



# *Demografía de los países receptores de la cooperación española en salud y desarrollo*

## *Demography of Countries Receiving Spanish Cooperation in Health and Development*

■ Ricard Gènova Maleras

### **Resumen**

En este artículo se describe la situación actual, la evolución reciente y las perspectivas de la población de los principales países beneficiarios de la cooperación española en salud y desarrollo. Se incluyen los países iberoamericanos, Haití y cuatro países africanos: Angola, Guinea Ecuatorial, Marruecos y Mozambique. Los datos se han tomado primordialmente de fuentes de información generadas por organismos internacionales. Se aportan cifras sobre España como término de comparación.

### **Palabras clave**

Transición demográfica. Envejecimiento. Bono demográfico. Fecundidad. Mortalidad. Países en desarrollo.

### **Abstract**

This article describes the current situation, recent evolution and population perspectives of the principal countries receiving Spanish cooperation in health and development. The Latin American nations, Haiti and four African countries (Angola, Equatorial Guinea, Morocco and Mozambique) are examined. Data have basically been gathered from information sources produced by international bodies. Spanish figures are also provided as a basis of comparison.

### **Key words**

Demographic transition. Aging. Demographic bonus. Fecundity. Mortality. Developing countries.

---

El autor es demógrafo. Servicio de Informes de Salud y Estudios, Instituto de Salud Pública, DG de Salud Pública y Alimentación (Comunidad Autónoma de Madrid), y Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (Madrid, España).

## ■ Introducción

El objetivo de estas páginas es describir la situación actual (en torno al quinquenio 2000-2005), la evolución reciente (desde 1950 hasta 2000) y las previsiones (desde 2005 hasta 2050) de la población de los países iberoamericanos (además de Haití, por lo que se utilizarán los términos Iberoamérica y América Latina de manera indistinta), y cuatro países africanos: Angola, Guinea Ecuatorial, Marruecos y Mozambique, beneficiarios también de la cooperación española. Además, se aportará información sobre España como término de comparación. El grueso de países manejados en estas páginas pertenece al continente americano, y por ello el hilo conductor se fundamentará en ellos, aunque aludiendo en todo momento al resto de casos.

Para ello se utilizan primordialmente fuentes de información generadas por organismos internacionales. La calidad y cantidad de las estadísticas producidas por las instituciones competentes de los respectivos países, pese a evidenciarse grandes progresos en los últimos tiempos, es muy heterogénea, poniendo en riesgo con frecuencia la posibilidad de manejar indicadores comparables. A modo de ejemplo, en ocho países del área latinoamericana la subestimación en el registro de mortalidad, según la Organización Panamericana para la Salud (OPS) (1), se encontraba en la segunda mitad de los años noventa entre el 20 y el 50%, en tanto que Haití y Bolivia seguían careciendo del mismo.

Por consiguiente, y dado el carácter eminentemente descriptivo y comparativo que se pretende en este trabajo, nos basamos en los indicadores estimados y publicados por el "Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía" (CELADE), el "Population Information Network" (POPIN) de la División de Población de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la OPS. Asimismo, se utilizan, especialmente en relación con la fecundidad y la salud reproductiva, indicadores obtenidos a partir de encuestas demográficas realizadas con criterios comparables, las llamadas "Encuestas Demográficas y de Salud", o "Demographic and Health Surveys" (DHS), de las que hasta la fecha se llevan publicadas 31 para 13 de los países aquí considerados.

## La Transición Demográfica

La población mundial ha vivido profundas transformaciones a lo largo del siglo xx. Nunca, en toda la historia anterior de la humanidad, se consiguió una reducción de la mortalidad y la fecundidad como la registrada en el pasado siglo, ni un cambio semejante en su estructura por edades. En su conjunto, la población alcanzó su máximo crecimiento entre 1960 y 1975, a un ritmo de un 20 por mil de tasa media anual. Sin embargo, la cronología y la intensidad de estas tendencias son muy distintas según la región estudiada. A partir de la Segunda Guerra Mundial son los llamados países en desarrollo los que cobran protagonismo en su contribución al cre-

cimiento mundial, y su peso relativo en la población total no ha dejado de aumentar desde entonces. En concreto, América Latina fue la región con las más altas tasas de crecimiento entre 1950 y 1970, y a partir de entonces esa primacía pasó al continente africano (2).

Atendiendo a su ritmo de crecimiento y al comportamiento de sus tasas de natalidad y mortalidad, los expertos de CELADE han propuesto una tipología de países que permite ubicarlos en relación con el proceso de Transición Demográfica (3). De manera sintética, este modelo describe el paso de altos a bajos niveles de mortalidad y natalidad, en una trayectoria dividida en diversas fases en función de la intensidad del crecimiento poblacional. La composición interna de los distintos grupos de CELADE no es invariable, ya que los ritmos de cambio pueden ser y de hecho son distintos entre países, y algunos pasan con más rapidez que otros por las distintas fases.

A mitad de siglo xx, todos los países latinoamericanos —y los cuatro africanos aquí estudiados— se encontraban en la primera fase, o Transición Incipiente, con la excepción de Argentina y Cuba —en la tercera fase, o Transición Plena—, y Uruguay, ya en la última, o Transición Avanzada. Durante el medio siglo siguiente la práctica totalidad de estas poblaciones han avanzado en su proceso de cambio demográfico, y algunas de manera muy acelerada. Por ello, hacia el año 2000, seis países se encuentran ya en la fase Avanzada (Costa Rica, Chile, Brasil y Argentina, además de Uruguay y Cuba, para la que se acuña una subfase Muy Avanzada); nueve en Transición Plena (Perú, El Salvador, Paraguay, Ecuador, Venezuela, México, República Dominicana, Colombia y Panamá); cuatro en Transición Moderada (Guatemala, Bolivia, Nicaragua y Honduras) y uno, Haití, todavía en situación Incipiente. A este último grupo pueden añadirse Angola, Guinea Ecuatorial y Mozambique, mientras que Marruecos se homologa con la fase III (Transición Plena). Como toda clasificación, ésta aspira a encontrar el equilibrio entre una diferenciación suficiente entre categorías y una aceptable homogeneidad interna dentro de cada una. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la variabilidad de los casos es importante pese a encajarse en una misma fase.

A continuación se presentan las principales características y evolución de cada uno de los fenómenos conformadores de la dinámica demográfica de las poblaciones de estos países, así como las consecuencias de aquellos en la estructura por edades y sexo, tomando ejemplos extraídos de cada una de las categorías de la tipología citada.

## **Estructura por sexo y edad**

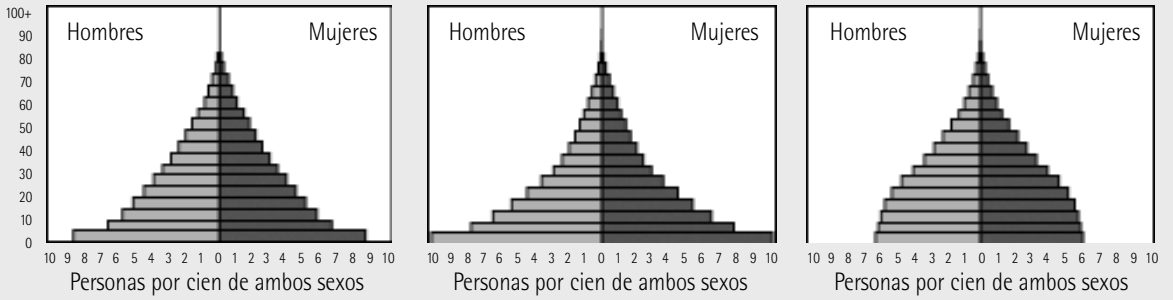
La evolución de los fenómenos demográficos observada en los últimos cincuenta años ha tenido consecuencias notables en la distribución de las poblaciones por edades. Como se puede ver en la figura 1, estos cambios no han sido simultáneos e iguales en todas ellas. La población española, con una Transición Demográfica completada ya a finales del siglo xx, muestra los rasgos de una estructura ya envejecida, por efecto tanto del descenso de la fecun-

1950

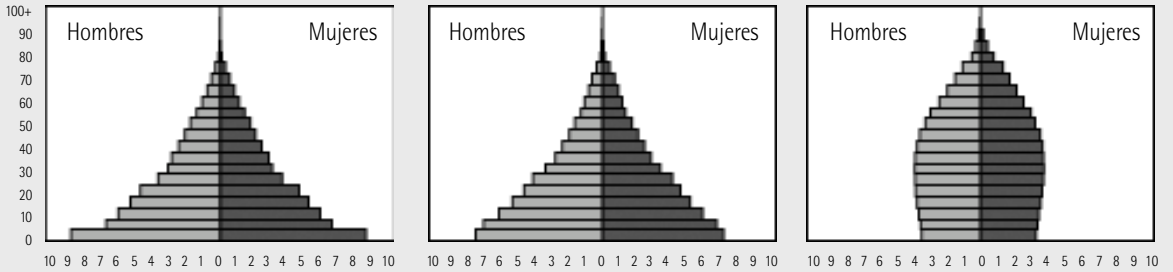
2000

2050

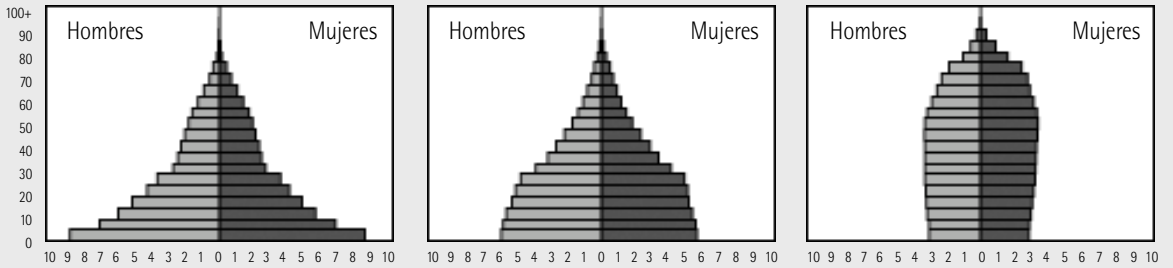
Angola



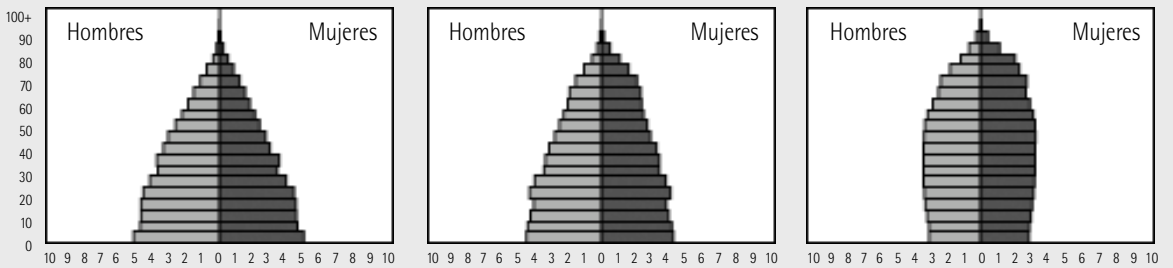
Bolivia



México



Uruguay



España

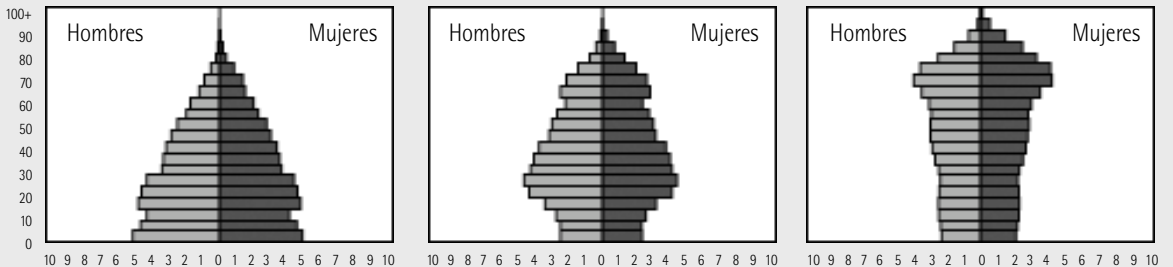


Figura 1. Pirámides de población. Años 1950, 2000 y 2050. Angola, Bolivia, México, Uruguay y España.

didad (especialmente intenso desde mediados de los años setenta, pero iniciado ya muchas décadas atrás), como del aumento extraordinario de la supervivencia por el descenso de la mortalidad, que le ha llevado de tener una esperanza de vida al nacer de 34 años en 1900 a los más de 78 actuales, una de las más altas del mundo. En el otro extremo, la población de Angola hoy aún muestra una pirámide de estructura prácticamente pretransicional, con una base que no sólo no ha disminuido, sino que ha crecido en los últimos años (debido a un significativo aumento de la fecundidad durante los últimos 30 años y de una mejora de la esperanza de vida centrada principalmente en la reducción de la mortalidad de las primeras edades). Se comprueba así que en los inicios de la Transición Demográfica se produce un momentáneo rejuvenecimiento de la población, algo que los países iberoamericanos han experimentado en alguno u otro período durante la segunda mitad del siglo pasado (salvo Uruguay, Argentina, y Cuba, que lo hicieron más tempranamente).

Entre el caso angoleño y el español se encuentran la totalidad del resto de las poblaciones estudiadas, tanto las latinoamericanas como las africanas. En la figura 1 se muestran tres ejemplos bien diferenciados. Bolivia es la expresión latinoamericana del mayor rezago en la trayectoria transicional, sólo superado por Haití. Los datos más recientes, no obstante, parecen certificar la aceleración de los cambios de la demografía boliviana. Guinea Ecuatorial y Mozambique se ubicarían actualmente a medio camino entre Bolivia y Angola.

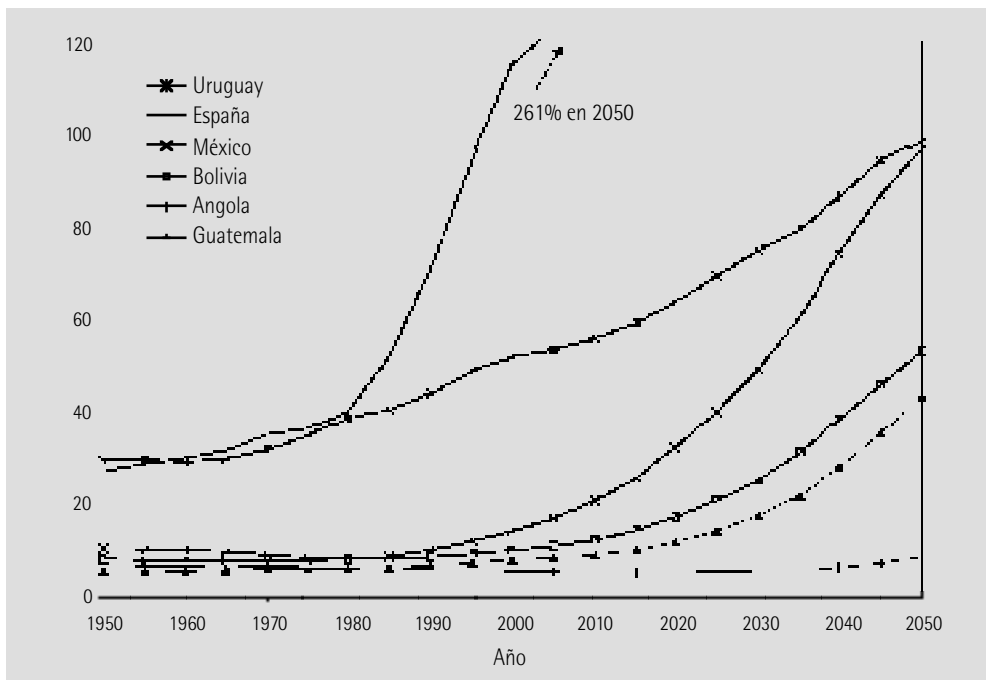
Los avances se aprecian mucho más veloces en la secuencia de pirámides de México, cuya estructura era en 1950 extraordinariamente joven, y sin embargo en el cambio de siglo aparece profundamente contenida en su base, como resultado de la rápida disminución de la fecundidad registrada desde los años setenta. En comparación con otros gobiernos, la mayor implicación de las autoridades mexicanas en la extensión y el éxito de los programas de planificación familiar desde esas fechas explican la forma convexa de la mitad inferior de la pirámide actual. Y un caso semejante, en cuanto a la profundísima variación de su dinámica demográfica en un periodo relativamente corto de tiempo, aunque no exactamente en sus causas, ocurre con Marruecos.

Finalmente, Uruguay representa el ejemplo más acabado de Transición Demográfica de estilo clásico —europeo occidental— que se puede encontrar en Iberoamérica. Ciertas características de la sociedad uruguaya propiciaron el temprano inicio de sus cambios demográficos: población pequeña, homogénea culturalmente, con apenas componente indígena, con menores desigualdades entre clases sociales, nivel de instrucción o niveles de renta mayores que en el resto del continente y un fuerte y antiguo flujo inmigratorio procedente de países europeos —españoles e italianos principalmente—, que llevó consigo la inercia demográfica que ya se vivía al otro lado del Atlántico. Así, la transición uruguaya se caracterizó por la suavidad y el largo recorrido de los cambios de los distintos fenómenos demográficos.

El resultado más que probable de las tendencias observadas hasta la actualidad se puede apreciar en la tercera y última columna de la misma figura 1. Hacia mitad del actual siglo, las pirámides de los ejemplos mexicano y uruguayo, y aún del boliviano, se asemejarán notablemente, pese a la muy distinta situación cincuenta o cien años atrás. De nuevo en un extremo

se encuentra la población española, con un envejecimiento inédito según las perspectivas de Naciones Unidas aquí manejadas —y que, pese a las matizaciones y correcciones que pudieran hacerse, principalmente por la incorporación de una mayor participación de la inmigración en la dinámica de esta primera mitad de siglo XXI, verosíblemente seguirá siendo uno de los países más envejecidos del mundo hacia 2050—. En el otro extremo, Angola presenta hacia esta fecha final una estructura parecida a la que países con transición recién entrada en la fase plena, como Perú, tienen en la actualidad.

El Índice de Envejecimiento (cociente de la población de 65 y más años de edad entre la menor de 15) refleja sintéticamente esta dinámica. En la figura 2 se aprecia la evolución entre 1950 y 2050 de este indicador para los ejemplos aludidos, además de Guatemala. Para no alterar la lectura gráfica, la curva española queda cercenada a la altura del valor actual, señalándose que al final del período será más del doble que en el año 2000, alcanzándose los 26 mayores por cada 10 niños. Del resto de curvas, merece señalarse en primer lugar la tendencia de Uruguay, virtualmente idéntica a la española hasta 1980 y que prosigue aumentando, pero con un ritmo mucho más suave hasta mediado el siglo XXI. Nada que ver con el español, pero tampoco con el de México, que justo en esa fecha alcanza a Uruguay. Esta evo-

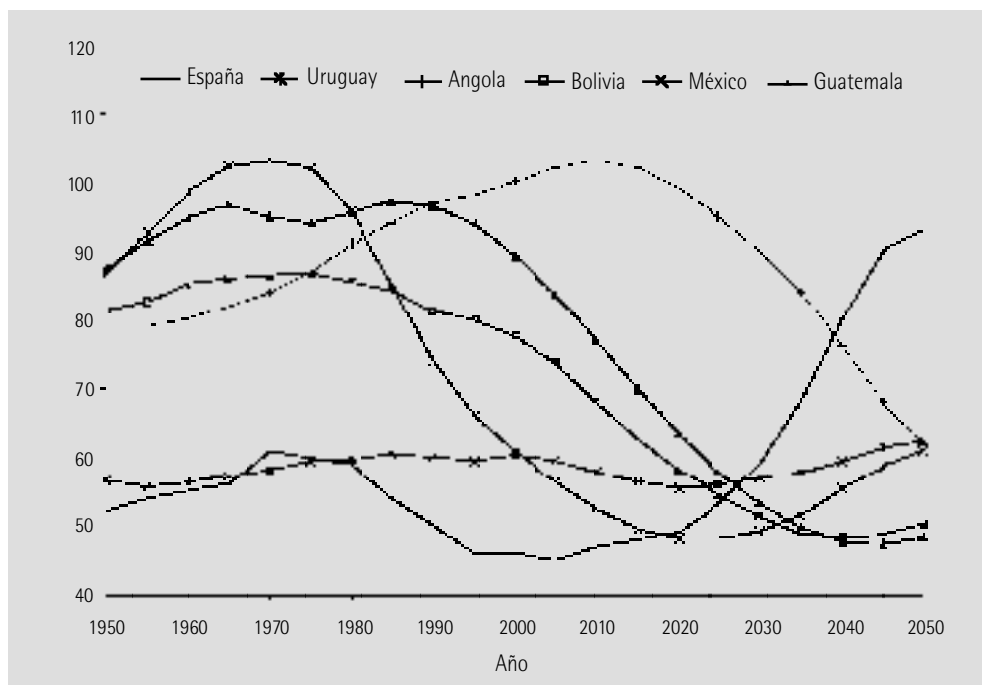


**Figura 2.** Índice de envejecimiento. Años 1950-2050 (Fuentes: United Nations. World Population Prospects. The 2002 revision; y CELADE. Boletín Demográfico, 73, marzo 2004.)

lución mexicana es tanto más destacable por cuanto hasta 1990 sus indicadores se confunden con los del resto de países, todos entre el 6 y el 10% hasta esa fecha. A partir de ahí las tendencias van separándose, no en el comportamiento —todos al alza— pero sí en el calendario: en todos —incluso, tímidamente, en Angola en los últimos lustros— aumenta el peso relativo de las personas mayores, pero en Bolivia y en Guatemala es muy posterior a México.

Actualmente empieza a observarse, además, en muchas de estas poblaciones, un "envejecimiento del envejecimiento"; es decir, un peso relativo progresivamente mayor de las personas muy ancianas —pongamos 80 años o más— sobre el total de las personas por encima de 65. En la medida en que aquéllas son las que tienen mayores problemas de salud y de dependencia, éste es un fenómeno a tener muy en cuenta en los años venideros.

Entre tanto, la actual distribución por edades de las poblaciones de los países en plena Transición, y en concreto la trayectoria dibujada hasta la fecha y la prevista para los próximos decenios del llamado Índice o Razón de Dependencia (figura 3) ha llevado a los analistas —y muy destacadamente a los economistas— a acuñar el concepto de "bono", "ventana" o "dividendo" demográfico. Se entiende por tal la oportunidad que la dinámica demográfica ofrecería a estos países al gozar de una favorable relación entre el peso agregado de los mayores y



**Figura 3.** Índice de dependencia. Años 1950-2050. (Fuentes: United Nations. World Population Prospects. The 2002 revision; y CELADE. Boletín Demográfico, 73, marzo 2004.)

los jóvenes (el grupo de personas dependientes) y el grupo de los adultos, quienes potencialmente están destinados a mantenerlos. Esta baja relación de dependencia se interpretaría como una posibilidad única —puesto que el proceso de envejecimiento impediría su repetición— para dirigir una proporción creciente de los recursos a sentar unas sólidas bases para el desarrollo de estos países y a prevenir los efectos del futuro envejecimiento de sus poblaciones. Como se aprecia en la figura 3, la población española ya se encontraría en pleno periodo de "bono demográfico", la mexicana entraría inminentemente en él, Bolivia y Guatemala lo harían al cabo de unos lustros y Angola sólo hacia la mitad del siglo.

Parece indiscutible que una distribución por edades ventajosa para el grupo de adultos constituye una base necesaria para un desarrollo económico y social sostenido. Pero, a este planteamiento se ha contestado desde diversos frentes argumentando que no es suficiente. De entrada, el aprovechamiento de esta oportunidad que brinda la demografía necesita asegurar varios aspectos clave (4). En primer lugar, la mejora de la salud de las poblaciones. La vinculación entre crecimiento económico y condiciones de salud, no se produce sólo en un sentido, ni es tan lineal como pudiera pensarse —a mayor riqueza mejores condiciones de salud—, sino que ocurre también a la inversa: los avances en el estado de salud de las poblaciones pueden ser sólidos promotores del progreso de las mismas (5). En segundo lugar, se señalan tres áreas cuyas políticas son imprescindibles para beneficiarse de esa situación demográfica: a) Por un lado, la inversión en educación; los niños y jóvenes de hoy son los adultos y trabajadores de mañana, y su contribución al desarrollo valdrá tanto más cuanto mayor sea su preparación; b) por otro, las políticas de estructura económica; esas cohortes de jóvenes crecientemente bien formados sólo revertirán en beneficio de la sociedad que los preparó si pueden incorporarse satisfactoriamente al mercado de trabajo; pero, si el sistema productivo no soporta la presión de una gran masa de fuerza de trabajo, de su buena instrucción sólo saldrán favorecidos los países que los reciban como inmigrantes, y c) es preciso un marco estable desde el punto de vista político y legal; una gobernabilidad dirigida al bien común y la reducción de las desigualdades, la erradicación de la corrupción y el compromiso con la seguridad jurídica.

La idea de que el envejecimiento de las poblaciones se produce de manera paulatina y gradual durante un largo periodo de tiempo, concediendo un amplio margen para establecer medidas que minimicen su impacto en la economía y la sociedad, basada en la experiencia de los países europeos, no se acomoda a lo que ocurre, ni verosímelmente ocurrirá, en muchos países en desarrollo. En la mayoría de los países de América Latina y en Marruecos, el envejecimiento está siguiendo con una cronología mucho más acelerada que en Europa. El transcurso por las distintas fases de la Transición Demográfica, que en poblaciones como la inglesa o la francesa se prolongó a lo largo de dos siglos, en aquéllos se está produciendo en sólo unas pocas décadas. Como se ha comentado, la práctica totalidad de estas poblaciones iniciaron la transición a mediados del siglo xx, una vez acabada la Segunda Guerra Mundial, y muchas de ellas ya han recorrido en apenas 50 años buena parte del trayecto. La propia velocidad de los cambios hace que en las próximas décadas lleguen a las edades de jubilación



cohortes extraordinariamente numerosas, porque pertenecen a generaciones nacidas cuando las tasas de fecundidad eran muy elevadas, y que al tiempo se han beneficiado de la rápida disminución de la mortalidad. El proceso de envejecimiento será por ello mucho más veloz en estas poblaciones que en las de los países desarrollados. Esto, comportará serios problemas para dichos países, porque los plazos para implementar las medidas a tomar se acortan sustancialmente (6, 7). Y todo ello en un contexto social y económico que, en general, no permite la asignación de grandes remesas de recursos para políticas estructurales a medio y largo término, con resultados poco o nada visibles en plazos regidos por calendarios electorales. De hecho, la propia Comisión Económica para América Latina (8) ha encendido recientemente la señal de alarma, al advertir que durante la década de los noventa la generación de puestos de trabajo fue débil y se centró fundamentalmente en el sector informal<sup>1</sup>, aumentó el desempleo, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo se produjo mayoritariamente en condiciones de precariedad e inestabilidad, y la proporción de hogares pobres siguió siendo muy alta (aún mayor a la existente en 1980, antes de la crisis).

En estos países los programas de jubilación tienen una cobertura relativamente baja, por lo que las necesidades de los hogares con personas mayores se satisfacen habitualmente con el apoyo de la solidaridad familiar. Sin embargo, cada vez hay y habrá un menor número de hijos y parientes cercanos por cada persona mayor, a lo que se añade la certidumbre de que este patrón cultural de solidaridad en el seno de la familia se va abandonando, sin ser sustituido plenamente por un sistema de protección desde el ámbito público. Además, las condiciones de salud de las personas mayores en estos países son peores, en general, que en los países más desarrollados, por lo que la demanda de atención sanitaria que generen, dado el rápido ritmo de envejecimiento, será intensa y presionará seriamente a los sistemas de salud (7).

A ello debe añadirse que el proceso de envejecimiento comporta, por el diferencial de esperanza de vida entre sexos, una feminización creciente del grupo de personas de edad avanzada, algo ya evidente en la población española (9). Y, como el trabajo femenino estuvo y está proporcionalmente mucho menos insertado en la economía formal, las mujeres corren un mayor riesgo de carecer de pensión o cualquier otro tipo de ayuda al llegar a edades avanzadas.

Todo ello ha llevado a cuestionar el propio concepto de "oportunidad demográfica" (10). En primer lugar, porque la verdadera dependencia se articula entre la población económicamente activa —y aun más, la población ocupada— y la que no está en el mercado de trabajo, o lo está pero como desempleada. Revisando los indicadores y trasladando estos nuevos contingentes

<sup>1</sup> *Nota de la redacción.* La expresión "sector informal" (también llamado "sector no estructurado") se acuñó en la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y se utilizó por primera vez en los informes sobre Ghana y Kenya elaborados a principios del decenio de 1970. Una de las conclusiones principales a que se llegó en estos informes fue que el problema social más importante en este tipo de países no era el desempleo, sino la existencia de un gran número de "trabajadores pobres", que se afanan por producir bienes y servicios sin que sus actividades estén reconocidas, registradas o protegidas por las autoridades públicas (<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/worker/doc/otros/iv/ii/>).

de personas dependientes del denominador al numerador, el resultado deja de ser tan ventajoso como se presumía inicialmente. En segundo lugar, la población de un país no evoluciona homogéneamente, sino que existen diferencias notables por clase social o nivel de educación, de manera que los grupos más desfavorecidos tienden a tener relaciones de dependencia más desfavorables (fundamentalmente por contar con una mayor fecundidad). Ello haría necesarias unas políticas decididas de redistribución de recursos desde aquellos grupos con mayor nivel de renta y mejor relación de dependencia con el objetivo de reducir las desigualdades.

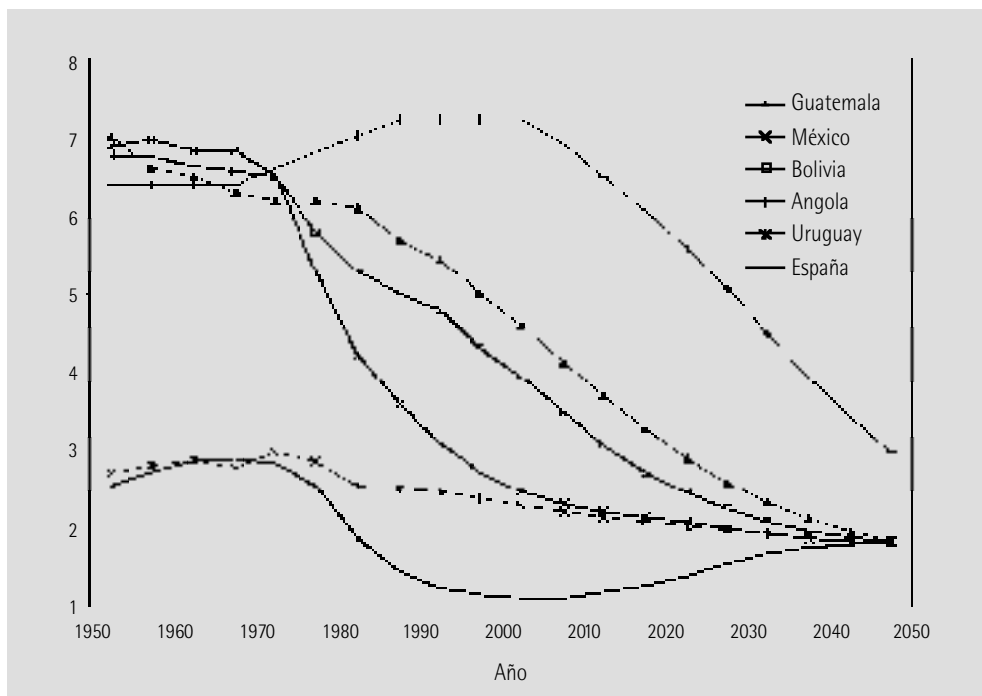
Para la mayoría de los países considerados en estas páginas, éste es el mayor reto que les plantea el presente siglo. No obstante, muchos otros países en desarrollo, entre los que se encuentran Angola, Guinea Ecuatorial, Mozambique, Haití y, en menor medida, Bolivia o Guatemala, tienen todavía otras preocupaciones más cercanas y acuciantes en relación con la evolución de la estructura por edades de su población. Pero deben estar atentos a las vivencias de sus vecinos para adoptar las medidas oportunas en relación con el envejecimiento futuro; y hacerlo a tiempo.

## Fecundidad

A mediados del siglo xx, el Índice Sintético de Fecundidad (ISF), o Tasa Global de Fecundidad, promedio de la región iberoamericana era de seis hijos por mujer, y se encontraba por encima de los cinco de la media mundial, al igual que la cifra estimada para el continente africano (6,8 hijos por mujer). Por países, oscilaba entre los 7,5 hijos por mujer de Honduras y los 2,73 de Uruguay. Cinco países (cuatro latinoamericanos y Marruecos), se encontraban por encima de los siete hijos por mujer, y otros 13 por encima de seis. Sólo unos pocos mostraban ya una clara tendencia al descenso de la fecundidad (Uruguay, Argentina y, en menor medida, Cuba).

De hecho, en América Latina el descenso de la mortalidad, que ya se evidenciaba a mediados del siglo xx, se vio acompañado hasta mediados de los años sesenta de un aumento o estabilización de las tasas de fecundidad, por el mantenimiento de una precoz edad de inicio de la procreación, y una mayor proporción de mujeres que llegaban a las edades fértiles por reducción de la mortalidad prematura. Al contrario que en Europa, en América Latina no se activó el control de la nupcialidad como vía para limitar los nacimientos, sino que aumentaron las tasas de nupcialidad y se rejuveneció la edad media de la llegada al matrimonio. Como consecuencia, a comienzos de los años sesenta todavía sólo cuatro países tenían menos de seis hijos por mujer (Chile, Cuba, Argentina y Uruguay) (11).

En cambio, desde principios de los años setenta se aprecia un acelerado proceso de disminución de la fecundidad en algunos países (por ejemplo, México o Marruecos); mientras que otros, como buena parte de los centroamericanos y Mozambique, han de esperar a la década de los noventa para que se evidencie dicha tendencia (figura 4). Por su parte, Angola y Guinea Ecuatorial mantienen una trayectoria al alza hasta el momento presente.



**Figura 4.** Índice Sintético de Fecundidad. Años 1950-2050. (Fuentes: United Nations. World Population Prospects. The 2002 revision; y CELADE. Boletín Demográfico, 73, marzo 2004.)

El abanico actual (años 2000-2005) del Índice Sintético de Fecundidad, oscila entre los 7,2 hijos por mujer de Angola y el 1,55 de Cuba. Junto con ésta, otros cinco países iberoamericanos se encuentran por debajo de los 2,5 hijos por mujer, y otros siete, además de Marruecos, entre 2,5 y 3. Estas cifras ponen de manifiesto la magnitud y velocidad del descenso de la fecundidad producido en estos países, mucho mayor que el observado en las poblaciones europeas, que necesitaron muchas más décadas para experimentar una disminución semejante. Pero, también muestran que las diferencias entre países siguen siendo muy importantes.

La evidencia de esta reducción de la fecundidad ha llevado a plantear por primera vez para estos países horizontes por debajo del límite de reemplazo generacional. Las más recientes proyecciones de CELADE (12) fijan la fecundidad límite en 2050 en 1,85 hijos por mujer para toda Latinoamérica, salvo Paraguay (1,90), Honduras (1,95) y Haití (2,02); todos los países, por debajo de los 2,1 hijos por mujer. Por su parte, las proyecciones de Naciones Unidas (2) también fijan en 1,85 la cifra final a mediados del siglo XXI para Marruecos, 2,17 para Guinea Ecuatorial, 2,29 para Mozambique y 3 hijos por mujer para Angola; prácticamente todos ellos valores muy inferiores a los previstos en ediciones anteriores de las mismas proyecciones, lo que refleja la profundidad de los cambios acaecidos hasta la fecha.

El ejemplo marroquí da pie, además, para desmentir el tópico de un Islam pronatalista (13). Las condiciones a mediados del siglo pasado no serían, en principio, las más favorables para un descenso rápido de la fecundidad: bajo nivel de vida, alta ruralidad, bajo nivel de instrucción, bajo "coste" de los niños, precario estatus social de la mujer y alta mortalidad infantil. Sin embargo, una serie de circunstancias han confluído en Marruecos y en otros países del Magreb para que se haya producido en un período de tiempo relativamente corto una vertiginosa reducción del número medio de hijos por mujer. En la base de todo ello parece encontrarse una fuerte vinculación con Europa, a la que se toma como modelo o meta en muchos aspectos de la realidad social; en buena medida por la transferencia de patrones culturales, familiares y demográficos facilitada por la emigración a la ribera norte del Mediterráneo (como el incremento del uso de anticonceptivos modernos, el aumento de la edad media al matrimonio de las mujeres y de la soltería definitiva; e, incluso, la separación de las parejas por la emigración) (14-16).

Es interesante señalar cómo la fecundidad real (número medio registrado de hijos por mujer) discrepa de la fecundidad deseada. A partir de las Encuestas de Fecundidad o Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) conocemos este segundo valor en muchos de estos países. Así, por ejemplo, en Guatemala la fecundidad real en la segunda mitad de los años noventa era de cinco hijos por mujer, mientras la deseada era de 3,4; en Perú, en esas mismas fechas, el ISF ascendía a 3,2, frente al ideal de 2,4. Significativamente, en 1999, en España el número medio de hijos deseado también era 2,5, pero la cifra real era de 1,15. De acuerdo con los datos disponibles para aquellos países que cuentan con más de una encuesta entre mediados de los ochenta y finales de los noventa del siglo xx, el número medio de hijos deseados por mujer ha tendido a disminuir. La divergencia entre fecundidad real e ideal es una expresión de la insatisfacción de la población en relación con su reproducción, tanto por exceso como por defecto.

La evolución de la fecundidad en el pasado medio siglo no se ha limitado a variaciones en el número medio de hijos por mujer. Los cambios han afectado igualmente a la estructura por edades (17); y así, por ejemplo, en México no ha sido igual en todas las edades, sino que ha afectado proporcionalmente más a las mayores de 25 años, en un proceso de reducción media del tamaño de las familias. En 1950 y 1975, la edad modal se situaba en el grupo 25-29, pero en 1975 ya se produjo un descenso mayor en el grupo 30-34 años que en el 20-24; y en el año 2000 este grupo más joven pasa a ser claramente el que ostenta mayores tasas de fecundidad. Así pues, a lo largo de estos cincuenta años la edad media de las madres se ha rejuvenecido considerablemente, de 29,6 años en 1950, a 27,4 en el año 2000.

Si en la actualidad se compara este mismo indicador entre varios países, se aprecia cómo en Angola, Guatemala, Bolivia o México, el grupo de mujeres adultas muy jóvenes (20-24) es el que presenta tasas específicas más altas. Sus Edades Medias a la Maternidad son, respectivamente: 28,03, 28,16, 28,78 y 27,4 años. En el caso de Uruguay los grupos de edad 20-24 y 25-29 son virtualmente iguales, pero la edad media global es más baja (26,9 años) porque la

fecundidad de las mujeres de 35 y más años es proporcionalmente menor. Finalmente, como contraste, la estructura de la población española se muestra mucho más madura, con muy bajas tasas de fecundidad antes de los 30 años y una edad media de 30,7 años, muy por encima de las anteriores.

Es importante destacar que este patrón joven de fecundidad, dominante en la mayoría de los países estudiados, se extiende hasta las edades adolescentes (15-19 años), en las que hoy es aún significativamente alta. Llama poderosamente la atención que las adolescentes angoleñas tengan un promedio de hijos tan alto como el de las guatemaltecas que más hijos tienen (20-24), y tres veces más que las mujeres españolas del grupo de edad más fecundo (30-34). Pero, sin llegar al extremo de este país africano, en todos los países iberoamericanos las tasas de fecundidad adolescente son actualmente todavía muy altas en relación con los descensos registrados en el resto de edades. La tasa de 15-19 años supone en Angola un 15,9% de la fecundidad total, un 12,9% en México y un 15,1% en Uruguay; mientras que en España no alcanza más que un 2,8%. Esta alta fecundidad adolescente es una barrera importante para el acceso de estas mujeres a la educación y su incorporación en buenas condiciones al mercado de trabajo. Por ejemplo, en 1993 en El Salvador, la fecundidad adolescente entre las mujeres que no habían concluido un solo año de estudios suponía el 21,1% del total de dicho grupo, mientras que entre aquéllas que completaron diez o más años de formación la proporción de fecundidad adolescente fue del 6,8%.

El nivel de estudios se perfila, precisamente, como una variable clave en la conformación de los niveles y el calendario de fecundidad, junto con el nivel de ingresos, el patrón residencial y el uso de anticonceptivos. Siguiendo el caso salvadoreño, con datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1993, las mujeres de las zonas rurales tenían una media de cinco hijos por mujer, por 2,68 de las residentes en la capital y área metropolitana. Las salvadoreñas con alto nivel de ingresos tenían 2,35 hijos por mujer, frente a 5,62 las de nivel bajo, 5,37 en aquéllas sin un solo año de estudios y 2,35 en las que alcanzaron los diez años o más de formación, que además tienen una estructura de fecundidad por edad mucho más madura. Se trata, como en tantas otras ocasiones, de un proceso que se retroalimenta: las mujeres con mayor nivel de formación cuentan con mayores expectativas para desarrollar una trayectoria vital más allá de la mera maternidad, lo que las lleva a tener menos hijos y más tarde; y el hecho de tener una fecundidad menor y más tardía permite a las mujeres alcanzar un mayor nivel de estudios y aumentar sus aspiraciones personales, sociales y económicas.

El uso de métodos anticonceptivos ha aumentado durante los últimos 30 años en los países en desarrollo, pero las diferencias entre países e internamente en cada uno de ellos siguen siendo importantes (18, 19). Los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud para los países que nos ocupan, confirman ambos aspectos. El uso de anticonceptivos es más frecuente en los países cuya fecundidad es media o baja (utilizados por más del 70% de las mujeres en edades fértiles casadas o emparejadas en Cuba, Costa Rica, Brasil, Colombia y España, con una proporción mayoritaria de métodos modernos). En el otro extremo se encuentran Guatemala

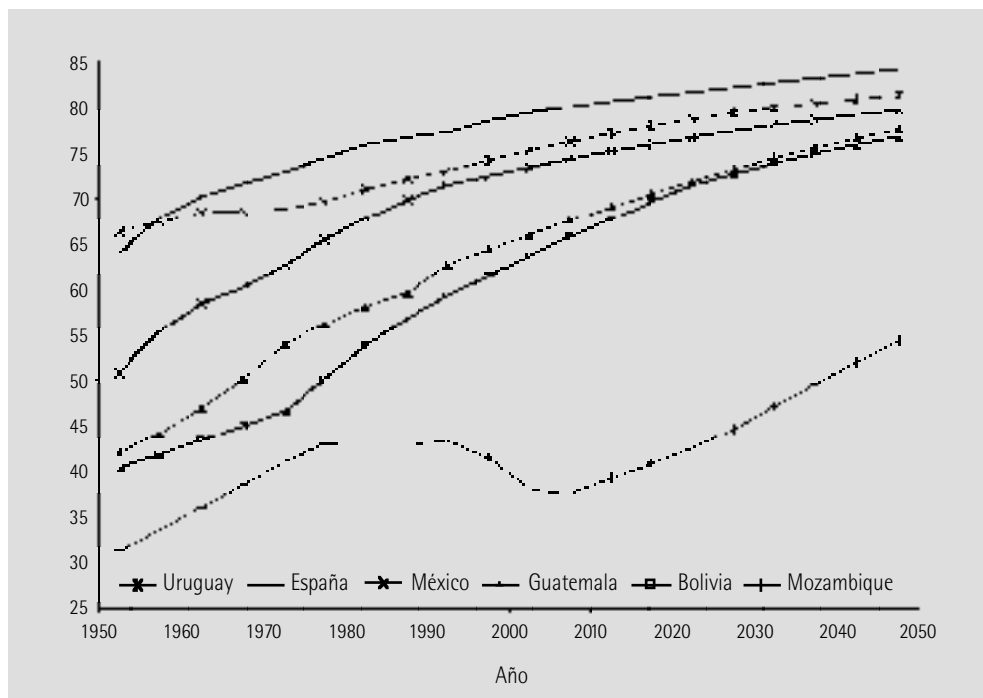
(38,2%), Haití (27,4%), Angola (6,2%) y Mozambique (5,6%). La información sobre los países en los que se cuenta con varias encuestas a lo largo del tiempo, muestra aumentos significativos en la prevalencia de uso de anticonceptivos, tanto en los que poseen una alta fecundidad (del 30,2 al 48,3% en Bolivia entre 1989 y 1998) como en los de baja fecundidad (de 69 a 80% en Costa Rica entre 1986 y 1999). No obstante, se vislumbran algunas diferencias importantes. En el caso boliviano, alrededor del 50% corresponde a métodos tradicionales de baja fiabilidad, proporción que se reduce al 12,5% en Costa Rica. Por otro lado, los escasos datos disponibles apuntan a grandes desigualdades en el recurso a la contracepción en función de la clase social, el nivel de estudios y el hábitat residencial, con mayores prevalencias en las clases acomodadas, urbanas y con mayor nivel de instrucción (20).

## Mortalidad

La mortalidad empezó a disminuir en América Latina durante la primera mitad del siglo xx. Hacia mediados de siglo su esperanza de vida al nacer era de 52 años, por encima de la media mundial (46,5) y muy superior al promedio africano (37,8 años), que ostentaba, y sigue ostentando, los peores indicadores de mortalidad entre las regiones del mundo.

De nuevo, no obstante, debe mencionarse la gran diversidad de situaciones que entonces y aún hoy persisten entre países. En 1950 algunos ya llevaban décadas de descenso de la mortalidad (Uruguay, Cuba, Argentina, Paraguay), con esperanzas de vida al nacer ya de 60 o más años. En otros, los cambios fueron relativamente modestos antes de esa fecha: entre los menos evolucionados se encontraban Haití (37,6 años), Bolivia (40,4), Honduras (41,8) y Guatemala (42,0 años).

Desde entonces hasta la actualidad la evolución ha sido significativa. A los países más avanzados se han añadido Chile, Costa Rica o Panamá, en tanto que Paraguay se ha descolgado del pelotón de cabeza. A su vez, España, cuya esperanza de vida al nacer en 1950 era algo menor que la de Uruguay, ha pasado a ser uno de los países con mayor supervivencia del mundo. En el extremo opuesto, Mozambique no alcanza en la actualidad los 40 años de expectativa de vida (21), advirtiéndose en la figura 5 la dramática evolución de la mortalidad en ese país. Claramente rezagado a mediados del siglo pasado en relación con los países iberoamericanos más desfavorecidos (Guatemala, Bolivia, e incluso Haití, tenían mayor esperanza de vida), hasta 1980 tendió a reducir diferencias con ellos, pero a partir de este año, y especialmente desde 1990 hasta hoy, ha sufrido una gran pérdida absoluta de la expectativa de vida. Los 16 años de guerra, finalizados formalmente en 1992, y el VIH/SIDA, con una prevalencia estimada por ONUSIDA en un 13% en el año 2000 (22) —una de las más altas del mundo y muy superior a las de Angola y Guinea Ecuatorial— son las principales causas de esta evolución. Ambas han afectado a la población no sólo directamente por el aumento de la mortalidad que suponen, sino también de manera indirecta, al socavar la estructura produc-



**Figura 5.** Esperanza de vida al nacer. Ambos sexos. Años 1950-2050. (Fuentes: United Nations. World Population Prospects. The 2002 revision; y CELADE. Boletín Demográfico, 73, marzo 2004.)

tiva y reproductiva del país, y hacerlo aún más vulnerable al impacto de otras causas recurrentes en la sociedad mozambiqueña, como la malaria y los efectos de las catástrofes naturales (las más recientes, las inundaciones de los años 2000 y 2001). Las proyecciones de Naciones Unidas apuestan por el retorno a la senda del incremento de la esperanza de vida a partir de 2010, pero la brecha abierta es de enormes dimensiones.

En los primeros estadios de la Transición Demográfica, el descenso de la mortalidad se centró fundamentalmente en las primeras edades de la vida, cuya carga era muy elevada. En Chile, a principios de siglo xx, la probabilidad de muerte antes de los cinco años era de 40 por cada cien nacidos (23). La vulnerabilidad de los niños ante la muerte no era una característica privativa de las poblaciones menos desarrolladas: según las tablas de mortalidad de 1900 en España el indicador era semejante al chileno.

Las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) hacia 1950 eran de alrededor de 60 por mil nacidos vivos en Uruguay o España, y de 180 en Marruecos o Bolivia, 196 en Guinea Ecuatorial o más de 220 en Mozambique o Angola. Desde entonces hasta la actualidad la reducción ha sido muy importante, llegando a 13 por mil en Uruguay, 10,5 por mil en Costa Rica, 8 por mil en Chile, 7,3 en Cuba y 3,6 por mil en España, entre los países con tasas más favorables hacia el año 2000. No

obstante, en Latinoamérica todavía restan dos países por encima del 50 por mil (Bolivia y Haití), y Guinea, Mozambique y Angola permanecen por encima de las cien defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. Es importante destacar que esta evolución descendente de la mortalidad infantil, extensible a los menores de 5 años, se ha producido en todos los países, con independencia de los avatares políticos y las crisis económicas. Sin embargo, las diferencias persisten no sólo entre países, sino dentro de cada uno de ellos, y especialmente entre las zonas rurales y urbanas, y entre poblaciones con distintos niveles de estudios. Desde los años ochenta hasta la actualidad, según los datos procedentes de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), estas diferencias incluso han aumentado en algunos países como Bolivia (TMI en 1998, urbana: 53 por mil; rural: 100 por mil), o Perú (TMI en 2000, en población sin estudios: 73,4 por mil; con enseñanza secundaria, o más, completada: 27,4 por mil).

Los cambios a largo plazo en la mortalidad de las poblaciones suponen variaciones fundamentales en el patrón de causas de defunción y en su reparto por edades. Es lo que se denomina Transición Epidemiológica (24, 25). Las primeras causas en ser combatidas con éxito fueron, de manera genérica, las llamadas Transmisibles (infecciosas, perinatales, maternas, nutricionales). Estas causas afectan especialmente a la población de menor edad y por ello en los inicios de la Transición Demográfica los niños son los mayores beneficiados en el proceso. Posteriormente, el peso de la mortalidad va recayendo progresivamente en las causas no Transmisibles, que tienen una distribución por edades mucho más madura; y, asimismo, las causas Externas tienden a cobrar importancia.

La magnitud de los cambios es tal que, por ejemplo, en un país como Chile, si en 1909 las causas Transmisibles provocaban más de la mitad de las defunciones, por sólo un 14% las no Transmisibles, éstas ya causaban, en 1998, casi tres de cada cuatro muertes y las Transmisibles un 13,6%. Entre ambas fechas las causas Externas casi se han triplicado, y las mal Definidas han disminuido a la sexta parte, constatando no sólo el cambio de patrón epidemiológico, sino también la mejora en el diagnóstico y certificación de las causas de defunción. Igualmente, si a principios de siglo xx más de la mitad de las defunciones correspondían a niños menores de cinco años y la otra mitad se distribuía entre el resto de edades, con especial participación de los adultos jóvenes (muertes por causas maternas), noventa años más tarde las muertes de los menores de cinco años se han reducido al 4% del total y la mayoría de las defunciones se concentra en mayores de 65 años.

En el contexto latinoamericano encontramos modelos muy avanzados, como el uruguayo o el cubano, con un 80% de las muertes atribuibles a causas no Transmisibles, junto a países cuya proporción de causas Transmisibles superan aún el 20% del total y con un gran peso todavía del grupo de causas Mal Definidas (Haití, Perú, Nicaragua). De otros (Bolivia, Guatemala, Honduras) ni siquiera contamos con datos fehacientes sobre causas de defunción a nivel nacional (1). No obstante, la comparación en la evolución de la distribución proporcional de las defunciones por grandes grupos de edad, ya nos da una primera idea de la ubicación de cada país en la Transición Epidemiológica. Así, en Guatemala, durante todo el siglo



pasado las muertes en los primeros 15 años de vida fueron mayores que las de personas de 65 y más años; y, aunque ambas series se han encontrado con el cambio de siglo, tardarán todavía unos cincuenta años en alcanzar la distribución por edades que Uruguay presentaba ya a mediados del siglo xx (es decir, un siglo antes), cuando más de la mitad de las muertes ya correspondían a mayores de 64 años.

Carecemos de información exhaustiva acerca de las causas de mortalidad en Angola, Guinea Ecuatorial y Mozambique, países en los que la distribución de las defunciones por edades confirma su profundo retraso en relación con el esquema de la transición de la mortalidad: sólo poco más del 11% de todas ellas corresponden a personas con 65 o más años de edad en los dos países lusófonos; cifra que alcanza el 22% en Guinea. Por el contrario, Marruecos se encuentra en acelerada transición, con más de la mitad de las muertes atribuibles ya a causas no Transmisibles (26).

La Transición Epidemiológica de todos estos países presenta rasgos propios que los alejan del modelo clásico europeo. Estas características particulares son: a) una superposición de etapas, en lugar de la sucesión del patrón clásico, con coexistencia simultánea de un peso importante tanto de enfermedades Infecciosas como no Transmisibles; b) la eventualidad de procesos de marcha atrás (contratransición), con el resurgimiento de enfermedades propias de fases tempranas; c) una persistencia duradera de esa situación de convivencia de enfermedades Transmisibles y no Transmisibles (morbilidad mixta), no resolviendo el proceso transicional; y d) un incremento de las desigualdades en salud, de manera que en un mismo país se registran simultáneamente clases sociales o grupos poblacionales con un perfil epidemiológico pretransicional junto a otros con patrones avanzados, pudiendo seguir ritmos e incluso trayectorias diferentes en el proceso de transición epidemiológica. Este modelo de transición se ha denominado "polarizado prolongado" (27, 28).

De este modo, junto al creciente peso de las enfermedades cardiovasculares (29, 30) —principal causa de muerte ya en muchos países latinoamericanos— o los tumores, siguen siendo muy altas las muertes maternas (31) (Haití, Brasil, Perú, Bolivia), re a p a recen significativamente enfermedades que en otros lugares ya han sido arrinconadas (como el cólera, el paludismo, el dengue o la enfermedad de Chagas), surge con fuerza el VIH/SIDA (22, 32) (Haití, República Dominicana, Honduras, Panamá, Guatemala, Brasil), la violencia cobra un papel significativo en algunos países (Colombia, Honduras, El Salvador, Brasil, México) y emergen problemas de salud propios del desarrollo desordenado, como las afecciones respiratorias en las grandes ciudades sometidas a alta presencia de contaminantes (Ciudad de México, Santiago de Chile) (33).

## Migración

El tercer fenómeno de la dinámica demográfica básica, la migración, queda con frecuencia en un segundo plano a la hora de explicar la evolución de las poblaciones. En buena parte esto

es debido a la menor calidad y cantidad de la información estadística disponible. En muchos casos, sólo los censos, y de manera insatisfactoria dado que no están pensados para registrar el fenómeno migratorio, nos ofrecen información sobre los cambios de residencia de las personas. La migración presenta, además, variaciones de tendencia mucho más súbitas e imprevisibles que las que pudieran producirse en la fecundidad o la mortalidad. De hecho, la migración encaja mal en el modelo explicativo de la Transición Demográfica, en el que es tenido casi como un fenómeno exógeno.

Sin embargo, en muchas poblaciones el principal factor de cambio demográfico ha sido y/o es la migración internacional. Es el caso, por poner dos ejemplos extremos recientes, de las poblaciones ecuatoriana o marroquí (fuertemente emigratorias) y la española (receptora en los últimos años de un gran número de personas procedentes de otros países, entre las que destacan precisamente las originarias de Ecuador y Marruecos) (34).

Se han identificado tres grandes patrones de migración internacional en Iberoamérica: la inmigración de ultramar, la migración intrarregional y la emigración (35, 36). La primera, procedente principalmente de Europa, fue importante históricamente y alcanzó hasta buena parte del siglo xx, para decaer a partir de 1970. Desde esta fecha los movimientos entre países de la región fueron cobrando importancia, aunque la crisis de los años ochenta frenó la tendencia e incrementó el flujo de latinoamericanos hacia otras regiones (inicialmente a Estados Unidos y años más tarde a Europa y Japón). Esta migración extrarregional hoy tiene una gran importancia para la economía de algunos países, para los que las remesas de divisas enviadas por la población emigrante constituyen una proporción considerable de su Producto Interior Bruto (entre el 8 y el 14% en República Dominicana, El Salvador, Nicaragua o Ecuador en el año 2000) (37).

## Conclusión

La mayoría de los países contemplados en estas páginas se encuentran en el pleno proceso de Transición Demográfica, al llevar ya algunas décadas experimentando significativas disminuciones en su fecundidad y mortalidad. Esto tiene como resultado variaciones en su ritmo de crecimiento, primero al alza y posteriormente a la baja, y modificaciones profundas en su distribución por edades. La principal consecuencia de esta dinámica es el envejecimiento de su población, que si bien aún sólo es evidente en algunos casos (España, Uruguay), se convertirá en la principal característica y el mayor reto para todas estas poblaciones en el futuro. Se ha considerado que estos países en transición gozarán de una oportunidad única e irrepetible otorgada por la demografía —una baja relación de dependencia— para sentar las bases de un desarrollo económico y social a largo plazo y, al amparo de la experiencia de los países más desarrollados, tomar las medidas necesarias para atenuar el impacto del envejecimiento. Sin embargo, ese "bono demográfico", aunque necesario, no es suficiente. El compromiso en edu-

cación y salud como prioridad fundamental; el fortalecimiento de la estructura económica y la generación de puestos de trabajo; la reducción de la economía informal; la estabilidad política; la seguridad jurídica y la erradicación de la corrupción; así como un marco global sin hipotecas —deuda externa, regulación del comercio— son factores íntimamente vinculados al aprovechamiento de unas condiciones demográficas favorables para la consecución de un desarrollo sostenible y a la reducción de las desigualdades.

La escasa información disponible por debajo del nivel estatal impide identificar las principales situaciones de desigualdad, verosimilmente mayores dentro de cada país que las existentes entre países. Esta limitación, la mayor de las que adolece este trabajo, conduce a reclamar encarecidamente a los organismos competentes, tanto nacionales como internacionales, los mayores esfuerzos en articular sistemas de información con estadísticas fiables, continuadas y relevantes a escalas geográficas y socioeconómicas por debajo de los estados; estadísticas imprescindibles para monitorizar adecuadamente los procesos de transición y muy especialmente sus efectos no deseados, con el fin de reconocerlos prematuramente y poder ayudar a la toma de decisiones dirigidas a corregir sus causas.

## Bibliografía

1. OPS. Estadísticas de Salud en las Américas. Edición 2003. Washington, Organización Panamericana para la Salud, 2004.
2. United Nations. World Population Prospects. The 2002 revision. New York, Population Division, United Nations, 2003.
3. Chackiel J. La dinámica demográfica en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – Población y desarrollo 52, Santiago de Chile, 2004.
4. Bloom D, Canning D, Sevilla J. The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change. Santa Monica, Rand Co., Population Matters, 2003.
5. Schkolnik S. Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. Notas de Población, Celade, 70, 2000:121-147.
6. Palloni A, De Vos S, Peláez M. Aging in Latin America and the Caribbean. CDE Working Paper series, 99-02, Madison, Center for Demography and Ecology, Winsconsin Univ, 1999.
7. Peláez M, Palloni A, Ferrer M. Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe. En: Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Seminarios y Conferencias, 2, 2000:171-194.
8. Ocampo JA, Bajraj R, Martin J. (eds) Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y Ed Alfaomega, 2001.
9. Gómez Redondo R. Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 71 1995:79-108.
10. [Chackiel J. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía \(CELADE\) – Población y desarrollo 4, Santiago de Chile, 2000.](#)
11. Zavala de Cossio ME. The demographic transition in Latin America and Europe. En: Guzmán JM, Singh S, Rodríguez G, Pantelides E (eds). The fertility transition in Latin America. Oxford, Clarendon Press, 1996: 95-109.

12. [Celade. Boletín Demográfico No. 73. América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía \(marzo 2004\).](#)
13. [Rashad H. Demographic transition in Arab countries: a new perspective. Journal of Population Research, Australian National University, 17\(1\) 2000: 83-101.](#)
14. [Courbage Y. Sur les pas de l'Europe du sud: la fécondité au Maghreb. En: United Nations. Completing fertility transition. New York, Population Division, United Nations, 2002: 469-482.](#)
15. Courbage Y. New demographic scenarios in the Mediterranean Region. Paris, INED, 2002.
16. Ouada-Bedidi Z, Vallin J. Maghreb: la chute irrésistible de la fécondité. Population et Sociétés 359, 2000.
17. [Celade. Boletín Demográfico, No. 68. América Latina: Fecundidad Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía \(julio 2001\).](#)
18. United Nations. World Contraceptive Use 2003. New York, Population Division, United Nations, 2004.
19. United Nations. World Fertility Report 2003. New York, Population Division, United Nations, 2004.
20. [Bay G, Del Popolo F, Ferrando D. Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía \(CELADE\) – Población y desarrollo 43, 2003.](#)
21. Murray C, Lopez A, Ahmad OB, Inoue M, Ferguson BD, Salomon JA, Hill KH. World Mortality in 2000: Life Tables for 191 Countries, WHO, 2002.
22. UNAIDS. Epidemiological factsheets on VIH/AIDS and sexually transmitted infections. 2004 update. New York, United Nations, 2004.
23. Keyfitz, Preston, Schoen. Causes of death. Life tables for national populations. Academic Press, Orlando, 1972.
24. Omran AR. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q 1971; 49:509-538.
25. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiology transition: the age of delayed degenerative diseases. Milbank Q 1986; 64:355-391.
26. [Ministère de la Santé \(Marroc\). Santé en chiffres 2003.](#)
27. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M, La transición epidemiológica en América Latina, Bol Of Sanit Panam 111 (5) 1991: 485-496.
28. Frenk J, Bobadilla JL, Lozano R. The epidemiological transition in Latin America. En: Timaeus I, Chackiel J, Ruzicka L (eds). Adult mortality in Latin America. Oxford, Clarendon Press, 1996: 123-139.
29. Chackiel J. Mortality in Latin America. En: Health and mortality. Issues of a global concern. New York, United Nations, 1999: 132-158.
30. Chackiel J, Plaut R. Demographic trends with emphasis on mortality. En: Timaeus I, Chackiel J, Ruzicka L (eds). Adult mortality in Latin America. Oxford, Clarendon Press, 1996: 14-41.
31. [AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal Mortality In 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 2004](#)
32. Vidaurre M, Loyola E, Canela J, Silvi J, Castillo-Salgado C. Years of life expectancy lost to AIDS in the Americas. Workshop on HIV/AIDS and adult mortality in developing countries. New York, Population Division, United Nations, 2003.
33. OPS. La Salud en las Américas. Edición 2002. Washington, Organización Panamericana para la Salud, 2003.
34. [Martínez R. La reciente inmigración latinoamericana a España, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía \(CELADE\) – Población y desarrollo 40, 2003.](#)
35. [Villa M, Martínez J. Tendencias y patrones de la migración internacional en América Latina y el Caribe. Simposio sobre migración internacional en las Américas. San José de Costa Rica, 4 al 6 de Septiembre de 2000.](#)
36. [Martínez J. El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía \(CELADE\) – Población y desarrollo 44, 2003.](#)
37. [Cepal. Globalización y desarrollo. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina, 2002.](#)