venido a cambiar la situación a medida que la planificación familiar natural ha ido evolucionando hacia el método sintotérmico de control de la natalidad. (Este método es analizado en detalle en el Documento de este capítulo.)

Otros métodos de control de la natalidad que explícitamente requieren la colaboración de ambos miembros de la pareja son la masturbación mutua y la relación sexual oral-genital. En el artículo de 1956 de Davis y Blake estas formas de relación incompleta eran mencionadas como "perversiones", en estos últimos años, sin embargo, con la aparición de actitudes mucho más abiertas en materia sexual y con la introducción de manuales de divulgación sexual de gran tirada, han pasado a ser vistas como técnicas de relación sexual más claramente aceptables. Estos métodos son practicados a veces en combinación con el coitus interruptus. En Francia, por ejemplo, según datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad de 1978, la retirada es el método anticonceptivo más practicado entre parejas de 35 ó más años, y el segundo, después de la píldora, entre las parejas más jóvenes (Leridon, 1979).

Métodos tradicionales: Sería un descuido por mi parte no señalar que la ciencia moderna no posee todos los secretos sobre la anticoncepción. Sociedades premodernas, en muchas partes del mundo, han sabido, durante siglos, de métodos basados en infusiones de hierbas para reducir la probabilidad de embarazo. En esta misma línea un equipo investigador de la Organización Mundial de la Salud ha descubierto que un pequeño guisante verde, que constituye un elemento básico de la dieta tibetana, actúa como inhibidor natural de la fecundidad (London Telegraph. 1979). Sería muy interesante comprobar la medida en que la fecundidad tibetana refleja la presencia en la dieta alimenticia de este anticonceptivo natural, pero como el Tíbet ha sido absorbido por China carecemos de datos para intentar esa comprobación. En la cuenca amazónica de Ecuador, algunas tribus primitivas utilizan la raíz del ciprés para provocar una esterilidad temporal, al parecer con gran éxito. Según los científicos,

un hongo microscópico que se desarrolla en dicha raíz sería el elemento causal de ese efecto anticonceptivo (Maxwell. 1977).

¿Hasta qué punto son eficaces las distintas técnicas anticonceptivas? La eficacia de un anticonceptivo se mide por su capacidad de evitar el embarazo. Hay dos maneras de medir esa efectividad. La primera consiste en medir la efectividad teórica, es decir, las probabilidades (expresadas en porcentajes) de que un método, en circunstancias ideales, logre evitar el embarazo tras una relación sexual. Por ejemplo, si decimos que los anticonceptivos orales son 100 por 100 eficaces queremos decir que si una mujer con un estado de salud normal, toma la píldora siguiendo exactamente las instrucciones nunca se quedará embarazada. La efectividad teórica no sólo es muy difícil de medir, sino que además ignora el posible fallo humano implícito en todo método.

La forma más usual de medir la efectividad de un anticonceptivo consiste en considerar su efectividad de uso, es decir, la tasa real de embarazos asociada con su utilización. Hay varias maneras de medir la efectividad de uso pero la más corriente es la denominada método de Pearl, o tasa de fallos embarazos (es decir el número de fallos del anticonceptivo por cada cien años de exposición al mismo). Por ejemplo, si 200 mujeres utilizan la píldora durante un año el total combinado de su exposición a ese anticonceptivo es de 200 años. Si cuatro de ellas se quedan embarazadas a pesar de utilizar la píldora, entonces la tasa de embarazo es de dos. En otras palabras, se han producido dos fallos (embarazos accidentales) por cada cien años de exposición al (o de uso del) anticonceptivo en cuestión.

La efectividad de uso combina dos tipos de fallos: (1) fallos del método: caso, por ejemplo, de una mujer que se queda embarazada a pesar de llevar adecuadamente colocado un DIU: y (2) fallos de uso: caso, por ejemplo, de una mujer que está tomando la píldora y que olvida llevarla consigo en un viaje de fin de semana.

La forma más precisa de medir la efectividad de uso consiste en estudiar grupos de parejas que utilizan durante un cierto periodo de tiempo (por ejemplo, un año), un determinado método anticonceptivo y observar cuántas de ellas acaban teniendo un embarazo accidental. La Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en 1970 en Estados Unidos permite obtener este tipo de datos. Un análisis estadístico de datos tan preciso como el de estas tablas se consigue utilizando el método de la tabla de mortalidad.

Esterilidad voluntaria: La última de las variables referidas a la concepción sobre la que cabe incidir para conseguir una baja fecundidad es la esterilidad voluntaria o esterilización. En el caso de las mujeres este procedimiento cubre un amplio espectro que va desde la extirpación de los ovarios (el más drástico) hasta el ligado de trompas (el menos drástico). La extirpación de ovarios (denominada ovariectomía) no sólo supone la eliminación de todos los folículos impidiendo así toda ovulación posterior, sino que además altera el equilibrio hormonal de la mujer. Se trata de una operación de relativa envergadura y por lo general se lleva a cabo por razones médicas no relacionadas con el deseo de no tener hijos. La operación que le sigue en entidad es la histerectomía o extirpación del útero, que produce una "menopausia" instantánea y requiere una intervención quirúrgica de importancia. Pese a ello sigue siendo un método frecuente de control de natalidad, si bien cada vez en menor medida. El tipo de esterilización femenina más frecuentemente recomendado es el ligado de las trompas de falopio. Ello supone que el óvulo es emitido normalmente, pero no puede llegar al útero ni, por tanto, entrar en contacto con el esperma. Este procedimiento no requiere, por lo general, ni un día de hospitalización. Un nuevo método, puesto a punto simultáneamente en China y en Estados Unidos, se basa en el bloqueo de las trompas de falopio inyectando en ellas una pequeña cantidad de silicona que forma así un tapón. Ni este procedimiento ni el ligado de trompas afectan a las secreciones hormonales de la mujer, que sigue teniendo un ciclo menstrual con la única excepción de que el óvulo es absorbido por el organismo. Biológicamente no hay efecto alguno sobre la respuesta sexual de la mujer, si bien no temer un embarazo puede estimular, psicológicamente, su sexualidad.

En el caso de los varones, como en el de las mujeres, existen tanto medios drásticos como sencillos de esterilización. Un medio drástico es la castración, consistente en la extirpación o destrucción de los testículos. Esto elimina generalmente la capacidad de respuesta sexual, haciendo al varón impotente (incapaz de conseguir la erección). La vasectomía, en cambio, no altera la capacidad de respuesta sexual masculina. Consiste en seccionar y ligar el conducto que une cada testículo con el pene. El varón vasectomizado continúa generando esperma, pero éste no puede salir del testículo, siendo reabsorbido en el organismo. La esterilización, y de modo especial la vasectomía, ha recibido una especial atención en las campañas de control de la natalidad patrocinadas por el gobierno de la India. Según el Ministerio de Sanidad de este país, en septiembre de 1976 se alcanzó la cifra récord de 13 millones de personas esterilizadas

en un mes. La esterilización es también frecuente en Estados Unidos.

Variables referidas a la gestación. El aborto

Aun cuando la concepción haya tenido lugar ello no implica sin más un nacido vivo. Hay que tener en cuenta la mortalidad fetal involuntaria, bien por aborto espontáneo, bien porque el recién nacido nazca muerto. Pero para nuestro análisis reviste mayor importancia la mortalidad fetal voluntaria o aborto provocado. Las distintas técnicas existentes para provocar un aborto varían fundamentalmente en función de lo avanzada que se encuentre la gestación. Hasta el final de la décima semana de embarazo, un método frecuente es la extracción menstrual consistente en eliminar mediante una suave succión el contenido del útero. Normalmente esto puede ser realizado en la propia consulta del médico. Entre la 11ª y la 13ª semanas, un método corriente es la aspiración que, si bien es similar a la extracción menstrual, requiere una succión mayor y es realizada, generalmente, en una clínica o ambulatorio. En el año 1974, el 78 por 100 de todos los abortos legales registrados fueron realizados de esta manera. Entre la 14ª y la 15ª semanas se suele recurrir a un suave raspado del interior del útero con un instrumento alargado. Entre la 16ª-19ª semanas se practica generalmente el aborto reemplazando el fluido amniótico con una solución salina concentrada que origina contracciones del útero que a las pocas horas da lugar a la expulsión del feto y de la placenta. Esta técnica requiere una hospitalización de dos o tres días. Después de 20 semanas de embarazo, o en caso de fracaso del método salino, el procedimiento abortivo típico es la histerotomía, que es similar a una cesárea, y que consiste en la extracción del feto mediante una pequeña incisión abdominal. En Estados Unidos casi las tres cuartas partes del total de abortos son practicados en mujeres solteras lo que parece sugerir que se trata, con frecuencia, de un método utilizado como último recurso por quienes no adoptaron precauciones contra un posible embarazo. Por otro lado, casi la mitad de todas las mujeres que, en 1974, practicaron un aborto legal no tenían hijos (Famil Planning Perspectives 1976). Desde 1973, fecha en que el Tribunal Supremo norteamericano legalizó el aborto, la proporción (o ratio) de abortos respecto de nacimientos ha aumentado constantemente.

En 1976 la ratio de abortos en Estados Unidos era más alta que en Inglaterra o Alemania Occidental y comparable a la de Suecia, pero más baja que en Japón o en Alemania Oriental. En 1977, sin embargo, el número de abortos descendió temporalmente en Estados Unidos como consecuencia de la decisión del gobierno federal de recortar los fondos destinados a sufragar abortos a personas que recibían ayuda de la Seguridad Social. Para el conjunto mundial el recurso al aborto ha experimentado, en todo caso, constantes aumentos, habiéndose podido estimar recientemente que actualmente, en el mundo, uno de cada cuatro embarazos termina en aborto.

Como veremos en el capítulo siguiente, el aborto ha desempeñado un papel decisivo en el descenso de la fecundidad a lo ancho y largo del mundo, y de forma especial en Europa y Japón. No obstante, hay que señalar que un recurso repetido al aborto puede poner en peligro tanto la salud de la madre (como consecuencia de posibles hemorragias e infecciones) como la de los futuros hijos. Las madres que han abortado voluntariamente antes, aunque fuera sólo una vez, y especialmente si fue mediante raspado, tienen algunas mayores probabilidades de dar a luz prematuramente, lo que incrementa en gran medida el riesgo de defunción del recién nacido.

MEDICIÓN DE LA FECUNDIDAD

Tras haber examinado los numerosos medios con los que se puede controlar la fecundidad casi podríamos pasar a examinar y tratar de explicar las pautas recientes de la fecundidad en el mundo. Sin embargo, en ese análisis habré necesariamente de utilizar distintas medidas de la fecundidad, cada una de las cuales merece ser objeto de atención por adelantado para que el lector pueda así tener conciencia de sus virtudes y defectos. En algunos casos la pauta seguida a lo largo del tiempo por la fecundidad de un país puede presentar un perfil distinto según que se utilice una u otra forma de medirla. Dado además que los periódicos y revistas aluden frecuentemente a tales medidas, la familiarización con ellas, además de ayudarnos a comprender las pautas y niveles de fecundidad, contribuirá a mejorar nuestra condición de consumidores de los medios de comunicación.

El objetivo básico de la medición de la fecundidad es estimar el número de hijos que las mujeres tienen. Los datos utilizados en la medición de la fecundidad proceden por lo general de una combinación de datos censales y de estadísticas vitales, como vimos en el capítulo 1. Además, a veces existen datos disponibles procedentes de encuestas muestrales o de

tabulaciones especiales del censo. La medición de la fecundidad se complica, sin embargo, a menudo como consecuencia de las diferencias entre un país (o parte de un país) y otro en cuanto a la cantidad y calidad de los datos existentes. Cuanto menor sea la información disponible, menos refinadas y precisas serán las estimaciones de la fecundidad. La medida del nivel de fecundidad más simple y más frecuentemente usada es la tasa bruta de natalidad.

TASA BRUTA DE NATALIDAD

La tasa bruta de natalidad (TBN) es el número de nacidos vivos en un año dividido por la población a mediados del año. Para eliminar decimales, se suele multiplicar el resultado por 1.000:

La TBN es «bruta» por dos razones (1) porque no tiene en cuenta qué personas dentro de la población estudiada tienen realmente probabilidades de tener un hijo y (2) porque ignora la estructura de edad de la población, algo que puede afectar en gran medida al número de nacimientos esperables en un año determinado. Así puede ocurrir que la TBN encubra la existencia de diferencias significativas en la conducta reproductiva real de dos poblaciones o por el contrario que revele diferencias que no existen en realidad. Por ejemplo imaginemos una población de 1.000 personas que comprenda a 300 mujeres en edades de tener hijos; si la décima parte de éstas (es decir, 30) tienen un hijo en un año determinado, la tasa bruta de natalidad de esa población, en ese año, será de 30 nacimientos por cada mil personas. Imaginemos ahora otra población en la que la décima parte de todas las mujeres tenga asimismo un hijo durante ese mismo año, pero en la que por cada 1.000 personas sólo existan 150 mujeres en edad de tener hijos. En esta segunda población sólo nacerán 15 niños y la tasa bruta de natalidad será de 15 por 1.000.

A pesar de esta insuficiencia la tasa bruta de natalidad es utilizada muy frecuentemente, pues sólo requiere, para su cálculo, los siguientes dos datos: número de nacimientos en un año concreto y tamaño total de la población. Caso de disponer, además, de los datos referidos a la distribución de la población por sexo y edad (obtenibles generalmente del censo) podemos entonces refinar más nuestra medición de la fecundidad calculando la tasa de fecundidad general.

Tasa de fecundidad general

La tasa de fecundidad general (TFG) utiliza información sobre la estructura por sexo y edad de una población y permite una mayor precisión a la hora de establecer quiénes tenían realmente probabilidades de tener los hijos nacidos en un año determinado. La TFG es el número total de nacimientos en un año dividido por el número de mujeres en edad de tener hijos.

Veamos con un ejemplo la distinta medición de la fecundidad que proporcionan la TBN y la TFG. En 1935, durante la Depresión, la fecundidad en Estados Unidos era baja. La TBN en esa fecha era 19 nacimientos por cada 1.000 habitantes. En 1967, en medio del descenso de la fecundidad que siguió al «baby boom» de la postguerra, la TBN era de 18, lo que parecía sugerir que en esa fecha la fecundidad era en realidad más baja que durante la Depresión. Sin embargo lo que ocurría era que si la TBN de 1967 era menor que la de 1935 ello era debido a las diferencias, entre ambas fechas, en el número de personas en cada grupo de edad, y no a un menor número de nacimientos. En 1967, en efecto, la población total se veía incrementada por los niños del «baby boom», que no tenían aún edad de tener hijos pero cuya inclusión en el total de población (es decir, en el denominador de la TBN) daba lugar a una disminución de ésta. Este problema queda corregido calculando la TFG. En 1935 la TFG era de 78 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 44 años. En 1967 era más elevada: 88 por 1.000. Vemos así cómo al poner más estrechamente en relación los nacimientos con las personas que tienen los niños obtenemos una idea más exacta del nivel reproductivo real. Si combinamos los datos de edad utilizados para calcular la TFG con datos referidos a la edad de la madre podemos alcanzar una medición aún más precisa de la fecundidad.

Tasa de fecundidad específica por edad

La tasa de fecundidad específica por edad constituye una de las formas más precisas de medir la fecundidad. Esta tasa, como las mediciones que más adelante veremos, requieren un conjunto de datos bastante complejo: nacimientos según edad de la madre y distribución de la población por edad y sexo. La tasa de fecundidad específica por edad (TFEE) mide el número de nacimientos que tienen lugar cada año por cada 1.000 mujeres de una edad determinada (agrupada generalmente en bloques quinquenales).

Por ejemplo, en Estados Unidos, en 1973, se produjeron 121 nacimientos por cada 1.000 mujeres con edades entre 20 y 24 años. En 1955, y asimismo en Estados Unidos, la actividad reproductora de las mujeres de 20 a 24 años era dos veces más intensa, con una TFEE, por tanto, de 242. En 1973 la TFEE para las mujeres de 25 a 29 años era de 114, comparada con otra de 191 en 1955. Podemos concluir así que entre 1955 y 1973 la fecundidad descendió más entre las mujeres de 20 a 24 años que entre las mujeres de 25 a 29 años.

Resulta obvio que las TFEE suponen un análisis de la fecundidad basado en una comparación año a año. A la hora de intentar una comparación rápida, referida a toda una población, este procedimiento puede resultar sin duda engorroso. Por eso los demógrafos han puesto a punto un método que permite combinar las distintas TFEE en un índice único de fecundidad que abarca todas las edades: la tasa de fecundidad total.

La tasa de fecundidad total

La tasa de fecundidad total (TFT) viene a ser el equivalente a poder preguntar a las mujeres cuántos hijos han tenido una vez que todas han completado el periodo reproductivo. Por ejemplo, si estuviésemos interesados en saber el tamaño completo familiar en el año 1975, esperar hasta el año 2000, más o menos, para tener la cifra exacta de los niños realmente nacidos no parece la mejor estrategia. En vez de hacer eso podemos calcular la tasa de fecundidad total (TFT) que, a partir de la información detallada disponible para una determinada fecha (las tasas de fecundidad específicas por edad), permite elaborar una proyección de lo que podría ocurrir en el futuro si todas las mujeres, a lo largo de su vida, tuviesen hijos en la misma proporción en que, en esa fecha, los tienen las mujeres de cada grupo de edad. Por ejemplo, en 1973 las mujeres de 20 a 24 años de edad tuvieron hijos en una proporción de 121 nacimientos por cada mil mujeres al año. En consecuencia, y para un período de cinco años (el que va de los 20 a los 24 años), por cada 1.000 mujeres cabe esperar un total de 605 nacimientos, si no se producen cambios en los demás factores. Aplicando esta misma lógica a todas las edades podemos calcular la TFT que no es sino la suma (indicada por el símbolo L) de las distintas TFEE.

La TFEE de cada grupo de edad se multiplica por 5 si el grupo de edad abarca cinco años. Si utilizamos datos referidos a años individuales no habremos, lógicamente, de efectuar este ajuste.

Aunque el cálculo de la TFT pueda parecer algo complicado su interpretación es simple y clara. La tasa de fecundidad total constituye una estimación del número de hijos nacidos a cada mujer suponiendo que las tasas de natalidad actuales permanezcan constantes. En 1973 la TFT era en Estados Unidos de 1.896 niños por cada 1.000 mujeres, o de 1,9 niños por cada mujer. Esta cifra supone casi la mitad de la correspondiente a 1955, que era de 3,6 hijos por mujer (siendo de señalar que en 1976 la TFT había bajado en Estados Unidos a un valor de 1,8). La TFT permite así una medición de la fecundidad ajustada a estos dos problemas: (1) quién tiene probabilidades de tener hijos, y (2) diferencias en la estructura de edad de diferentes poblaciones.

Tasa bruta de reproducción

Un refinamiento adicional de la tasa de fecundidad total se obtiene considerando únicamente la proporción de recién nacidos que son mujeres (dado que sólo las recién nacidas son quienes con el tiempo, pueden traer hijos al mundo). Así pues, si multiplicamos la TFT por la proporción de todos los recién nacidos que son niñas obtenemos la tasa bruta de reproducción.

En Estados Unidos, en 1973, el 48,8 por 100 de todos los recién nacidos fueron mujeres. Como la TFT fue de 1,9, si multiplicamos esta cifra por 0,488 (que no es sino el porcentaje convertido en proporción) obtenemos una TBR de 0,93.

La tasa bruta de reproducción es interpretada generalmente como el número de hijas que una recién nacida puede esperar llegar a tener a lo largo de su vida suponiendo que las tasas de natalidad permanezcan incambiadas e ignorando sus probabilidades de supervivencia a lo largo de todo su período reproductivo. La TBR es así «bruta» porque supone que una recién nacida logrará llegar viva hasta el final de su período fértil. En realidad algunas mujeres fallecerán antes de alcanzar la edad más alta en la que podrían tener hijos. Para tomar en cuenta esta probabilidad de defunción podemos calcular la tasa neta de reproducción.

Tasa neta de reproducción

La tasa neta de reproducción (TNR) es conocida también como tasa de reemplazo generacional, y representa el número de hijas que una recién nacida puede esperar tener tomando en consideración sus probabilidades de fallecer antes de llegar al final de sus años.

reproductivos. Dado que el cálculo de la TNR es algo complicado evito al lector su consideración aquí, relegándola al apéndice. Lo realmente importante ahora es que el lector aprenda a interpretarla, ya que se trata de una medida de la fecundidad citada con mucha frecuencia.

Como índice de reemplazo generacional, una TNR de 1 indica que cada generación de mujeres sólo tiene la capacidad potencial de reemplazarse a sí misma. Ello refleja una población abocada a dejar de crecer, de no producirse cambios en la fecundidad o en la mortalidad. Un valor inferior a 1 indica un decrecimiento potencial del total de población, y un valor superior a 1 indica la capacidad de crecimiento potencial, salvo variaciones en la fecundidad y mortalidad. Debe quedar muy claro que la TNR no es equivalente a la tasa de crecimiento demográfico en la mayoría de las sociedades. Por ejemplo, en Estados Unidos, la TNR en 1977 era inferior a 1 (concretamente, 0,88) y sin embargo en esa fecha la población norteamericana seguía incrementándose en un millón y medio de personas al año. La TNR representa la capacidad futura de crecimiento potencial inherente al régimen de fecundidad y mortalidad de una población. Esa capacidad potencial se ve sin embargo afectada, en distintos momentos del tiempo, por factores como la existencia de peculiaridades en la estructura de edad (por ejemplo, altas proporciones de mujeres en las edades fértiles) o la migración.

Fecundidad de cohorte y fecundidad de periodo

Las medidas de la fecundidad consideradas hasta aquí se basan, todas, en datos de un período; es decir, se refieren a un periodo de tiempo específico y limitado, por lo general un año. Las medidas de la fecundidad basadas en datos de una cohorte, en cambio, están diseñadas para «permitir el seguimiento de la fecundidad de distintos grupos de mujeres a medida que avanzan a lo largo de sus años fértiles. En otras palabras, las tasas de periodo se centran en la experiencia de ciertos años específicos del calendario, mientras que las tasas de cohorte lo hacen en la experiencia de grupos de mujeres a lo largo de un número de años.

La medida básica de la fecundidad de una cohorte es el número de nacimientos producidos hasta una determinada fecha, lo cual lleva por último a la medición final de la fecundidad completa. Por ejemplo, las mujeres nacidas en 1915 empezaron a tener hijos durante la Depresión. En 1939, cuando alcanzaron los 25 años, habían dado a luz a 890 niños por cada mil mujeres (Heuser, 1976). En 1958, es decir, al cumplir los 44 años, y en pleno baby boom, esa cohorte de mujeres llegó al término de su período reproductivo alcanzando una fecundidad completa de 2.429 nacimientos por cada mil mujeres. Podemos comparar la fecundidad de esas mujeres con la de la cohorte de mujeres criada durante la Depresión y que empieza a tener hijos inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial. La cohorte de mujeres nacidas en 1930 había dado a luz a un total de 1.415 por cada 1.000 mujeres al llegar a los 25 años, en 1954. Se trata de una cifra superior en un 60 por 100 a la correspondiente en la cohorte de 1915. En 1973, al llegar a los 44 años, la cohorte de 1930 había dado a luz a un total de 3.153 niños por cada 1.900 mujeres, es decir, a un 30 por 100 más que la cohorte de 1915. De hecho, si se examinan los datos de cohorte disponibles para Estados Unidos encontramos que las mujeres nacidas en 1933 constituyeron la cohorte de mujeres norteamericanas más fecunda desde la cohorte nacida en 1881.

Esta información resulta, sin duda, iluminadora, pero no podemos esperar hasta que las mujeres completen su período fértil para estimar su nivel de fecundidad. En este sentido resulta útil contar con estimaciones de lo que las mujeres que se encuentran ahora en edad de tener hijos podrían hacer en el futuro. Para ello los datos de periodo, por sí solos, no son de mucha más ayuda que la información referida al número de nacimientos registrados en una cohorte hasta una determinada fecha, de ahí que los demógrafos, para estimar la fecundidad futura de una cohorte, recurran a preguntar a sus componentes cuántos hijos esperan tener en el futuro. Por ejemplo, en 1967 las mujeres con edades entre 25 y 29 años (es decir, nacidas en 1939-43) habían dado a luz a un total de 2312 niños por cada 1.000 mujeres y esperaban tener otros 579 por cada 1.000 mujeres a lo largo de 105 siguientes cinco años. Es decir, para 1972 esperaban llegar a los 2.891 niños por cada 1.000 mujeres.

A la altura de 1972 habían dado sin embargo realmente a luz a un total de sólo 2.749 niños por cada 1.000 mujeres. Debido a toda una serie de factores (entre los cuales se encontraban la mejora de las oportunidades de trabajo y la necesidad económica) la fecundidad real de esas mujeres terminó siendo menor de lo esperado. Como se ve, el método de estimación dista de ser perfecto, pero con todo es la técnica hasta ahora encontrada que mejor funciona a la hora de evaluar los niveles futuros de la fecundidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La fecundidad tiene un componente biológico y otro social. La capacidad de reproducirse es biológica (aun cuando puede ser influida hasta cierto punto por el entorno), pero hemos de buscar en el entorno social las razones por las que las mujeres tienen un determinado número de hijos. El control de la fecundidad puede lograrse mediante una variedad de medios. En general, incluyen formas de evitar la relación sexual, de evitar la concepción si la relación sexual se produce, y de evitar que la gestación tenga éxito si la concepción se produce. Tanto la comprensión de estas variables intermedias como la de las mediciones de la fecundidad constituyen un importante requisito previo para intentar abordar con éxito el análisis de las pautas y niveles de fecundidad. En este capítulo hemos considerado las medidas de la fecundidad más frecuentemente utilizadas en el análisis demográfico. En el capítulo siguiente me basaré en estos conceptos y menciones de la fecundidad al examinar y tratar de explicar la conducta reproductiva en distintas partes del mundo.

Fecundidad: pautas, niveles y explicaciones.
Explicaciones de la alta fecundidad.
La necesidad de reemplazo social,
 Los hijos como protección y como mano de obra.
 El deseo de tener hijos varones.
 Ambivalencia.
Países con alta fecundidad.
 India.-Ghana.-Kuwait.
Explicaciones de la baja fecundidad
 Riqueza, prestigio y fecundidad.
 Ingresos y fecundidad.
 Ocupación y fecundidad.
El enfoque económico.
El enfoque sociológico.
Países con baja fecundidad.
 Inglaterra.-Japón.-Estados Unidos
Resumen y conclusiones.

FECUNDIDAD: PAUTAS, NIVELES Y EXPLICACIONES

Está ampliamente extendida la creencia de que para hacer disminuir de forma sustancial el nivel de fecundidad en los países donde ahora es muy alto bastaría con poder proporcionar la píldora a las mujeres o con poderles colocar un DIU. Esta es sin embargo una idea simplista y errónea. En realidad, se trata de una cuestión extremadamente compleja y en este capítulo examinaremos algunos de los más importantes factores sociales, psicológicos y económicos que ayudan a explicar por qué algunas personas tienen familias grandes y otras no. Mi análisis tendrá dos niveles: por un lado proporcionaré al lector una información básica sobre las pautas y niveles de fecundidad, y al mismo tiempo señalaré algunas posibles explicaciones de dichas pautas y niveles. Para ello examinaré el papel de las variables intermedias analizadas en el capítulo anterior, así como el del entorno social en el que las personas viven y se reproducen.

Dado que la alta fecundidad es citada, con frecuencia, como problema constituye, por ejemplo, el principal factor responsable, por sí solo, de la continua alta tasa de crecimiento de la población mundial actual: el descenso de la mortalidad creó el problema, pero la alta fecundidad lo mantiene, y dado que prácticamente todas las sociedades que hoy tienen un bajo nivel de fecundidad experimentaron, en algún momento, niveles altos de fecundidad, comenzaré el capítulo con algunas explicaciones sobre este fenómeno. Utilizaré ejemplos de países en los que actualmente se registran niveles de reproducción elevados, y más concretamente, a la India. Pasaremos luego a examinar la transición desde la alta a la baja fecundidad tal como se produjo en Inglaterra, Japón y Estados Unidos, países que tomaremos como ejemplos para explicar cómo y por qué se consigue una baja fecundidad.

EXPLICACIONES DE LA ALTA FECUNDIDAD

Una explicación de la alta fecundidad ampliamente aceptada es que, prácticamente en todas las sociedades, los individuos se sienten presionados a tener hijos, si bien en algunas sociedades estas presiones pronatalistas son más fuertes que en otras. Las presiones pronatalistas responden por lo general a la necesidad de reemplazar a los miembros de la sociedad, necesidad que se manifiesta fundamentalmente como deseo de tener hijos que proporcionen ayuda laboral y apoyo en la vejez y como anhelo de hijos varones.

LA NECESIDAD DE REEMPLAZO SOCIAL

Un aspecto crucial de una sociedad con alta mortalidad es que las probabilidades de que un recién nacido llegue a adulto no son muy elevadas. Ahora bien, para que una sociedad logre reemplazarse a sí misma, es preciso que, en promedio, cada mujer tenga por lo menos dos hijos que vivan lo suficiente para, a su vez, producir más hijos. Así, en condiciones adversas de mortalidad, toda persona que limite su fecundidad puede estar poniendo en peligro la existencia misma de la sociedad. Vistas así las cosas no resulta sorprendente que las sociedades se hayan resistido, por lo general, a dejar simplemente en manos de los individuos o de la casualidad la procreación del número de hijos requerido. En todos los lugares del mundo las ciudades han contado con instituciones sociales destinadas a fomentar la reproducción y a gratificar, de maneras diversas, la paternidad. Por ejemplo, entre los Kgatla, en el sur de Africa, la mortalidad era muy alta en la década de 1930, cuando Sehopera los estudió. Este autor descubrió que para los miembros de esa tribu era inconcebible que una pareja casada intentara deliberadamente reducir el número de sus hijos por razones económicas o personales. Sehopera observó la existencia de varios factores sociales que estimulaban a los Kgatla a desear tener hijo.

Una mujer con muchos hijos es objeto de honores. Las parejas casadas adquieren una aureola de dignidad tras el nacimiento de su primer hijo. Dado que los Kgatla tienen un sistema de descendencia patrilineal (en el que la herencia se transmite a través de los hijos varones), el nacimiento de un varón convierte al padre en fundador de un linaje que perpetuará su nombre y su recuerdo... los parientes de la madre, se alegrarán también de ello, ya que ese nacimiento les salva de la vergüenza.

Un estudio realizado en 1973 sobre otra sociedad africana, la de los Yoruba, en Nigeria occidental, señala el verdadero horror que producen allí las familias con menos de cuatro hijos (Ware, 1975). Ware señala que "aun cuando estuviera garantizado que dos hijos llegarían a adultos, los Yoruba encontrarían demasiado triste una familia tan reducida. Para ellos, en efecto, muchas de las características de la familia numerosa que en Occidente son valoradas negativamente (como, por ejemplo, el ruido y el bullicio), resultan en cambio atractivas" (1975:284).

De manera más general, Davis ha analizado las formas en que la sociedad fomenta la fecundidad:

A menudo encontramos, por ejemplo, que del hecho de haber contraído matrimonio se hace depender el pleno disfrute de la sexualidad, la posibilidad de poseer tierras, el acceso a determinados cargos y el ser tratado con respeto y veneración. Una vez realizado el matrimonio, entran en funcionamiento los estímulos dirigidos específicamente a fomentar la fecundidad.

En las sociedades familistas, en las que el parentesco constituye el fundamento básico de la organización social, la reproducción es un medio utilizado prácticamente para alcanzar los principales objetivos vitales. La salvación del alma, la seguridad en la vejez, la protección del hogar pueden depender de la presencia, ayuda y consuelo de la descendencia.

Como puede verse en estos ejemplos, las presiones sociales en pro de la fecundidad no se presentan en realidad en términos de necesidad de reemplazo social: no es, en efecto, probable que los individuos concretos perciban el sentido real de las mismas. En realidad las instituciones y normas sociales que estimulan la alta fecundidad constituyen algo tan asumido por los miembros de toda sociedad que cualquiera que dijera explícitamente "voy a tener un hijo para perpetuar mi sociedad" resultaría un tanto excéntrico. Por otro lado si la gente realmente actuara movida únicamente por el deseo de reponer las pérdidas experimentadas por la sociedad entonces las sociedades que registran una alta fecundidad deberían tener en realidad un nivel de fecundidad mucho mas bajo ya que en las mismas las tasas de natalidad superan con mucho a las de mortalidad lo que resulta mas probable que motive a las mujeres a tener una fecundidad elevada es la idea de que así complacerán a otros miembros de la familia y contribuirán al poder y prestigio de esta como grupo. En

ocasiones la motivación para la fecundidad elevada tiene un carácter más específico, como ocurre con el deseo de tener hijos como medio de conseguir protección y mano de obra.

Los hijos como protección y mano de obra

En una sociedad premoderna, con alta mortalidad y alta fecundidad, los seres humanos constituyen el principal recurso económico. Incluso los niños pueden ayudar en muchas tareas, y a medida que van creciendo, constituyen el núcleo de la mano de obra que mantiene a quienes no pueden ya valerse por sí mismos, como es el caso de los ancianos. Muchas veces la necesidad de mano de obra o de protección en la vejez puede constituir la razón para seguir teniendo muchos hijos aun cuando la mortalidad haya decrecido y la necesidad, por tanto, de tener una amplia descendencia haya dejado de existir. Resulta sin embargo difícil saber cuándo ésta sigue siendo la motivación real para tener hijos y cuándo constituye simplemente una buena justificación que ofrecer a quien pregunte por las razones del elevado tamaño familiar.

El deseo de tener hijos varones

Aunque está claro que hoy día en muchos países el status de la mujer está mejorando constantemente, no deja de ser cierto también que, en muchas sociedades del mundo, determinados objetivos sociales, considerados como valiosos, sólo pueden ser conseguidos con el nacimiento y supervivencia de un hijo varón. La mayoría de las sociedades conocidas en la historia de la humanidad han estado, en efecto, dominadas por los hombres. Dado que en la mayor parte de las sociedades los hombres han sido considerados más valiosos que las mujeres, resulta fácil comprender por qué muchas familias siguen teniendo hijos hasta que logran tener al menos un hijo varón. Por otro lado, si las probabilidades de que los recién nacidos fallezcan son elevadas, entonces cada familia buscará tener como mínimo dos hijos varones para aumentar así la probabilidad de que uno de ellos alcance la edad adulta.

Por lo tanto, en una sociedad con alta mortalidad, el deseo de contar con un hijo varón superviviente puede muy bien requerir el nacimiento de casi cuatro hijos, por término medio (dado que en todas las sociedades las niñas representan algo menos de la mitad de todos los recién nacidos; véase Capítulo 8). La India constituye un buen ejemplo de país en que el deseo de los padres de contar con un hijo varón que les sobreviva es relativamente fuerte: la religión hindú, en efecto, requiere que los padres sean enterrados por un hijo varón. Esta creencia religiosa servía también, por supuesto, para asegurar el reemplazo de la sociedad en un contexto de alta mortalidad.

Ambivalencia

A medida que en la India y en otros países no desarrollados la mortalidad ha decrecido, la tasa de natalidad no ha experimentado ninguna disminución significativa. ¿Por qué no lo ha hecho? Para buscar la respuesta a esta pregunta tenemos que preguntarnos por qué la gente podría sentirse motivada a cambiar su comportamiento reproductivo. En el Capítulo 2 consideramos ya las teorías de la transición demográfica y del cambio y respuesta demográficos, que sugieren que un descenso en la mortalidad tiene consecuencias sobre la vida de los individuos al aumentar el número de miembros de la familia que sobreviven y que requieren alimentación y cuidados. Según estas teorías los individuos terminarán por percibir que resulta más ventajoso tener menos hijos que los que tuvieron sus padres, o menos que los que han tenido sus hermanos mayores, etc. No debe sin embargo olvidarse que, como ya indiqué también, la emigración puede constituir, durante algún tiempo, una solución fácil que retrase la reducción del tamaño de la familia. Existe además otro problema, en efecto, un principio básico de esas teorías es que para que se produzca una reducción de la fecundidad ha de existir un incentivo para mejorar de situación

material, un deseo de aprovechar las oportunidades económicas. Pero si éstas no existen, ¿de dónde va a surgir la motivación para tener una familia reducida que permita mejorar las condiciones de vida?

En el intervalo que actualmente se produce en los países menos desarrollados entre un descenso en la mortalidad y la aparición de motivaciones en favor de familias más reducidas, la alta fecundidad puede tender a persistir como consecuencia de la ambivalencia. Una pareja se encuentra en un estado de ambivalencia cuando no desea necesariamente tantos hijos como ahora, inesperadamente le sobreviven y sin embargo sigue siendo recompensada socialmente por ellos. La procreación rara vez constituye un fin en sí misma; más bien suele constituir un medio para alcanzar otros fines. Por lo tanto, si la consecución de esos otros fines es percibida como más importante que la limitación de la fecundidad, las mujeres pueden seguir aceptando el riesgo del embarazo aun cuando sean ambivalentes respecto de si tener o no un nuevo hijo.

El estudio de Nag (1962) sobre los sinhaleses (comunidad rural de Ceilán, hoy Sri Lanka), realizado en los años cincuenta proporciona un interesante ejemplo de ambivalencia respecto de la procreación. Entre los miembros de dicha comunidad existe la creencia de que el número de hijos que una persona tiene constituye un reflejo de sus méritos en una vida anterior. Tener así muchos hijos constituye una meta apetecida. Sin embargo, la carga de una familia numerosa (aumentada además en tamaño a causa del descenso de la mortalidad que permite que sean más los niños que viven más tiempo) recae por entero sobre la madre. Para el padre, en cambio, la vida se hace más fácil y prestigiosa con un mayor número de hijos. Nag relata que "los hombres desean sinceramente, y sin reserva alguna, tener familias grandes y se muestran vehementemente opuestos a cualquier forma de control de la natalidad" (1962:47). Esta oposición a los medios anticonceptivos se registra entre los varones casados, es decir, entre los que están en situación legal de tener hijos. Respecto de las mujeres, en cambio, Nag observa que su actitud es ambivalente. Muchas de ellas viven un conflicto interno entre el ideal social de la familia numerosa y su deseo personal de un menor número de hijos. Las respuestas que daban, al ser preguntadas sobre este tema, eran distintas cuando estaban en presencia de vecinos o parientes que cuando estaban solas (1962:47). Keyfitz y Fleiger (1971) señalan por otra parte que los sinhaleses tienden a comparar el tamaño de su población con el de la de un grupo étnico rival, los Tamiles. Los varones ven así reforzada su motivación positiva en favor de las familias grandes aun cuando los sentimientos de ambivalencia sean cada vez mayores entre las mujeres. En realidad la existencia de esa ambivalencia entre las mujeres puede muy bien estar a la raíz del descenso en la fecundidad registrado en Sri Lanka, donde la tasa de fecundidad total pasó de 5,95 en 1953 (es decir, más o menos en la fecha en que Nag realizó su estudio) a un valor muy inferior, de tan sólo 3,4, en 1976.

Simmons (1974) encontró asimismo indicios de ambivalencia respecto del tamaño de la familia entre las mujeres de las zonas rurales de Méjico (que es otro país con niveles de fecundidad constantemente altos). La tasa de fecundidad total era en Méjico, en 1970-72, de unos 6,5 nacimientos por mujer (Seiver, 1975), pero pese a ello, en una muestra de 2.000 mujeres Simmons sólo encontró a un 7 por 100 claramente a favor de las familias numerosas. Una amplia proporción de entrevistadas se mostraba incierta acerca de las ventajas y desventajas personales tanto de una familia grande como de una pequeña. Y en medio de esa indecisión, las familias tendían a crecer de tamaño. Sin embargo, una vez más, la ambivalencia parece haber sido precursora de una reducción de la fecundidad: en 1976 la tasa de fecundidad total había descendido en Méjico a menos de seis.

Algunos de los factores que en distintos momentos de la vida de una mujer pueden aumentar el sentimiento de ambivalencia son, entre otros, la identificación exclusiva del papel de la mujer con la reproducción (es decir, la ausencia de toda ayuda por parte del varón en la crianza de los hijos), falta de participación laboral de la

mujer fuera del círculo familiar inmediato, bajos niveles educativos, falta de comunicación entre marido y mujer, ausencia de posibilidades de movilidad social y un sistema de familia extensa en el que las parejas no precisan ser independientes económicamente para poder tener hijos. La mayoría de estos factores guardan relación con la dominación de las mujeres por los hombres. En suma, los incentivos en favor de una fecundidad elevada persisten a menudo aun después del descenso de la mortalidad porque constituyen algo que se da por supuesto, algo que forma parte de la vida misma de las personas. Es importante recordar, por otro lado, que, cualquiera que sea el nivel de motivación, por lo general es mucho más fácil conseguir una fecundidad alta que una fecundidad baja. Para el individuo medio el mantener reducido el tamaño de su familia requiere un alto nivel de deseo de que así sea.

PAISES CON ALTA FECUNDIDAD

Una vez que hemos analizado por qué la alta fecundidad puede persistir aun después de que la mortalidad haya descendido, podemos proceder a analizar tres países diferentes en los que se registra, en la actualidad, justamente esa situación: se trata de la India, de Ghana y de Kuwait. El caso de la India resulta especialmente interesante, ya que prácticamente cada una de las posibles explicaciones de la alta fecundidad que he indicado resulta aplicable al menos a alguna zona de ese país.

India

Como ya hemos visto en el Capítulo 3, la India es un país grande culturalmente diverso, en el que la fecundidad ha registrado niveles constantemente elevados. Davis (1951) ha estimado en cerca de 49 por 1.000 la tasa bruta de natalidad correspondiente a 1881-91. Existen indicios de que tras 1921 esta tasa experimentó algún descenso pasando en 1941 a ser de 45 por 1.000 aproximadamente. Los datos no son lo suficientemente fiables como para poder asegurar que este descenso tuviera lugar en la realidad. Pero si así fue no hay una explicación clara para ese descenso, ya que históricamente el uso de anticonceptivos ha sido muy limitado en la India. Davis señala, por ejemplo, que en un estudio realizado en 1941 en la ciudad de Kolhapur (población con casi 100.000 habitantes), sólo tres mujeres en una muestra de 1661 mujeres casadas utilizaban algún método anticonceptivo (1951:72). En 1951, tras un análisis exhaustivo de la población de la India y de Pakistán, Davis llegó a «la triste conclusión de que resulta poco probable un descenso inmediato y sustancial de la fecundidad en la India, salvo que se produzcan en la vida de este país cambios súbitos. imposibles de conocer o de prever ahora» (1951:82).

En 1958 Coale y Hoover concluyeron que sólo una fracción insignificante de la población de la India (la Integrada por el grupo muy reducido de las personas urbanas con alto nivel educativo) había optado, de forma estable, por un nivel bajo de fecundidad. Entre 1941 y 1961 las estimaciones realizadas sobre la tasa de natalidad de este país indican que se mantuvo en torno a un 45 por 1.000. Sin embargo las estimaciones referidas al periodo 1961-71 indican un ligero descenso de la tasa bruta de natalidad, que habría pasado a ser de 42 por 1.000. Este descenso correspondería a una disminución real de la fecundidad matrimonial de las mujeres indias, que podría ser resultado de los esfuerzos del gobierno por difundir técnicas de planificación familiar, y de modo especial la esterilización.

Sin embargo este descenso de la fecundidad quedó desbordado por un descenso mayor en la tasa de mortalidad y en consecuencia en los años sesenta la población de la India creció con más rapidez que nunca. Tras revisar los estudios realizados sobre la India, Mandelbaum señala que por lo general la mujer no conoce otra alternativa aceptable para ella que la de convertirse en esposa-madre (...) Con sólo unas pocas excepciones, su destino depende básicamente de su capacidad de procreación: tener hijos vivos y sanos constituye la señal de su éxito como persona. Las mujeres saben

que sus maridos pueden fallecer antes que ella y los hijos, sobre todo los varones, pueden constituir una fuente de apoyo en su vejez. Los varones, por su parte, argumentan a menudo que necesitan hijos varones que les ayuden a cultivar la tierra, aun cuando ésta sea poca. Pero por encima de todo, en una nación donde la riqueza material a la que la mayoría de la gente puede aspirar es escasa, los hijos pueden constituir una forma de alcanzar cierto status social y de expresar la capacidad creadora de sus progenitores.

Entre 1954 y 1960 se llevó a cabo un intenso programa de control de la natalidad en el estado de Punjab, conocido como el Khana, bajo el patrocinio de la Escuela de Sanidad Pública de la Universidad de Harvard, y con un coste superior al millón de dólares. Un seguimiento de este estudio realizado en 1969 demostró que dicho programa había constituido un fracaso. ¿Por qué? Tras analizar los datos del programa, se llegó a la conclusión de que ningún programa hubiera podido tener éxito, pues el control de la natalidad entraba en contradicción con los intereses vitales de la mayoría de los campesinos. Practicar la anticoncepción hubiera supuesto bordear deliberadamente el desastre económico. Sencillamente, si una persona no percibe que limitar el tamaño de su familia resulta claramente ventajoso no es probable que lo haga.

A finales de la década de 1970 aparecieron, sin embargo, señales más esperanzadoras indicativas de una ralentización de la tasa de crecimiento. Entre 1971 y 1978 se estima que la tasa de fecundidad total ha pasado de 5,67 a 4,95 y la tasa de crecimiento de la población parece haber quedado, en 1978, por debajo del 2 por 100 anual. Este descenso parece deberse, prácticamente por completo, a un aumento en el número de esterilizaciones voluntarias.

Tiene cierta importancia resaltar que si bien la fecundidad es alta en la India, con sólo unos cuantos signos recientes de tender a disminuir, sigue estando muy por debajo de lo que podría ser el nivel máximo biológico. En este país, en efecto, la tasa de fecundidad total es ligeramente superior a seis hijos por mujer, es decir, menos de la mitad de la registrada entre los Hutteritas. ¿Por qué no es aún más alto el nivel de fecundidad de la India? La respuesta a esta pregunta ha de buscarse en el entorno social en el que tiene lugar la reproducción. La procreación constituye sólo una de las actividades necesarias para el funcionamiento de la sociedad. Hay muchas otras instituciones, como la religión, la política y la educación, que también son importantes y las actividades referidas a otros aspectos de la vida social a veces entran en competencia o en conflicto, con la vida sexual o la procreación. En consecuencia prácticamente toda sociedad conocida cuenta con barreras sociales tendentes a impedir la maximización de la fecundidad, y la India no constituye una excepción a esta regla. En las distintas sociedades dichas barreras pueden consistir en el matrimonio tardío, en restricciones al matrimonio, en la definición de períodos en los que la relación sexual es tabú, o en toda una serie de costumbres que tienen por efecto mantener la fecundidad a un nivel más bajo del que, de otro modo, alcanzaría. Así, aun cuando los individuos no experimenten, conscientemente, la motivación de limitar el tamaño de sus familias, las instituciones sociales son las que evitan que éstas alcancen su nivel máximo potencial.

Estas presiones cruzadas operan a través de las variables intermedias. Por ejemplo, en la India existe la creencia de que la salud de un recién nacido corre peligro si su madre tiene un nuevo hijo demasiado pronto. En consecuencia en muchas regiones existe un tabú que impide a la madre tener relaciones sexuales durante varios meses (y a veces durante más tiempo) después de un parto. Ello hace que el espaciamiento de los hijos en la India sea, por término medio, de 3 a 4 años. Esto, por supuesto, hace que el número total de hijos que una mujer puede tener a lo largo de su vida sea menor. Las mujeres Hutteritas, en cambio, dejan un espacio mucho menor entre sus hijos (menos de 2 años por término medio; véase Sheps. 1965) y este hecho por sí solo explica por qué tienen en conjunto más hijos que las mujeres indias.

Se ha señalado también que existe en la India un “complejo de abuela embarazada”: una mujer que quede embarazada cuando ya sea abuela será objeto de sanciones sociales. Por otro lado, la idea generalizada es que, una vez acabado el período reproductivo de una pareja, debe cesar su relación sexual para evitar así todo posible riesgo de embarazo. (No resulta así sorprendente que sean justamente las mujeres que ya han completado su familia las primeras en prestarse a utilizar las técnicas anticonceptivas, tan pronto como se les habla de ellas.)

Así pues, las parejas indias pueden controlar su fecundidad si desean hacerlo. A fin de cuentas la continencia constituye una técnica común de control de la natalidad al alcance de cualquiera. Lo que sencillamente ocurre es que la mayoría de las parejas no está motivada en realidad para tener una familia reducida. Como ha escrito Davis: “Lo que resulta racional a la luz de la situación de una pareja puede ser totalmente irracional desde el punto de vista del bienestar de la sociedad” (1967:733).

El gobierno indio se ha mostrado cada vez más preocupado por la medida en que el bienestar nacional resulta afectado por el crecimiento demográfico y ha tomado medidas para tratar de forzar la esterilización “voluntaria” tras el tercer hijo. En el Capítulo 15 examinaremos esas medidas con más detalle; por el momento resulta suficiente indicar que los esfuerzos gubernamentales por limitar la natalidad encontraron una oposición violenta en 1976 que desembocó en la posterior caída del gobierno anti-natalista de Indira Ghandi.

Ghana

Ghana se encuentra situada en el África tropical occidental y como muchos países africanos se caracteriza por tener una de las tasas de mortalidad y de natalidad más altas del mundo. Si las tasas de mortalidad siguen disminuyendo sustancialmente en el continente africano sin una caída correlativa de la fecundidad, esta zona del mundo puede experimentar un crecimiento masivo de su población. Incluso ahora las tasas de natalidad superan en África a las de mortalidad lo suficiente como para que, con el ritmo de crecimiento actual, la población pueda duplicarse cada 24 años solamente.

En Ghana la tasa bruta de natalidad parece estar entre el 45 y el 48 por 1.000 y la tasa de fecundidad total entre 6,64 y 7,14 (US. Bureau of Census, 1977b). Se trata, ciertamente, de cifras increíblemente elevadas que llevan a pensar que tendrán que producirse en ese país cambios sustanciales antes de que la tasa de natalidad alcance niveles comparables a los de los países industrializados. Lo cierto es sin embargo que Ghana presenta un mayor grado de urbanización que los países vecinos; el 32 por 100 de su población reside en áreas urbanas. En éstas, y sobre todo en la capital Accra, el nivel de educación de hombres y mujeres tiende a igualarse y el estilo de vida tiende a occidentalizarse (lo que entre otras cosas incluye la limitación familiar). Con todo, los cambios son muy lentos y en 1966, según los datos de una encuesta, sólo el 11 por 100 de todas las mujeres residentes en Accra conocía algún método de control de la natalidad, porcentaje que entre las mujeres con al menos algunos años de escolarización subía al 28 por 100 y entre la élite urbana más educada al 65 por 100.

En enero de 1970 se creó en Ghana un Programa Nacional de Planificación Familiar, pero a la altura de 1976 sólo el 2 por 100 de las mujeres casadas utilizaban regularmente algún método anti-conceptivo (U.S. Bureau of Census, 1977b). Si la fecundidad sigue siendo elevada en Ghana es porque la mayoría de las parejas quieren tener familias grandes. En una encuesta realizada en 1966, el 63 por 100 de los varones y el 49 por 100 de las mujeres entrevistados en Accra declararon desear cinco o más hijos. En las zonas rurales el 78 por 100 de las mujeres querían tener cinco o más hijos y prácticamente ninguna deseaba tener menos de cuatro hijos. Entre los varones residentes en zonas urbanas sólo el 8 por 100 deseaba, en Ghana, tener menos de cuatro hijos, comparado con el 43 por 100 en Taiwán, el 34 por 100 en Pakistán y el 83 por 100 en Estados Unidos. Los escasos indicios existentes respecto de un potencial descenso de la fecundidad se registran entre una élite

relativamente pequeña situada en los estratos ocupacionales altos (profesionales, administradores y ejecutivos); entre sus componentes, un 60 por 100 deseaba una familia con menos de cinco hijos.

Aunque resulta difícil desenmarañar las causas y los efectos, el crecimiento demográfico rápido y la inestabilidad política parecen ir de la mano en los países menos desarrollados como Ghana. Este país fue, en efecto, la primera colonia del Africa tropical que alcanzó la independencia. En 1951 el gobierno británico permitió un autogobierno interno limitado y en 1957 concedió la independencia. Tras haber llevado a su país hasta ella, el presidente Nkrumah estableció un sistema autoritario. Fue derrocado en 1966, cuando se encontraba visitando Hanoi, siendo reemplazado por un gobierno militar que rigió los destinos del país hasta 1969, fecha en que el Dr. Busia ganó las elecciones, convirtiéndose así en primer ministro. Bajo el gobierno de Busia se estableció una política demográfica basada en el apoyo gubernamental a la planificación familiar. Un golpe militar, sin embargo, derrocó a Busia cuando éste se encontraba en Londres, en 1972. Una tal inestabilidad política no proporciona el contexto más adecuado para el desarrollo económico, al tiempo que el rápido crecimiento demográfico contribuye a agravar problemas como el del desempleo. La población, en efecto, duplicó su tamaño entre 1950 y 1976, estimándose que el desempleo aumentó de forma paralela en un 25 por 100.

Kuwait

Kuwait, pequeño país de Oriente Medio productor de petróleo, es uno de los países más ricos del mundo. Desde 1945 ha experimentado uno de los aumentos de renta más espectaculares de todos los conocidos en el mundo. Tiene también niveles bajos de mortalidad y muy altos de fecundidad (es decir, los niveles de fecundidad típicos de los países árabes). En la actualidad el número medio de hijos por mujer es de unos siete, y casi todos ellos llegan a adultos. Esta combinación de baja mortalidad y alta fecundidad origina uno de los niveles de incremento demográfico natural más altos del mundo. La población de Kuwait sigue siendo pequeña (1,3 millones en 1979), pero de no producirse un descenso dramático de la fecundidad se duplicará cada 19 años.

La alta fecundidad no es, en Kuwait, resultado de la ignorancia o de la no disponibilidad de anticonceptivos. Las mujeres que tienen ya familias grandes han utilizado, durante años, la píldora o el DIU porque tras varios embarazos se sienten «saturadas». Todo kuwaiti tiene derecho a asistencia médica gratuita y puede obtener anticonceptivos gratis. La pregunta, lógicamente, es que motivación puede sin embargo existir para tener familias reducidas en una sociedad fuertemente pro-natalista en la que toda la educación (desde la primaria a la universitaria) es gratuita, en la que toda la asistencia médica y farmacéutica es asimismo gratuita, en la que los padres reciben un subsidio por cada hijo/a que asiste a la escuela primaria, y en la que cada ciudadano tiene prácticamente garantizado un puesto de trabajo. Kuwait constituye un prototipo de “Estado de bienestar” , desde el nacimiento hasta la defunción, con un amplio sistema de seguridad social. Allí las parejas tienen la posibilidad de mejorar su nivel de vida y, al mismo tiempo, de tener familias numerosas.

Las presiones pro-natalistas se ven reforzadas por la dominación masculina sobre las mujeres y por la amplia diferencia de edad entre maridos y mujeres. así como por las escasas oportunidades existentes para las mujeres fuera de la vida familiar.

Ahora bien, por intensas que tales presiones puedan ser, resultan no obstante insuficientes para explicar, por sí solas, la existencia continuada de una elevada fecundidad, pues sabemos que las costumbres sociales pueden ceder ante un cambio en las circunstancias sociales y económicas. Lo que parece ocurrir es que la rápida acumulación de riqueza, generosamente distribuida en la sociedad, no constituye precisamente una motivación para tener familias pequeñas, al menos no a corto plazo. Kuwait proporciona así una importante lección a la hora de explicar la alta fecundidad:

no son sólo los pobres los que tienen hijos. ¿Qué es entonces lo que motiva a la gente para tener familias pequeñas o para no tenerlas en absoluto? Esta es una de las cuestiones más importantes con las que se enfrenta el mundo.

EXPLICACIONES DE LA BAJA FECUNDIDAD

La mayoría de las explicaciones de la baja fecundidad parten de la idea, de corte darwiniano, de la supervivencia de los más dotados (idea, dicho sea de paso, que Darwin derivó de los escritos de Malthus.. La explicación generalmente ofrecida es que si en una sociedad escasean los recursos considerados deseables, si la gente, para obtener algunos de esos recursos, tiene que reajustar su comportamiento demográfico, lo hará. Este es el componente básico de la teoría del cambio y de la respuesta demográficos que vimos en el Capítulo 2. En algunos casos la respuesta demográfica adecuada consiste en limitar el tamaño de la familia y la historia enseña que el deseo de adquirir riqueza y prestigio constituye a menudo la motivación de una respuesta demográfica que, entre otras cosas, incluye por supuesto la limitación del tamaño familiar.

Riqueza, prestigio y fecundidad

Históricamente los factores socio-económicos vinculados de forma más persistente con la fecundidad son la riqueza y el prestigio (los cuales a su vez guardan relación con el poder). Un estudio de las sociedades primitivas ha puesto de relieve que el control de la población guardaba relación con la lucha por el poder y el prestigio, que se plasmaba a veces en un énfasis sobre la alta fecundidad (el poder puede depender de la cantidad) más que sobre la baja fecundidad. Sin embargo, en las sociedades urbanas industriales de los siglos XIX y XX el prestigio y la riqueza tienden a estar asociados con la baja más que con la alta fecundidad. Esta inversión de la relación puede resultar desconcertante a primera vista. Después de todo, podría pensarse que a medida que la gente adquiere riqueza y prestigio tiende a tener más hijos, ya que presumiblemente puede permitírselo. En Kuwait, por ejemplo, el alto nivel de ingresos está contribuyendo a mantener elevada la tasa de natalidad. Pero Kuwait es una excepción. La clave parece estar en la disponibilidad de los recursos. En la mayoría de los países la riqueza y el prestigio constituyen bienes sociales y económicos escasos: quien quiera lograrlos tiene que aceptar algún tipo de sacrificio si quiere imponerse a sus competidores. Uno de estos sacrificios es renunciar a una familia grande. En 1938 un inglés lo expresaba sucintamente del modo siguiente: “en nuestro actual sistema económico, y dejando la suerte a un lado, existen dos formas de prosperar: una es mediante la capacidad, y la otra mediante la infecundidad. Está claro que de dos hombres igualmente capaces, uno con un solo hijo y otro con ocho hijos, el que tiene un solo hijo es el que tiene más probabilidades de ascender en la escala social”.

Así pues, la adquisición de riqueza puede exigir tener una familia pequeña, mientras que el tener ya riqueza permite, e incluso fomenta, tener una familia mayor. A menudo las personas que han controlado el tamaño de su familia para poder así adquirir riqueza y posición cuando alcanzan su objetivo (si es que lo logran) han pasado ya sus años reproductivos; o bien se han acostumbrado a una familia pequeña y deciden no tener más hijos pese a poder ahora permitírselos. Este desfase en la sincronización de riqueza y fecundidad constituye un importante elemento a tener en cuenta al repasar las explicaciones de la baja fecundidad.

Estudio tras estudio, los demógrafos han podido comprobar que en los países industrialmente desarrollados las clases medias, de forma particular, tienen una fecundidad mucho más reducida que las clases bajas.

Ingresos y fecundidad

En 1978 el U.S. Census Bureau preguntó a Las mujeres norteamericanas el número de niños que habían tenido ya. De esos datos podemos inferir que cualquiera que sea la edad de las esposas, y tanto si éstas trabajan como si no, cuanto mayor es la cantidad de dinero de que dispone la familia, menor es el número de hijos nacidos hasta la fecha de la encuesta. Cuando la esposa trabaja el impacto sobre la fecundidad es mayor. En cada nivel de ingresos cada 1.000 mujeres de 30 a 39 años que trabajan han tenido por término medio unos 400 hijos menos que cada 1.000 mujeres de esas mismas edades que no trabajan. La diferencia más amplia se da entre las esposas que trabajan y tienen ingresos elevados (y que han tenido 1.521 hijos por cada 1.000 de ellas) y las esposas que no trabajan y tienen ingresos bajos (2.900 hijos por cada 1.000 de ellas). Sencillamente, la fecundidad entre estas mujeres más pobres y que no trabajan era superior en un 91 por 100 a la de las mujeres que trabajan y que tienen ingresos elevados.

Ocupación y fecundidad

En los países industrializados las personas que desempeñan las ocupaciones más prestigiosas tienen menos hijos que las que tienen ocupaciones de menor prestigio. Existen pocas excepciones a esta generalización, y el caso de Estados Unidos no es una de ellas. Los niveles máximo y mínimo de fecundidad se encuentran en los dos extremos de la escala ocupacional: las mujeres de los profesionales tienen, por ejemplo, entre los 30 y los 39 años, un hijo menos, como poco, que las mujeres de los granjeros de esas mismas edades. En las edades jóvenes existen claras diferencias entre las mujeres de trabajadores de cuello azul y de cuello blanco: las primeras registran niveles de reproducción claramente más elevados.

Si consideramos el número de hijos esperados en vez del número de hijos tenidos hasta la fecha, se produce una interesante variación en los datos: las mujeres de los profesionales declaran esperar tener un número de hijos ligeramente superior al que indican las mujeres de otros trabajadores de cuello blanco. Esto parece sugerir que, como ha sido observado por un número creciente de investigadores, la relación entre fecundidad y nivel de ingresos es más complicada de lo que a primera vista parece. Con datos referidos a Suecia, Bernhardt (1972) descubrió que si bien existe una clara tendencia a que las familias más pequeñas se den en la clase media, dentro de cada clase social cuanto mayor el nivel de ingresos en relación con otros individuos pertenecientes a la misma clase, mayor el tamaño de la familia (10% datos fueron controlados por la edad y la duración del matrimonio).

En otras palabras, dentro de cada clase social, aquellos que se encontraban en un lugar más alto de la escala tenían familias más grandes que los que ocupaban lugares más bajos. Esto puede ser quizá interpretado en el sentido de que los que están más arriba se sienten satisfechos con su nivel de ingresos y deciden ceder a las presiones pronatalistas, mientras que los que están más abajo siguen esforzándose por mejorar su posición relativa y, en consecuencia, aceptan limitar el tamaño de su familia. Venieris (1979) ha analizado datos referidos a Estados Unidos para el periodo 1970-1973, llegando a resultados que apuntan a esta misma conclusión.

Como sin duda resulta obvio a estas alturas para el lector, la relación posible entre riqueza y fecundidad es la que ha predominado a la hora de buscar explicaciones a la motivación para tener familias reducidas. Los distintos investigadores han utilizado diferentes enfoques al investigar dicha relación. Consideraremos a continuación los dos más importantes: el económico y el sociológico.

EL ENFOQUE ECONÓMICO

En 1960 Gary Becker, economista de la Universidad de Chicago, efectuó un análisis económico de la fecundidad. En su teoría los hijos aparecen tratados como bienes de consumo cuya adquisición requiere, de los padres, tiempo y dinero. Supone

además Becker que cada pareja practica una racionalidad económica perfecta y un control de la natalidad asimismo perfecto en cuanto a su efectividad. A partir de ahí, y basándose en la teoría micro-económica clásica, sostiene que cabe hallar para cada Individuo una función de utilidad que exprese la relación entre el deseo de la pareja de tener hijos y todos los demás bienes y actividades que compiten con éstos por el tiempo y el dinero de los padres. Es importante resaltar que se toma en consideración tanto el tiempo como el dinero, ya que si este último constituyese el único criterio, entonces cabría esperar (en una sociedad con presiones pro-natalistas) que, a más dinero, mayor número de hijos. Sin embargo, sabemos ya que en la mayoría de las sociedades, y de modo especial en los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, son justamente los que en peor situación económica se encuentran los que tienden a tener más hijos.

Al introducir en el cálculo el factor tiempo, así como el reconocimiento implícito de que la clase social determina los gustos y el estilo de vida de las personas, la teoría económica se centra en la consideración del ajuste entre cantidad y calidad de hijos. En el caso de las personas en peor situación económica cabe suponer la existencia de bajas expectativas para los hijos: en consecuencia el coste de los mismos alcanza su valor mínimo. En el caso de las personas pertenecientes a los estratos económicos más elevados cabe suponer la existencia de expectativas más altas para los hijos lo que implica una inversión de tiempo y dinero elevada para cada uno de ellos. Esta teoría supone también que los padres pertenecientes a esos estratos tienen más oportunidades de comprar cosas y de dedicarse a actividades que requieren tiempo. Por lo tanto, para poder tener el tipo de hijos que desean han de limitar forzosamente su número.

El enfoque económico de la fecundidad contiene intuiciones que resultan muy sugerentes, pero sus defensores parten a veces de supuestos respecto del comportamiento humano insostenibles. Por ejemplo, no todas las personas se comportan de acuerdo con el mismo tipo de racionalidad, todas las parejas no hacen un uso perfecto de los anticonceptivos, ni todas comparten los mismos sentimientos respecto de los hijos. Sin embargo parece razonable teorizar que la gente se siente motivada a tener familias pequeñas porque de tener familias grandes tendría que renunciar a cosas que desea demasiado. Como ha escrito Turchi al repasar las teorías económicas de la fecundidad, "para quien sospeche, como hago yo, que el coste total de los hijos constituye un factor decisivo en la determinación del tamaño de la familia, resulta importante poder contar con teorías que expliquen la manera en que las normas y las preferencias relativas a la procreación afectan a la demanda de hijos (1975:113). A lo que Turchi implícitamente se refiere es a los factores sociológicos que vinculan al individuo con la estructura económica y social. Es decir, aquellos factores que determinan la manera en que, a partir de la interrelación recibida del entorno social y económico, los seres humanos llegan a la formulación de decisiones.

EL ENFOQUE SOCIOLÓGICO

El enfoque sociológico enfatiza el hecho de que han de producirse cambios en la sociedad para que la gente se sienta motivada a pasar de un comportamiento conducente a una alta fecundidad a otro que implique una fecundidad baja. ¿Cuáles pueden ser esos cambios? Davis (1963; 1967) ha sugerido que las personas se sentirán motivadas a posponer el matrimonio y a limitar los nacimientos dentro del mismo si las oportunidades económicas hacen que les resulte ventajoso actuar así. Sostiene además que el tener hijos, per se, rara vez constituye un fin en si mismo; por lo general constituye un medio para lograr algún otro fin tal como satisfacer el ego, cumplir los roles sexuales, continuar una línea de descendencia, continuar la herencia de propiedades, asegurar económicamente la vejez, asegurar la mano de obra futura de la familia o responder a la supuesta demanda de una deidad. Si los fines considerados importantes cambian, o si los medios disponibles para lograr esos fines

cambian (por ejemplo, dinero en lugar de hijos), entonces el deseo de tener hijos puede experimentar variaciones.

A medida que cambia toda una estructura social, o que lo hace la posición de una persona dentro de la estructura social, los fines o creencias que los individuos tienen en su mente cambian, y asimismo cambian sus motivaciones para tener hijos. Sabemos, por ejemplo, que a medida que aumenta el nivel de educación tiende también a aumentar el nivel de riqueza y de prestigio (véase Capítulo 9) y a disminuir el número de hijos. Todo parece indicar que la educación confiere una mayor capacidad para adquirir riqueza y prestigio y esto entra en competencia con la procreación, pues durante muchos años los hijos son consumidores de recursos más que productores de recursos. Este principio parece operar en aquellos individuos que tratan de experimentar un proceso de rivalidad social ascendente dentro de la sociedad, o que tratan de evitar un descenso social, es decir, una pérdida relativa de status social y económico.

Por supuesto, las motivaciones en favor de la baja fecundidad no aparecen de forma mágica simplemente porque se aspire a conseguir riqueza, o porque se tenga una educación universitaria o porque se sea hijo único y se quiera tener también una familia pequeña. Las motivaciones en favor de la baja fecundidad surgen de nuestra comunicación con otras personas y con otras ideas. La conducta referida a la fecundidad, como toda otra conducta, está en gran parte determinada por la información que recibimos y procesamos y a partir de la cual actuamos. Las personas y las ideas con las que interactuamos en nuestra vida diaria configuran nuestra existencia como criaturas sociales. Al tratar de explicar la baja fecundidad no se ha puesto, realmente, el énfasis preciso en esos factores. En este sentido el estudio de la teoría de la transición demográfica realizado por Ansley Coale en 1973 constituye una de las primeras excepciones. Coale trató de establecer cual habría de ser la percepción cotidiana del mundo, por parte de los individuos, que hiciera posible la limitación consciente de la fecundidad. En su revisión de la teoría demográfica establece este autor la existencia de tres pre-condiciones para que se produzca un descenso sustancial de la fecundidad: (1) la aceptación de la elección calculada como elemento válido en la determinación de la fecundidad matrimonial; (2) la percepción de ventajas en una fecundidad reducida; y (3) el conocimiento y dominio de técnicas efectivas de control de la natalidad (Coale, 1973). Según Coale los cambios sociales que dan lugar a un descenso de la mortalidad originan, además, un cambio en la fecundidad sólo si se dan dichas tres pre-condiciones. Estas, por otro lado, pueden darse incluso en ausencia de todo descenso en la mortalidad. Los factores causales básicos que determinan su presencia, o no, incluyen las tradiciones y hábitos de pensamiento no medidos (Hurch, 1975:132).

Estas pre-condiciones de Coale comprenden, implícitamente, tanto el enfoque económico como el sociológico de la baja fecundidad. La primera y segunda pre-condiciones guardan relación con la forma en que una persona percibe su entorno social, lo cual constituye un fenómeno esencialmente sociológico. La aceptación de la elección calculada (primera pre-condición) queda reflejada en el siguiente ejemplo, referido a la Norteamérica contemporánea: en un estudio de mujeres de clase baja con familias numerosas realizado en San Luis (Missouri) a finales de los años cincuenta, Rainwater llegó a la conclusión de que la falta de anticoncepción efectiva, tan frecuente en este grupo de personas, no se debe simplemente a ignorancia o error sino que responde a personalidades, visiones del mundo y estilos de vida particulares (...) que se resisten a admitir elementos extraños tales como la planificación consciente y el uso de técnicas anticonceptivas teñidas de una fuerte carga emocional (1960: 167- 168). La segunda pre-condición de Coale, relativa a la percepción de ventajas en una familia más pequeña, sintetiza los argumentos básicos del enfoque económico y del sociológico. La tercera pre-condición, por último, guarda relación con las variables intermedias examinadas en el Capítulo 4, es decir, con las técnicas que pueden limitar la fecundidad.

PAISES CON BAJA FECUNDIDAD

Con la ayuda de estas explicaciones de la baja fecundidad podemos ahora tratar de describir y entender los tres casos más espectaculares de descenso a largo plazo de la fecundidad junto con un aumento paralelo del nivel de vida: los casos de Inglaterra, Japón y Estados Unidos. Antes, sin embargo, he de indicar que en Inglaterra, como en otras partes de Europa, el inicio de un descenso potencial de la fecundidad puede muy bien haberse producido antes de que la Revolución Industrial diese lugar a un aumento espectacular del nivel de vida. Existen datos que indican que la retirada (o coitus interruptus) era utilizado, en Inglaterra, para reducir la fecundidad matrimonial a finales del siglo XVII y comienzos del XVIII; éste parece también haber sido el principal método utilizado para conseguir un descenso constante de la fecundidad matrimonial en Francia a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Con toda probabilidad, el aborto era también muy frecuente (Wrigley, 1974). Por otro lado, el hecho de que en el período preindustrial las tasas de natalidad fuesen mucho más elevadas en las colonias europeas de América que en Europa parece indicar que en esta última el control de la fecundidad era ampliamente aceptado y practicado.

Inglaterra

La enorme conversión económica y social que la industrialización supuso tuvo lugar en Inglaterra antes que en ninguna otra parte. En la primera mitad del siglo XIX Inglaterra se encontraba ya de lleno en la Era del Maquinismo. Sin embargo, para el trabajador medio sólo a partir de la segunda mitad de dicho siglo se produjeron aumentos sostenidos en el salario real. Durante la primera parte del siglo XIX las guerras napoleónicas triplicaron la deuda nacional en Inglaterra, dando lugar a un aumento de los precios de hasta un 90 por 100 sin que aumentase la producción. Tenemos así que a lo largo de toda la vida profesional de Malthus su país padeció un nivel sustancial de inflación y de inestabilidad laboral. Estas condiciones relativamente adversas contribuyeron sin duda alguna al descenso general de la tasa de natalidad que tuvo lugar durante la primera mitad del siglo. Tras 1850 las condiciones económicas mejoraron considerablemente; la primera respuesta a la nueva situación fue un aumento de la tasa de natalidad, seguido de un descenso a largo plazo.

En este periodo se dieron todas las pre condiciones señaladas por Ansley Coale para un descenso de la fecundidad: (1) la gente parecía haber aceptado la elección calculada como un elemento válido; (2) se percibía la existencia de ventajas en una fecundidad baja; y (3) se conocían medios efectivos de controlar la natalidad. Como ya he indicado antes, los británicos estaban ya acostumbrados a pensar en términos de limitación familiar, de posposición del matrimonio y de continencia, y el coitus interruptus dentro del matrimonio era conocido como medio eficaz de reducir la fecundidad. Así pues, en la segunda mitad del siglo XIX la motivación para limitar el tamaño de la familia surgió de la existencia de un número cada vez mayor de hijos supervivientes combinada con la aspiración de lograr niveles de vida más elevados. En realidad la fecundidad aumentó, en Inglaterra, antes de descender. Al haber menos familias rotas por la defunción de uno de los cónyuges, y al producirse un aumento del nivel real de Ingresos (que permitía contraer matrimonio antes), las tasas de natalidad hubieron de experimentar lógicamente, un aumento hasta que los individuos lograron ajustar su comportamiento reproductivo a la nueva situación demográfica y económica. Esto queda reflejado en la tasa neta de reproducción, que mide el número medio de hijas nacidas a cada mujer que lograron sobrevivir hasta la edad adulta (una cifra de 1 significa que tiene lugar un reemplazo generacional exacto) En 1841 la tasa neta de reproducción era de 1,35, aumentando a 1, en 1881.

Es importante observar que la restricción de la fecundidad supuso, en muchos sentidos, un retorno a pautas pre-industriales, por ejemplo en lo relativo al hecho de que por término medio las parejas de cada generación tenían dos hijos que llegaban a adultos. Tenemos así que, como vimos al tratar de las teorías de la baja fecundidad, el descenso de la mortalidad produjo cambios en la vida de los individuos que requirieron una respuesta por parte de éstos. Los británicos reaccionaron fundamentalmente disminuyendo su fecundidad, si bien la emigración jugó también un papel destacable.

La tesis ya familiar de Banks es que el aumento del nivel de vida en Inglaterra especialmente entre las clases medias, dio lugar a un descenso de la fecundidad al (1) aumentar las expectativas de movilidad social ascendente, (2) al crear el temor de quedar socialmente rezagado (había que estar a la altura de los vecinos) y (3) al redefinir el rol de la mujer (que pasa de ser ama de casa a convertirse en el frágil lujo del varón de clase media).

Si bien es cierto que la tasa de natalidad disminuyó más rápidamente entre las clases altas inglesas que entre las bajas, también es verdad que al menos hacia 1876 todos los sectores de la sociedad inglesa estaban experimentando un descenso de la fecundidad. Desde entonces la fecundidad ha mantenido una suave tendencia descendente, con solo dos interrupciones: tras la Segunda Guerra Mundial, y más tarde a finales de los años cincuenta y comienzos de la década de 1960. Desde 1964, aproximadamente, la tasa de natalidad reemprendió su marcha descendente y desde 1973 Inglaterra ha alcanzado el crecimiento demográfico cero.

Japón

Durante el siglo XIX, bajo la influencia del shogunato Tokugawa, Japón desarrolló una economía aislada y autosuficiente basada en el comercio más que en el cultivo de la tierra. Los japoneses asimilaron ideas y tecnologías de China y de Corea y establecieron una economía comercial similar a la que se había desarrollado en Europa, pero independiente de ella. El período de despegue real del desarrollo económico japonés tuvo lugar, sin embargo, en 1878-1900 tras la restauración Meiji. Quizá no por azar, ese despegue tuvo lugar después del restablecimiento de relaciones con Europa. En 1920 tanto la tasa de natalidad como la de mortalidad comenzaron a descender (Muramatsu, 1971). El descenso en la fecundidad fue conseguido fundamentalmente mediante el recurso al aborto y la utilización de condones, de fabricación japonesa. La mortalidad, sin embargo, disminuyó más rápidamente que la fecundidad y en consecuencia la población aumentó rápidamente en tamaño, registrándose al mismo tiempo una alta tasa de urbanización como consecuencia de la emigración desde el campo a las ciudades. El crecimiento poblacional fue estimulado a comienzos del siglo XX por la política pronatalista e imperialista del gobierno japonés.

Japón, como Inglaterra, contaba con una larga tradición de concienciación general respecto de las cuestiones demográficas. Existen pruebas claras de que la mortalidad y la fecundidad eran ya bajas en Japón, para los estándares mundiales, en fecha tan temprana como el siglo XVII. Todo parece indicar que la fecundidad se lograba mantener baja como consecuencia de la posposición del matrimonio y del recurso al aborto. Pero nuestro interés, respecto de la situación demográfica de Japón, se centra menos en lo que ocurrió antes de la Segunda Guerra Mundial que en el espectacular descenso de la fecundidad de la posguerra. Entre 1947 y 1957 la tasa bruta de natalidad disminuyó en un 50 por 100 pasando de 34,3 a 17,2 por 1.000. Visto desde el ángulo de la tasa de fecundidad total (que constituye una medida aproximada del número medio de hijos por mujer), el descenso resulta igualmente espectacular: en 1947 la tasa de fecundidad total era de unos 4,5 hijos por mujer, y en 1957 de tan sólo 2,0, valor éste inferior al del nivel de reemplazo. Así pues, en el espacio de sólo una década la actividad reproductora se redujo a la mitad, principalmente mediante el recurso al aborto provocado. Anteriormente el aborto era ilegal: la Ley de Protección Eugenésica de 1948 hizo posible la práctica legal de abortos. En realidad, el propósito

de esta ley no era reducir el crecimiento demográfico, sino proteger la salud de las mujeres eliminando la necesidad de recurrir a abortos clandestinos, cuyo número había experimentado un continuo aumento. Durante ese período el condón siguió siendo un anticonceptivo muy utilizado, y asimismo se produjo un ligero aumento en la edad femenina de contraer matrimonio (Kobayashí, 1969). Desde 1955 el uso de anticonceptivos ha aumentado de forma constante, y en la actualidad constituye la razón principal del mantenimiento de la baja fecundidad. El condón y la retirada o coitus interruptus es decir los métodos llamados tradicionales son los que predominan en Japon; ni la píldora ni el DIU han alcanzado una aceptación similar a la obtenida en Europa y en Estados Unidos.

Como inciso, sin duda interesante cabe señalar el increíble impacto social que una antigua superstición puede seguir teniendo entre una población moderna racional. Me estoy refiriendo al caso del Año del Caballo Fogoso. En 1966 que era el Año del Caballo Fogoso, la tasa de natalidad registró una súbita caída que sólo duró ese año. Según una extendida superstición japonesa. las niñas nacidas en tal año (que se repite cada 60 años) tienen un carácter turbulento, pudiendo incluso llegar a matar a sus maridos. En consecuencia, las mujeres nacidas en un Año del Caballo Fogoso resultan difíciles de casar. Por ello en 1966 muchas parejas evitaron tener descendencia. Esto se consiguió recurriendo básicamente a la anticoncepción más que al aborto. Ahora bien, en 1906 (otro Año del Caballo Fogoso) la fecundidad disminuyó asimismo dramáticamente; pero entonces los medios anticonceptivos modernos no existían.

Estados Unidos

Hacia el año 1800, cuando Malthus escribía su Ensayo sobre la población, se encontró con que la tasa de natalidad en Norteamérica era llamativamente elevada y dedicó algunos comentarios a esas familias numerosas de la frontera sobre las que había leído varias referencias. Se estima, en efecto, que el número medio de hijos por mujer en la América colonial era de unos ocho. Probablemente no sea exagerado decir que al principio de la historia de Estados Unidos la fecundidad fue mayor de lo que lo había sido nunca en cualquier país europeo. Los primeros datos disponibles respecto de la población norteamericana no son muy fiables, pero, en 1963, Ansley Coale y Melvín Zelnick efectuaron nuevas estimaciones de la tasa bruta de natalidad en Estados Unidos desde 1800. En esa fecha, y según dichos cálculos, la tasa bruta de natalidad era de casi 55 por 1.000. es decir, superior a la que se registra hoy día en la mayoría de los países no desarrollados. Incluso en 1855 la tasa bruta de natalidad era en Norteamérica de 42,8 por 1.000 es decir, comparable a la que tenía la India a comienzos de la década de 1970. Sin embargo, la tasa de natalidad había comenzado claramente ya a descender rápidamente y así hacia 1870 presentaba los mismos bajos niveles que los países europeos. Este descenso se mantuvo prácticamente inalterado hasta después de la Gran Depresión de los años treinta de este siglo, periodo durante el cual la natalidad descendió bruscamente a unos niveles que sólo en fechas recientes han vuelto a rozarse. ¿Por qué tuvo lugar esa brusca caída?

Como ya vimos en el Capítulo 3, casi todos los que emigraron voluntariamente a Norteamérica eran europeos. Así pues, los individuos que compusieron la población estadounidense en los primeros años de su historia procedían de un entorno social en el que la limitación de la fecundidad era conocida y practicada. A pesar del desplazamiento hacia la frontera occidental, en el siglo posterior a la independencia, Estados Unidos experimentó un rápido crecimiento urbano y comercial. Por razones muy similares a las de los europeos los norteamericanos redujeron su fecundidad en parte como respuesta a la caída de la mortalidad y en parte como respuesta al aumento de las oportunidades para mejorar sus condiciones de vida. La baja fecundidad fue resultado de un aumento en la edad media de contraer matrimonio y de distintos medios de controlar la natalidad dentro del matrimonio. La continencia y el

coitus interruptus constituyeron, sin lugar a dudas, medios importantes en la reducción del tamaño familiar, y resulta asimismo probable que el aborto provocado jugara algún papel a este respecto (Sanderson, 1979). Tras la Primera Guerra Mundial se generalizó el uso de condones, tanto en Estados Unidos como en Europa; junto con el coitus interruptus y la continencia se encuentra en la raíz de la baja fecundidad regisada durante la Depresión (Hímes, 1976).

En los años treinta el lavado vaginal era también un método muy utilizado en Estados Unidos, si bien, como ya vimos en el Capítulo 4, su eficacia anticonceptiva es relativamente limitada. Su utilización indica en todo caso la existencia de una motivación en favor del control de la natalidad que podía concretarse en un mayor cuidado a la hora de evitar embarazos (por ejemplo, eludiendo las relaciones sexuales sin ninguna protección en la mitad del ciclo, cuando el riesgo de concepción es más alto). Se estima por otro lado que el porcentaje de mujeres que en esas fechas utilizaban algún método anticonceptivo fluctuaba entre el 42 y el 95 por 100 (Hímes, 1976:343). Resulta interesante observar que el condón, como el coitus interruptus y la continencia, requiere la iniciativa o la cooperación del varón, cosa que no ocurre con la mayoría de los métodos modernos.

Durante la Depresión la fecundidad alcanzó niveles inferiores a los equivalentes al reemplazo generacional. Esto no ocurrió únicamente en Estados Unidos, pero en este país dicha brusca caída vino a culminar el descenso más prolongado de la fecundidad que el mundo, hasta ahora, ha conocido. Se trataba, sin duda, de una respuesta a la inseguridad económica del periodo, sobre todo si se tiene en cuenta que esta inseguridad se producía inmediatamente después de un período de creciente prosperidad. El temor de una pérdida de posición social puede así haber constituido, con toda probabilidad, un motivo para mantener reducido el tamaño de la familia. La respuesta demográfica de muchas parejas norteamericanas fue aplazar su matrimonio y aplazar el tener hijos. Las encuestas Gallup realizadas a partir de 1936 indican que el tamaño medio ideal familiar era de tres hijos y que la mayoría de los norteamericanos quería tener entre dos y cuatro hijos. Así pues, parece que la gente tenía en la práctica menos hijos de los que en circunstancias ideales desearía poder tener.

En 1933 la tasa de natalidad alcanzó su punto históricamente más bajo, ya que las mujeres de todas las edades, con independencia del número de hijos ya habido, redujeron su nivel reproductivo. Pero a partir de 1934 las tasas de natalidad correspondientes al primer y al segundo hijos aumentaron progresivamente (lo que reflejaba a las personas que se casaban y tenían familias pequeñas), mientras que las correspondientes al tercer y cuarto hijos siguieron disminuyendo (lo que reflejaba el aplazamiento de una familia más amplia) hasta aproximadamente 1940. Coincidiendo con la entrada en guerra de Estados Unidos, a finales de 1941 y en 1942, se produjo una subida momentánea de la tasa de natalidad (originada por la salida para el frente de los maridos), seguida de un estancamiento durante los años de guerra. El final de la Segunda Guerra Mundial coincidió con uno de los más espectaculares y menos esperados fenómenos demográficos de la historia norteamericana: el "baby boom".

El "Baby boom": Resulta fácil de comprender que inmediatamente después de terminar una guerra, a medida que las familias y las parejas vuelven a estar reunidas, tenga lugar un aumento temporal de la tasa de natalidad, como recuperación del tiempo perdido. Y eso es lo que ocurrió tanto en Estados Unidos como prácticamente en todos los países implicados activamente en la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, y de forma sorprendente, el "baby boom" en Estados Unidos no duró uno o dos años, sino doce años. Durante la década de 1950 la tasa de natalidad siguió aumentando y la tasa de fecundidad total pasó de 2,19 en 1940 a 3,58 en 1957, lo que supone un aumento de casi 1,5 hijos por mujer.

Al "baby boom" contribuyó de forma importante el que tras la guerra las mujeres empezasen a casarse antes y a tener hijos más pronto, una vez casadas. Por ejemplo, en 1940 el primer hijo nacía por término medio cuando la madre tenía 23,2

años. Hacia 1960 dicha edad media había pasado a ser 21,8 años. Esto tuvo como consecuencia un mayor agrupamiento de nacimientos que, en años anteriores, se hubieran producido de forma más espaciada. Por otro lado, no sólo tenían las mujeres jóvenes hijos a edades más tempranas, sino que además las mujeres de más edad seguían teniéndolos a edades más avanzadas de lo hasta entonces usual, debido al menos en parte a que durante la Depresión y la guerra habían ido posponiendo su nacimiento. Tras la guerra muchas mujeres dejaron de posponer el tener hijos, incrementando así el número de nacidos en cada año.

¿Por qué tuvo lugar el “baby boom”? No tenemos una respuesta definitiva para esta pregunta, pero la explicación ofrecida por Easterlin (1968. 1978), y que en el Capítulo 2 consideramos bajo el rótulo de «hipótesis de los ingresos relativos», tiene una amplia aceptación. El análisis de Easterlin parte del hecho de que en Estados Unidos el descenso a largo plazo de la tasa de natalidad presenta un perfil desigual, con un descenso más rápido en unas épocas que en otras. En concreto, la disminución resulta ser más lenta en los períodos de mayor crecimiento económico. Sencillamente, si un joven encuentra fácilmente un trabajo bien pagado puede casarse y tener hijos; por el contrario, si encontrar trabajo es difícil tiene que posponer el matrimonio y los hijos. Resulta, por tanto, natural que se produjera el “baby boom” después de la guerra, dado que entonces la economía estaba creciendo rápidamente. Lo inusitado fue que la economía creció más rápidamente que en décadas anteriores y que la demanda resultante de mano de obra pudo ser satisfecha menos fácilmente que antes con la inmigración a consecuencia del fuerte carácter restrictivo de la legislación reguladora de la misma aprobada en los años veinte (véase Capítulo 7). Además, el número de jóvenes que buscaban trabajo era más bien pequeño como consecuencia de la baja natalidad de los años veinte y treinta. Por último, la demanda de mano de obra no podía ser cubierta con mujeres, dado el claro sesgo negativo respecto del trabajo de la mujer casada (y especialmente de la casada con hijos) existente entonces en Estados Unidos. En algunos estados existía incluso la prohibición legal de que las mujeres pudiesen desempeñar determinadas ocupaciones. Por supuesto, había mujeres, sobre todo solteras, que trabajaban, pero las oportunidades que se les ofrecían eran limitadas. En consecuencia, la expansión económica, la restricción de la inmigración, la existencia de una mano de obra escasa, y la discriminación contra el trabajo de la mujer vinieron en conjunto a suponer que los jóvenes que buscaban trabajo podían encontrar con facilidad posiciones bien remuneradas, casarse pronto y tener hijos. De hecho el nivel de ingresos aumentó tan rápidamente en Estados Unidos tras la guerra y a lo largo de la década de 1950 que resultaba relativamente fácil para las parejas conseguir el estilo de vida al que estaban acostumbradas, o incluso al que podrían moderadamente aspirar, y seguir teniendo dinero bastante para tener varios hijos.

Como ha indicado Campbell (1969), la tesis de Easterlin resulta coherente con la teoría del cambio y respuesta demográficos formulada por Davis. Según Davis, es el miedo a la privación relativa más que la amenaza de hambre o de privación total lo que constituye el estímulo subjetivo para la limitación de la fecundidad. El otro lado de la moneda es que, cuando la persona se siente más segura, el deseo de tener hijos puede volver a aflorar si las presiones pronatalistas siguen haciendo sentir su efecto.

En 1958 la tasa bruta de natalidad y la de fecundidad general registraron un claro descenso en Estados Unidos. Este cambio en sentido descendente se prolongó hasta finales de los años sesenta. Al principio esta disminución se debió simplemente al hecho de que la pauta relativa al matrimonio temprano y al menor espaciamiento de los hijos tocó fondo. Por otro lado, el número de mujeres en edades fértiles disminuyó también a medida que el relativamente pequeño número de niñas nacidas durante los años de la Depresión fueron haciéndose adultas. En ese momento, a comienzos de la década de 1960, nada hacía pensar en la aparición de una tendencia hacia familias más pequeñas. El tamaño ideal familiar para los norteamericanos se había mantenido básicamente constante entre 1952 y 1966, en torno a valores de 3,3 y 3,6 hijos. Pero

en 1967 Blake descubrió que en una encuesta nacional realizada el año anterior las mujeres jóvenes (es decir, las menores de 30 años) que indicaban dos hijos como el tamaño ideal de familia, eran más numerosas que en cualquier otra encuesta anterior desde principios de los años cincuenta. Este dato constituyó la primera prueba sólida de que el tamaño de familia deseado podría estar a punto de experimentar una reducción.

Toda una serie de factores sociales y económicos parecían sugerir, por otro lado, que la fecundidad podría seguir decreciendo aún durante algún tiempo. La tasa de crecimiento económico, por ejemplo, había disminuido y ya no había escasez de mano de obra. Como observó Norman Ryder: «En Estados Unidos las cohortes que ahora llegan a la edad adulta tienen mayor tamaño que sus predecesoras. En consecuencia crecieron en hogares más saturados de personas, asistieron a colegios desbordados de alumnos y amenazan ahora con inundar el mundo de trabajo. Quizá sus componentes tengan que posponer el matrimonio debido a la escasez de empleos o de viviendas, y tener un menor número de hijos. No constituye una coincidencia el que las cohortes de individuos que en Estados Unidos arrojan los niveles de fecundidad más altos de este siglo sean también aquéllas que tienen un tamaño más reducido».

Entre el comienzo de la década de 1960 y la mitad de la de 1970 la edad media de las mujeres norteamericanas al contraer matrimonio aumentó ligeramente y el número de hijos nacidos en total a las mujeres de 20 a 24 años disminuyó de forma regular (llegando en 1971 a ser inferior en un 27 por 100 a la cifra correspondiente a 1960). El periodo comprendido entre 1967 y 1971 resultó especialmente dramático: entre esas dos fechas el número total de hijos a tener a lo largo de su vida por cada mil mujeres con edades de 18 a 24 años disminuyó de 2.852 a 2.375. Entre 1971 y 1977 siguió disminuyendo, si bien más lentamente, hasta alcanzar un valor de 2.137 para luego, en 1978, subir a 2.166 (US. Bureau of Census, 1979d). Las expectativas en cuanto a número total de hijos de las mujeres de más edad disminuyeron también de forma drástica entre 1967 y 1977, pero la disminución se produjo más tarde en su caso que en el de las mujeres jóvenes. Las parejas jóvenes fueron, por supuesto, las que se vieron más influidas por la situación descrita por Easterlin.

Prácticamente todo el descenso de la fecundidad se debe a una disminución de la fecundidad matrimonial, básicamente como resultado de un uso más eficiente de los anticonceptivos y de un mayor recurso al aborto. A medida que la fecundidad ha disminuido lo ha hecho también el tamaño ideal de la familia. Los datos procedentes de encuestas Gallup recogidos por Blake (1974) indican, por ejemplo, que la proporción de mujeres blancas menores de 30 años que consideran dos hijos como el número ideal pasó de ser sólo el 16 por 100 en 1957 a ser el 57 por 100 en 1971. En 1978 más de la mitad de todos los norteamericanos entrevistados por la organización Gallup consideraba que dos hijos, o menos, constituía el tamaño ideal de la familia (si bien la mayoría correspondía a quienes contestaban «dos, y no a quienes indicaban que menos de dos»). Al reducirse el tamaño ideal de la familia se produce una erosión del apoyo a las familias grandes. En efecto, en 1945, recién acabada la Segunda Guerra Mundial, el 47 por 100 de los norteamericanos entrevistados consideraba ideal el número de cuatro o más hijos; en 1978 sólo el 17 por 100 expresaba esta opinión. Esta cifra seguía siendo, pese a todo, más alta que la correspondiente a Europa (donde sólo el 10 por 100 indicó como ideal ese tamaño de familia), pero más baja que la encontrada por Gallup en el Lejano Oriente (35 por 100), en América Latina (39 por 100) o en Africa (79 por 100).

Desde 1976 la tasa bruta de natalidad ha vuelto de nuevo a registrar un lento aumento, pasando de 14,6 nacimientos por cada mil habitantes en 1976 a 15.5 en 1979 (National Center for Health Statistics, 1979). La tasa de nupcialidad ha experimentado asimismo un incremento, lo que parece sugerir que nos hallamos ante una oleada de nuevos matrimonios (muchos de ellos probablemente pospuestos en años anteriores) y una correspondiente potencial remesa de primeros hijos. No está sin embargo aún claro que se trate simplemente de un mero efecto óptico producido

por miembros de la generación del baby boom o que, por el contrario, suponga la iniciación de un ciclo ascendente ocasionado por el menor tamaño de las cohortes posteriores al baby boom.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La alta fecundidad es explicada frecuentemente como resultado de la necesidad de asegurar el reemplazo de la sociedad, lo cual a nivel individual se manifiesta por medio de una amplia variedad de presiones pro-natalistas (como, por ejemplo, el deseo de tener hijos varones, o la necesidad de tener hijos que proporcionen brazos a la familia, y protección en la vejez). Por otro lado, la alta fecundidad puede persistir incluso después del descenso de la mortalidad como resultado de la situación de ambivalencia derivada de las recompensas sociales por tener muchos hijos, por un lado, y de la carga que éstos representan, por otro. En la India, Ghana y Kuwait la alta fecundidad puede ser explicada en base a las presiones pro-natalista y al no existir motivo alguno para variar de comportamiento.

Las personas esperan (y reciben) presiones de los otros para que tengan hijos, incluso en países de baja fecundidad como Estados Unidos. Por esta razón resulta a menudo difícil que la fecundidad disminuya cuando la mortalidad decae. Si el matrimonio y la procreación confieren prestigio cuando la mortalidad es elevada, ¿por qué no habrían de hacerlo cuando ésta es baja? El cambio de las normas sociales, en respuesta a los cambios en el entorno, puede ser lento, ya que el lazo de unión existente entre los niveles de mortalidad y de fecundidad no suele ser objeto de reconocimiento explícito y consciente.

Las teorías explicativas de la baja fecundidad enfatizan el papel de la riqueza y del desarrollo económico en la reducción de los niveles de fecundidad, si bien parece claro que esos dos factores, por sí solos, no constituyen razón suficiente para una disminución de la fecundidad. Cuando existen recursos escasos y deseados, la riqueza, el prestigio, la posición, la educación y otros factores relacionados con éstos contribuyen a menudo a hacer que disminuya la fecundidad, pues contribuyen a cambiar la forma en que las personas perciben y evalúan el mundo social y su lugar en él. Los seres humanos tienen una sorprendente capacidad de adaptación cuando se lo proponen. Cuando las personas creen que no tener hijos, o tener pocos, es lo que más les interesa, se conducen de forma que consiguen no tener, o tener pocos, hijos. La existencia de técnicas anticonceptivas refinadas hace que esto resulte más fácil, pero no son imprescindibles, como lo demuestra la historia del descenso de la fecundidad en Inglaterra, Japón y Estados Unidos.

A lo largo del tiempo muchas sociedades han demostrado que el nivel de fecundidad puede ser reducido si los individuos así se lo proponen; hasta hace muy poco, sin embargo, no hemos tenido la misma fortuna a la hora de controlar la fuerza de la mortalidad. Durante prácticamente toda la historia de la humanidad, las personas han estado a merced del entorno físico. Sólo en los últimos cien años los humanos hemos aprendido a controlar el riesgo de fallecer. El próximo capítulo analiza las teorías y los hechos relativos a la mortalidad.

CAPÍTULO 6

- Mortalidad
- Componentes de la mortalidad
 - Duración de la vida.
 - Longevidad.
 - Factores sociales.
- Causas de la mortalidad
 - Degeneración.
 - Enfermedades contagiosas.
 - Productos del entorno económico y social.
- La medición de la mortalidad
 - La tasa bruta de mortalidad.
 - Tasas de mortalidad específicas por sexo y edad.
- Diferencias en la mortalidad por clase social
 - Ocupación.
 - Ingresos\educación.
 - Raza y etnia.
- Diferencias en la mortalidad según estado civil
- Diferencias en la mortalidad por sexo
- Diferencias en la mortalidad por edad
 - Mortalidad infantil.
 - Mortalidad de los adultos jóvenes.
 - Mortalidad en edades superiores.
 - DOCUMENTO Mortalidad y el coste de los residencias de ancianos.
- Diferencias en la mortalidad entre zonas urbanas y rurales.
- Pautas y niveles de mortalidad.
 - Europa y Estados Unidos.
 - Países menos desarrollados.
- Resumen y conclusiones

MORTALIDAD

El factor que se encuentra en la raíz del actual crecimiento de la población mundial es el descenso de la mortalidad, no el aumento de la fecundidad. Prácticamente en el curso de nuestras vidas se ha logrado un tal control de la mortalidad que la mayoría de nosotros tiende hoy a dar por supuesto que disfrutará de una larga vida.

De hecho, cada vez son más las personas, en el mundo, que alcanzan una larga existencia: estamos sobreviviendo en cantidades sin precedente. El triunfo de la humanidad sobre la enfermedad y la muerte representa, sin lugar a dudas, una de las más significativas mejoras jamás realizadas en las condiciones de la existencia humana, y en ese sentido podemos con razón sentirnos orgullosos. Sin embargo, una secuela de nuestro triunfo es el actual crecimiento de la población mundial y de los problemas asociados al incremento demográfico. Por otro lado, estos problemas seguirán aumentando, pues aunque la mortalidad está cada vez más controlada siguen existiendo, entre diferentes partes del mundo y entre diferentes grupos sociales dentro de cada país, amplias diferencias en cuanto a esperanza de vida. Estas diferencias representan una reserva potencial de crecimiento poblacional, ya que nuevos descensos en la tasa de mortalidad desencadenarán tasas aún mayores de aumento de la población, a no ser que logremos reducir la fecundidad.

Hubo un tiempo en que la creencia de que las diferencias en la tasa de mortalidad eran de naturaleza genética o biológica, y por tanto difíciles de cambiar, estaba ampliamente extendida. Hoy sabemos, por el contrario, que la mayor parte de tales variaciones tienen un origen social y no biológico. El presente capítulo comienza desarrollando esta cuestión a partir del examen de las diferencias entre los componentes biológicos y sociales de la mortalidad. Pasaremos, tras ello, a indagar por qué fallece la gente, es decir, cuáles son las causas específicas de la mortalidad.

A continuación, tras una breve explicación acerca de los instrumentos de medición de la mortalidad, pasaremos a constatar quiénes son los que fallecen: ¿en qué medida las causas de la mortalidad afectan, de forma diferencial, a las personas de distinta edad, sexo o categoría social? Una vez establecida así la base que permita la comprensión de la mortalidad como proceso demográfico básico procederemos, por último, a examinar el impacto de ésta sobre el crecimiento demográfico, considerando las pautas y niveles que la mortalidad presenta en Europa, Estados Unidos y en las naciones menos desarrolladas del mundo.

COMPONENTES DE LA MORTALIDAD

Existen dos aspectos biológicos en la mortalidad. El primero es la duración de la vida y se refiere a la edad máxima que los seres humanos pueden alcanzar. El segundo es la longevidad y se refiere a la capacidad para sobrevivir de un año a otro, es decir la capacidad de hacer frente a la muerte. La duración de la vida es un fenómeno casi enteramente biológico mientras que la longevidad tiene componentes tanto sociales como biológicos.

Duración de la vida

La duración de la vida, recordémoslo, alude al tiempo máximo que una persona puede vivir. Con frecuencia oímos de personas que dicen haber alcanzado una edad muy avanzada, pero por lo general se trata de afirmaciones de difícil comprobación. La edad más alta jamás alcanzada por un ser humano de la que se tiene plena confirmación es de 114 años, y fue conseguida por Pierre Joubert, un fabricante de botas franco-canadiense fallecido en 1814. En 1979 un ex-esclavo llamado Charlie Smith falleció, en Estados Unidos, a la edad de 137 años, según él. Afirmaba, en efecto, haber nacido en Liberia en 1842 y haber sido llevado a los Estados Unidos en 1854, pero no hay forma de comprobar estos datos. El procedimiento usualmente seguido para verificar la edad de las personas con muchos años para las que no existe certificación de nacimiento consiste en buscar en las hojas censales información sobre ellas a edades más tempranas. En Estados Unidos dichas hojas censales están disponibles en microfilm en los Archivos Nacionales, en Washington D.C. Sin embargo, Charlie Smith tenía un nombre tan corriente y había cambiado tantas veces de domicilio que resultó imposible localizarle en los registros censales (Meyers, 1978).

Cabe a menudo sospechar que las personas ancianas exageran su edad. En un fascinante alarde de investigación detectivesca. Meyers logró desempolvar viejos datos censales que demostraban que un hombre de Pennsylvania, fallecido en 1866 a la supuesta edad de 112 años, había de hecho “envejecido” 27 años en la década transcurrida entre los censos de 1850 y 1860, y otros ocho años en el período de tan sólo seis años que separó el censo de 1860 de su fallecimiento. Claramente, se trataba de una exageración. Pruebas más recientes de exageraciones formuladas por centenarios norteamericanos han sido aportadas por Rosenwaike (1979), quien ha encontrado significativas discrepancias entre las edades recogidas en los certificados de defunción y las edades recopiladas en los censos. En 1975 fallecieron en Estados Unidos dos mujeres con edades de 120 años o más, según sus certificados de defunción (National Center for Health Statistics, 1976) pero, al menos que yo sepa, sus edades no han sido comprobadas con los correspondientes certificados de nacimiento. Otro tanto ocurre con ocho personas más que fallecieron en Estados Unidos, en 1975, a edades supuestamente superiores a los 114 años.

En el futuro puede que la tecnología médica haga que los límites de la supervivencia humana se sitúen en edades más avanzadas. Sin embargo, la proporción de personas susceptibles, en la práctica, de acercarse a ese límite máximo de edad depende de una combinación de factores biológicos y sociales designados,

en su conjunto, con el término longevidad, es decir, la capacidad de resistir a la muerte.

Longevidad

Factores biológicos: La longevidad está influida por las características genéticas con las que nacemos. La resistencia de los órganos vitales, la predisposición a determinadas enfermedades, la tasa de metabolismo, etc., son factores biológicos sobre los que, por el momento, tenemos poco control. Ahora bien, muchas de las debilidades biológicas más agudas tienden a manifestarse poco tiempo después del nacimiento y, en consecuencia, la mortalidad es considerablemente más elevada en el primer año, más o menos, de vida que en el resto de la infancia o juventud.

Tras el año de vida inicial viene un periodo, que por lo general dura como mínimo hasta la edad media, en el que el riesgo de defunción es relativamente bajo. Más allá de la edad media la mortalidad experimenta una acelerada tasa de crecimiento. Esta pauta de variación de la mortalidad según la edad es similar tanto si las tasas de mortalidad son altas como si son bajas. Los aspectos genéticos o biológicos de la longevidad han llevado a muchos teóricos, a lo largo de los años, a creer que las pautas de longevidad según la edad podían ser explicadas mediante una simple fórmula matemática, similar quizá a la ley de la gravedad o a otras leyes de la naturaleza. Sin embargo ninguna de estas teorías ha logrado demostrar su validez o su utilidad.

Pese a la importancia que sin duda tienen nuestras debilidades y fortalezas biológicas, lo cierto es que los niveles reales de mortalidad correspondientes a cada sexo y edad en cada sociedad resultan estar en relación con los factores sociales que rigen el acceso a, y el uso de, las medidas sanitarias preventivas y curativas.

Factores sociales

El caso de la población abjasiana, en Rusia, constituye un buen ejemplo de cómo las influencias sociales afectan a la longevidad. Los abjasianos viven en la región montañosa del Cáucaso y han sido recientemente objeto de considerable atención ya que se considera que constituyen el pueblo de más larga vida en todo el mundo. Aunque sólo unos pocos de los que se dicen centenarios pueden demostrar serlo, resulta claro que, en promedio, los abjasianos viven más que la mayoría de los restantes habitantes del planeta. ¿Cuál es su secreto? Según el antropólogo Sula Benet que los ha estudiado recientemente, la longevidad de los abjasianos resulta de: «los factores culturales, sociales y psicológicos que estructuran su existencia, entre los que destacan la uniformidad y predictibilidad tanto del comportamiento individual como del grupal, la ausencia de rupturas en la actividad vital y la integración de los individuos de más edad en la vida familiar y comunitaria como miembros activos en el trabajo, en la toma de decisiones y en las distracciones. Y no resultan menos importantes las expectativas culturalmente reforzadas, de una larga vida con buena salud así como los mecanismos utilizados para evitar el stress y la inexistencia de conflicto intergeneracional» (Benet, 1974:103).

Así pues, Benet considera que la ausencia de stress social combinada con una motivación positiva hacia la vida derivada del respeto de que disfrutaban los ancianos explica en buena medida la longevidad de los abjasianos.

El pueblo ecuatoriano de Vilcabamba ha sido, asimismo, descrito como especialmente longevo. Los expertos médicos han atribuido la larga vida de que, en general, disfruta ese grupo de ecuatorianos a la altitud (1.550 metros), a la dieta (baja en grasas) y a la limpieza del aire y del agua. Además, la organización de la vida social presenta allí rasgos llamativamente similares a los encontrados entre los abjasianos. La vida es simple, básicamente carente de cambios y la gente permanece activa, física y mentalmente, mucho más allá de las edades de jubilación de los países industriales. Marún (1976:1 1) señala que los habitantes de Vilcabamba «parecen

libres de todo miedo y ansiedad. Integrados en la naturaleza y sintonizados con su entorno, apenas si saben de padecimientos físicos o mentales».

Otros ejemplos del modo en que los procesos sociales y psicológicos parecen influir sobre la mortalidad han sido aportados por David Phillips. En el primero de una serie de estudios sobre el suicidio, Phillips (1974) encontró que este tipo de mortalidad tiende a aumentar cada vez que el suicidio de algún personaje famoso es objeto de amplia difusión. Sencillamente, hay individuos que hasta para morir «siguen al líder». Y lo hacen en casos aún más chocantes que el del suicidio. En efecto, en estudios posteriores Phillips encontró que el número de accidentes automovilísticos mortales (especialmente los referidos a un solo automóvil con una sola persona) aumenta tras la divulgación, en los medios de comunicación, de suicidios (Phillips, 1977) y que, por increíble que parezca, los accidentes mortales de avionetas particulares aumentan también cada vez que la prensa dedica una atención destacada a un crimen o a un suicidio. Resulta así que «los reportajes sobre crímenes o suicidios provocan posteriores crímenes o suicidios, algunos de los cuales se camuflan como accidentes aéreos» (Phillips, 1978:748).

Es, por supuesto, más fácil morir que resistir a la muerte y esto añade interés a otra dimensión de las investigaciones de Phillips. Este, en efecto, encontró que existe una tendencia, en las personas que se encuentran al borde de la muerte, a aplazar su defunción hasta después de algún acontecimiento especial, fundamentalmente un cumpleaños. Las conclusiones de Phillips tienen el suficiente interés como para que merezca la pena citarlas en detalle: «Hemos llegado a dos conjuntos de datos que encajan con la idea de que algunas personas aplazan su defunción porque lograr llegar a una determinada fecha de cumpleaños resulta importante para ellas. En efecto, en cuatro muestras distintas hemos hallado una caída en la mortalidad en el mes anterior al del cumpleaños y un aumento de la misma en el mes inmediatamente posterior. Hemos observado también la existencia de una relación clara entre la fama de los componentes de un grupo y el tamaño de dichos descensos y aumentos de la mortalidad: cuanto más famoso el grupo mayores los descensos y aumentos en las defunciones que se producen. Estos resultados podrían deberse al azar, pero la posibilidad es lo suficientemente pequeña como para hacernos preferir una explicación alternativa.

Existen indicios de que algunas personas aplazan su fallecimiento también para llegar vivos a acontecimientos distintos de su cumpleaños. En la ciudad de Nueva York, por ejemplo, que cuenta con una amplia población judía, se producen menos fallecimientos de los estadísticamente esperables inmediatamente antes del día en que se celebra la festividad judía de la expiación. Por otro lado, tenemos que en Estados Unidos se registra, generalmente, un descenso del número de defunciones justamente antes de cada elección presidencial (Phillips, 1972:651).

Estos ejemplos ilustran algunas de las formas más extremas en que los factores sociales pueden incidir sobre la mortalidad. Sin embargo, normalmente los factores sociales tienen una influencia menos directa. En general, distintas pautas de organización social dan lugar a niveles distintos de protección ambiental contra la enfermedad y la muerte. Por ejemplo, en la ciudad sudafricana de Johannesburgo la tasa de mortalidad por tuberculosis entre la población Bantú o negra era, en 1965, de 48 por 100.000. En esa misma ciudad y en ese mismo año la tasa de mortalidad por tuberculosis entre la población europea o blanca era de 4 por 100.000 (Boyden, 1972:418). Esta disparidad se explica en función de las diferencias en cuanto a condiciones sanitarias generales y en cuanto a posibilidades de diagnóstico y tratamiento médico.

Existe una considerable variación, a lo largo y ancho del mundo, en cuanto a longevidad. En la medida en que los factores sociales influyen sobre las causas específicas de defunción (esto es, sobre las variables intermedias de la mortalidad, análogas, en este terreno, a las variables intermedias estudiadas en el Capítulo 4 con respecto a la fecundidad) cabe decir que los factores sociales se encuentran en la raíz

de tales diferencias.

CAUSAS DE LA MORTALIDAD

En líneas generales, existen tres razones principales por las que las personas fallecen: 1) degeneran, 2) mueren por enfermedades que son transmitidas de unas personas a otras (enfermedades contagiosas); y 3) mueren por efecto de determinados productos del entorno económico y social.

Degeneración

El término degeneración alude al deterioro biológico de un organismo. En realidad se trata de un concepto demasiado vago para ser útil como causa de mortalidad, ya que dicho deterioro tiende a constituir un proceso gradual y, al menos en la medicina norteamericana, suele ser incluido dentro de la categoría de enfermedades crónicas. Las principales enfermedades crónicas asociadas con la degeneración orgánica son, en orden de importancia en cuanto a causa de mortalidad, las siguientes: enfermedades cardio-vasculares o del corazón, cáncer, apoplejía, arterioesclerosis, diabetes mellitus, cirrosis hepática, hipertensión y úlcera de estómago y de duodeno.

La American Public Health Association (Asociación Americana de Salud Pública) define como enfermedad crónica a toda alteración o desviación del estado normal que tenga una o más de las siguientes características: ser permanente, estar causada por alteraciones patológicas no reversibles, requerir que el paciente se someta a rehabilitación, o requerir, en principio, un largo período de supervisión, observación y atención. (Blum y Keranen 1966). No todas las enfermedades crónicas son debidas a un proceso degenerativo ni, por supuesto son necesariamente mortales. No obstante, la degeneración es tratada como una enfermedad aun cuando pueda ser resultado del deterioro natural e irrevocable de órganos o funciones corporales.

En los Estados Unidos, en 1975, las enfermedades crónicas produjeron casi tres cuartas partes del total de fallecimientos registrados. Las enfermedades del Corazón, por sí solas, ocasionaron el 38 por 100 de todas las defunciones, mientras que el cáncer originó el 19 por 100. Debo indicar que por extraño que suene, el cáncer (neoplasmas malignos) no resulta fatal en la mayoría de los casos, en términos estrictamente técnicos. Tales neoplasmas se alimentan a expensas del resto del cuerpo con lo que el individuo va adelgazando y perdiendo salud. Un estudio realizado en Búfalo y Nueva York en 1974 por Ambrus y otros investigadores puso de relieve que la principal causa de fallecimiento entre pacientes de cáncer la constituían infecciones causadas por bacterias resistentes a los antibióticos, seguidas por fallos respiratorios, hemorragias o trombosis e insuficiencia cardiovascular (Setence, 1974).

Enfermedades contagiosas

Las enfermedades contagiosas (conocidas también como enfermedades infecciosas) son aquéllas que pueden ser transmitidas de unas personas a otras. Este tipo de enfermedades dependen hasta tal punto del contacto humano que la Organización Mundial de la Salud ha expresado la sugerencia (quizá un tanto peregrina) de que si cada persona en el mundo llevase puesta durante un mes en sus contactos con otra gente una mascarilla de cirujano la gran mayoría de las enfermedades contagiosas sería eliminada. En 1979 se consiguió una importante victoria contra las enfermedades contagiosas con la eliminación, a escala mundial, de la viruela. Transcurridos dos años sin que se produjera ningún caso de esta enfermedad (siendo de señalar que la Organización Mundial de la Salud había ofrecido una recompensa de mil dólares a quien notificase un caso de viruela) los expertos de la O.M.S. declararon esta enfermedad oficialmente erradicada.

Las principales enfermedades contagiosas, en orden de importancia en cuanto a su influencia en la mortalidad en los Estados Unidos, son: neumonía, tuberculosis, gripe,

sífilis y hepatitis infecciosa. Ahora bien, la lista de enfermedades contagiosas potencialmente mortales que solía prevalecer en Estados Unidos y en otros países desarrollados antes de ser controladas por la medicina era mucho más larga. Muchas de esas enfermedades constituyen aún, por otro lado, causas importantes de defunción en las naciones menos desarrolladas. Es el caso, por ejemplo, y en orden alfabético, del cólera, de la difteria, de la encefalitis, de la malaria, de la meningitis, de la poliomielitis, de la rubeola, del sarampión, del tétanos, del tifus, de la tosferina y de la varicela. En Estados Unidos, país en el que las condiciones sanitarias y de higiene personal son buenas y en el que la densidad poblacional es razonablemente baja en conjunto, los fallecimientos debidos a enfermedades infecciosas representan menos del 5 por 100 del total (siendo en todo caso de resaltar que la neumonía causa, por sí sola, más de dos tercios de tales fallecimientos).

Productos del entorno económico y social

Es generalmente aceptado que los humanos introducen en su entorno, de forma regular, productos contaminantes y químicos que, según se sabe, aceleran el proceso de deterioro biológico. Resulta a veces desalentador para la gente descubrir que muchos productos, diseñados para mejorar la salud o hacer la vida más fácil, pueden producir cáncer. Un ejemplo concreto reciente es el de la ropa sometida a tratamiento anti-combustión, concebida para reducir el riesgo de quemaduras, sobre todo en los niños, en caso de incendio. Blum y Ames (1977) han aportado pruebas de que algunos de los productos químicos anti-combustión, pueden originar cáncer si son ingeridos por las personas (como es, por ejemplo, el caso de los niños pequeños que usan pijamas tratados con tales productos y pueden meterse en la boca, o chupar, parte de los mismos). Por otro lado, dichos productos químicos pueden ser absorbidos por la piel. Además, cuando los objetos impregnados con tales productos son arrojados a la basura puede darse lugar a que terminen introduciéndose en el ciclo de producción de alimentos, causando así daños aún mayores (Blum y Ames, 1977. Véase el Capítulo 11 para más información sobre este tema). Parece así como si el progreso en el control de la mortalidad se realizara, cada vez más, en sentido lateral (y no hacía adelante): es decir, cambiando un problema por otro más que mejorando realmente nuestro nivel general de salud.

Existe una causa de defunción que no guarda relación con enfermedad alguna: la muerte accidental. Cada vez que una persona fallece en accidente automovilístico, o resbala y se mata en la bañera o es asesinada por un atracador, esa muerte puede ser atribuida al entorno económico y social. Se trata, en efecto, de fallecimientos que podrían producirse incluso en ausencia de toda enfermedad o degeneración orgánica. Los únicos tipos de accidentes no atribuibles directamente al entorno económico-social son los debidos a fenómenos naturales tales como inundaciones, tornados, avalanchas, terremotos y otros. Sin embargo, en la mayoría de tales casos las defunciones pueden ser atribuidas a la aceptación por parte de los individuos de un determinado riesgo, por mucho que el certificado de defunción especifique que ésta se produjo por asfixia o ahogamiento. Por ejemplo, cuando se produce un terremoto la gente muere no por el temblor de tierra en sí, sino porque es aplastada por los edificios que no logran resistir su impacto. Y sin embargo siguen levantándose y ocupándose edificios construidos muy cerca (y en algunos casos justo encima) de lugares por donde se sabe que pasa una línea de falla. De modo similar, en las inundaciones no suelen perecer sino quienes, imprudentemente, levantan sus casas en zonas de inundación o en lugares poco seguros. Los tornados, por su parte, no suelen causar víctimas sino entre quienes no toman precauciones y por la razón que sea, no encuentran un sótano, una zanja o un terraplén en que guarecerse. En

los Estados Unidos aproximadamente el 5 por 100 de todas las defunciones son accidentales, constituyendo los accidentes automovilísticos la partida principal.

Antes de pasar a analizar las diferencias en los niveles de mortalidad resulta necesario considerar los métodos generalmente utilizados para medir la mortalidad.

LA MEDICIÓN DE LA MORTALIDAD

Al medir la mortalidad lo que hacemos es intentar estimar la fuerza de la mortalidad, es decir, la medida en que la gente es incapaz de vivir su máximo posible biológico. La posibilidad de realizar mediciones acertadas varía en función de la cantidad de información disponible y, en consecuencia, las medidas de la mortalidad difieren considerablemente en su grado de refinamiento (como ocurría con las medidas de la fecundidad. Véase Capítulo 4). La medida de la mortalidad menos refinada y más comúnmente citada es la tasa bruta de mortalidad, que es el equivalente directo, en este terreno de la tasa bruta de natalidad.

La tasa bruta de mortalidad

La tasa bruta de mortalidad (TBM) es el número total de fallecimientos registrados en un año dividido por la media de la población total. Se le denomina “bruta” porque no toma en consideración las diferencias, en cuanto al riesgo de defunción, existentes según la edad y el sexo. No obstante es usada con gran frecuencia, pues su cálculo sólo requiere dos tipos de datos (el total de fallecimientos y el total de población) que a menudo pueden ser estimados con un grado de aproximación razonable, aun en ausencia de censos (siempre costosos) o de sistemas de registro del movimiento natural de la población.

Las diferencias en las TBM correspondientes a dos países pueden deberse, por entero, a diferencias en la distribución por edad de sus respectivas poblaciones, aun cuando la fuerza de la mortalidad sea realmente la misma en ambos casos. Así, si una población cuenta con una alta proporción de viejos, su tasa bruta de mortalidad será mayor que la de una población con una alta proporción de adultos jóvenes, aun cuando en cada edad las probabilidades de fallecimiento sean idénticas en ambas poblaciones. A este respecto la diferencia entre la tasa bruta de mortalidad correspondiente a Berlín occidental y la correspondiente a Alemania occidental en 1967 constituye un buen ejemplo. En Berlín occidental la TBM era de 18, mientras que en Alemania occidental era de 11, lo que parecía sugerir que en Berlín-oeste la mortalidad era superior en un 64 por 100 a la de Alemania federal. Sin embargo, en ambos lugares una niña recién nacida tenía casi un 90 por 100 de probabilidades de vivir hasta los 55 años. Así pues, la fuerza de la mortalidad era idéntica, pero la tasa bruta de mortalidad se veía influida por el hecho de que en Berlín-oeste el 21 por 100 de la población tenía 65 años o más, mientras que en Alemania occidental este porcentaje era tan sólo del 12 por 100.

Un ejemplo distinto lo proporciona la comparación entre Estados Unidos y Méjico en 1966. En esa fecha los dos países tenían la misma tasa bruta de mortalidad: nueve fallecidos por cada mil habitantes. Sin embargo en Méjico una niña recién nacida tenía una esperanza de vida inferior en 11 años a la de una recién nacida norteamericana. Lo que ocurría es que la alta tasa de natalidad de Méjico había dado lugar a una estructura de edades con altas proporciones de adultos jóvenes que contribuía así a rebajar la tasa bruta de mortalidad.

Para poder captar las diferencias en la mortalidad por edad (y por sexo) tenemos que calcular las tasas de mortalidad específicas por sexo y edad.

Tasas de mortalidad específicas por sexo y edad

Para medir la mortalidad en cada edad y en cada sexo hemos de contar con un sistema de registro de datos vitales que nos proporcione el número de fallecimientos por edad y sexo así como con datos censales que nos permitan estimar el número de personas en cada sexo y categoría de edad. La tasa de mortalidad específica por sexo y edad (TMESE) consiste en el número de personas fallecidas, en un año determinado, en una determinada edad (usualmente, entre las edades X y X+5)

dividido por el número medio de personas en esa edad existentes en la población.

En los Estados Unidos, en 1964, la TMESE para los varones con edades entre 65 y 69 años era de 0.042 (O si multiplicamos por mil, de 42 por 1.000) mientras que para las mujeres era de 0,022, es decir, casi la mitad. En 1900 la TMESE para los varones de 65 a 69 años era de 0,050 y para las mujeres de esas mismas edades de 0,055. Vemos así cómo en 64 años las tasas de mortalidad de los varones de 65 a 69 años se han reducido, en Estados Unidos, tan sólo en un 16 por 100, mientras que las de las mujeres de esa edad lo han hecho en un 50 por 100.

A menudo resulta incómodo o complicado comparar, año a año, la mortalidad. De ahí la conveniencia de contar con un índice único que resuma la experiencia de mortalidad de una población teniendo al mismo tiempo en cuenta su composición por sexo y edad. Un índice de este tipo muy utilizado es la esperanza de vida al nacer. Esta medida se deduce de las tablas de mortalidad (que es un instrumento estadístico relativamente complicado que quien esté interesado puede hallar en apéndice al final de este volumen). Por el momento lo que nos importa es saber que la esperanza de vida al nacer es la edad media de fallecimiento para un grupo hipotético de personas nacidas en un año determinado y sujetas a los riesgos de mortalidad experimentados por los individuos de cada edad a lo largo de ese mismo año. (Si nos paramos a pensarlo veremos que se trata de una medida similar, conceptualmente, a la tasa total de fecundidad ya examinada como medida refinada de la fecundidad en el Capítulo 4). La esperanza de vida al nacer de 77 años correspondiente, en 1976, a las mujeres norteamericanas no significa que esa fuera la edad media de las mujeres fallecidas en dicho año. Lo que significa es que si todas las mujeres nacidas en Estados Unidos en 1976 tuviesen a lo largo de su vida las mismas probabilidades de defunción que las registradas en dicho año por cada grupo específico de edad, entonces su edad media de fallecimiento sería de 77 años. Por supuesto, algunas de ellas habrían muerto en la infancia, mientras que otras habrían llegado a los 114 años. En todo caso, lo que las tasas de mortalidad específicas por edad correspondientes a 1976 implican es una edad media de fallecimiento de 77 años.

Una vez consideradas las principales causas de defunción y los métodos más frecuentes para medir los niveles de mortalidad, podemos proceder a analizar algunos importantes factores sociales asociados con diferentes causas de defunción y con niveles de mortalidad correspondientemente diferentes: es el caso de las diferencias de mortalidad por clase social, raza o etnia, estado civil y carácter rural o urbano o lugar de residencia. Además, examinaremos otras dos importantes características que influyen en la mortalidad: la edad y el sexo.

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD SEGÚN LA CLASE SOCIAL

Las diferencias en la mortalidad según la clase social constituyen una de las desigualdades más omnipresentes en las sociedades modernas y, sin embargo, apenas si existen estudios sobre el tema. Ello es debido, fundamentalmente, a la dificultad de obtener los datos precisos. Los certificados de defunción, en efecto, rara vez contienen información sobre la ocupación del difunto, y prácticamente nunca sobre su nivel educativo o de ingresos; y cuando contienen datos referidos a la ocupación, en la mayor parte de los casos indican simplemente jubilado o ama de casa, sin proporcionar ninguna otra pista sobre su status social. Ello hace que para conseguir datos sobre las probabilidades de defunción de los miembros de distintos estratos sociales sea preciso recurrir a estrategias más indirectas. El principal método utilizado es la comparación de registros, como por ejemplo en el estudio de Kitagawa y Hauser (1973) referido a Estados Unidos. El único otro país para el que existen datos razonablemente comparables es Inglaterra. Esta estrategia de la comparación de registros consiste en relacionar los certificados de defunción correspondientes a las personas fallecidas en un año censal con la información censal obtenida sobre dichas personas antes de su fallecimiento. La edad y la causa del fallecimiento se obtienen

del certificado de defunción, mientras que los datos censales proporcionan información sobre la ocupación, educación, ingresos, estado civil y raza.

Ocupación

Los datos disponibles tanto para Estados Unidos como para Inglaterra indican que cuanto mayor es el nivel de prestigio ocupacional de un grupo, menor su tasa de mortalidad. Entre los varones norteamericanos blancos fallecidos en 1960 entre las edades de 25 y 64 años, las tasas de mortalidad de los obreros superaban en un 19 por 100 a la media, mientras que las de los profesionales eran inferiores en un 20 por 100 a la media (Kitagawa y Hauser, 1973). No deja de ser interesante que las tasas de mortalidad más bajas se registrasen entre los trabajadores agrícolas: eran inferiores en un 24 por 100 a la tasa media correspondiente al conjunto de los varones activos. Kitagawa y Hauser agruparon asimismo a los varones en categorías ocupacionales más amplias, encontrando que la mortalidad de los trabajadores de cuello blanco era inferior en un 8 por 100 a la media, mientras que la de los trabajadores manuales superaba a la media en un 7 por 100.

Para Inglaterra, Benjamín (1969) ha reunido información de este mismo tipo referida a las diferencias en la mortalidad, en 1951, según la ocupación. Agrupó las ocupaciones en cinco niveles de clase social y encontró que en la clase más elevada las tasas de mortalidad eran inferiores en un 2 por 100 a la media, mientras que superaban a ésta en un 18 por 100 en la clase más baja. En la clase intermedia las tasas de mortalidad superaban en un 1 por 100 a la media.

Dado que estos datos se referían a varones, Benjamín pensó que podrían estar reflejando riesgos laborales más que aspectos más generales inherentes a los estilos de vida de las distintas clases sociales. En consecuencia, procedió a comprobar los niveles de mortalidad de las mujeres, no expuestas a los riesgos laborales de sus maridos. Utilizando a las esposas como grupo de control Benjamín pudo detectar las ocupaciones claramente peligrosas para la salud de los varones. Por ejemplo, en Inglaterra, en 1951, los sopladores de arena y de vidrio tenían tasas de mortalidad sustancialmente superiores a la media, mientras que las tasas de mortalidad de sus esposas sólo superaban ligeramente la media. No obstante, en general, Benjamin encontró que 105 niveles de mortalidad de las mujeres presentaban la misma pauta que los de los maridos.

Al examinar las causas de defunción según la clase social, Benjamín encontró que en las clases sociales más bajas los fallecimientos debidos a enfermedades contagiosas eran más frecuentes. Por ejemplo, entre los varones activos con edades entre 20 y 64 años las tasas de mortalidad por tuberculosis, bronquitis y neumonía eran entre dos y tres veces superiores en la clase social más baja que en la más alta. Por otro lado, las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas tales como trastornos coronarios, cirrosis hepática, diabetes y apoplejía eran uniformemente más elevadas en las clases sociales más altas que en las más bajas.

Los aspectos más importantes de la ocupación y de la clase social que guardan relación con la mortalidad son, incuestionablemente, el nivel de ingresos y el nivel educativo: el nivel de ingresos porque permite comprar protección contra (y cura para) las enfermedades, y el nivel educativo porque ayuda a conocer las formas de minimizar el riesgo de contraer enfermedades.

Ingresos y educación

Existe una llamativa relación, en Estados Unidos, entre el nivel de ingresos y el de mortalidad. Los datos de Kitagawa y Hauser, referidos a 1960, muestran claramente que cuanto más elevados los ingresos, más baja la mortalidad. En las familias blancas, las tasas de mortalidad de los varones con edades entre 15 y 64 años y con ingresos anuales de 10.000 dólares o más son casi la mitad de las correspondientes a los varones de esas mismas edades pero con ingresos inferiores a 2.000 dólares

anuales. Entre las mujeres se registraba una pauta similar. Al analizar las diferencias en la mortalidad según la clase social para cada causa específica de defunción, Kitagawa y Hauser tomaron en cuenta solamente la educación. No obstante pudieron observar que los efectos del nivel educativo y del de ingresos tendían a ser independientes el uno del otro: en otras palabras, tener a la vez un alto nivel educativo y un alto nivel de ingresos resultaba más ventajoso que tener sólo uno de ellos.

Al igual que ocurría con los ingresos, cuanto más alto el nivel educativo más bajo el riesgo de defunción. Un varón de raza blanca con estudios primarios tenía, en 1960, un 6 por 100 de probabilidades de fallecer entre las edades de 25 y 45 años, mientras que dicha probabilidad era sólo la mitad para un graduado universitario.

Entre las mujeres el nivel educativo produce diferencias aún mayores, sobre todo entre las situaciones extremas. Una mujer blanca con estudios universitarios tenía, a los 25 años, una esperanza de vida superior en diez años a la de una mujer con tan sólo cuatro, o menos, años de escolaridad.

El riesgo de defunción, en cada una de las causas principales de fallecimiento, es menor para los varones con al menos un año de estudios universitarios que para los que tienen un nivel educativo más bajo. Las diferencias más pequeñas se registran en el caso de las enfermedades degenerativas crónicas, y las mayores en el de los fallecimientos por accidentes. Esto resulta coherente con lo que, en teoría, cabe esperar que sea el efecto de la educación sobre la mortalidad: aumentar la capacidad del individuo para evitar situaciones peligrosas, de alto riesgo.

Aunque existen pocos estudios para hacer posible un examen más detenido de esta cuestión, resulta claro que, cualquiera que sea el índice de estratificación social utilizado, el status social afecta a la mortalidad. Otras características inherentemente asociadas con diferencias en el status social son la raza y la etnia.

Raza y etnia

En la mayoría de las sociedades en que existe más de un grupo racial o étnico, uno de ellos tiende a dominar a los demás. Esto se traduce, por lo general, en desventajas sociales y económicas para los grupos subordinados que con frecuencia se concretan en una menor esperanza de vida para los individuos que los integran. Esto es cierto sin lugar a dudas en el caso de Estados Unidos.

Los datos recogidos por Kitagawa y Hauser en 1960 para Estados Unidos muestran que a cada edad, hasta los 75 años, la mortalidad entre la población de color es superior en más de un 10 por 100 a la mortalidad de la población blanca. Entre las edades de 30 a 40 años las tasas de mortalidad de la población de color son más de dos veces superiores a las de los blancos. Sin embargo, dentro de la población de color existen, a su vez, importantes diferencias. Las tasas de mortalidad, en Estados Unidos, de la población negra son claramente más elevadas que las de la población blanca, y éstas a su vez más altas que las de los americanos de origen japonés. Por ejemplo, en 1960 un varón blanco podía esperar, al nacer, vivir seis años más que un varón negro, pero siete años menos que un varón japonés-americano. Las diferencias entre las mujeres eran similares. Estas disparidades en la mortalidad pueden deberse, al menos parcialmente, a diferencias en los niveles de ingresos: en 1959, en efecto, la renta media familiar de los americanos de origen japoneses era superior a la de los blancos, mientras que la de los negros era inferior a la media nacional. Sin embargo no cabe achacar únicamente a las diferencias de ingresos las desventajas, respecto de la mortalidad, experimentadas por la población de color. Kitagawa y Hauser encontraron también, en efecto, que en Estados Unidos, en 1960, las tasas de mortalidad seguían siendo superiores en un 20 por 100, como mínimo, dentro de cada nivel de estratificación, entre los negros que entre los blancos. También la población de color tiene mayores riesgos de fallecimiento que la población blanca en prácticamente toda las causas principales de defunción.

Estados Unidos es uno de los pocos países para los que existen datos recientes referidos a diferencias étnicas en la mortalidad, pero estudios anteriores pusieron de

relieve que en 1931, en la India, los miembros de una secta religiosa llamada Parsi tenían una esperanza de vida al nacer superior en 20 años a la del total de la población india. Esta diferencia parecía ser debida a la posición económica relativamente elevada de los Parsis (United Nations, 1953). De modo similar, en la década de 1940, antes de la partición de Palestina que dio lugar al Estado de Israel la tasa de mortalidad entre los musulmanes era dos o tres veces más alta que la de los judíos. Esta diferencia parecía deberse a la mayor proporción de médicos por habitantes existente entre los judíos (United Nations. 1953).

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD SEGÚN EL ESTADO CIVIL

Desde hace tiempo se ha comprobado que las personas casadas tienden a vivir más que las no casadas. Hasta fechas muy recientes esta diferencia solía ser explicada en base a un proceso selectivo: las personas con mala salud o con alguna disminución física tenían menores probabilidades de contraer matrimonio y mayores de fallecer.

En 1973 Gove reexaminó el tema fijándose en los datos relativos a la causa de la defunción en el período 1951-61 en Estados Unidos. Su análisis indica que las diferencias en la mortalidad entre personas casadas y solteras son especialmente señaladas en los tipos de defunción en que el estado psicológico del individuo afecta a sus probabilidades vitales. Gove cita el ejemplo de las tasas de suicidio, que entre los varones solteros de 25 a 64 años son dos veces más elevadas que entre los casados de esas mismas edades. Entre las mujeres las diferencias van en la misma dirección, pero no son tan grandes. Los varones y mujeres solteros registran también una incidencia más alta de la mortalidad debida a lo que Gove denomina "uso de narcóticos socialmente aprobados", tales como el alcohol o el tabaco. La cirrosis hepática guarda relación con el alto consumo de alcohol, y los varones solteros presentan una tasa de mortalidad por esa enfermedad tres veces superior a la de los casados (los varones divorciados tienen una tasa nueve veces superior), también aquí las diferencias son menos acusadas entre las mujeres. Por otro lado, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón (enfermedad asociada al consumo de cigarrillos) es superior, en un 45 por 100 entre los varones solteros que entre los casados (y entre los varones divorciados, tres veces mayor).

Finalmente Gove observa que en la mortalidad asociada con enfermedades que requieren «un cuidado prolongado y metódico» también los solteros se encuentran en desventaja. En esos casos, las tasas más elevadas se registran entre los varones divorciados, que tienen tasas de mortalidad nueve veces más altas que los varones casados. En general, el análisis de Gove parece sugerir que las personas casadas (especialmente los varones) tienen niveles de mortalidad más bajos que las personas solteras porque su grado de ajuste psicológico y social es mayor.

Estos datos, sin embargo, no deben incitar a decisiones apresuradas. Por ejemplo, si tú, lector, eres ahora soltero, no vayas a casarte simplemente porque pienses que así puedes prolongar tu vida. Un estudio más reciente sobre la salud (pero no sobre la mortalidad) de las personas según su estado civil sugiere que las personas solteras están en realidad más sanas que las casadas, incluso teniendo en cuenta la edad (Wilder, 1976). Los datos de la National Health Survey (Encuesta nacional sobre salud) de Estados Unidos para 1971-72 muestran que las personas solteras se ven restringidas en sus actividades por enfermedad menos días al año, registran una menor incidencia de procesos agudos y realizan menos visitas al médico o al hospital que las personas casadas. Sin embargo, las personas separadas, divorciadas y viudas tenían un nivel menor de salud que las que permanecían casadas.

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD POR SEXO

En general, las mujeres viven más tiempo que los hombres, y las diferencias en este terreno van ensanchándose. En 1910 la esperanza media de vida de las mujeres era superior en tres años y medio a la de los varones, en Estados Unidos; en 1978 la diferencia ha pasado a ser de siete años. Este fenómeno ha despertado, de antiguo, la curiosidad y ha sido investigado con especial detalle por Retherford (1975).

Retherford señala que un gran número de estudios muestran que en todo el reino animal las hembras viven más tiempo que los machos, lo que podría indicar la existencia de una básica inferioridad biológica en la capacidad para sobrevivir de éstos respecto de aquéllas. Sin embargo, aun cuando en las poblaciones humanas la regla general es la mayor supervivencia de las mujeres, no se trata de una pauta universal lo cual implica que hay factores sociales (Retherford los llama "factores externos") que también intervienen. Por ejemplo, un estudio realizado en 1970 por Preston demostró el papel que desempeñaba el consumo masculino de cigarrillos en el ensanchamiento de las diferencias, por sexo, de la mortalidad en Estados Unidos. Desde 1900, los varones han fumado cigarrillos en mucha mayor medida que las mujeres, y ello ha contribuido a elevar sus riesgos de defunción por cáncer, enfermedades degenerativas pulmonares (tales como bronquitis crónica y enfisema) y enfermedades cardiovasculares.

Examinando las causas de defunción por edad para cada sexo. Retherford logró evaluar la importancia de cada causa de fallecimiento. Encontró así que en las edades más bajas (1 a 5 años) la disminución en Estados Unidos entre 1910 y 1965 de las enfermedades infecciosas y parasitarias supuso realmente una reducción de las diferencias en la mortalidad por sexo, aunque las mujeres seguían estando en ventaja. Sólo en las edades superiores a 50 años la diferencia ha ido ampliándose sustancialmente con el tiempo, explicándose en su mayor parte por la incidencia del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares, lo que parece sugerir claramente que en Estados Unidos (y con toda probabilidad también en otros países occidentales) la creciente diferencia en la mortalidad entre los sexos se debe, primordialmente, a los efectos de las pautas masculinas de consumo de tabaco.

A lo largo de las próximas décadas veremos, probablemente, cómo esta diferencia se reduce, o al menos cómo deja de ampliarse. La razón, por supuesto, está en que después de la Segunda Guerra Mundial ha aumentado el número de mujeres que fuman; en consecuencia, entre las mujeres que ahora van alcanzando los grupos de edad más altos la proporción de fumadoras es, con toda probabilidad, mayor de lo que lo era en cohortes anteriores. El resultado es un previsible aumento en la tasa de mortalidad femenina por cáncer de pulmón. Entre 1970 y 1976 las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón aumentaron en un 5 por 100 entre los varones de 55 a 64 años, pero lo hicieron en un 60 por 100 entre las mujeres de esa misma edad (National Center for Health Statistics. 1978a: Tabla 32). En 1950 una mujer tenía cinco veces menos probabilidades que un hombre de morir, en Estados Unidos, de cáncer de pulmón; en 1976 la diferencia se había reducido, pasando las probabilidades a ser sólo tres veces menores.

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD POR EDAD

Mortalidad infantil

Pocas cosas en el mundo resultan más impresionantes y abrumadoras que la responsabilidad de ocuparse de un recién nacido, tan frágil y tan totalmente dependiente de los demás para su supervivencia. En muchas sociedades este grado de fragilidad y dependencia se traduce en la existencia de altas tasas de mortalidad infantil (número de fallecimientos durante el primer año de vida por cada mil nacidos vivos). En algunos de los países menos desarrollados, especialmente en África ecuatorial, las tasas de mortalidad infantil llegan a alcanzar los 200 fallecimientos por cada mil nacidos vivos. Esta cifra corresponde a Níger, país asolado por el hambre y

la sequía en la década de 1970, pero resulta representativa de la situación en esa región del mundo. En contraste, la tasa de mortalidad infantil más baja del mundo corresponde a Suecia, donde sólo ocho de cada 1.000 nacidos fallecen durante su primer año de vida.

En países caracterizados aún por una alta mortalidad, como es el caso de las sociedades del África ecuatorial, los fallecimientos ocurridos en el primer año de vida pueden llegar a suponer hasta una cuarta parte del total anual de defunciones. Los fallecimientos correspondientes a niños menores de 10 años representan cerca de dos tercios del total de fallecimientos. Sin embargo, a medida que las tasas de mortalidad decrecen y que los individuos empiezan a vivir más tiempo las defunciones pasan a concentrarse en las edades más altas. En Suecia, por ejemplo, los fallecimientos correspondientes a niños menores de un año suponen tan sólo el 2 por 100 del total de defunciones, y los de niños menores de 10 años sólo el 3 por 100 del total.

¿Por qué registran los recién nacidos tasas de mortalidad más elevadas en unos países que en otros? La simple mención de las dos características comunes a las sociedades en que las tasas de mortalidad infantil son bajas resume, de forma inmejorable la respuesta: niveles educativos y de renta altos. Por educación entendemos aquí simplemente el conocimiento de unas cuantas reglas básicas que evitarían muertes infantiles innecesarias. Por ejemplo, en un estudio realizado en un pequeño pueblo rural de la India se pudo determinar que el tétanos era una importante causa de mortalidad infantil. Investigaciones posteriores atribuyeron esta pauta al hecho de que el cordón umbilical era cortado a menudo utilizando herramientas agrícolas, y a que era recubierto con cenizas de hogueras cuyo combustible, como es frecuente en esa parte del país, estaba compuesto por excrementos de vaca.

El nivel de ingresos es importante, pues permite proporcionar a los recién nacidos una dieta nutritiva y sana que prevenga la diarrea, que es una importante causa de mortalidad infantil. Las madres que amamenten a sus hijos lo harán con mejores resultados si su dieta es la adecuada en cantidad y calidad. El nivel de renta se encuentra también asociado frecuentemente a la capacidad que un país tiene de proporcionar, o un individuo de pagar, protección médica adecuada contra la enfermedad. En lugares donde las tasas de mortalidad infantil son elevadas, las enfermedades contagiosas constituyen una importante causa de defunción, siendo así que la mayoría de ellas podrían ser evitadas con asistencia médica. Por ejemplo, entre 1861 y 1960, la tasa de mortalidad en Inglaterra y Gales pasó de 160 a 20, debiéndose más de las dos terceras partes de este decrecimiento al control de las enfermedades contagiosas.

El grado de resistencia a la enfermedad guarda, por supuesto, una estrecha relación con el grado general de salud del niño, y éste a su vez está estrechamente asociado al grado de salud de la madre (Bouvier y Van de Tak, 1976). Las madres que tienen buena salud durante el embarazo y después del parto tienen mayores probabilidades de tener hijos sanos. Dado que el nivel de salud es, generalmente, más alto en los países más desarrollados, es en ellos también donde, por lo general, la mortalidad infantil es más baja. La relación entre salud y nivel de renta no es perfecta, sin embargo. Por ejemplo, entre los países relativamente grandes (es decir, excluyendo los diminutos emiratos ricos en petróleo). Suecia es el que presenta el nivel más elevado de riqueza por persona, y el nivel más bajo de mortalidad infantil. Ahora bien, Estados Unidos, que es el tercer país más rico, ocupa sólo el decimocuarto lugar por lo que hace a la mortalidad infantil. Quizá buena parte de esta diferencia se deba a que las mujeres norteamericanas no se cuidan tan bien como las suecas.

Esto merece una explicación más detallada.

En países avanzados como Estados Unidos o Suecia una amplia mayoría de las defunciones infantiles corresponde a nacimientos prematuros, y en muchos casos éstos se producen como consecuencia de la falta de cuidado adecuado durante el

embarazo. Las embarazadas que no siguen una dieta adecuada, que fuman o toman drogas, o en general que no tienen cuidado de su estado, tienen una elevada probabilidad de dar a luz prematuramente, colocando así a su hijo en clara desventaja en cuanto a supervivencia post-parto (Weeks, 1976).

En los Estados Unidos, los niños concebidos ilegítimamente tienen muchas más probabilidades de defunción que los concebidos legítimamente, incluso aunque la madre contraiga matrimonio antes de su nacimiento (véase Weeks. 1976). Uno de los factores asociados con estas mayores probabilidades de defunción es, una vez más, el cuidado prenatal. Si una madre descuida su embarazo, su hijo tiene mayores probabilidades de fallecer una vez nacido. Por supuesto, éstas son defunciones que desde un punto de vista médico no pueden ser evitadas, pero que sí podrían evitarse si la presión social para que la madre se cuide adecuadamente durante el embarazo fuera mayor.

Aunque la mortalidad infantil mide los fallecimientos de niños durante su primer año de vida, el momento más peligroso para un recién nacido es el inmediatamente anterior y posterior al parto. Existen medidas especiales de la mortalidad infantil que toman este riesgo en consideración. Por ejemplo, la mortalidad fetal tardía se refiere a los fallecimientos de fetos que tienen lugar por lo menos después de 28 semanas de gestación. La mortalidad neonatal mide las defunciones de recién nacidos dentro de los 28 días siguientes al nacimiento. La mortalidad postneonatal abarca los fallecimientos ocurridos desde los 28 días hasta el año. Existe además un índice denominado mortalidad perinatal que incluye los fallecimientos fetales tardíos y los fallecimientos en los primeros siete días después de nacimiento.

En Estados Unidos la tasa de mortalidad fetal (el número de fallecimientos fetales por cada 1.000 nacidos vivos y fallecimientos fetales tardíos) descendió de 14,9 en 1950 a 7,5 en 1976, lo que supone una caída del 50 por 100. La tasa de mortalidad neonatal (fallecimientos neonatales por cada 1.000 nacidos vivos) descendió en ese período de 20,5 a 10,9, es decir, una caída del 47 por 100. La tasa de mortalidad postneonatal (fallecimientos postneonatales por cada 1.000 nacidos vivos) pasó de 8,7 en 1950 a 4,3 en 1976, disminuyendo por tanto en un 51 por 100. La tasa de mortalidad perinatal (fallecimientos fetales tardíos más fallecimientos en los 7 días siguientes al nacimiento por cada 1.000 nacidos vivos y fallecimientos fetales tardíos) pasó de 32,5 en 1950 a 16,7 en 1976: un descenso del 49 por 100. En conjunto puede verse que se han realizado progresos en la ayuda a los recién nacidos para sobrevivir desde la última etapa de la gestación hasta el final del primer año de vida.

El parto puede ser un momento traumático y peligroso no sólo para el niño sino también para la madre. Hasta hace pocas décadas el embarazo y el parto constituían las dos principales causas de fallecimiento de las mujeres adultas jóvenes. Pasemos ahora a considerar la mortalidad durante esa edad.

Mortalidad de los adultos jóvenes

En la actualidad, en Estados Unidos, los adultos jóvenes tienen un riesgo de defunción muy bajo. Existe menos de una probabilidad entre cien de que una persona de 25 años fallezca antes de alcanzar los 30: ese riesgo era en cambio mayor en 1900. Por lo que hace a las mujeres de esas edades, resulta especialmente importante el descenso de la mortalidad asociada al parto. Por ejemplo, en 1964, las tasas de mortalidad materna pasaron a no suponer sino el 9 por 100 de las registradas en 1900. El descenso de la mortalidad materna, pese a su importancia, no explica sin embargo por sí solo el cambio registrado. Fue el declive de las enfermedades contagiosas el que, en realidad, abrió el camino en el descenso experimentado, a lo largo del tiempo, por la mortalidad de los jóvenes adultos. Estos, ya sean hombres o mujeres, rara vez fallecen hoy como consecuencia de este tipo de enfermedades. En cambio, los pocos que a esas edades fallecen ahora lo hacen, con mucha mayor probabilidad, como consecuencia de accidentes automovilísticos o de otro tipo. Entre las mujeres de 25 a 30 años, los accidentes causan un tercio de todas

las defunciones, y entre los varones de esas mismas edades, los dos tercios. Esta pauta en realidad desde la primera infancia hasta las edades medias, cambiando considerablemente en las edades superiores.

Mortalidad en edades superiores

A medida que las personas se adentran en los cincuenta años de vida sus probabilidades de fallecimiento empiezan a crecer de forma acelerada. En las edades superiores a los 60 años, la gran mayoría de quienes, en ambos sexos, fallecen lo hacen como consecuencia de enfermedades cardiovasculares. Más concretamente, entre dos tercios y tres cuartas partes de las personas de esa edad fallecen por un ataque al corazón o una apoplejía. Es probable que muchos, si no la mayoría, de los fallecimientos por causas cardiovasculares signifiquen degeneración biológica; con todo, los factores sociales (especialmente el stress) suelen guardar relación con las enfermedades hipertensivas coronarias, asociadas a la hipertensión crónica.

El segundo lugar (pero a gran distancia) entre las causas de defunción de las personas de más edad se encuentra el cáncer. Los neoplasmas malignos causan el 13 por 100 de todas las defunciones de mujeres de 60 años o más, y el 16 por 100 de las de varones de esas mismas edades. El tipo de cáncer que produce mayor mortalidad entre las personas de edad es el que afecta a los órganos digestivos, especialmente al estómago, intestino o páncreas. Un tercio de todas las defunciones por cáncer corresponde a esta categoría. El segundo tipo de cáncer más frecuente es el que afecta a la mama y al sistema genito-urinario, y viene a suponer una cuarta parte de todas las defunciones por cáncer. Debo señalar que el cáncer de pulmón, pese a lo mucho que sobre él se ha escrito, no supone sino el 10 por 100 de todas las defunciones por cáncer registradas entre ancianos: su impacto mortífero es mayor en los cincuenta y primeros sesenta que en edades más avanzadas.

LA MORTALIDAD Y EL COSTE DE LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS

En Estados Unidos muchas residencias para ancianos y jubilados establecen sus precios basándose en parte en la esperanza de vida correspondiente a la de la persona que ingresa en ellas. Dichas residencias recurren así a tablas de mortalidad para establecer la cantidad de dinero que ha de abonar cada nueva persona admitida. Cuanto más joven sea la persona, mayores serán sus posibilidades de supervivencia y mayor será por tanto para ella el coste de la residencia.

El precio del ingreso en una típica casa de retiro como la que estudié en San Diego en 1975 cubre dos tipos distintos de gastos. En primer lugar, el gasto de alojamiento, que consiste en una cantidad fija cuya cuantía se establece a partir de la "experiencia de la compañía" y también, de forma vaga, a partir de la esperanza de vida. En cambio, la otra parte del precio, correspondiente a los gastos por cuidados permanentes (que incluyen tres comidas diarias, limpieza de la habitación, lavado de ropa, luz, agua, mantenimiento, administración, enfermeras, central telefónica y servicios médicos no cubiertos por el seguro de enfermedad), está calculada casi exclusivamente a partir de la esperanza de vida. Aunque esta parte del precio total puede ser abonada en vencimientos mensuales más que mediante una suma abonada de una sola vez al ingresar, esta segunda forma de pago es la preferida, con mucho, por las residencias.

Tablas de mortalidad y precios. El coste del cuidado permanente es así establecido a partir de la esperanza de vida correspondiente al sexo, y a la edad en el momento de ingresar, de cada persona. Por ejemplo, en la residencia que yo estudié (que era una de las siete administradas por una entidad sin ánimo de lucro vinculada a una iglesia) las tablas de mortalidad utilizadas estaban construidas a partir de la experiencia proporcionada por los anteriores residentes. Según las mismas, una mujer ingresada en 1975 con 62 años de edad podía esperar vivir 22 años más; en

consecuencia la suma a pagar ascendía a 82.714 dólares. En el caso de un hombre de esa misma edad la esperanza media de vida restante era de 19,2 años; en consecuencia, para él la suma a pagar era 77.743 dólares. Una vez satisfechas estas cantidades, el recién admitido tendría derecho a ser admitido permanentemente, con independencia de la duración real de su vida: el fallecer antes de lo estimado no da lugar a devolución de dinero alguna, pero el vivir más tiempo de lo calculado tampoco implica ningún pago adicional. Dada la importancia de las cifras, y dado que su cuantía viene determinada en parte por los valores contenidos en la tabla de mortalidad, cabe preguntarse si las tablas de mortalidad utilizadas por la residencia recogen adecuadamente el nivel esperable de mortalidad entre la población. Si la tabla sobreestima la esperanza de vida, cada fallecimiento supondrá un beneficio económico para la residencia. Pero si la infraestima puede originar serias dificultades financieras, que podrían obligar a recortar los servicios ofrecidos.

Comparación de las tablas de mortalidad estadounidenses y de las utilizadas en la residencia de ancianos. Al comparar la esperanza de vida calculada por la residencia a partir de sus datos con la correspondiente a la población general de Estados Unidos en 1973, hallamos que la residencia de ancianos calcula para sus residentes vidas considerablemente más largas que las correspondientes a la población general. Por ejemplo, según la residencia, a los 65 años un varón tiene una esperanza de vida superior en cuatro años a la correspondiente en realidad a los varones norteamericanos de esa edad. Al coste mensual de 420 dólares por cuidados permanentes estimado por la residencia, esos cuatro años representan 20.160 dólares. En las tablas de mortalidad de la residencia estudiada la esperanza de vida es asimismo mayor para las mujeres que la establecida para la población general.

Cabe, sin embargo, argumentar que los datos relativos al conjunto de la población estadounidense muy probablemente no reflejan con exactitud la mortalidad realmente registrada en las residencias de ancianos, ya que éstas acogen fundamentalmente a personas de raza blanca, con status ocupacionales medios o altos, y con probabilidades de supervivencia indudablemente superiores a las de la población general. Los datos sobre mortalidad utilizados por la residencia en sus cálculos proceden, en efecto, de su propia experiencia y de la de otras residencias similares. Por consiguiente, lo que procede es examinar la experiencia de la población acogida en la residencia a partir de los datos disponibles. Podemos, por ejemplo, tratar de calcular la proporción de residentes que sobrepasan la esperanza de vida establecida en principio para ellos.

Supervivencia por encima de la esperanza de vida. La residencia que estamos considerando funcionaba desde 1962. Pude conseguir datos de mortalidad para el periodo comprendido entre enero de 1970 y octubre de 1975 así como la lista de todos los residentes en noviembre de 1975. En dicha fecha había 300 mujeres y 57 hombres en la residencia. Entre las primeras, el 37 por 100 había alcanzado o superado su esperanza de vida. Entre los hombres este porcentaje era del 42 por 100. De las 75 mujeres fallecidas en la residencia entre enero de 1970 y noviembre de 1975 el 47 por 100 había alcanzado o superado su esperanza de vida; entre los 35 varones fallecidos el porcentaje correspondiente era del 54 por 100. Combinando ambos sexos tenemos que el 49 por 100 de los fallecidos murieron tras haber alcanzado o superado la esperanza de vida que, según las tablas de mortalidad de la residencia, les correspondía. Estos datos vienen a indicar así que los valores de las tablas de mortalidad utilizadas en la residencia eran razonables: podemos en efecto suponer que el 50 por 100 fallecido antes de alcanzar su esperanza de vida resulta compensado, en cuanto a años vividos, por el 50 por 100 que vive más de lo esperado. En realidad, sin embargo, en la residencia estudiada no se había alcanzado aún esa situación. Una mayoría de las personas que siguen vivas no ha alcanzado aún su edad estimada de fallecimiento. Por otro lado, entre los fallecidos casi el 50 por 100 había alcanzado su esperanza de vida, pero el número medio de años vividos por los que habían fallecido era inferior en 0,7 años a lo esperado.

Posdata. A comienzos de 1977 la entidad que administraba esta y varias otras residencias de ancianos anunció que estaba al borde de la bancarrota. Los precios fijos del alojamiento y los pagos de los cuidados no habían tenido en cuenta la inflación y, además, la gente estaba alcanzando edades más altas de las esperadas. Sin embargo, se ha acusado a dicha entidad de funcionar con un esquema de tipo piramidal según el cual los pagos eran utilizados para conseguir créditos con los que adquirir nuevas propiedades. Cuando dicho esquema de funcionamiento se vino abajo, los residentes se encontraron con la cancelación de sus contratos vitalicios, viéndose entonces forzados a pagar una renta mensual (más elevada, en proporción, que antes) para poder seguir en la residencia.

DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD ENTRE ZONAS URBANAS Y RURALES

Hasta hace sólo unas décadas vivir en una ciudad podía ser mortal. Los niveles de mortalidad eran invariablemente superiores en, ellas que en sus alrededores: el amontonamiento de personas en espacios reducidos, la inexistencia de una adecuada estructura sanitaria y el contacto con viajeros que podían ser transmisores de enfermedades contribuían a mantener en las mismas niveles elevados de enfermedades contagiosas. Por ejemplo, en 1841 la esperanza de vida para los varones ingleses era de 40 años, y para las mujeres de 42, pero para los habitantes de Londres era cinco años más corta. En Liverpool, ciudad portuaria de la floreciente zona minera de Manchester, la esperanza de vida era tan sólo de 25 años para los varones y de 27 para las mujeres. En términos de probabilidades, una niña nacida en Liverpool en 1841 tenía menos de un 25 por 100 de probabilidades de llegar viva a su 55 cumpleaños, mientras que una niña nacida en el campo tenía, en esa fecha, tenía un 50 por 100 de probabilidades de alcanzar esa edad. En aquella época las condiciones sanitarias de Liverpool eran simplemente atroces. Pumphrey observa que: "a lo largo de la calle corrían a menudo arroyos y profundos canales no cubiertos de los que periódicamente había que retirar materiales sólidos (excrementos humanos). Entre junio y octubre nunca se vaciaban los fosos de las letrinas pues se observó que cualquier movimiento de los mismos inevitablemente originaba enfermedades.

En general, cabe concluir que las diferencias iniciales entre la mortalidad urbana y la rural se debían menos a la existencia de condiciones favorables en el campo que a la existencia de condiciones decididamente no favorables en las ciudades. Con el tiempo, sin embargo, los avances médicos y las mejoras del entorno beneficiaron más a la población urbana que a la rural, dando así lugar a la actual situación, caracterizada por la existencia de mejores condiciones de mortalidad en las zonas urbanas.

Las tasas de mortalidad urbanas tienden a ser hoy bajas porque las medidas sanitarias públicas han controlado las enfermedades infecciosas y porque la tecnología médica logra mantener con vida a los recién nacidos y a otras personas con alto riesgo de defunción. Sin embargo la vida urbana suele a menudo estar asociada con una pauta peculiar de mortalidad. San Francisco tiene fama de ser una ciudad donde se bebe mucho, y los datos referidos a la mortalidad tienden a confirmar esa reputación: la tasa de defunción por cirrosis hepática era dos veces y media más alta en San Francisco, en 1973, que en el conjunto de Estados Unidos (National Center for Health Statistics, 1975).

Varios estudios realizados en Estados Unidos han revelado que las tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas tienden a ser más elevadas en las zonas urbanas que en las rurales, y lo mismo ocurre con el cáncer provocado por la contaminación ambiental (Kitagawa y Hauser, 1973). En el año 1900 el cáncer estaba situado al final de la lista de las principales causas de defunción: en la actualidad ocupa el segundo lugar en la misma. La importancia cada vez mayor del cáncer como causa de defunción, y el origen que parece tener en nuestro entorno vital, han dado lugar a una creciente toma de conciencia acerca de la manera en que la sociedad

moderna se organiza para utilizar los recursos y eliminar los desechos.

PAUTAS Y NIVELES DE MORTALIDAD

La mayoría de nosotros percibe nuestra larga esperanza de vida como algo natural. Sin embargo hace apenas un siglo las tasas de mortalidad eran más altas en todo el mundo de lo que lo son hoy en ningún lugar.

Europa y Estados Unidos

En realidad, sólo desde el comienzo del siglo XX se han producido en Europa y en Estados Unidos caídas profundas de la mortalidad. Ello no obstante desde los comienzos de la era cristiana tuvieron lugar mejoras graduales. En el imperio romano la esperanza media de vida era de unos 22 años. Con ese nivel de mortalidad una niña recién nacida tenía sólo un 15 por 100 de probabilidades de llegar viva a los 55 años. En la Inglaterra medieval la esperanza de vida al nacimiento era de unos 35 años, y a mediados del siglo XIX, es decir algunas generaciones después de la desaparición en Europa de la peste bubónica, había alcanzado ya los 43 años. En esa época una recién nacida tenía un 46 por 100 de probabilidades de alcanzar los 55 años (United Nations, 1953).

Entre el año 1 d. de C. y el año 1861, se produjo, como puede verse, un aumento de 31 puntos de porcentaje en las probabilidades de supervivencia hasta los 55 años. El aumentar en otros 31 puntos dichas probabilidades de supervivencia (situándolas así en un 77 por 100) llevó sólo otros 79 años, es decir, desde 1861 a 1940. En esta última fecha la esperanza de vida al nacer de las mujeres inglesas subió, en efecto, a 64 años. Desde finales del siglo XIX a la actualidad las defunciones por enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis, la escarlatina, el tifus, la tosferina, el sarampión, la viruela, el cólera y la diarrea han sido reducidas de forma drástica, especialmente entre los niños pequeños.

Aunque las tasas de mortalidad empezaron a decrecer a mediados del siglo XIX las mejoras se produjeron al principio lentamente por varias razones. En época no tardía como mediados del siglo pasado seguían siendo frecuentes, en Europa, periodos de hambre (el caso de Irlanda a finales de la década de 1840 y de Suecia, tras las malas cosechas de comienzos de la década de 1860, constituyen ejemplos destacados). Los periodos de malas cosechas se producían de forma generalizada e incidían muy fuertemente sobre las zonas afectadas pues las dificultades en los transportes dificultaban mucho la ayuda. Epidemias y pandemias de enfermedades infecciosas, incluyendo la gripe de 1915, contribuyeron a mantener alta, hasta incluso este siglo, la tasa de mortalidad (United Nations, 1953).

Hasta hace poco, las mejoras en la longevidad obedecían fundamentalmente a mejoras en el entorno, no a avances en los cuidados médicos. McKeown y Record (1962), que han realizado las investigaciones pioneras en esta cuestión, indican que los factores que más influyeron en el descenso de la mortalidad en el siglo XIX fueron mejoras en la dieta alimenticia y cambios en la higiene, quedando las mejoras médicas reducidas, básicamente, a la vacunación antivariólica. Las caídas más importantes de la tasa de mortalidad tuvieron lugar en Europa y Estados Unidos durante la primera mitad del siglo XX y fueron resultado del creciente papel de la terapia médica (es decir, del tratamiento médico de personas ya enfermas) y de nuevos cambios en la dieta y sanidad pública.

La experiencia de la población norteamericana ha sido, en general, comparable a la de los europeos, si bien existen pruebas de que en los siglos XVIII y XIX la mortalidad era ligeramente menor en Estados Unidos que en Europa. Sin embargo, hacia el año 1900 la esperanza de vida al nacer era prácticamente la misma en Inglaterra que en Estados Unidos, y así ha seguido siendo hasta la actualidad. En Estados Unidos, hoy, una recién nacida tiene un 90 por 100 de probabilidades de

sobrevivir hasta los 55 años. De hecho, con los actuales niveles de mortalidad, que se traducen en una esperanza de vida de unos 77 años para las mujeres (para los varones es más baja) más de la mitad de todas las mujeres nacidas seguirán vivas a los 75 años, y una de cada cuatro alcanzará los 85. Aunque parezca trivial, no deja de ser interesante el hecho de que la actual mortalidad sea tan baja como para hacer posible que el 10 por 100 de todos los niños nacidos en Estados Unidos tengan una tatarabuela viva (Keyfitz, 1970).

En los países desarrollados la tasa de mortalidad ha continuado decreciendo, si bien a un ritmo lento. La continuación de esta tendencia requerirá, probablemente, que persistamos en las variaciones de nuestros estilos de vida. «Puede afirmarse sin lugar a dudas que una reducción significativa de nivel sedentario de nuestras vidas, del exceso en la nutrición, del alcoholismo, de la hipertensión y del consumo excesivo de cigarrillos salvaría más vidas entre los 40 y los 64 años que los mejores tratamientos médicos actuales» (Kirstein, Arnold y Wynder 1966:461).

Países menos desarrollados

El control de las enfermedades contagiosas ha sido la principal causa del descenso de la mortalidad en el mundo. Esto es tan cierto hoy para los países del mundo menos desarrollados como antes lo fue para Europa y Estados Unidos. Existen, sin embargo, considerables desigualdades, de unas zonas subdesarrolladas del mundo a otras, en la pauta de decrecimiento de la mortalidad. En general, los países más fuertemente influidos por la cultura europea son los que han experimentado antes, y con más intensidad, el descenso de la mortalidad. Entre las naciones menos desarrolladas, la mortalidad alcanza los niveles más bajos en América Latina, seguida de Asia, mientras que la mayor parte de los países africanos van claramente detrás en su lucha contra la enfermedad.

Antes del siglo XVI, es decir, antes de la conquista española, lo que ahora denominamos América Latina estaba salpicada de civilizaciones primitivas en las que la medicina era practicada como un arte mágico, religioso y curativo. En un interesante intento de reconstrucción histórica, Ortiz de Montellano (1975) realizó controles químicos de determinadas hierbas que, según los aztecas mejicanos, tenían ciertas propiedades curativas, encontrando que la mayoría de las que pudo analizar eran realmente efectivas. La mayor parte de tales remedios correspondían a problemas muy similares a los que, hoy día, hacen gastar a los norteamericanos millones de dólares al año en medicinas: catarros, enfriamientos, náuseas y diarrea. Sin embargo, y desgraciadamente, esos remedios no resultaron suficientes para combatir las enfermedades que los españoles trajeron consigo. Existen abundantes pruebas de que el contacto con éstos diezmó a la población mejicana. La guerra y los movimientos migratorios apenas sí causaron bajas en comparación con los efectos mortales de la viruela, de las infecciones bacterianas, de los trastornos agudos gastrointestinales, del sarampión y del tifus (Halberstein et al., 1973). La mortalidad permaneció en América Latina a un nivel elevado hasta la década de 1920, comenzando entonces a disminuir a un ritmo creciente. Hasta 1920, la esperanza de vida al nacer, era más baja, a todo lo largo de América Latina, de lo que lo había sido en la Europa medieval. Sin embargo, desde la década de 1920 las tasas de mortalidad han decrecido tan rápidamente que, en la actualidad, Méjico (tomando su caso como un ejemplo representativo de la región en su conjunto) ha reducido la mortalidad al nivel que presentaba en Estados Unidos en el año 1940. En otras palabras, llegar al nivel de mortalidad que los países Europeos tardaron como poco cinco siglos en alcanzar, llevó tan sólo medio siglo en América Latina. El más lento descenso de la mortalidad en Europa y en Estados Unidos se debe al hecho de su estrecha asociación, en dichas áreas, con el desarrollo económico, cosa que en las regiones subdesarrolladas del mundo (incluyendo a América Latina) ha sido verdad en menor medida. Un país no tiene ahora que desarrollarse económicamente para mejorar su nivel sanitario: puede conseguirlo simplemente imitando los servicios públicos

sanitarios occidentales e importando atención médica de los países europeos. Como escribe Arriaga, «dado que los programas de salud pública de los países atrasados dependen estrechamente de otros países, cabe esperar que cuanto más tarde se aplique un programa masivo de salud pública en un país subdesarrollado carente de toda experiencia previa en ese terreno mayor será el descenso de la tasa de mortalidad» (1970:331).

Entre las técnicas que pueden ser utilizadas para bajar la mortalidad aun en ausencia de desarrollo económico, cabe citar la exterminación de insectos y roedores transmisores de enfermedades, la adición de cloro al agua potable, la instalación de un sistema de alcantarillado adecuado, vacunaciones, suplementos en la dieta, uso de nuevos medicamentos y mejor higiene personal (Arriaga, 1970). Estos factores han producido un descenso de las tasas de mortalidad especialmente rápido en Latinoamérica así como en varias zonas de Asia.

Malasia y Tailandia, que tienen en la actualidad una esperanza de vida al nacer, para las mujeres, de más de 60 años, son, entre los países asiáticos con alto nivel de fecundidad, los que han experimentado un mayor descenso de la mortalidad. Sin embargo, los países asiáticos situados más al oeste, incluyendo a la India y a Pakistán, tienen por término medio una esperanza de vida de 45-50 años, es decir de 10 a 15 años más baja. La mortalidad infantil constituye un factor fundamental para explicar estas diferencias: en la India una recién nacida tiene aproximadamente un 15 por 100 de probabilidades de fallecer en su primer año de vida, mientras que en Malasia dichas probabilidades son sólo de un 4 por 100.

En Africa, que es la región del mundo menos afectada por las sociedades industriales, las altas tasas de mortalidad siguen prevaleciendo, si bien en general están disminuyendo. A lo largo de la mayor parte del continente africano la esperanza de vida apenas supera los 40 años, es decir, se encuentra a un nivel similar al que, desde al menos la Edad Media, predominaba en la Europa preindustrial. Por regla general, cuanto mayor la tasa de mortalidad, menor el nivel de desarrollo económico y menor la información disponible. En consecuencia, no disponemos de todos los detalles sobre la mortalidad africana que nos gustaría poder tener, pero sí sabemos que en esa parte del mundo las elevadas tasas de mortalidad son consecuencia de enfermedades infecciosas que matan no sólo a los recién nacidos sino también a proporciones significativas de personas en todos los grupos de edad.

La persistencia en Africa de enfermedades infecciosas debe servirnos a todos de recordatorio de que existen y de que pueden amenazar nuestras vidas si descuidamos nuestra vigilancia. El control de la muerte no puede, una vez alcanzado, darse por supuesto, ya que, como certeramente escribió Zinsser: «por segura y bien organizada que la vida civilizada pueda llegar a ser, los virus, bacterias, protozoos, pulgas infectadas, piojos, chinches, mosquitos y garrapatas estarán siempre acechando en las sombras, listos para lanzarse al asalto cuando el descuido, el hambre o la guerra hagan bajar las defensas. Incluso en tiempos normales toman como presas a los débiles, a los más jóvenes y a los más viejos. viviendo junto a nosotros en una misteriosa oscuridad, a la espera de su oportunidad» (1935:13-14).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El control de la mortalidad ha mejorado enormemente la condición humana, pero ha producido simultáneamente en todo el mundo un aumento de la población. Existen, sin embargo, amplias variaciones, entre unos países y otros, y dentro de cada país, tanto en las probabilidades como en las causas de fallecimiento. Las diferencias en la mortalidad según la clase social constituyen una de las formas de desigualdad más extendidas en las sociedades modernas. Por ejemplo, cuanto mayor es el prestigio de una ocupación, menor la tasa de mortalidad entre quienes la desempeñan. De modo similar, a mayor nivel educativo y de renta, menores tasas de mortalidad. Las desventajas sociales y económicas que padecen los grupos minoritarios se traducen a

menudo en esperanzas de vida más bajas. Así ocurre en Estados Unidos, donde la mortalidad de la población de color supera en más de un 10 por 100 la de la población blanca. El estado civil es también una variable importante: las personas casadas tienden a vivir más que las no casadas.

Las mujeres aventajan, en todas las edades, a los hombres en cuanto a supervivencia, y esta diferencia en la mortalidad de los sexos se ha ido ensanchando a lo largo del tiempo. En general, el mayor riesgo de defunción corresponde a los recién nacidos (desde el nacimiento hasta el primer año) y luego, ya, a las personas en edades de jubilación. En Estados Unidos la mayor parte de la mortalidad infantil corresponde a niños nacidos prematuramente. Asimismo en ese país existe un riesgo muy bajo de fallecimiento entre los adultos jóvenes, constituyendo los accidentes la principal causa de defunción a esas edades. El riesgo de fallecer aumenta en las edades superiores y entre quienes tienen más de 60 años la mayoría de las defunciones se deben a enfermedades cardiovasculares. Históricamente las personas residentes en zonas urbanas han experimentado, en todas las edades, tasas de mortalidad más elevadas. Sin embargo, tras la Segunda Guerra Mundial la mortalidad urbana ha pasado a ser igual o más baja que la rural.

Un dato que he reiterado es que la mortalidad debida a enfermedades contagiosas constituye la principal causa de la alta mortalidad a nivel mundial. En aquellos países en que la mortalidad es ahora baja, la reducción del volumen de fallecimientos fue debida a avances en el control de las enfermedades contagiosas. En cambio, en aquellos lugares del mundo en que las tasas de mortalidad siguen siendo elevadas, las enfermedades contagiosas constituyen la principal causa de defunción. En general, las mejoras en los niveles de salud de las poblaciones dependen más de la adopción de medidas de sanidad pública (preventivas) que de la adopción de medidas médicas (curativas).

Hasta ahora hemos considerado dos de los tres procesos demográficos: fecundidad y mortalidad. El próximo capítulo completará nuestro acercamiento a los fundamentos del análisis demográfico con un análisis de los procesos migratorios.

SOCIOLOGÍA DE LA POBLACIÓN

John R. Weeks

Capítulo 7

- Migraciones.
- Definición y medición de la migración.
- Tipos de migraciones: internas e internacionales.
- Explicaciones de la migración.
 - Migración según la edad.
 - Migración según el estado civil.
 - Migración según el nivel educativo.
- ¿Cuántos norteamericanos cambian de lugar de residencia?
- ¿Adónde se traslada la gente?
- Consecuencias de la migración.
 - Consecuencias individuales.
 - Consecuencias sociales.
- La migración como componente de la política demográfica.
 - Migración internacional.
 - Migración legal.
 - Migración interna.
- Resumen y conclusiones.

MIGRACIONES

Aun cuando un país cerrase la puerta por completo a la inmigración, ¿serviría ello de algo? A lo largo de la década de 1970 casi 800 millones de personas fueron añadidos a la población mundial, haciendo así aún más difícil para cada individuo el encontrar acomodo en la economía del mundo y obligando a menudo a quienes buscaban trabajo a cambiar de residencia para poder, efectivamente, encontrarlo. Como dice un viejo proverbio mejicano, «no pidas a Dios que te dé, pídele que te ponga donde hay». Para muchos, "donde hay" es en Estados Unidos. Allí llegan «a pie, por tren, aire o mar. desde casi cada país. Algunos entran escondidos en camiones, apretujados, en durísimas condiciones» (Chapman. 1976). Aun cuando los emigrantes ilegales que llegan a Estados Unidos proceden de todos los lugares del mundo, casi el 85 por 100 procede exclusivamente de Méjico, de lugares como Jalisco, Oaxaca y Michoacan. Acuden a la frontera para escapar a la pobreza (con suerte, para ver aumentado su nivel de ingresos en un 800 por 100, y algunos ya no regresan nunca al lugar de partida.

La migración, tanto si es legal como ilegal, puede alterar profundamente a una comunidad o a todo un país en muy poco tiempo. Aunque constituye, junto con la fecundidad y la mortalidad, uno de los tres procesos demográficos, difiere de éstas en muchos aspectos además de los obvios. Para empezar, tenemos que la migración resulta muy difícil de medir; en consecuencia, sabemos menos sobre ella que sobre la mortalidad o la fecundidad. Lo cual, por supuesto, significa que lo que sabemos acerca de las complejas razones por las que la gente emigra es aún menos que lo que sabemos acerca de por qué tienen hijos (cuestión ésta asimismo compleja) y de por qué mueren. Por otro lado, y a pesar del hecho de que hay mucho que no sabemos acerca de quien emigra y por qué. La migración ha sido objeto de un control gubernamental mucho mayor que la fecundidad o la mortalidad.

Estados Unidos es una nación de inmigración (tanto legal como ilegal) en la que los individuos no cesan de moverse dentro del país, como si buscaran un "otro lugar" casi mágico que pudiera ofrecer más de lo que ya se tiene. A medida que los individuos se trasladen hacia allí y, una vez dentro, cambian de residencia, contribuyen al crecimiento y al cambio de la población tanto a corto como a largo plazo; y la migración, cuando y donde tiene lugar, constituye un proceso demográfico de considerable importancia.

Comenzaré este capítulo con algunos comentarios sobre la definición y la medición de la migración. Pasaré luego a examinar algunas de las explicaciones ofrecidas respecto de por qué la gente emigra, la mayoría de las cuales se basan en el análisis de quiénes son los que cambian de residencia y hacia dónde lo hacen (tema éste al que a continuación dedicaré alguna atención). Procederé luego a examinar algunas de las consecuencias de las migraciones: los resultados potencialmente dramáticos de éstas constituyen, en efecto, un factor principal tras los intentos, por parte de los gobiernos, de controlar la traslación en el espacio de los individuos. Por último cerraré el capítulo con un examen de algunas de dichas medidas gubernamentales.

DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE LA MIGRACIÓN

La migración es definida como cualquier cambio permanente de residencia e implica la interrupción de las actividades en un lugar y su reorganización en otro (Goldscheider, 1971:64). Aunque definir la migración parece algo sencillo, la medición real de la misma resulta difícil como consecuencia de su complejidad potencial. Para empezar, tenemos que la migración puede, o no, producirse; de tener lugar, puede o no repetirse; y de repetirse puede consistir en un retorno al punto original de partida o bien en la marcha hacia un nuevo punto de destino. Además, y para complicar más las cosas, la migración puede implicar a más gente que a un solo individuo aislado: una familia, o incluso un pueblo entero, pueden emigrar al mismo tiempo. Los Individuos pueden recorrer distancias cortas o largas y pueden o no cruzar líneas de demarcación políticas (como las que separan a provincias o estados). En otras palabras, el puro y simple acto de la migración constituye un fenómeno asombrosamente difícil de medir. De hecho, hasta la misma definición dada de la migración admite dudas acerca de lo que pueda entenderse por “permanente” y por “residencia”. Este tipo de ambigüedades no se dan, obviamente, salvo en casos muy extraños, respecto de los nacimientos y defunciones.

Casi toda la información de que disponemos respecto de la migración hacia, y dentro de, Estados Unidos ha sido obtenida preguntando a la gente dónde residía en una determinada fecha anterior. Por ejemplo, el censo de 1970, cerrado al 1 de abril de ese año, preguntaba por el lugar de residencia al 1 de abril de 1965 (en los censos anteriores se incluyeron preguntas similares). A partir de la información así obtenida podemos concluir si una persona reside en la misma casa, provincia o país en que lo hacía en 1965, pero no podemos saber cuantas veces, o a qué lugares, esa persona puede haber emigrado entre tales dos fechas. La Current Population Survey pregunta cada mes de marzo, a una muestra de población norteamericana, por el lugar de residencia el 1 de marzo del año anterior, pero aquí también nos encontramos con el problema de no poder saber lo ocurrido entre ambas fechas. Gran parte de la información que analizaré en este capítulo procede, justamente, de estas dos fuentes.

TIPOS DE MIGRACIONES: INTERNAS Y INTERNACIONALES

Las personas que cambian de lugar permanente de residencia suelen ser clasificadas (o tipificadas), a efectos de facilitar la investigación, según que atraviesen o no líneas de demarcación política, y en el caso de hacerlo, según cuáles sean éstas (límites comarcales y provinciales o fronteras estatales), y también según el punto de origen y de destino. La distinción más importante, sin embargo, es la que se hace entre la migración interna y la externa o internacional.

La migración Interna implica un cambio permanente de residencia dentro de las fronteras nacionales. El U.S. Census Bureau (Oficina del Censo estadounidense) realiza una distinción adicional clasificando como migraciones únicamente a los cambios de residencia entre condados (que incluyen, lógicamente, a los cambios de residencia entre estados de la Unión). Es decir, una persona que cambia de residencia dentro de un mismo condado es considerada por el Census Bureau como una persona móvil, pero no

como emigrante. En otras palabras, todos los que emigran son individuos móviles, pero no a la inversa, al menos según las categorías del Census Bureau de Estados Unidos. Respecto del área de origen (es decir, del lugar que se deja atrás) una persona es emigrante, e inmigrante respecto del lugar de destino.

Si el cambio de residencia es de un país a otro, estamos ante un movimiento migratorio internacional o externo (una vez más, emigración si lo percibimos desde el área de origen, e inmigración si lo hacemos desde la de destino). La distinción entre movimientos migratorios internos y externos es importante porque estos segundos resultan, por regla general, más difíciles de realizar que los primeros, en el sentido de que requieren una motivación mucho mayor. Además el impacto cultural de la migración externa es, por lo común, más fuerte que el de la migración interna. Resulta en efecto más probable que el hecho de atravesar una frontera suponga un cambio de idioma, de costumbres y de vida política (es decir, en general, un cambio en los estilos de vida y en las concepciones del mundo) que el hecho de trasladarse simplemente dentro de un mismo país.

En las últimas décadas al menos (y quizá también siempre, pero no podemos saberlo con certeza), las migraciones internacionales han sido relativamente menos frecuentes que las internas, en todo caso, muchas de las explicaciones ofrecidas para el fenómeno migratorio resultan aplicables, presumiblemente, a ambos tipos por igual.

EXPLICACIONES DE LA MIGRACIÓN

Explicar un movimiento migratorio supone explicar tanto por qué algunas personas no cambian de lugar de residencia, como por qué otras (de hecho la mayoría) sí lo hacen. La forma principal en que se han elaborado explicaciones o teorías ha consistido en observar las pautas seguidas por los flujos migratorios para luego, tratar de explicar por qué los individuos se trasladaron, en determinada cantidad, hacia una determinada dirección. Este tipo de explicaciones sólo de forma muy aproximada pueden ser consideradas como teorías, pero en todo caso constituyen cuanto por el momento tenemos.

A lo largo de los años la explicación de la migración más oída ha sido la llamada teoría de la expulsión-atracción, que afirma que algunos individuos se trasladan porque se ven expulsados de su anterior lugar de residencia, mientras que otros lo hacen porque se ven atraídos hacia otro lugar. Ravenstein (1889) fue el primero en exponer esta idea al analizar la migración en Inglaterra a partir de los datos del censo de Inglaterra y Gales. Según él los factores de atracción son más importantes que los de expulsión: "la existencia de leyes inadecuadas u opresivas, de algunos impuestos, de un clima desagradable, de un entorno social hostil y hasta de una actuación coactiva (como en el caso del transporte o del comercio de esclavos) ha producido, y sigue aún produciendo, corrientes migratorias, pero ninguna de ellas puede compararse en volumen con las resultantes del deseo inherente a la mayoría de los hombres de "mejorar" su situación material. Lo que Ravenstein viene así a decir es que el deseo de mejorar, más que el de escapar a una situación desagradable, el principal factor causal de las migraciones, al menos en la Inglaterra de finales del siglo XIX.

En lenguaje cotidiano podríamos designar simplemente como stress o tensión a los factores susceptibles de empujar a una persona a cambiar de lugar de residencia. Sin embargo, resulta probablemente infrecuente que la gente reaccione, ante una situación de tensión, recurriendo a la migración, a no ser que piense que existe una alternativa razonablemente atractiva, es decir, lo que podríamos llamar un factor de atracción. El modelo analítico de las ciencias sociales configura la toma de decisiones como un proceso de análisis y cálculo de los costes y beneficios de cada situación. El emigrante potencial sopesa los factores de expulsión y de atracción y decide finalmente emigrar si los beneficios de hacerlo superan a los costes. Por ejemplo, si una persona pierde su empleo, puede resultarle ventajoso cambiar de lugar de residencia si en el lugar donde ahora vive no hay trabajo, si el seguro de desempleo ha expirado y si en otro lugar existe

la posibilidad de encontrar trabajo. O, por utilizar un ejemplo algo más optimista, puede ocurrir que una persona reciba una excelente oferta de trabajo en una importante empresa ubicada en otra ciudad. En este caso, el aumento en los ingresos y en el prestigio ¿compensarán los costes de desarraigar a la familia y de dejar atrás casa, amigos y comunidad actuales? Este es un dilema relativamente frecuente entre los norteamericanos de clase media, ya que muchas grandes empresas tienen por norma la rotación geográfica regular de sus empleados de más alto nivel. Pero esto no es algo exclusivo del mundo de la empresa; el ascenso en la carrera militar y en la académica, por citar solo dos de los muchos otros ejemplos posibles, requiere con frecuencia el traslado a una ciudad distinta.

Esta asociación entre migración y ascenso en la carrera profesional sirve para ilustrar la hipótesis respecto de los movimientos migratorios aparecida recientemente en la literatura sociológica, según la cual las decisiones de emigrar "surgen de un sistema de estrategias adoptado por el individuo a medida que va avanzando por el ciclo vital." (Sione 1975:97). Si partimos del supuesto de que los individuos emplean gran parte de su vida en perseguir fines distintos, entonces la migración puede ser percibida como un posible medio (una estrategia de implementación) para alcanzar un determinado fin (por ejemplo, un mayor nivel educativo, un mejor trabajo, una casa más confortable, un entorno más agradable. etc.). No se trata ciertamente de una hipótesis que deslumbe por su novedad (en definitiva es poco más que una versión actualizada de las conclusiones alcanzadas por Ravenstein hace un siglo), pero no por ello deja de ser una hipótesis muy razonable. Lee (1966) ha observado, en efecto, que dos de las generalizaciones con mayor validez temporal que cabe hacer respecto de los fenómenos migratorios son éstas:

1. La migración es selectiva (es decir, no emigra cualquiera, sino sólo una determinada porción de la población).

2. La mayor propensión a emigrar que se registra en determinadas etapas del ciclo vital constituye un factor importante en la determinación de los emigrantes.

Una etapa concreta de la vida asociada, de forma desproporcionada, con la migración es la llegada a la edad adulta. Se trata de un período en que el deseo de alcanzar un mayor nivel educativo alcanza su cenit, y en el que además se entra en el proceso de buscar trabajo o de iniciar una carrera y de contraer matrimonio.

Migración según la edad

Datos recientes referidos a Estados Unidos reflejan claramente esta pauta. La movilidad era muy superior entre los adultos-jóvenes que entre los de las demás edades. Aunque los datos corresponden al período 1975-78 en Estados Unidos, la misma pauta se registró en ese país en fechas anteriores y se registra en la actualidad en otros países.

La emigración resulta predominante en las edades entre 20 y 34 años, es decir, en las correspondientes a los adultos jóvenes: más de la mitad de todos los norteamericanos que en 1978 tenían esas edades habían emigrado de un condado a otro entre 1975 y 1978, y dos terceras partes habían cambiado al menos una vez de residencia, aunque fuese a distancias cortas. Después de los 35 años de edad la propensión a emigrar decae considerablemente, las tasas altas que se registran entre los niños pequeños reflejan, por supuesto, el hecho de que a menudo la migración es un proceso familiar y no sólo individual. En las edades más avanzadas, el porcentaje de individuos que cambian de lugar de residencia refleja el hecho de que muchos norteamericanos cuando se jubilan van a vivir a un lugar distinto.

Utilizando datos de las Current Population Surveys (Encuestas de población actual), Long (1973) ha estimado que, según la información correspondiente al período 1966-71, la edad específica en que un norteamericano medio tiene más probabilidades de emigrar más allá de la línea de demarcación de un condado es la de 22 años, edad que no por azar corresponde. para muchos, a la de la graduación universitaria y a la del matrimonio. La edad en que las probabilidades de migrar son menores es la de 60-61 años, es decir,

algunos años antes de la jubilación.

Migración según el estado civil

Las diferencias en la migración según el estado civil contribuyen a ilustrar la relación existente entre los procesos migratorios y las etapas del ciclo vital, ya que existe la expectativa social de que las personas al casarse establezcan un nuevo hogar (si bien la migración hacia ese nuevo hogar puede muy bien producirse ahora antes del matrimonio formal). Desde 1972 el Census Bureau no ha publicado datos referidos a la movilidad geográfica de los norteamericanos según la antigüedad de su matrimonio, pero los datos anteriores a esa fecha muestran la existencia de una clara relación entre matrimonio y migración. Por ejemplo, en Estados Unidos el 90 por 100 de las mujeres con edades entre 18 y 24 años casadas por primera vez entre marzo de 1970 y marzo de 1971 cambiaron de lugar de residencia durante ese año; y el 35 por 100 de ellas se trasladó como mínimo a un condado distinto. Esta movilidad era superior a la del conjunto de las mujeres de esas edades. Por otro lado, entre las mujeres con edades entre 25 y 34 años, el 34 por 100 de las recién casadas trasladaron como mínimo su residencia de un condado a otro, en comparación con sólo el 10 por 100 de todas las mujeres de esas edades.

Tras el matrimonio, la incidencia de la migración varía también según el número, y las edades, de los hijos. Entre las parejas jóvenes cuanto menor la familia, y cuanto más pequeños los hijos, mayores las probabilidades de la migración. Por ejemplo, entre las parejas en que el marido tenía entre 25 y 34 años en 1975, el 42 por 100 de las que no tenían hijos cambiaron su lugar de residencia de un condado a otro entre 1970 y 1975, porcentaje que en cambio era del 35 por 100 en las parejas con un hijo, y de sólo el 25 por 100 en las que tenían cuatro o más hijos. Así pues, cuanto mayor la familia, mayores los obstáculos para la migración. Por otro lado la probabilidad de un cambio en el lugar de residencia resultaba mayor si el hijo mayor era menor de seis años: una vez que los hijos alcanzan la edad escolar la tentación de cambiar de lugar parece disminuir.

En edades superiores la relación entre ciclo familiar y migración cambia de sentido. Entre las parejas en las que el marido tenía de 45 a 54 años en 1975, las que tenían hijos tenían también probabilidades algo mayores que las demás de cambiar de lugar de residencia (U.S. Bureau of Census, 1975a). Más aún: las familias más grandes eran las que más probabilidades tenían de hacerlo. Esto refleja, probablemente, al menos tres fenómenos diferentes: (1) a medida que las familias crecen aumenta la necesidad o el deseo de tener una casa más grande; (2) a medida que las familias crecen puede aumentar la necesidad de cambiar a un trabajo más remunerado; y (3) las personas con mejores trabajos y con ingresos más elevados son las que muestran mayor tendencia a cambiar de lugar de residencia (como veremos), al tiempo que dichos mayores ingresos pueden dar lugar a familias más grandes.

En general, y de forma especial en Estados Unidos, la frecuencia de la migración aumenta a medida que lo hace el nivel de ingresos y el de educación. Dado que la consecución de un determinado nivel educativo desencadena a menudo toda una cadena de acontecimientos que desembocan en el desempeño de una determinada ocupación y en la obtención de unos determinados ingresos, podemos considerarla como un aspecto especialmente importante del ciclo vital, sobre todo para la amplia clase media de la sociedad norteamericana.

Migración según el nivel educativo

Existe una tendencia clara a que la tasa de migración aumente a medida que lo hace el nivel de estudios alcanzado: una persona (varón o mujer) con un título universitario tiene en Estados Unidos tres veces más probabilidades de haber cambiado su residencia de un condado a otro entre 1975 y 1978 que una persona con la educación básica incompleta.

Dado que las diferencias en las tasas de migración correspondientes a hombres y

mujeres no son muy grandes, cabe llegar a la conclusión de que éstas se ven obligadas a seguir a sus maridos (cuyo nivel educativo es presumiblemente similar) cuando éstos cambian de lugar de residencia. A medida que va siendo cada vez mayor el número de mujeres integradas en la población activa cabe preguntarse si la ocupación de la mujer tendrá el mismo efecto que la del hombre sobre las probabilidades migratorias de la familia. La respuesta parece ser que no. Un estudio reciente de Duncan y Perrued (1976) indica que entre las mujeres casadas que trabajan, ni su prestigio ocupacional ni su contribución relativa al total de los ingresos familiares inciden sobre las probabilidades de cambiar de lugar de residencia de una familia. En cambio, dichas probabilidades presentan una clara relación con el prestigio ocupacional del marido: a medida que éste aumenta, también lo hace la movilidad geográfica.

Podemos así concluir que en Estados Unidos la migración interna parece estar estrechamente asociada al ciclo vital y al status social. A menudo puede constituir una estrategia de implemeritación, es decir, un medio de conseguir algo percibido como inexistente en el lugar actual de residencia. De hecho, para la mayoría de las personas la decisión de cambiar de lugar de residencia guardará una estrecha relación con los estadios del ciclo vital, por lo que dicha tesis resulta de especial relevancia. Merece la pena señalar que Long (1973) ha estimado que el norteamericano medio cambia de lugar de residencia unas trece veces en su vida. Es decir, un norteamericano de 20 a 24 años tiene aún, por realizar, un promedio de nueve cambios de lugar de residencia e incluso uno de 40 a 44 años tiene aún por delante un promedio de tres cambios (estamos hablando, por supuesto, de casos promedio, que rara vez se encuentran tal cual en la realidad).

¿CUÁNTOS NORTEAMERICANOS CAMBIAN DE LUGAR DE RESIDENCIA?

Estados Unidos es un país en continuo movimiento, y siempre ha sido así. El Census Bureau ha estimado en unos 80 millones (es decir, en un 41 por 100 del total) el número de norteamericanos con edades superiores a los cinco años que en 1975 vivían en una casa distinta a la ocupada en 1970. Muchos de esos 80 millones de norteamericanos habían cambiado de domicilio sin duda más de una vez a lo largo de ese quinquenio, así que en realidad representan más bien el mínimo probable de migración realmente registrada. De ese total, menos de 4 millones corresponden a personas que en 1970 vivían en el extranjero; así pues, la mayoría de la migración registrada era claramente interna. Casi la mitad de los migrantes vivían en 1975 en la misma área metropolitana que en 1970, pero en cambio casi 17 millones de norteamericanos habían trasladado su residencia a un estado diferente.

Aunque ciertamente la movilidad geográfica de los estadounidenses es muy elevada, no constituye sin embargo un caso único. Tras comparar a nivel internacional datos referidos a movimientos migratorios, Long y Boertlein (1976) encontraron que los australianos registraban tasas de migración ligeramente más elevadas que los estadounidenses y que las de éstos, a su vez, resultaban escasamente superiores a las de los canadienses. Por otro lado, y en conjunto, los residentes en dichos tres países se muestran mucho más propensos a migrar que los británicos o los japoneses. Para Long y Boertlein esto se debe a que Estados Unidos, Canadá y Australia son países de inmigración, donde la idea de migrar no resulta algo innovador sino por el contrario algo aprendido sencillamente al estudiar la historia de los antepasados. En consecuencia, para los habitantes de esos tres países resulta más probable que para los habitantes de países donde la migración es un fenómeno menos corriente concebir la migración como una posible estrategia vital.

Otra interesante cuestión que Long y Boertlein se plantean es si el gran número de estadounidenses que cada año cambia de residencia da lugar o no a un deterioro de la calidad de vida. ¿Es acaso cierto que Estados Unidos está criando una nueva raza de nómadas; que se está convirtiendo en una nación de extraños; que, como consecuencia de la migración, sus habitantes se están convirtiendo en personas alienadas y solitarias?

Según Long y Boertlein (1976), la respuesta es no. Las tasas de movilidad residencial y de migración han permanecido sustancialmente estables en Estados Unidos desde mediados de los años cuarenta de este siglo; lo que ocurre, señalan estos autores, es que la cada vez mayor facilidad en los transportes y comunicaciones puede, sencillamente, haber aumentado nuestra percepción de la magnitud de la migración (y, cabría añadir, quizá también de la de otros problemas como, por ejemplo, la soledad).

¿ADÓNDE SE TRASLADA LA GENTE?

La cuestión de adónde se dirige la gente se encuentra íntimamente relacionada con las razones para cambiar de lugar de residencia y con el número de personas que lo hacen. Dado que la migración tiende a estar asociada a ciertas etapas del ciclo vital y que representa un intento de mejorar la calidad de vida resulta natural que los emigrantes tiendan a dirigirse hacia aquellos lugares donde perciben mayores oportunidades. Así pues, son consideraciones de tipo económico las que hacen que los emigrantes se dirijan a donde las probabilidades de prosperar económicamente parecen buenas y no a otros lugares (Lee, 1966).

La historia de las migraciones internacionales parece sugerir que a menudo dichas probabilidades han sido identificadas con la existencia de un territorio abierto en el que la tierra pareciera prometer un alto beneficio económico. En épocas más recientes han sido identificadas también con un trabajo en la ciudad y en consecuencia se ha producido un predominio de la migración desde zonas rurales (con un nivel bajo de renta) a zonas urbanas (con un nivel de renta más elevado). Dentro de Estados Unidos y durante varias décadas, la migración tomó la dirección de los centros de industrialización de los estados del norte y noreste y de los prósperos núcleos agrícolas e industriales de los estados del oeste. La marcha hacia el oeste fue el más fuerte de estos movimientos de población (Shryock, 1964). Ello supuso, en un principio, que los valles montañosos al oeste de la costa atlántica constituyeron el punto de destino de los movimientos migratorios; luego se produjo la ocupación de las llanuras; finalmente, y sobre todo desde el final de la Segunda Guerra Mundial, la costa del Pacífico se ha convertido en un punto de destino muy popular.

Hasta aproximadamente 1950 las migraciones se dirigieron también desde los estados del sur a los del noreste y centro-norte. Esto correspondía, generalmente, a una emigración del campo a la ciudad: desde el sur, económicamente deprimido, a las ciudades industrializadas del norte. En los años cincuenta esta pauta de emigración neta desde el sur pasó a invertirse y los estados del noreste y centro-norte pasaron a convertirse, cada vez más, en puntos de origen, más que de destino, de movimientos migratorios.

Desde finales de la década de 1960 se han producido dos nuevas y significativas inversiones en cuanto al destino de la migración interna estadounidense. En primer lugar, el fuerte movimiento hacia el oeste ha cedido el paso a un fuerte movimiento migratorio hacia el sur: a medida que el oeste se ha ido congestionando, el sur se ha hecho más receptivo a las nuevas actividades económicas y a los nuevos migrantes. Todo ello forma parte del movimiento general de los habitantes de Estados Unidos hacia el "cinturón del sol" que se extiende desde Florida hasta el sur de California. En efecto, entre 1970 y 1975, el estado de Florida fue el que más población atrajo, seguido de California y Tejas. En términos porcentuales, fue Arizona quien creció más rápidamente durante dicho quinquenio (su población aumentó en un 25 por 100), seguida de Florida y Nevada. No hay que caer, sin embargo, en el error de pensar que la gente trataba simplemente de huir del frío: Alaska constituyó el cuarto estado, en cuanto a rapidez de crecimiento, entre 1970 y 1975. como resultado claramente de las expectativas laborales que despertó el proyecto del oleoducto. Las oportunidades de empleo han sido durante mucho tiempo, y siguen siendo aún, el principal factor determinante de la dirección de la migración.

La segunda gran inversión de la pauta migratoria tradicional consiste en la explosión demográfica del campo estadounidense. En la década de 1950 sólo la décima parte de

los condados no metropolitanos registraba. en Estados Unidos, un crecimiento demográfico como consecuencia de una inmigración neta: en cambio, entre 1970 y 1975 las dos terceras partes de tales condados registraron un saldo migratorio positivo, siendo de señalar que dichos incrementos no fueron simplemente resultado de un proceso de suburbanización y de expansión urbana (aunque esto fuera parte de la explicación real del proceso), ya que el crecimiento se registró también en áreas rurales aisladas. Este renacimiento del Estados Unidos rural se ha producido a expensas de las grandes áreas metropolitanas, sobre todo (pero no únicamente) de las ciudades de los estados del noreste y centro-norte. Entre los lugares que a lo largo del quinquenio 1970-1975 perdieron población se encuentran la ciudad de Nueva York, Filadelfia, Cleveland, Cincinnati, Chicago, San Luis, Los Angeles y Seattle.

¿Por qué se produjo esta inversión de la pauta migratoria? Desde antiguo los estadounidenses han tenido en gran valor la vida rural y pastoril, aun cuando la misma supusiera renunciar a una rápida mejora en el nivel de ingresos, si bien han preferido también, por lo general, permanecer cerca de un área metropolitana grande.

El automóvil y las autopistas han facilitado, por supuesto, esta posibilidad. Ahora bien, Morrison y Wheeler (1976) señalan que en las áreas rurales están apareciendo industrias que ofrecen oportunidades de empleo nunca antes existentes en ese entorno rural tan altamente valorado. Tres son, básicamente, según estos autores, dichas industrias: (1) industrias basadas en el creciente número de jubilados emigrados a zonas rurales en mejor situación económica que nunca antes y precisados de servicios; (2) industrias recreativas; y (3) industrias relacionadas con la energía, fundamentalmente la minería de carbón. Con toda probabilidad estas áreas continuarán aumentando, a veces de forma espectacular, su población, lo que sin duda dará lugar a problemas de ajuste: ajuste a corto plazo entre nativos e inmigrantes, y ajuste a las consecuencias a largo plazo de la migración.

CONSECUENCIAS DE LA MIGRACIÓN

La migración pone en contacto a personas que, probablemente, han crecido con visiones del mundo, formas de encarar la vida, actitudes y pautas de comportamiento muy diferentes. La migración entre sociedades, por ejemplo, constituye la causa principal de muchas de las tensiones raciales y étnicas del mundo actual. Kingsley Davis ha llegado incluso a comentar que "las ventajas de la inmigración son tan dudosas que uno se pregunta por qué los gobiernos de las naciones industriales la favorecen" (1974:105). La migración puede en efecto producir alteraciones profundas en una sociedad en un corto periodo de tiempo.

Consecuencias individuales

Los procesos migratorios tienen consecuencias tanto para el individuo como para el grupo. A nivel individual la migración puede originar stress, desorganización de la vida cotidiana o incluso distintas formas de enfermedad mental. Rieger y Beegle resumen así, por ejemplo, los problemas con que en Estados Unidos se enfrenta quien emigra desde una zona rural a otro entorno distinto: "Las relaciones normales en la vieja comunidad han quedado interrumpidas. El emigrante pasa a menudo por un periodo de desempleo que origina una sensación de inseguridad económica, cuando no de dependencia. Puede encontrar que la gente es, en su nuevo lugar de residencia, distinta de la que está acostumbrado a tratar, y puede encontrarle en condiciones y en situaciones nunca antes experimentadas en su experiencia anterior. Por lo general, se encuentra en cierta situación de desventaja educativa a la hora de competir en el mercado de trabajo.

Todos estos factores, en conjunto, pueden producir ansiedad en tanto no se consiga un nivel satisfactorio de estabilidad y seguridad" (1974:43).

Una de las formas de hacer frente a un nuevo entorno consiste en buscar la compañía de otras personas con el mismo origen cultural y geográfico. Esto es a menudo

favorecido, cuando no forzado, por la existencia de enclaves o ghettos donde residen inmigrantes anteriores y recientes originarios de idénticas, o similares, áreas de procedencia. De hecho, la aparición de uno de estos enclaves puede contribuir a facilitar la migración, al reducir el miedo a lo desconocido en cada potencial nuevo inmigrante. En las áreas de recepción los inmigrantes anteriores, ya adaptados y dispuestos a ayudar en el ajuste e integración social de los recién llegados, constituyen para éstos verdaderos guías respecto del nuevo entorno. En algunos casos una determinada área puede servir como centro de integración tanto de inmigrantes internacionales como de inmigrantes internos. Es el caso, por ejemplo, del área mejicano-americana (que anteriormente era un área lituana) situada al suroeste del centro de Detroit. Se trata de una zona fácil de tipificar, a partir de los datos censales, por la alta proporción de personas hispano-hablantes, y fácil de identificar en una visita personal por la existencia de restaurantes mejicanos, de una fábrica de tortillas, de una tienda de objetos típicos y de una iglesia católica donde el español es el idioma predominante. Este área ha constituido un punto de arribada para la migración interna de mejicano-americanos desde zonas rurales, al menos desde 1920, y al mismo tiempo ha sido un polo de atracción para los ciudadanos mejicanos que emigraban a Estados Unidos. Aunque localmente se la conoce como barrio, no se trata de un área cerrada de la que resulte imposible salir. De hecho sólo una pequeña parte de la población hispano-hablante de Detroit reside ahora allí, pero la mayor parte de la misma vivió allí (o tuvo padres o cónyuges que vivieron allí) en algún momento.

Aunque el encontrarse con personas de procedencia similar puede reducir, para el nuevo inmigrante, el esfuerzo de adaptación requerido, existen datos que parecen sugerir que a la larga las consecuencias sociales de esta tendencia a agruparse (sobre todo entre parientes) se traducen en un retraso de su integración y asimilación en el nuevo entorno. Un estudio longitudinal realizado en Michigan por Rieger y Beegle (1974) indica que, al menos en comunidades pequeñas, los nuevos inmigrantes que más rápidamente se integran son aquéllos que no cuentan con parientes en el lugar de acogida. En otro estudio longitudinal realizado en Arkansas por Hendrix (1976) se encontró que, si bien la migración debilitaba los lazos de parentesco en el lugar de origen, en el lugar de destino el parentesco no contribuía en cambio a facilitar la integración de quienes emigraban del campo a la ciudad; es decir, una conclusión similar a la de Rieger y Beegle. Hendrix encontró, sin embargo, que la integración en un nuevo entorno se veía facilitada cuando existían relaciones intensas de amistad (no de parentesco).

Consecuencias sociales

Las consecuencias de la migración para el individuo (sobre todo para el desarraigado) son, sin duda, de gran interés pero sus consecuencias sociales, es decir, su impacto sobre la composición demográfica y la estructura social tanto del área donante como de la receptora, tienen un alcance más general. La composición demográfica se ve afectada por la naturaleza selectiva (en base fundamentalmente a la edad) de la migración. El área donante experimenta, por lo general, pérdida de población entre los adultos jóvenes, que pasan a sumarse a la población del área receptora. Por otro lado, dado que a esas edades es cuando tiene lugar la mayor parte de la reproducción, el área receptora ve aumentado, en consecuencia, su nivel de incremento natural a expensas del área donante. Este efecto de la migración sobre el incremento natural se ve además reforzado por la relativamente baja probabilidad de defunción de los adultos jóvenes en comparación con la de los miembros de la población de edad más elevada.

Cuando la naturaleza selectiva de la migración se combina con un volumen elevado de la misma, como por ejemplo ocurre en Estados Unidos, las pautas de relación social y de organización social pueden verse alteradas. Las relaciones familiares extensas se debilitan, aunque no quedan destruidas, y las instituciones locales, económicas, políticas y educativas tienen que ajustarse a los cambios en el número de personas a las que

cada una de ellas ha de prestar servicios.

Podemos captar algunos de tales cambios en la comparación realizada por Morrison (1974) entre la inmigración a San José (California) con la emigración procedente de San Luis (Missouri). San José es una ciudad cuya economía está creciendo rápidamente y cuya población está aumentando con rapidez, básicamente como consecuencia de la inmigración. Tanto los niveles de inmigración como de emigración son allí elevados, dando así lugar a un importante trasiego de personas. Según Morrison este alto nivel de entradas y salidas de individuos puede resultar beneficioso para el crecimiento económico futuro de la zona, ya que una población altamente móvil puede adaptarse rápidamente a los cambios: las variaciones en la demanda local de los distintos tipos de ocupaciones pueden ser satisfechas fácilmente gracias al elevado trasiego de los componentes de la fuerza de trabajo.

En contraste con San José, la ciudad de San Luis ha estado perdiendo población desde 1970, sobre todo en los distritos del centro. Esto se ha debido fundamentalmente a la existencia de una masiva emigración hacia las afueras, y de modo especial hacia las zonas residenciales suburbanas, por parte tanto de blancos como de negros. Uno de los resultados de este proceso ha sido la ya conocida pauta de acumulación relativa en la ciudad de personas en situación de desventaja. Los que no pueden dejarla pertenecen, en efecto, de forma desproporcionada a los grupos raciales y étnicos minoritarios, o bien son personas pobres, ancianas, desempleadas o que viven de subsidios estatales. Parte de la diferencia entre los casos de San José de San Luis radica en la extensión de los límites de la ciudad: San Luis es una ciudad mucho más vieja y su circunscripción administrativa es mucho más reducida que la de San José. Pero la misma situación general se repite con frecuencia no sólo en Estados Unidos sino también en otras partes del mundo. La inmigración es estimulada por el crecimiento económico y, a la vez, contribuye a éste, ya que el flujo de adultos jóvenes que viene a añadirse a la población genera la demanda de una amplia variedad de bienes y servicios (puestos de trabajo, alimentación, vivienda y servicios). Por otro lado, la emigración suele ser asociada con frecuencia a la existencia de una economía que se ve desbordada por el tamaño de su población. Dado que los individuos socialmente ambiciosos y educacional y ocupacionalmente más dotados son justamente los que con mayor probabilidad abandonan este tipo de contexto, su marcha contribuye a aumentar la tendencia del mismo hacia el progresivo estancamiento o declive económico.

El proceso dual de inmigración de un grupo étnico o racial, precedido o seguido por la emigración de otro grupo étnico o racial, refleja una de las principales consecuencias sociales de la migración: su impacto sobre la estratificación social. Los inmigrantes tienden a sentir que su status socio-económico mejora al migrar a un determinado lugar del mismo modo que los que emigran de él piensan que su posición mejora al abandonarlo.

En resumen, la migración es, de los tres procesos demográficos, el que mayor impacto tiene a corto plazo sobre la sociedad. Constituye un proceso selectivo que requiere siempre cambios y ajustes por parte de quienes se ven implicados en él. Y lo que es más importante: cuando la migración alcanza un cierto volumen puede tener un impacto significativo sobre la estructura social, cultural y económica tanto del área donante como de la receptora. A causa justamente de su impacto potencial la migración es objeto, con frecuencia, de regulación gubernamental.

LA MIGRACIÓN COMO COMPONENTE DE LA POLÍTICA DEMOGRÁFICA

La migración es, de los tres procesos demográficos, el más fácil de controlar, al menos en teoría. No se puede, en efecto, legislar contra la muerte (salvo suprimiéndola como forma de castigo) y pocos se han atrevido a hacerlo contra los nacimientos. En cambio sí se pueden levantar barreras legales, e incluso físicas, contra la migración. En la práctica, por supuesto, el control de la migración resulta difícil si la gente está fuertemente motivada a cambiar de lugar de residencia. Pese a ello las autoridades

locales y nacionales a veces lo intentan. En esta sección me centraré en el análisis de las políticas y directrices referidas a la migración existentes en Estados Unidos.

Migración internacional

Antes de la Primera Guerra Mundial existían pocas restricciones en la migración hacia Estados Unidos. El número de inmigrantes venía así determinado por el deseo de los individuos particulares más que por cualquier otra cosa. Un estímulo para la migración especialmente importante fue, por supuesto, la caída en la tasa de mortalidad registrada en Europa durante el siglo XIX que dio origen a un largo período de crecimiento demográfico. La libre migración desde Europa a las zonas templadas del mundo (sobre todo a Norte y Suramérica y a Oceanía) representa uno de los trasvases de población, a escala internacional, más significativos de la historia. El impacto social, cultural, económico y demográfico de este movimiento migratorio fue enorme.

El reconocimiento de los problemas creados por la migración libre abrió, aproximadamente al tiempo de la Primera Guerra Mundial, una nueva era de restricciones que se concretó en el establecimiento de numerosos controles en los países receptores, es decir, en los países que constituían el punto de destino de la migración internacional. Estados Unidos y Canadá tomaron la iniciativa en este movimiento restrictivo. La ideología latente tras el control de la inmigración era la de preservar la pureza étnica: la frase “no demasiado cansados, no demasiado pobres, no demasiados”, probablemente resume adecuadamente el sentimiento predominante a este respecto en la época.

Antecedentes históricos: El descubrimiento de oro en California a mediados del siglo XIX originó una demanda de mano de obra (para la construcción del ferrocarril y para el cultivo de la tierra) que fue en parte cubierta con la migración, mediante contrato, de trabajadores chinos. Sin embargo, en 1869, y una vez completado el ferrocarril transcontinental, resultó más fácil la llegada al Oeste de obreros americanos, apareciendo en cambio en el este, en varias ocasiones, los trabajadores chinos como rompehuelgas. El resentimiento generalizado contra éstos creció hasta tal punto que en 1882 el Congreso decidió romper un tratado recientemente firmado con China, suspendiendo por diez años la inmigración china. Se intentó sin éxito que los tribunales revocasen dicha decisión y con el tiempo las restricciones impuestas a los chinos, incluso a los ya residentes en Estados Unidos, fueron endureciéndose (de hecho, las Chinese Exclusion Acts, o Leyes de Exclusión de los Chinos, como eran llamadas, no fueron abolidas sino en 1943). La exclusión de los chinos dio lugar a un incremento, en las décadas de 1880 y 1890, de la inmigración japonesa; a finales de siglo, sin embargo, la hostilidad se dirigió también hacia ellos así como hacia varios otros grupos de inmigrantes.

A finales del siglo XIX la composición étnica de la inmigración hacia Estados Unidos había experimentado un cambio: la población procedente del sur de Europa (y sobre todo de Italia) pasó a predominar sobre la procedente de la Europa del norte occidental. En 1800 el 86 por 100 de todas las personas nacidas fuera de Estados Unidos eran de origen europeo, pero sólo el 2 por 100 procedía del sur de Europa (casi exclusivamente de Italia). Sólo 30 años más tarde, el 86 por 100 de los nacidos fuera de Estados Unidos seguían siendo europeos, pero ahora los procedentes del sur de Europa representaban el 14 por 100, es decir, se habían multiplicado por siete.

En 1892 el centro de recepción de emigrantes de la ciudad de Nueva York fue trasladado a la isla de Ellis para facilitar la selección entre quienes deseaban trasladar su residencia a Estados Unidos, como respuesta a la creciente exigencia pública de un mayor control sobre los potenciales nuevos residentes. En 1891 el Congreso había aprobado una ley según la cual no se permitiría la entrada en el país a los extranjeros que padeciesen una enfermedad contagiosa, aborrecible o peligrosa o que hubiesen cometido un crimen. La locura fue añadida a esta lista en 1903 y la tuberculosis en 1907. En 1917 fue aprobada una disposición muy controvertida que exigía saber leer y escribir

y como consecuencia de la cual quedaba excluido todo extranjero mayor de 16 años que no supiera hacerlo.

En 1921 el Congreso de los Estados Unidos aprobó la primera ley de la historia de este país que establecía un límite numérico a la inmigración. La ley de Cuotas de 1921 limitaba el número de extranjeros de cualquier nacionalidad al tres por ciento de los nacidos fuera de Estados Unidos con esa misma nacionalidad y que en 1910 residían allí. Por ejemplo, en 1910 había en Estados Unidos 11.498 personas que habían nacido en Bulgaria: como consecuencia, cada año se permitiría la entrada al país a 345 personas (es decir, el 3 por 100 de la cifra anterior) procedentes de Bulgaria. Según esta ley unas 350.000 personas podían entrar cada año en Estados Unidos dentro de la cuota de inmigración; los parientes cercanos de ciudadanos estadounidenses y los miembros de determinadas profesiones (por ejemplo artistas, enfermeras, profesores y sirvientes) no estaban afectados por el sistema de cuotas. La promulgación de esta ley se explica porque la situación de crisis y caos económico de Europa tras la Primera Guerra Mundial dio lugar a la extendida creencia de que millones de europeos desgarrados por la guerra estaban a punto de volcarse hacia Estados Unidos dando lugar a una verdadera inundación humana que podría alterar completamente el tradicional estilo de vida norteamericano.

La ley de 1921 estuvo en vigor sólo hasta 1924, fecha en que fue reemplazada por la Immigration Quota Act (Ley de Cuota de Inmigración). La ley de 1924 era aún más restrictiva que la de 1921, ya que el debate público sobre el tema de la inmigración produjo desgraciadamente la popularización de teorías racistas según las cuales los nórdicos (es decir, las personas procedentes del noroeste de Europa) eran genéticamente superiores a los demás. Inicialmente la ley de 1924 estableció un sistema de cuotas sobre la base de admitir anualmente una cifra de inmigrantes procedentes de cada país equivalente al 2 por 100 de oriundos de ese mismo país que según el censo de 1890 (y no el de 1910) fueran ya residentes en Estados Unidos. La utilización de las cifras del censo de 1890 como base para efectuar los cálculos se debía a que en dicha fecha el 70 por 100 de los nacidos fuera de Estados Unidos procedían del noroeste de Europa, en tanto que en el censo de 1910 (que era el que la ley de 1921 tomaba como base) sólo el 50 por 100 de los nacidos fuera del país procedían de esa zona de Europa. Sin embargo, y como respuesta a la acusación de que la nueva ley de inmigración era deliberadamente discriminatoria, en 1929 se adoptó un nuevo sistema de cuotas: el National Origins Quota, o cuota según el origen nacional, de gran complejidad. Según el nuevo sistema, un Consejo de Cuota especial debía elaborar el porcentaje correspondiente a cada nacionalidad en el censo de 1790 (el primero realizado en Estados Unidos) para establecer luego las adiciones a ese número inicial aportadas por las inmigraciones subsiguientes. No era una tarea fácil. Dado que los datos precisos para ese cálculo sencillamente no existían fue preciso recurrir a supuestos arbitrarios o a estimaciones discutibles. Una vez establecido así el sistema de restricciones según el origen nacional, el número real de inmigrantes procedente de cada país al que se permitía la entrada era calculado aplicando el porcentaje correspondiente a la cifra de 150.000, que era el número máximo total anual establecido para la inmigración. Así, si el 60 por 100 de la población era de origen inglés, entonces el 60 por 100 de los 150.000 inmigrantes admitidos cada año (es decir, 90.000) podrían proceder de Inglaterra. La cifra total de inmigrantes admitidos cada año era en realidad superior a 150.000, ya que a cada país se le concedía un mínimo de cien visados. Por otro lado, los parientes cercanos de los ciudadanos estadounidenses seguían estando exceptuados de las cuotas. Una ley similar fue promulgada en Canadá en 1927 (Boyd). En todo caso, el Congreso se reservaba la capacidad de anular esas cuotas en caso de necesidad, como por ejemplo hizo durante y tras la Segunda Guerra Mundial al objeto de acomodar a los refugiados procedentes de Europa.

En 1952, y en medio del ambiente anticomunista característico de la era Matcarthy, tuvo lugar en Estados Unidos un nuevo intento por controlar la corriente migratoria mediante el incremento de los requisitos tendentes a asegurar la «compatibilidad» de los

inmigrantes con la sociedad norteamericana establecida. La ley McCarran-Walter, o ley de inmigración y naturalización de 1952, mantuvo el sistema de cuotas según el origen nacional añadiéndole un sistema de preferencias basado fundamentalmente en la Ocupación.

La ley McCarran-Walter permitía que hasta un 50 por 100 de los visados correspondientes a cada país fuesen concedidos a personas altamente cualificadas, cuyos servicios eran precisados con urgencia. Los parientes de ciudadanos estadounidenses aparecían clasificados en segundo lugar, seguidos de las personas sin ninguna capacitación profesional y sin parientes en Estados Unidos. La libertad de emigración hacia Estados Unidos quedaba así severamente restringida incluso en el caso de aquellos países que, según el sistema de cuotas en base al origen nacional, gozaban de alguna ventaja. La situación era parecida en Canadá, donde una ley similar fue aprobada en ese mismo año.

Quiero indicar que Canadá tenía al menos dos razones para adoptar las mismas políticas de inmigración que Estados Unidos: en primer lugar comparte con este país buena parte de su herencia cultural: por otra, comparte con él una frontera. Esta similitud cultural y esta proximidad física hubieran podido hacer que Canadá resultara inundado con todos los inmigrantes excluidos de Estados Unidos, de no adoptar una similar legislación restrictiva al respecto.

Política de inmigración contemporánea: En la década de 1960 fueron derogados los aspectos étnicamente discriminatorios de la política de inmigración estadounidense, manteniéndose en cambio sus aspectos restrictivos. La ley de inmigración de 1965 (ley Kennedy-Johnson) puso fin a un sistema, mantenido durante casi medio siglo, según el cual el origen nacional constituía el principal factor determinante de la admisión en Estados Unidos de emigrantes procedentes de países no pertenecientes al hemisferio occidental. Una vez más, cambios similares tuvieron lugar en Canadá en 1962.

Aunque el criterio del origen nacional ha sido eliminado, siguen existiendo sin embargo restricciones en cuanto al número total de inmigrantes que, por primera vez, afectan también a las personas procedentes de países del hemisferio occidental. La ley de 1965 establece un límite anual de 120.000 personas procedentes del hemisferio occidental, y de 170.000 procedentes del resto de los países, sin que en ningún caso puedan ser admitidas más de 20.000 personas procedentes del mismo país. Una vez más el Congreso se reservó el derecho de establecer excepciones a esos límites para determinados casos especiales (como por ejemplo el de los refugiados vietnamitas, de los cuales en 1975 había unos 130.000).

La ley mantiene un sistema modificado de preferencias que coloca en primer lugar a los inmigrantes que son parientes de ciudadanos estadounidenses: las personas cuyos hijos tienen la ciudadanía estadounidense pueden emigrar al margen de las cuotas. En la actualidad se exige además a aquellos solicitantes que se acogen a la preferencia ocupacional un certificado del Departamento de Trabajo (Labor Department) que especifique que su capacitación profesional resulta necesaria en Estados Unidos. En 1976 la ley fue enmendada en el sentido de que los padres de ciudadanos norteamericanos tendrían la máxima prioridad sólo si sus hijos son mayores de 21 años. El objetivo de este cambio era impedir la estratagema usada con cierta frecuencia por mujeres embarazadas que entraban ilegalmente en Estados Unidos, tenían allí su hijo (que automáticamente se convertía en ciudadano estadounidense) e inmediatamente solicitaban la concesión de la ciudadanía sobre la base de ser madres de un ciudadano estadounidense.

Es posible, e incluso probable, que las restricciones a la inmigración procedente del hemisferio occidental hayan contribuido al problema de los residentes ilegales en Estados Unidos, especialmente de los procedentes de Méjico (que representan aproximadamente el 55 por 100 de todos los residentes ilegales en aquel país. El requisito del certificado laboral, así como la cuota numérica correspondiente a los países del hemisferio occidental, entraron en vigor en un momento en que la población de Méjico crecía mucho más deprisa que su economía y, por tanto, que su mercado laboral.

Así pues, en dicho país se daban claramente los factores denominados de expulsión. La migración de mano de obra no cualificada de Méjico a Estados Unidos constltuyó, en los años cincuenta y sesenta, una alternativa posible gracias al programa de admisión de braceros que los cultivadores de California consiguieron hacer aprobar como forma de conseguir mano de obra barata. Sin embargo, en la década de 1960 los mejicano-americanos (es decir, los ciudadanos estadounidenses de origen mejicano) se movilizaron con éxito contra el programa de braceros. Esto, unido a la exigencia de requisitos laborales mas restrictivos, hacen explicable que la inmigración ilegal desde Méjico haya experimentado desde entonces un auge.

Parece claro que, a lo largo de los años, la política de inmigración de Estados Unidos, y en menor medida la de Canadá, ha sido una política de guardabarrera, concebida para impedir la entrada a las personas consideradas como indeseables. Las personas consideradas, en general, como más deseables eran los profesionales: médicos, científicos, profesores, juristas y otros. Un interesante aspecto, por cierto, de la abolición del criterio del origen nacional es que ha permitido el aumento de la proporción de inmigrantes legales que son profesionales. En el periodo 1961-65, es decir, en los últimos cuatro años de vigencia del sistema de cuotas por origen nacional, el 20 por 100 de los emigrantes económicamente activos eran profesionales; en el cuatrienio 1968-72 ese porcentaje subió al 30 por 100, es decir, a una cifra que era más de dos veces superior al porcentaje de profesionales en la población activa estadounidense del periodo. La razón básica de esta pauta parece hallarse en una especie de fuga de cerebros, en aquellos países desde los que con el anterior sistema de inmigración resultaba imposible, o muy difícil, lograr la admisión en Estados Unidos. Por ejemplo, en el periodo 1961-65 menos del 9 por 100 de todos los inmigrantes llegados a Estados Unidos procedían de Asia y África: en 1968-72 representaban en cambio casi el 30 por 100 (predominando los procedentes de Asia). Entre estos inmigrantes los profesionales se encontraban claramente sobrerrepresentados.

Al hacerse menos restrictiva que en el pasado la política de «guardabarrera» en Estados Unidos, la composición étnica de la inmigración ha experimentado cambios espectaculares. Entre 1965 y 1975 el número de europeos admitidos en el país aumentó en un 38 por 100, porcentaje en modo alguno comparable al 540 por 100 de aumento registrado por la inmigración procedente de Asia. En cuanto al origen nacional de los inmigrantes admitidos en 1975 en Estados Unidos, el mayor número procedía de Méjico: entre los diez países que más inmigrantes aportaron cuatro eran asiáticos; y en cuanto a Europa, los dos países con mayor número de emigrantes hacia Estados Unidos fueron ambos del sur (Portugal e Italia).

Los años setenta constituyeron una década conflictiva y desde 1975 los Estados Unidos han admitido varios cientos de miles de refugiados procedentes de Vietnam. Un efecto residual de la guerra de Vietnam fue la creación de una gran población de refugiados, compuesta básicamente de personas de origen chino, que emigró no sólo hacia Estados Unidos sino también hacia Hong Kong y otros países del sureste asiático. El holocausto que prácticamente tuvo lugar en Camboya a finales de los años setenta produjo también un amplio número de refugiados que se dispersó por el sureste de Asia. La invasión soviética de Afganistán, a finales de 1979, dio lugar también a una población de refugiados afgana que se dirigió a Irán y Pakistán. En Estados Unidos la década de 1980 se abrió con la aprobación gubernamental para la entrada de decenas de millares de refugiados cubanos, muchos de los cuales no habían conseguido el permiso de entrada en el país a través de los cauces legales normales.

La inmigración legal representa como poco el 20 por 100 del incremento neto anual de la población en Estados Unidos: más de tres cuartas partes de esa inmigración procede de los países menos desarrollados. No quiero dejar de subrayar que Estados Unidos es el cuarto país más poblado del mundo: en consecuencia, a pesar de la importancia relativa que en el mismo tiene la inmigración internacional, el total anual de inmigrantes legales supone añadir a la población total menos de un 0.2 por 100. La cifra de inmigrantes ilegales, en cambio, es considerada a menudo como excesivamente grande.

Migración ilegal

No se sabe la cifra exacta de personas que cada año entran ilegalmente en Estados Unidos: las estimaciones varían desde 80.000 hasta cuatro millones. Como ya he dicho, la mayoría de los inmigrantes ilegales (probablemente más del 80 por 100) proceden de Méjico. Si recurren a entrar ilegalmente en Estados Unidos es porque el rápido crecimiento demográfico de Méjico ha dado lugar a una alta tasa de desempleo, y la entrada ilegal resulta más barata y rápida que la efectuada a través de los cauces legales. Los inmigrantes ilegales mejicanos no se diferencian, probablemente, mucho de los legales: unos y otros son jóvenes, laboralmente poco cualificados, y deseosos de encontrar trabajo.

A lo largo de la década de 1970 el Servicio de Inmigración y Naturalización de Estados Unidos aprehendía un promedio anual de unos 700.000 ciudadanos mejicanos susceptibles de deportación. Utilizando la teoría de la "punta del iceberg" hay quien ha sostenido que el total de mejicanos que cada año cruzan ilegalmente la frontera puede muy bien ser de unos cuatro millones. Esta estimación está sin embargo viciada por el hecho de que muchos inmigrantes ilegales son detenidos y deportados varias veces en un mismo año, así como por la circunstancia de que se ignora el número de los que emigran, sobrestimando así el efecto neto de la migración. Tomando en consideración estos y varios otros factores, Heer (1979), ha estimado que la inmigración neta de mejicanos en Estados Unidos puede no exceder de los 250.000 aproximadamente.

La migración ilegal constituye un tema con amplias zonas de ambigüedad respecto del cual Briggs (1976) puede haber efectuado el diagnóstico "definitivo" al decir que Estados Unidos quizá se encuentre ante la mayor inmigración de su historia, y quizá no. Aun aceptando la estimación "moderada" de 250.000 inmigrantes anuales, el impacto de un tal proceso migratorio ha de resultar sin duda sustancial: "la presión de esta mano de obra oculta rara vez puede ser vista pero siempre puede ser sentida". Esta presión, además, continuará aumentando al menos por dos razones: en primer lugar, porque los inmigrantes mejicanos tienen niveles de fecundidad más altos que los ciudadanos estadounidenses. Y en segundo lugar porque las proyecciones referidas a la mano de obra mejicana realizadas por el U.S. Bureau of Census (1979c) sugieren un aumento del 80 por 100 en el número de personas que entre 1980 y el año 2000 se incorporarán a la misma. Como puede, pues, verse, continuarán existiendo presiones que empujen a los mejicanos a emigrar hacia Estados Unidos, a no ser que se produzca una disminución en la tasa mejicana de desempleo. Como Indicó Roberto de la Madrid cuando era gobernador de Baja California del Norte, la única forma de acabar con la migración ilegal es «construir una valla de puestos de trabajo».

Migración interna

Pese a la importancia política de las migraciones internacionales, la redistribución interna de las poblaciones constituye cuando menos un tema de similar interés. La cuestión es cómo puede un gobierno (en cualquiera de sus niveles) influir sobre las decisiones individuales para lograr, por medio de la migración, la pauta de distribución de la población más deseable.

En algunos países, como por ejemplo Brasil, fomentar la migración hacia el interior del país para así desarrollar los recursos de esa región y aliviar al tiempo la presión demográfica y económica en las zonas costeras, ha constituido de antiguo un problema.

En las regiones menos desarrolladas del mundo el principal problema con que se enfrentan los gobiernos es la existencia de una migración excesiva desde las áreas rurales a los ya grandes y muy poblados centros urbanos. Aproximadamente tres de cada cuatro gobiernos de los países menos desarrollados han adoptado medidas tendentes a alejar la migración rural de las grandes áreas metropolitanas, dispersándola hacia otras zonas menos densamente pobladas (Findley, 1977). Estos países están, así, intentando promover pautas de migración interna similares a las que se intentan

establecer en Estados Unidos, donde un problema corriente es la existencia de áreas que quieren reducir el establecimiento en las mismas de nuevos residentes.

Un caso muy conocido es el del estado de Oregón. En 1971 Tom McCall, gobernador a la sazón de dicho estado, declaró: "Visítenos a menudo, pero, por amor del cielo, no se venga a vivir aquí". Las autoridades de Oregón nunca adoptaron sin embargo ninguna medida oficial tendente a limitar la inmigración hacia ese estado y a mediados de la década de 1970 Oregón era el séptimo estado de la Unión en cuanto a rapidez de crecimiento. En 1975 Bob Straub, que sucedió a McCall como gobernador, abandonó la anterior política (si es que en realidad había llegado a haber una) sobre esta cuestión y declaró que Oregón deseaba impulsar el crecimiento de sus zonas escasamente pobladas.

El caso de Petaluma, municipio situado al norte de San Francisco, constituye probablemente el ejemplo más conocido en cuanto al intento de establecer medidas tendentes a limitar la inmigración. En 1950 Petaluma tenía menos de 15.000 habitantes, pero en 1972 su población se había más que duplicado y las proyecciones realizadas indicaban que para 1985 podría llegar a alcanzar los 70.000 habitantes. La mayor parte del incremento real experimentado se había producido en el bienio 1970-72 como consecuencia de la inmigración a medida que todo el área de la bahía de San Francisco vio aumentar el tamaño de su población. Ante una tal situación la comunidad tiene pocas opciones. Una de ellas, y muy eficaz, consiste en limitar el número de unidades de vivienda por construir: si no existen viviendas suficientes, la gente tendrá que irse a vivir a otro sitio. Y esta fue la estrategia adoptada por el municipio de Petaluma.

En agosto de 1972 Petaluma aprobó una ordenanza que limitaba la construcción de grandes urbanizaciones y edificios de apartamentos a 500 unidades anuales hasta al menos 1977, quedando al margen de la restricción las casas construidas en bloques de cuatro o menos. Los constructores plantearon una demanda judicial contra el municipio ya que, en su opinión, la decisión era arbitraria e inconstitucional y en caso de ser adoptada a escala estatal podría generar una grave escasez de viviendas. En 1974 un tribunal federal de distrito sentenció que en efecto el plan adoptado por Petaluma era inconstitucional porque violaba el derecho a viajar y cambiar de residencia. En 1975, sin embargo, un tribunal de apelación anuló esta sentencia considerando que lo que estaba en cuestión en el caso no era el derecho a viajar, ya que los demandantes eran constructores inmobiliarios y no personas deseosas de residir en Petaluma. En 1976 el Tribunal Supremo de Estados Unidos confirmó, sin comentarios, esta decisión del tribunal de apelación.

Un caso más claro de intento de limitación del tamaño de la población a partir de la limitación del número de viviendas es el de Boca Ratón, en Flonda. A principios de 1972 este municipio estableció en 40.000 la cifra límite total de viviendas potencialmente existentes, lo que suponía fijar el total de población en unas 100.000 personas. El resultado inicial de la decisión fue un pánico comprador y una increíble inflación del valor de la propiedad inmobiliaria, al intentar todo el mundo comprar antes de que se alcanzase el límite establecido. La consecuencia fue un cambio en el entorno social de Boca Ratón. La suerte final de su política de limitación de la migración es aún incierta. En 1976 la limitación impuesta a la construcción de viviendas fue cuestionada con éxito ante un tribunal de Florida, pero el municipio ha apelado esta sentencia disponiéndose a llegar hasta el Tribunal Supremo de Estados Unidos.

Estos ejemplos no agotan, por supuesto, todos los posibles medios por los que una comunidad puede tratar de influir, de manera menos directa, sobre las probabilidades de que existan flujos de emigración o de inmigración. Uno de tales posibles medios adicionales es de naturaleza económica. En pocas palabras: si un área puede atraer la instalación de industrias, entonces los puestos de trabajo que éstas suponen atraerán la llegada de individuos. Si logra atraer industrias intensivas en capital más que en mano de obra, un municipio puede influir, al menos parcialmente, sobre la magnitud del impacto demográfico. Una estrategia de este tipo por lo general termina cristalizando no en medidas aisladas tendentes a influir sobre el crecimiento demográfico, sino formando

parte de un plan tendente a controlar el crecimiento. En grandes áreas metropolitanas del Sun Belt (cinturón del sol), como San Diego o Miami, ha llegado a aceptarse como algo prácticamente inevitable la existencia de un crecimiento demográfico continuado. El flujo de inmigrantes es demasiado grande como para intentar pararlo, y el hacerlo sería percibido, por otra parte, como una amenaza para la economía local. En consecuencia se recurre a prever el crecimiento, estableciéndose (o preparándose) medidas relativas al uso de la tierra, al objeto de controlar la distribución de los inmigrantes en cada área de la región para así minimizar el deterioro sobre la calidad de vida.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Denominamos migración a todo cambio permanente de residencia. Es, sin duda, el más complejo de los tres procesos demográficos, pues requiere tener en cuenta la gran variedad en cuanto a número de veces que los individuos cambian de residencia, el gran número de lugares a los que pueden trasladarse y la increíble diversidad de razones por las que alguien, en determinado momento, puede decidir trasladar su residencia a otro sitio. Aunque el desarrollo de explicaciones teóricas de la migración ha sido escaso en las pasadas décadas, una explicación de los movimientos migratorios que cada vez goza de mayor popularidad es la que los percibe como una estrategia de implementación, sobre todo durante la etapa adultajoven del ciclo vital. Así el emigrante-tipo en Estados Unidos durante la década de 1970 era una persona de poco más de veinte años, casada, con un alto nivel de educación y en busca de un trabajo mejor en un condado no metropolitano de uno de los estados del Sun Belt (cinturón del sol).

Los procesos migratorios tienen consecuencias dinámicas para los propios emigrantes, para las áreas de las que proceden y para aquéllas a las que se dirigen. Algunas de esas consecuencias, sobre todo en el caso de las áreas de origen y de destino, resultan fáciles de predecir una vez conocidas las características de los emigrantes. Por ejemplo, si los inmigrantes son adultos jóvenes con un nivel educativo alto, buscarán trabajos bien remunerados, contribuirán a la prosperidad económica de la zona y, muy probablemente, crearán familias que, a su vez, contribuirán a aumentar la población del área y la demanda, en ella, de servicios. Naturalmente, algunas de las consecuencias pueden ser percibidas localmente como positivas, y otras como negativas. En Estados Unidos existe una relativamente larga tradición de intentos, por parte de las autoridades gubernamentales, de controlar el número y las características de los que inmigran al país o a determinadas zonas específicas dentro de él, al objeto, claramente, de maximizar el impacto "positivo".

Aunque no siempre resulta perceptible, la calidad de nuestra vida cotidiana se ve en gran medida afectada por los movimientos migratorios: en efecto, incluso aun cuando nosotros, personalmente, no cambiemos nunca de lugar de residencia, pasaremos buena parte de nuestra vida adaptándonos a las personas que han venido a vivir en nuestro entorno y a la pérdida de las que lo han abandonado. Cada persona que entra en nuestra vida expande el tamaño potencial de nuestra red de relaciones sociales, sobre todo porque muchas de las personas que cambian de lugar de residencia lo hacen física pero no simbólicamente: es decir, seguimos en contacto con ellas.

En el siguiente capítulo consideraremos la forma en que la migración, la fecundidad y la mortalidad contribuyen a moldear la estructura por sexo y edad de una población: es decir, una estructura que afecta la vida de cada uno de nosotros al establecer cuántas son las personas, de cada sexo y edad, que componen nuestro entorno humano.