

LA POBLACION CHILENA: dinámica demográfica, prospectiva y problemas

HILARIO HERNANDEZ GURRUCHAGA

RESUMEN

Por la localización de su territorio, situado en la fachada suroccidental de América del Sur, al margen de las corrientes de emigración europeas, la población chilena es, esencialmente, el resultado de su crecimiento vegetativo. Con una población estimada de 12 121 677 Hbts. sobre una superficie de 756 626 Km². (excluido el Territorio Antártico Chileno); en 1985, Chile se sitúa entre los territorios menos poblados de América Latina, tanto en términos absolutos como relativos (16 Hbts/Km²). Al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, la población chilena se distribuye muy desigualmente sobre el espacio nacional... y como fruto de antiguas inercias y recientes cambios en la articulación de las estructuras productivas, presenta un alto grado de urbanización con fuerte concentración metropolitana. En el contexto de los cambios económicos-sociales y residenciales, y cumpliendo el Estado un eficaz rol redistributivo, Chile ha experimentado un rápido proceso de transición demográfica; proceso que hoy día lo sitúa entre los países de menores tasas de fecundidad y mortalidad en la región. *Esta ponencia tiene como objetivo central describir los cambios demográficos experimentados por la población chilena en el presente siglo, proyectar sus tendencias y visualizar algunos de los problemas que consecuentemente deberá enfrentar en el futuro inmediato.*

1. - EL CONTEXTO DE LOS CAMBIOS DEMOGRAFICOS

Los cambios en las estrategias de desarrollo, con la consecuente rearticulación de las estructuras productivas y sociales, un creciente rol intermediario y redistributivo del Estado y la acentuación de la urbanización, constituyen las fuerzas de fondo que en Chile, en el curso del siglo XX, impulsan los cambios demográficos.

Tras la Guerra del Pacífico (1879), el modelo primario - exportador que Chile adoptara en los años cuarenta se concentra básicamente en la explotación de los recursos mineros. De ello se derivan dos consecuencias de gran trascendencia; se conforma una gran masa proletaria concentrada en el norte salitrero y emerge el Estado como centro acumulador e intermediario de la riqueza. La agricultura deja de ser el eje de la economía... y los impuestos sobre la minería fluyen de las arcas fiscales hacia el comercio y la banca. Surge un nuevo complejo de relaciones sociales. La oligarquía terrateniente comienza a desplazarse desde el agro hacia los nuevos sectores dinámicos, iniciándose un prolongado estancamiento agrícola. La burguesía

se extiende hacia el comercio, las finanzas y luego la industria; fortaleciéndose al amparo del Estado y movilizándolo en su beneficio los recursos captados a través de los impuestos a la minería (en manos del capital extranjero)... y un proletariado, tempranamente organizado, se enfrenta unificado al Estado, único interlocutor válido. La crisis del salitre durante la Primera Guerra, origina el desplazamiento de este proletariado consciente hacia los principales centros urbanos. Con ello, la organización sindical y la presión por reivindicaciones sociales elevan su nivel y se extienden sobre nuevos sectores. La temprana formación del Partido Comunista (1921) y el triunfo de Alessandri (1920-25) son clara expresión del peso creciente de los sectores medios y populares en el escenario político.

Con la Gran Depresión, el modelo primario-exportador entra en crisis. En 1932, el valor de las exportaciones se redujo al 13% de los niveles alcanzados en 1929 (HURTADO, C. 1966); y pese al rápido desarrollo de la economía cuprífera, no se recuperó el valor de vísperas de la crisis sino veinte años más tarde. Esta situación determinó un radical cambio en la dirección del proceso de

* Profesor de Geografía Humana y Económica. Vicerrector Académico de la Universidad del Bío - Bío. Chile.

desarrollo nacional. Sin alternativa, el país se vio forzado a establecer de inmediato un estricto control de las divisas que dio prioridad al abastecimiento industrial, con el doble propósito de sustituir importaciones y absorber la cesantía producida por la crisis de las actividades exportadoras. *Con la instauración del modelo "industrial substitutivo", un siglo de "desarrollo hacia afuera" cede paso a una política de "desarrollo hacia adentro"*.

Las políticas estatales de protección externa e interna de la industria, puestas en práctica el año 1930 y mantenidas hasta 1973, impulsaron un sostenido proceso de industrialización y de transformaciones sociales. La industria se transformó en el sector dominante de la economía: en 1935 había recuperado los niveles que exhibía antes de la crisis y, desde entonces hasta 1938, la producción industrial aumentó anualmente a más del 5% (MUÑOZ, O. 1978)... en la década del 30, la tasa media de crecimiento industrial fue del 2, 7% anual, muy superior al crecimiento de la población (1, 6%) y levemente inferior al incremento de la población activa (NOLF, M. 1962). *Pero, la acción estatal no se detuvo en el proteccionismo:* a partir de 1938, con el respaldo de los intereses industriales y de los grupos obreros y de la clase media, el Estado asume un rol activo en el proceso de industrialización. No sólo acentúa el proteccionismo, sino que además, a través de una acción directa y planificada (Corporación de Fomento de la Producción) se crean las condiciones materiales y se financian las empresas que aseguran la expansión, diversificación y continuidad del desarrollo industrial. El volumen de la inversión estatal se elevó sistemáticamente en todos los sectores de la economía, regulando prácticamente todas las variables fundamentales del mercado... y mediatizando gran parte de las utilidades de la economía nacional en favor de la industria. El Estado absorbió parte de los costos de mano de obra al desarrollar un frondoso aparato de servicios públicos, de salud, de educación y de vivienda; fijó los precios alimentarios y entregó alimentos subsidiados -en detrimento de la agricultura-; desarrolló la infraestructura básica, creó empresas productoras de insumos y posibilitó

un aparato financiero que suministró créditos baratos, a intereses bajo los niveles de inflación. A fines de la década del 60, la inversión pública alcanzó al 11% del PGB, lo que constituía el 70% del **total de las inversiones nacionales (1)**. Bajo estas condiciones, se produjo una rápida dinámica industrial: entre 1940 y 1946, la producción manufacturera del país creció al elevado promedio del 11% anual; y luego de un breve lapso de postguerra, revitalizada en dirección de las industrias intermedias y de bienes durables, entre 1946 y 1956 lo hizo al 4, 7% anual (NOLF, M. 1962).

En el plano espacial, la industrialización substitutiva provocó una profundización de la división del trabajo entre campo y ciudad con negativos efectos sobre el sector agrícola; a la par que fuertes migraciones rural-urbanas, un acelerado incremento de la urbanización y una creciente metropolización.

La propia naturaleza de la industria y las particularidades del proceso de substitución de importaciones en Chile, concentraron gran parte de las actividades económicas en la ciudad, atrayendo grandes masas rurales hacia actividades más productivas. Durante todo el siglo XX y hasta 1970, la tasa de crecimiento del empleo industrial fue superior a la tasa de crecimiento de la población. Pero, la demanda de mano de obra urbana no provino sólo de la industria, sino de un general crecimiento de las fuerzas productivas urbanas: entre 1930 y 1970 los efectivos terciarios pasaron del 33 al 44% de la PEA; los servicios pasaron de un 16 a un 24%... y los servicios públicos, en su condición de apoyo básico al proceso de industrialización casi triplicaron su ocupación. Frente al crecimiento urbano y bajo la presión de los sectores obreros y medios de bajos ingresos, el Estado sostuvo una fuerte dinámica del sector construcción.

En relación asimétrica, el crecimiento urbano se produjo junto con la reducción de la importancia de la agricultura en la economía. La caída de las exportaciones eleva el precio de los productos importados industriales en un 20% en 1929, pero los productos agrícolas sólo subieron un 51 %. Esta nueva relación entre los precios industriales y los precios agrícolas marcará el desarrollo de la economía nacional desde 1930.

(1) Como lo señala Geisse "en el proceso de industrialización chilena, el gran volumen del Estado acusaba la relativa debilidad económica de la burguesía" (GEISSE, G. 1977). El capital Industrial obtuvo los capitales y las condiciones para su expansión al mediatizar por el Estado sus relaciones con el capital extranjero (cobre) y con los demás sectores de la economía nacional.

En la agricultura, la caída de sus precios relativos provocó una reducción de las ganancias, una reducción de la inversión en el sector y un consecuente traslado de los capitales hacia la industria. Entre 1938 y 1965, la producción agropecuaria del país creció al 1, 8% anual, muy por debajo del crecimiento de la población urbana (3, 1 %) y por debajo inclusive de la población total (1, 9%). Así, durante el período industrial substitutivo, la agricultura redujo sustancialmente su importancia relativa en la economía nacional en términos de empleo y de valor del producto: mientras en 1930 empleaba el 37, 5% de la PEA y generaba el 17% del PGB, en 1970 sólo generó el 7% del producto empleando el 25% de la población activa del país.

Las opuestas condiciones económicas de ciudad y campo, bajo la previsión agregada de un rápido crecimiento vegetativo, desencadenaron fuertes migraciones rural-urbanas. Los niveles de urbanización, que ya eran relativamente altos a principios de siglo (2), se elevaron rápidamente durante este período: la población urbana del país (>2 500 Hbts.) que en 1930 llegaba al 46, 7%, pasa en 1952 al 57, 7% y alcanza en 1970 a casi el 68%. Por otra parte, por la naturaleza del proceso y por el rol que le cupo al Estado, la industrialización sustitutiva desencadenó un proceso de concentración de las actividades económicas y de la población. No sólo se elevaron los niveles de urbanización a expensas del campo, sino que la propia población urbana se concentró en sólo algunas grandes ciudades, siguiendo a la industria que aprovechaba las ventajas de aglomeración. En 1970, habiendo absorbido el 91, 5% de la migración interna de la década, Santiago alcanzaba una población de casi tres millones de habitantes... lo que significaba el 35% de la población del país y el 44% de la población urbana. Concentraba, además, el 39% de la PEA, el 60% del empleo industrial y poco más del 60% de su producto.

Subordinado a las necesidades del mercado interno y sometido a la creciente presión de las demandas sociales, en la década de los sesenta el modelo industrial substitutivo entra en fase de estancamiento. En este panorama se inserta la política de estabilización basada en el freno de las reivindicaciones de fines de los cincuenta, el proyecto político demócratacristiano y los intentos

de la Unidad Popular. A partir de 1973, el establecimiento del régimen militar en Chile produjo profundos cambios en las relaciones sociales de poder y en el funcionamiento de la economía. El elemento central de estas políticas ha consistido en liberar las fuerzas del mercado y convertirlo en el mecanismo destinado a asegurar la asignación óptima de los recursos... y el Estado se declara "Subsidiario", proponiéndose evitar la interferencia económica a cualquier costo. En este marco de dificultades en la adecuación de la economía al nuevo modelo, se desarrolla la evolución demográfica chilena entre 1973 y el momento actual.

2. PERFIL DE LA EVOLUCION DEMOGRAFICA

2.1. Evolución de la población absoluta

El examen de los cambios de magnitud que experimenta la población total a lo largo del tiempo constituye la primera aproximación al conocimiento de la dinámica demográfica de un país. La Tabla y la Fig. 1, elaboradas a partir de la información censal, expresan estos cambios para la población chilena en el curso del siglo XX (1985-1982).

En la primera mitad de este siglo, el ritmo de crecimiento de la población chilena, aunque bajo, *fue siempre en ascenso*: entre 1930 y 1940 alcanza al 1, 6% de incremento anual y a un 2% en la década de los cuarenta, si se considera el 6, 3% de omisión que acusa el Censo de 1952 (INE-CELADE, 1987). A partir de 1952, un claro cambio en la velocidad de los incrementos evidencia un vigoroso proceso de *expansión demográfica*. En efecto, en los últimos 35 años la población del país se ha duplicado, pasando de 6, 1 millones de personas en 1950a 12, 1 millones en 1985 (INE-CELADE, 1987). La velocidad de este incremento absoluto es el doble de la sostenida por la población chilena en la primera mitad del siglo... y no encuentra precedentes en la historia demográfica nacional. Sin embargo, las tasas de crecimiento no han sido constantes en este último período (1952-1985): *tras haber alcanzado un valor moderadamente alto en la década de los cincuenta (2, 56%), las tasas de incremento se han reducido rápidamente hasta alcanzar al 1, 6% en la década 1975-1985*, valor muy cercano a las tasas de la primera mitad del siglo.

(2) En 1865, la población urbana de Chile ya alcanzaba al 21 %, uno de los más altos niveles de urbanización en América Latina.

TABLA 1: Evolución de la población censal. Chile 1895-1982.

Fuente: INE Censos de Población

| Censo | Fecha | Población | CRECIMIENTO INTERCENSAL | |
|-------|---------|--------------|-------------------------|----------------|
| | | | Absoluto | Relativo % (*) |
| 1895 | 28 -XI | 2. 695. 625 | 535. 397 | 1, 52 |
| 1907 | 28 -XI | 3. 231. 022 | 499. 213 | 1, 11 |
| 1920 | 15 -XI | 3. 730. 235 | 557. 210 | 1, 41 |
| 1930 | 30 -XI | 4. 287. 445 | 736. 094 | 1, 60 |
| 1940 | 28 - XI | 5. 023. 539 | 909. 456 | 1, 47 |
| 1952 | 24- IV | 5. 932. 995 | 1. 441. 120 | 2, 56 |
| 1960 | 29 -XI | 7. 374. 115 | 1. 510. 653 | 1, 95 |
| 1970 | 22 - IV | 8. 884. 768 | 2. 444. 968 | 2, 01 |
| 1982 | 21 - IV | 11. 329. 736 | | |

(*) Tasa anual de crecimiento geométrico.

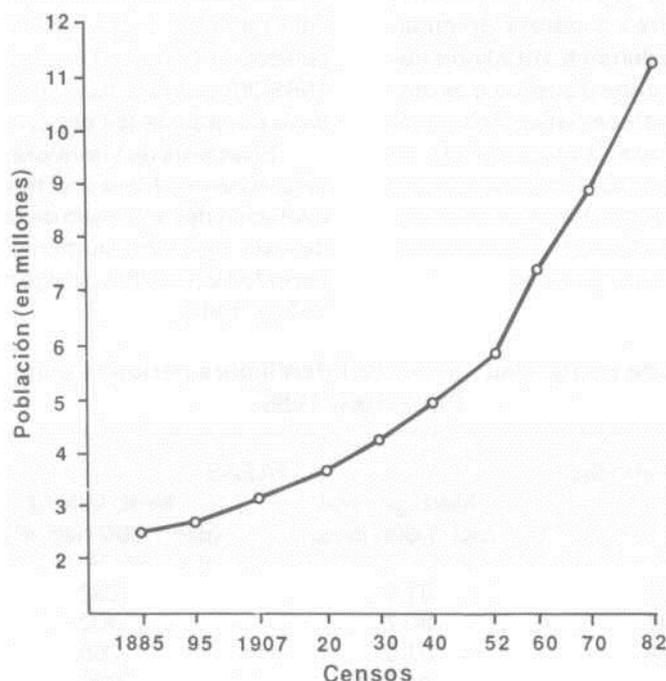


Figura 1. - Evolución de la población censal. Chile 1885-1982

Dada su condición de país situado al margen de las grandes corrientes migratorias internacionales (3), los cambios de magnitud experimentados por la población chilena se explican, en lo esencial, por las variaciones de la fecundidad y la mortalidad;

y en menor grado, por la migración internacional. El constante ascenso de las tasas de crecimiento que la población experimenta hasta mediados de los sesenta se deriva la mantención de niveles reproductivos moderadamente altos; mientras, a

(3) Durante toda la historia censal del país, el % de extranjeros residentes ha sido inferior al 2, 5% de la población total, con la sola excepción del período 1885-1920 en el que, coincidiendo la apertura de los frentes de colonización (Araucanía, Magallanes y el Norte Grande) con los traumatismos bélicos de Europa, se alcanzan puntajes levemente superiores. En 1907 se alcanza la máxima cifra de 134. 524 extranjeros residentes, la que sólo representa el 4, 1% de la población total.

partir de los años veinte, la mortalidad manifiesta una progresiva declinación. Por el contrario, desde mediados de la década de los sesenta, la fecundidad inicia un rápido proceso de reducción, cuyo efecto sobre el incremento vegetativo supera al provocado por el sostenido descenso de la mortalidad. Producto de este cambio, *la expansión demográfica inicial se desacelera paulatinamente*: mientras que a comienzos de los años sesenta el ritmo de crecimiento implicaba la duplicación de la población en 29 años; a mediados de los ochenta se requerían algo más de 40 años para lograr igual incremento. De este modo, la población chilena ha alcanzado en la actualidad un patrón de crecimiento cuyo resultado neto, si bien no difiere mucho del observado en la primera mitad del siglo, *resulta de tasas de fecundidad y de mortalidad mucho menores*. Aunque tradicionalmente, Chile se ha ubicado entre los países de crecimiento moderado dentro del contexto latinoamericano; *hoy día, situado entre aquellos que crecen al más lento ritmo, parece haber alcanzado en breve lapso una etapa "avanzada" de su proceso de transición demográfica*, con fuertes repercusiones sobre su estructura sexo-etárea. A continuación, se profundizará en la caracterización y explicación de este proceso.

2.2. La rápida transición de las variables demográficas.

2.2.1. Un temprano y progresivo retroceso de la muerte.

La rápida reducción experimentada por los niveles de mortalidad constituye uno de los hechos más relevantes de la evolución de la población chilena en el curso del presente siglo. Como consecuencia de las adversas condiciones sanitarias y ambientales en que se desenvolvía la mayor parte de la población, se estima que *la tasa bruta de mortalidad* superaba el 30 por mil en las primeras décadas del siglo... y aún en 1930, se aproximaba al 25 por mil (Tabla 2; Fig. 2). Sin embargo, como efecto de la disminución de los riesgos asociados a las enfermedades infecto-contagiosas y del aparato respiratorio, controlados mediante la aplicación de estrategias preventivas y la introducción de técnicas de salud de bajo costo, este indicador había descendido al 14 por mil hacia 1950; al 10 por mil en 1965-70; y alcanzaba al 6, 3 por mil a comienzos de la década de los ochenta.

El análisis de los valores de *la esperanza de vida al nacer* ofrece una más aguda visión de la evolución del retroceso de la muerte (4). El valor, de este indicador aumentó casi 40 años en el período 1920-1985... y algo más de 17 años entre 1950 y 1985.

TABLA 2: Tasas de mortalidad general e infantil para períodos y años indicados. Chile, 1900-1985.

| Años y Períodos | TASAS | |
|-----------------|-------------------------------------|---|
| | Mort. General (por 1. 000 pers.) | Mort. Infantil (por 1. 000 nac. vivos) |
| 1900-1904 | 31, 5 | 292 |
| 1910-1914 | 30, 7 | 302 |
| 1920-1924 | 31, 0 | 266 |
| 1930 | 24, 7 | 234 |
| 1940 | 21, 3 | 196 |
| 1950-1955 | 14, 3 | 126 |
| 1955-1960 | 13, 1 | 118 |
| 1960-1965 | 12, 1 | 109 |
| 1965-1970 | 10, 3 | 90 |
| 1970-1975 | 8, 9 | 70 |
| 1975-1980 | 7, 4 | 47 |
| 1980-1985 | 6, 3 | 24 |

FUENTES: 1900-1940: TACLA, O. 1975

1950-1985: INE-CELADE, 1987.

(4) *La esperanza de vida se define como el promedio de años de vida que correspondería a un conjunto de recién nacidos expuestos a morir según tasas por edad observadas en un período dado. Libre de los efectos de la estructura de edades, este indicador constituye una medida más refinada para establecer comparaciones diacrónicas y de poblaciones diferentes.*

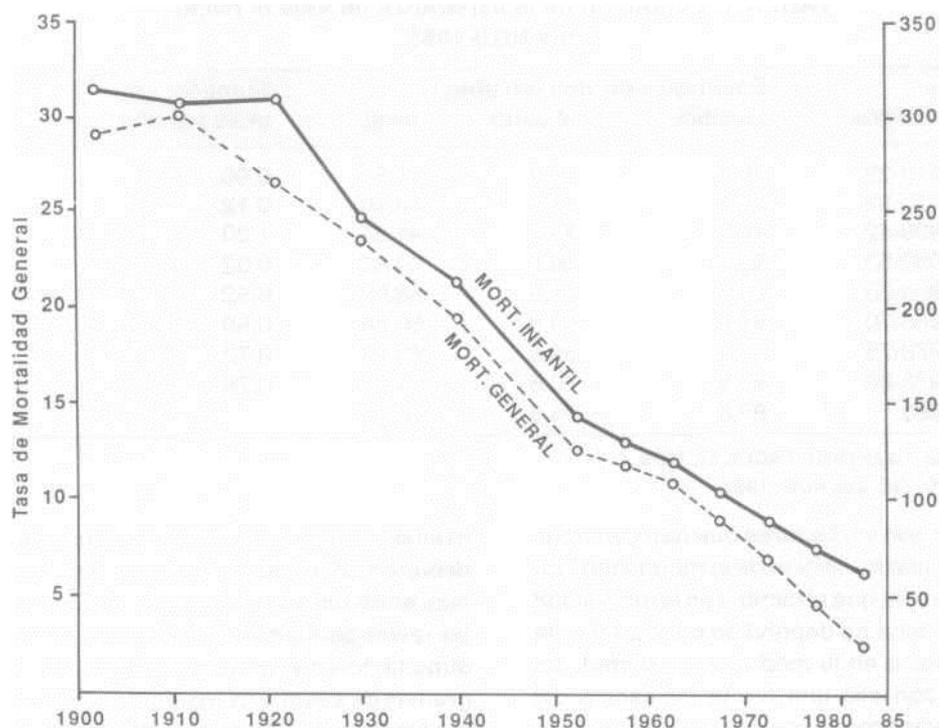


Figura 2. - Evolución de la mortalidad general e infantil en Chile (1900-1985)

Estas cifras sugieren un incremento promedio de medio año de expectativa de vida por uno de calendario. Sin embargo, en rigor, ello no expresa los ritmos de cambio: los incrementos no han sido regulares en el tiempo, ni han sido igualmente compartidos por ambos sexos. Dos intervalos destacan por un vigoroso ascenso (1920-30; 1940-50) que se hace más lento en los años cincuenta y se toma fuerza a partir del período 1965-70 (Tabla 3). Por otra parte, la diferencia sexual en las expectativas de vida, favorable a las mujeres, se incrementó de 1, 3 a 6, 8 años entre 1920 y 1985.

Parte significativa de los incrementos de la esperanza de vida de la población chilena se han derivado de la reducción de la mortalidad infantil; cuyos valores, pese a la reducción experimentada por la mortalidad general, se ubicaban hasta la década de los sesenta entre los más altos de América Latina: su tasa de mortalidad infantil de 120 por cada mil nacidos vivos era mayor que la de países de un menor grado de desarrollo socioeconómico (Tabla 4). Al iniciarse los sesenta, esta tasa había sido reducida a casi la mitad y en el primer quinquenio de los ochenta era de

sólo 23 por mil y una de las menores tasas de América Latina. Este proceso implica que entre 1950 y 1985, la probabilidad de morir en el primer año de vida se redujo en Chile en un 80%. Los cambios más rápidos ocurrieron entre 1975 y 1983: la tasa de mortalidad neonatal que se había reducido en un 4, 2% entre 1970-75, descendió un 6, 9% entre 1975 y 1980 y un 12, 1% anual entre 1980 y 1983. La tasa de mortalidad infantil experimentó similares reducciones anuales; y la tasa de mortalidad general descendió a un ritmo más rápido (4, 7%) entre 1970 y 1975 que en cualquier otro quinquenio (Tabla 5).

Un análisis de los siete principales grupos de causas de muerte permite concluir que entre 1965 y 1982 Chile se aproximó a la estructura causal de los países desarrollados: Alta proporción de muertes ocasionadas por enfermedades del aparato circulatorio (27, 6% en 1982), por tumores malignos (16, 8) y por violencia y accidentes (12, 2%); baja proporción de muertes por enfermedades del aparato respiratorio (8, 5%), enfermedades perinatales (13, 6%) y del aparato digestivo (8, 6%) (5).

(5) Para un análisis riguroso de la evolución de la incidencia relativa de las causas de muerte ver Taucher, Erika 1978: "Chile: mortalidad 1955-75. CELADE - Santiago de Chile.

TABLA 3: Evolución de la esperanza de vida al nacer. Chile 1920-1985.

| Períodos | Esperanza de vida (en años) | | | Aumento en años por año. |
|----------|-----------------------------|---------|--------|--------------------------|
| | Hombres | Mujeres | Total | |
| 1919-22 | 30, 9 | 32, 2 | 31, 55 | 0, 90 |
| 1930-32 | 39, 5 | 41, 7 | 40, 40 | 0, 12 |
| 1939-42 | 40, 6 | 43, 1 | 41, 85 | 1, 30 |
| 1952-53 | 52, 9 | 56, 8 | 54, 85 | 0, 32 |
| 1960-65 | 55, 3 | 61, 0 | 58, 05 | 0, 52 |
| 1965-70 | 57, 6 | 63, 8 | 60, 64 | 0, 59 |
| 1978-75 | 60, 5 | 66, 8 | 63, 57 | 0, 72 |
| 1975-80 | 63, 9 | 70, 6 | 67, 19 | 0, 76 |
| 1980 | 67, 8 | 74, 6 | 70, 98 | |

FUENTES: 1900-1940: TACLA, O. 1975
1950-1985: INE-CELADE, 1987

¿Cuáles son los factores que han contribuido a esta notable transición de la mortalidad? En general se acepta que el cambio en la mortalidad en América Latina ha dependido principalmente de los progresos en la medicina y sanidad, sin desconocer con ello una fuerte incidencia del desarrollo socioeconómico. Un estudio reciente ha evaluado la importancia relativa de los programas de salud que hacen uso de tecnología médica moderna y de los factores socioeconómicos en las reducciones de mortalidad (PRESTON, S. 1976). Los indicadores *ingreso nacional, alfabetismo y consumo de calorías* fueron relacionados con la esperanza de vida al nacer en 1940 para 23 países de la región; y estas relaciones sirvieron de base para pronosticar cuáles serían las esperanzas de vida en los mismos países para 1970-75, si los

cambios se debieran sólo a estos factores. Así, las diferencias entre las esperanzas de vida detectadas y las reales podrían ser atribuidas a la influencia de otros factores y, muy especialmente, a los programas de salud. Los resultados establecen que si se acepta que América Latina tenía una esperanza de vida de 40 años en 1935-39 (Organización Mundial de la Salud) y que en 1970-75 ésta era de 61, 3 años (CELADE), la diferencia promedio ponderada de 9, 5 años entre la esperanza de vida pronosticada y la real significa que *el 44% de descenso de la mortalidad experimentado por la región en este período es atribuible al empleo de mejor tecnología médica y programas de salud (Tabla 7):*

TABLA 4: América Latina: tasas de mortalidad infantil 1960-1980. (Muerte de menores de un año por mil nacidos vivos)

| | 1960 | 1970 | 1975 | 1980 | | Tasa de Cambio Anual | | | |
|------------|--------|-------|-------|-------|-------|----------------------|---------|---------|---------|
| | | | | | | 1960-65 | 1965-70 | 1970-75 | 1975-80 |
| Argentina | 62, 4 | 56, 9 | 58, 8 | 44, 6 | 40, 8 | -1, 8 | +0, 7 | -3, 4 | -8, 5 |
| Colombia | 99, 8 | 82, 4 | 70, 4 | 39, 5 | - | -3, 5 | -2, 9 | -6, 3 | - |
| Costa Rica | 68, 6 | 69, 3 | 61, 5 | 37, 1 | 22, 9 | +0, 2 | -2, 3 | -7, 9 | -9, 6 |
| Cuba | 35, 4 | 38, 4 | 38, 3 | 27, 3 | 19, 1 | +1, 7 | 0 | -5, 7 | -7, 5 |
| Chile | 120, 3 | 95, 4 | 79, 3 | 55, 4 | 31, 8 | -4, 1 | -3, 4 | -6, 0 | -8, 5 |
| Ecuador | 100, 0 | 93, 0 | 76, 6 | 57, 5 | 64, 4 | -1, 4 | -3, 5 | -3, 6 | - |
| Perú | 92, 1 | 74, 0 | 65, 1 | 53, 8 | 50, 5 | -3, 9 | -2, 4 | -2, 5 | -6, 1 |
| Paraguay | 90, 7 | 83, 6 | 93, 8 | 84, 9 | 91, 4 | -1, 6 | +2, 4 | -1, 9 | +2, 5 |
| Uruguay | 47, 4 | 49, 6 | 42, 6 | 48, 6 | 37, 4 | +0, 9 | -2, 8 | +2, 8 | -4, 6 |
| Venezuela | 52, 9 | 46, 4 | 49, 2 | 43, 7 | 31, 8 | -2, 4 | + 1, 2 | -2, 2 | -5, 4 |

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud: Las condiciones de Salud en las Américas 1974, 1978 y 1982.

TABLA 5

Chile: Tasas de mortalidad neonatal, infantil, de mayores de un año y expectativa de vida al nacer (1955-1983).

| | Mortalidad neonatal (1) | Mortalidad infantil (2) | Mortalidad mayores de un año (3) | Expectativa de vida al nacer (4) |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--|
| 1955 | 40,0 | 116,5 | 8,8 | |
| 1960 | 35,2 | 120,3 | 7,9 | 56,1 |
| 1965 | 33,5 | 95,4 | 7,3 | 57,6 |
| 1970 | 31,3 | 79,3 | 7,7 | 60,6 |
| 1975 | 24,8 | 55,4 | 5,9 | 64,2 |
| 1980 | 16,3 | 31,8 | 5,9 | 67,0 |
| 1983 | 10,4 | 21,0 | 5,5 | 69,0 |
| CAMBIO PORCENTUAL ANUAL | | | | |
| 1955-60 | -2,4 | +0,7 | -2,0 | - |
| 1960-65 | -1,0 | -4,1 | -1,5 | 2,7 |
| 1965-70 | -1,3 | -3,4 | +1,1 | 5,2 |
| 1970-75 | -4,2 | -6,0 | -4,7 | 5,9 |
| 1975-80 | -6,9 | -8,5 | 0 | 4,4 |
| 1980-83 | -12,1 | -11,3 | -3,4 | 3,0 |

- (1) Menores de 28 días por mil nacidos vivos.
 (2) Menores de un año por mil nacidos vivos.
 (3) Por cada mil habitantes
 (4) En años.

FUENTE: Castañeda Tarsicio, 1984.

TABLA 6

Chile: Siete principales grupos de causas de muertes, 1965-1982. (Tasas por mil habitantes y participación porcentual).

| Grupos de causas | 1965 | | 1970 | | 1975 | | 1980 | | 1982 | |
|---|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | Tasa | % |
| Aparato circulatorio | 114,4 | 10,8 | 135,6 | 15,2 | 153,8 | 21,1 | 176,8 | 26,6 | 171,3 | 27,6 |
| Tumores malignos | 108,4 | 10,2 | 108,2 | 12,2 | 102,4 | 14,1 | 102,0 | 15,4 | 104,5 | 16,8 |
| Accidentes y violencia | 90,9 | 8,5 | 86,8 | 9,7 | 73,9 | 10,2 | 78,7 | 11,9 | 76,0 | 12,2 |
| Aparato respiratorio | 187,4 | 17,6 | 145,1 | 16,3 | 87,8 | 12,1 | 63,3 | 9,9 | 52,5 | 8,5 |
| Síntomas y estados morbosos mal definidos | 65,2 | 5,9 | 48,7 | 5,5 | 77,6 | 10,6 | 63,3 | 9,6 | 53,7 | 8,7 |
| Aparato digestivo | 128,7 | 12,1 | 102,4 | 11,5 | 50,1 | 6,9 | 54,1 | 8,1 | 53,3 | 8,6 |
| Perinatales | 147,6 | 13,9 | 76,3 | 8,6 | 43,6 | 6,0 | 28,6 | 4,3 | 22,3 | 3,6 |

FUENTE: Ministerio de Salud, Anuario de Defunciones y Causas de Muerte (1965 y 1970).
 Anuario de atenciones y recursos 1982.

Con matices que enfatizan el rol cumplido por el desarrollo socioeconómico, hasta 1970 el caso chileno se inscribe en este cuadro explicativo. La diferencia que Chile presenta en el estudio de

Preston (seis años) significa que sólo un 28% de su progreso en esperanza de vida puede ser atribuido a la influencia de los programas de salud (Tabla 7); y en consecuencia, que la evolución de

la mortalidad es, esencialmente, efecto del desarrollo socioeconómico. Este resultado concuerda con los obtenidos por Behm y colaboradores (1970) y Boccardo y Corey (1976); los que demuestran una estrecha asociación negativa entre el PGB y la tasa de mortalidad infantil para Chile entre 1940 y 1970. Esta asociación permite adjudicar la detención del retroceso de la mortalidad infantil durante la década de los cincuenta a los negativos efectos provocados por el estancamiento económico que durante esos años experimentó el país.

Sin embargo, más que el crecimiento

económico (6), *el rol redistributivo cumplido por el Estado a través de políticas sociales parece esencial para explicar los descensos experimentados por la mortalidad en Chile hasta la década de los sesenta.* Educación y salud han sido una antigua preocupación del Estado chileno, ya a mediados del siglo pasado (1860) se había dictado la Ley Orgánica que declaraba la gratuidad de la enseñanza primaria... y en 1900, la matrícula primaria alcanzaba una cobertura nacional superior al 40% de la población escolar. En 1920 se dicta la Ley de Instrucción Primaria Obligatoria... y en 1936, la continua expansión del sistema educativo elevó

TABLA 7: Esperanza de vida en 1970-1975 y esperanza de vida supuesta si se hubiesen mantenido constante las relaciones entre la esperanza de vida y niveles de alfabetismo, ingreso y consumo de calorías detectadas en 1940.

| Países | Esperanza de vida | | |
|----------------------|-------------------|----------|------------|
| | Supuesta | Efectiva | Diferencia |
| Argentina | 61, 84 | 68, 20 | 6, 36 |
| Bolivia | 39, 49 | 46, 80 | 7, 31 |
| Brasil | 50, 85 | 61, 40 | 10, 55 |
| Chile | 56, 26 | 62, 60 | 5, 98 |
| Colombia | 51, 36 | 60, 69 | 9, 54 |
| Costa Rica | 56, 07 | 68, 20 | 12, 13 |
| Ecuador | 47, 14 | 59, 60 | 12, 46 |
| El Salvador | 45, 09 | 57, 80 | 12, 71 |
| Guatemala | 43, 86 | 52, 90 | 9, 04 |
| Guyana | 51, 21 | 67, 90 | 16, 69 |
| Haití | 29, 48 | 50, 00 | 20, 52 |
| Honduras | 44, 10 | 53, 50 | 9, 40 |
| Jamaica | 54, 93 | 69, 50 | 14, 57 |
| México | 55, 24 | 63, 20 | 7, 96 |
| Nicaragua | 48, 51 | 52, 90 | 4, 39 |
| Panamá | 55, 47 | 66, 50 | 11, 03 |
| Paraguay | 47, 84 | 61, 90 | 40, 00 |
| Perú | 46, 72 | 55, 70 | 8, 98 |
| Puerto Rico | 59, 60 | 72, 10 | 12, 50 |
| República Dominicana | 48, 38 | 57, 80 | 9, 42 |
| Trinidad y Tobago | 54, 17 | 69, 50 | 15, 23 |
| Uruguay | 59, 54 | 69, 80 | 10, 26 |
| Venezuela | 55, 14 | 64, 70 | 9, 56 |

Diferencia media América Latina 10, 90

Diferencia media ponderada para la población de 1970, América Latina 9, 54

FUENTE; Preston, Samuel, Causes and consequences of Mortality Declines in Less Developed Countries During the Twentieth Century, documento presentado a la conferencia sobre Población y Cambio Económico en Países Menos Desarrollados, 30 septiembre al 2 de octubre, 1976, National Bureau, of Economic Research, Nueva York.

(6) *La crisis de 1930 golpeó duramente a la economía nacional: en 1932, el valor de las exportaciones se redujo al 13% de los niveles alcanzados en 1929; y pese al rápido desarrollo de la economía cuprífera, no se recuperó el valor de vísperas de la crisis hasta veinte años después (HURTADO, C. 1966)*

la matrícula primaria a 569.000 alumnos (80% atendidos por el sistema fiscal), cifra que implicaba una cobertura del 80% de la población en edad escolar. A partir de 1952 las políticas fiscales se focalizan en el ajuste de los recursos humanos a los requerimientos del desarrollo (Ed. Agrícola, Comercial y Técnica) y en la década de los sesenta en la extensión de la cobertura del sistema regular de enseñanza.

Entre 1964 y 1970 aumentó un 20% del número de establecimientos educacionales y entre 1959 y 1975 el número de profesores primarios pasó de 21.460 a 46.970, lo que sumado a la "doble jornada escolar" (1959) permitió duplicar la capacidad de los establecimientos. Paralelamente, con la extensión de la enseñanza básica a ocho años, se elevaron los niveles de enseñanza, al tiempo que los programas de alfabetización y educación de adultos reducían los efectos de la baja escolaridad y la baja capacidad de retención del sistema educativo: la tasa de analfabetismo que en 1964 pasaba del 16%, sólo alcanzaba al 11% en 1970.

Al igual que en el plano educacional, *los esfuerzos del sector público en materia de protección a la salud y saneamiento ambiental requieren ser analizados en un horizonte prolongado*. En este sentido, al cabo de varios años de operación "se habría conseguido una cierta maduración de las inversiones en cuanto a provisión de servicios de atención preventiva, campañas de vacunación masiva, progresiva ampliación de la cobertura de atenciones materno-infantiles, suministro de agua y alcantarillado" (VILLA, M. 1988). Así, *desde principios de siglo hasta 1952 (fecha de creación del Servicio Nacional de Salud) se evoluciona hacia una progresiva socialización de la medicina*. En 1890 se crea el Consejo Superior de Higiene, primera institución pública vinculada a la salud y antecesora de la Dirección General de Salud que se fundara 30 años más tarde. En 1924 se dicta la ley 4054 que crea la Caja de Seguro Obrero la que contempla la existencia de un Departamento Médico destinado a prestar atención ambulatoria en consultorios y domicilios a todos los obreros, sus cónyuges e hijos menores de dos años. En 1936, como parte de las conclusiones de la Primera Convención de Médicos de la Caja de Seguro Obligatorio se acordó la creación por parte de la caja de una sección "Madre e hijo" que se encargaría de la obrera y la esposa durante el embarazo y del hijo del asegurado hasta los dos

años de edad. Para las madres sin seguro se creó la Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia. Atendiendo la preocupación médica sobre los aspectos de prevención se dictó la ley 6174 sobre Medicina Preventiva... ley que motivó a las Cajas de Empleados a establecer en forma conjunta el Servicio Médico Nacional de Empleados. Impulsada por el desarrollo profesional, en 1952 se dictó la ley 10.383 que crea el Servicio Nacional de Salud. Se estima que esta medida otorgó *atención médica curativa* a alrededor del 65% de la población de la época... "y significó una revolución en salud, ya que hubo un verdadero vuelco con cambios de estructuras, organización, programas y metas; todo lo que coloca a Chile en una avanzada posición en este campo" (RODRIGUEZ, F. 1976). La puesta en marcha del SNS significó un importante esfuerzo en inversiones de infraestructura que permitió aumentar la atención médica tanto en hospitalizaciones como en horas médicas de atención en todas las zonas del país. No obstante los esfuerzos realizados, algunas investigaciones señalan que más de un 20% de la población quedaba marginada de la medicina social afines del período... y más de la mitad de los marginados estarían constituidos por personas de bajos y muy bajos ingresos (RODRIGUEZ, F. 1976). En todo caso, es razonable pensar que el conjunto de medidas que se concretaron a partir de la creación del SNS deben haber tenido significativos efectos en la elevación del nivel de vida de la población de bajos ingresos, cumpliendo una efectiva función redistributiva.

De acuerdo a los antecedentes anteriormente entregados, el retroceso de la mortalidad en Chile hasta fines de los sesenta se inscribe en un cuadro de claro desarrollo socioeconómico. Sin embargo, *a partir de 1970 la evolución de la mortalidad se inscribe en un contexto de estancamiento económico* (Fig. 3). En el sexenio 1974-79 la producción nacional experimentó una fuerte caída junto con un importante deterioro en el empleo, en los salarios reales, en el consumo per cápita y en la distribución del consumo por tramos de renta (FOXLEY, A. 1980). Esta situación, en la que muchos indicadores en 1979 aún no alcanzaban los niveles que exhibían a comienzos de la década, hacía esperar un freno de la caída de la mortalidad. Sin embargo, ello no ocurrió; por el contrario, *la tasa general continuó descendiendo y la T. M. I. aceleró su caída*. ¿Cuáles son los factores que han compensado el deterioro de la situación

socioeconómica, posibilitando el descenso de la mortalidad?

Dos estudios recientes aclaran la interrogante planteada en el párrafo anterior (RACZINSKI, D. y OYARZO, C. 1981; CASTAÑEDA, T. 1984)... y ambos, en lo esencial, *enfatisan el rol cumplido por los programas de salud, focalizados sobre la población de mayor riesgo*. Racinski y Oyarzo comprueban estadísticamente que si bien "los cambios en la estructura de nacimientos por orden de paridad y la transformación de dicha estructura según la educación de la madre resultan elementos a considerar en la explicación de la caída de la T. M. I. durante el período 1969-79", *el factor de mayor impacto es la concentración de las prestaciones médicas y paramédicas en la población materno-infantil*. En efecto, aunque en el período 1974-79, junto con la recesión económica se redujo el gasto público social y de salud por habitante (Fig. 3), este deterioro no se tradujo ni en la reducción del tiempo médico contratado por

el SNS ni en la cobertura del sistema. Esta aparente inconsistencia desaparece al constatar importantes modificaciones en el destino del gasto público en salud: mientras en 1970 un 13% del gasto de salud se dedicaba a inversiones, en 1979 apenas un 3% tenía ese destino (Tabla 8). Otro elemento explicativo de la mantención de la cobertura es el deterioro de las remuneraciones reales durante el período. Por otra parte, también contribuyó una redistribución de las contrataciones en favor del personal paramédico (matronas, enfermeras, auxiliares). En lo que concierne a la atención de personas, la política de salud del período muestra una preferencial preocupación por la atención primaria de la madre y el niño; a lo que se agrega un fuerte énfasis en programas de nutrición complementaria. El análisis de regresión múltiple realizado por Racinski y Oyarzo demostró una fuerte asociación entre la TMI con algunos indicadores como el aumento de los nacidos con atención médica y el mayor número de consultas médicas y camas obstétricas por nacido vivo. Con

TABLA 8: Recursos y prestaciones de salud del sector público. (1970=100).

| Recursos y prestaciones médicas | 1966 | 1968 | 1970 | 1973 | 1975 | 1977 | 1979 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|
| 1. Destinados a toda la población | | | | | | | |
| a) gasto público por habitante | | | 100 | | 83 | 86 | 100 |
| b) tiempo médico contrato por habitante | 88 | 100 | 100 | 102 | 99 | 116 | 86 |
| c) consultas médicas por habitante | 100 | 100 | 100 | 90 | 80 | 90 | 100 |
| d) disponibilidad de camas por habitante | 101 | 103 | 100 | 96 | 92 | 87 | 85 |
| e) cobertura: atención profesional del parto | 94 | 96 | 100 | 105 | 107 | 110 | 111 |
| f) inversión pública en salud | | | 100 | 85 | 38 | 72 | 21 |
| 2. Destinados a la madre y recién nacido | | | | | | | |
| a) tiempo médico obstétrico | 102 | 123 | 100 | 128 | 54 | 174 | 167 |
| b) número de matronas | 78 | 74 | 100 | 111 | 125 | 170 | 178 |
| c) camas obstétricas por nacido vivo | 77 | 93 | 100 | 101 | 119 | 133 | 142 |
| d) consultas médicas por nacidos vivo | 51 | 85 | 100 | 136 | 191 | 245 | 260 |
| 3. Destinados a la población menor de 15 años | | | | | | | |
| a) tiempo médico por menor de 15 años | 65 | 99 | 100 | 114 | 115 | 113 | 109 |
| b) consultas médicas por menor de 15 años | 100 | 110 | 100 | 100 | 100 | 100 | 120 |
| c) disponibilidad de camas pediátricas | 92 | 98 | 100 | 108 | 116 | 109 | 116 |

FUENTE: RACZINSKI, D. y OYARZO, C. 1981.

ciertas diferencias, tales conclusiones son ratificadas por Castañeda (7).

Del caso chileno es posible inferir que en situaciones coyunturas de deterioro económico es posible sostener el ritmo del descenso de la mortalidad infantil a través de la intensificación de programas de atención primaria materno-infantil, incluyendo programas de intervención nutricional, pero es necesario enfatizar, que el éxito de estos programas se asienta en la preexistencia de un sistema de salud maduro e integrado, en la reducción alcanzada previamente sobre las patologías asociadas a situaciones de pobreza y en la condición de receptividad de las madres frente a estos programas. En suma, la maduración de los esfuerzos del pasado y el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado constituyeron la base para viabilidad y eficacia de los programas implantados.

2. 2.2. Un reciente y rápido descenso de la fecundidad

El patrón evolutivo de la fecundidad de la población chilena se caracteriza por una larga

persistencia en niveles elevados y una reciente y rápida reducción: la tasa bruta de natalidad se ha mantenido relativamente estabilizada sobre el 37 por mil hasta mediados del siglo; para luego, a partir de los sesenta iniciar una fuerte reducción que le ha permitido alcanzar una tasa del 24 por mil en el quinquenio 1980-85 (Tabla 9 y Fig. 4). Si se considera un indicador más apropiado; la tasa global de fecundidad, que a mediados de los años sesenta se eleva por sobre los 5 hijos por mujer, descendió un 45% en quince años, hasta quedar reducida a menos de tres hijos en tan breve lapso. Tan rápida reducción se asocia a una caída general y redistribución de las tasas de fecundidad específicas por grupos de edades, generándose un modelo juvenil; fenómeno que pudo también haber tenido alguna influencia en la reducción de los riesgos de mortalidad (Fig. 4). Asimismo, la tasa neta de reproducción que entre 1950 y 1965 oscilaba en torno a 2, se redujo a 1. 4 en el quinquenio 1980-85. De estas estimaciones se infiere una reciente y rápida caída del potencial de crecimiento de la población chilena.

TABLA 9: Tasas de natalidad general, de fecundidad y reproducción para períodos y años indicados. Chile 1900-1985

| Años y períodos | TASAS | | |
|-----------------|-------------------|------------|--------------|
| | Natalidad General | Fecundidad | Reproducción |
| 1900-1904 | 38, 4 | - | - |
| 1910-1914 | 39, 5 | - | - |
| 1920-1924 | 39, 8 | - | - |
| 1930 | 39, 8 | - | - |
| 1940 | 36, 4 | - | - |
| 1950-1955 | 37, 2 | 5, 1 | 2, 4 |
| 1955-1960 | 37, 6 | 5, 3 | 2, 6 |
| 1960-1965 | 36, 8 | 5, 3 | 2, 6 |
| 1965-1970 | 31, 6 | 4, 4 | 2, 2 |
| 1970-1975 | 27, 6 | 3, 6 | 1, 8 |
| 1975-1980 | 23, 7 | 2, 9 | 1, 4 |
| 1980-1985 | 24, 2 | 2, 8 | 1, 4 |

FUENTES: 1900-40. TACLA, O. 1975.
1940-85. INE-CELADE, 1987.

(7) *Del análisis de la evolución de las diferencias de TMI interregionales, Castañeda establece que: 1) tales diferencias se han reducido en el período 1970- 83; 2) la reducción del tamaño familiar y los programas a las embarazadas son los factores que más han contribuido a la reducción de la mortalidad en Chile; 3) los programas a los niños también lo han hecho, aunque en menor proporción; 4) y el aumento en la cobertura de agua potable y alcantarillado han contribuido significativamente a reducir la mortalidad infantil y sus diferencias regionales. (CASTAÑEDA, T. 1984).*

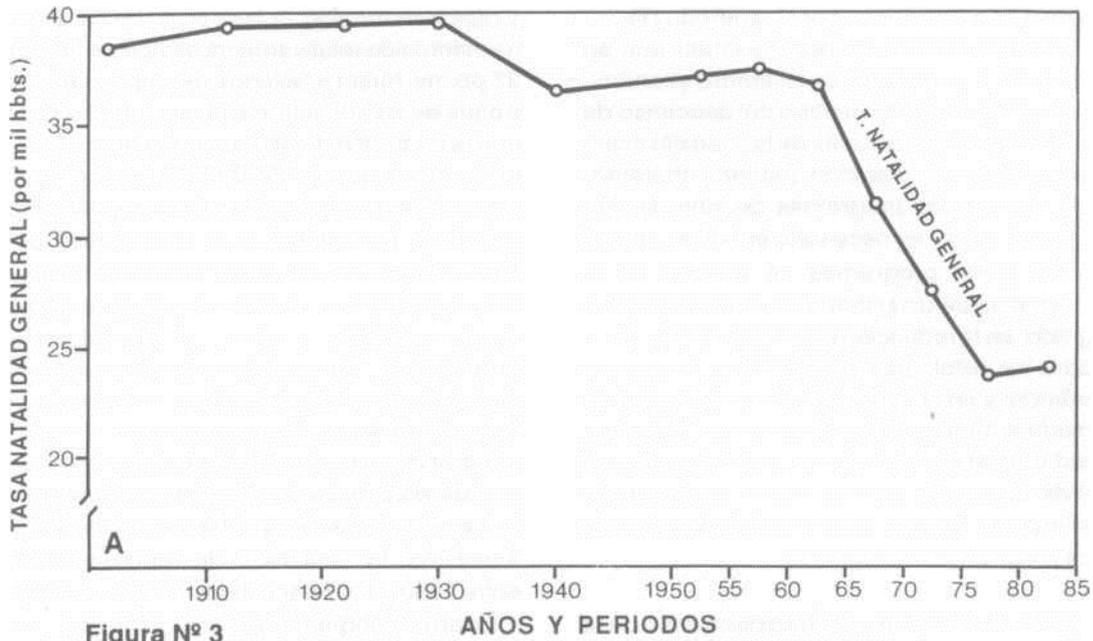


Figura Nº 3

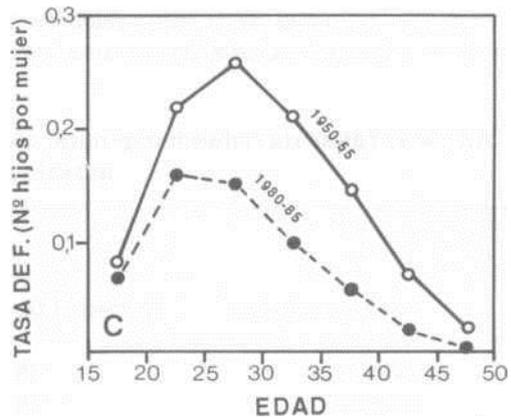
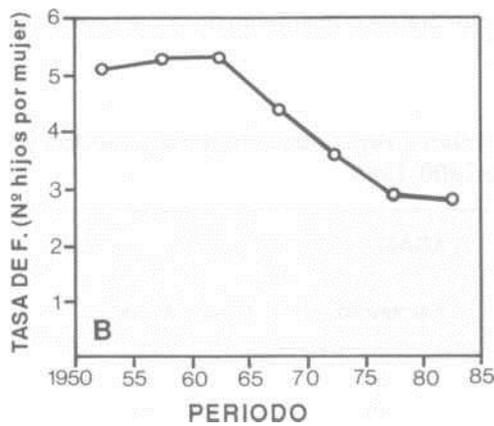


Figura 4. - Los cambios de comportamiento reproductivo. Chile 1900 - 1985.

- A. Evolución de la tasa de natalidad general (1900-85).
- B. Evolución de la tasa de fecundidad global (1950-85).
- C. Cambios en los niveles y distribución en las tasas de fecundidad por edades (1950-55; 1980-85).

Un descenso como el descrito supone la aceptación generalizada de un tamaño familiar más pequeño. Múltiples factores asociados al desarrollo económico y social se conjugan para provocar este cambio. La elevación del grado de desarrollo de las fuerzas productivas y de los niveles de urbanización conlleva una diversificación de la demanda de empleo, a la par que mayores requerimientos de calificación, contribuyendo a la ampliación de los estratos medios y altos y de grupos de obreros especializados. Por otra parte, en razón de las

alianzas políticas o como respuestas a las presiones sociales, el Estado promueve estrategias redistributivas de suministro de servicios que tienden a elevar la educación y las condiciones materiales de vida. Este complejo de factores, en la medida que coayuden a la vigencia de los valores de los estratos medios y altos en un sistema de movilidad social, impactará sobre el comportamiento reproductivo. En este contexto, refuerzan el cambio la elevación de los costos de formación y la baja de la mortalidad infantil; sin dejar de considerar los presumibles efectos de la

TABLA 10: Chile: Distribución de la población económicamente activa por estratos ocupacionales 1952, 1960, 1970.

| Estratos | Distribución porcentual | | | Incremento porcentual | | |
|-------------------------|-------------------------|--------|-------|-----------------------|---------|---------|
| | 1952 | 1960 | 1970 | 1952-60 | 1960-70 | 1952-70 |
| NO AGRICOLAS | 71, 7 | 72, 8 | 79, 7 | 11, 6 | 18, 5 | 32, 2 |
| Alto | 5, 7 | 6, 0 | 9, 0 | 18, 7 | 59, 4 | 89, 2 |
| Medio Alto | 13, 2 | 9, 7 | 13, 0 | -20, 6 | 46, 0 | 15, 9 |
| Medio Bajo | 8, 9 | 12, 7 | 16, 2 | 55, 4 | 38, 3 | 115, 0 |
| Bajo asalariado | 34, 3 | 34, 4 | 29, 5 | 10, 4 | -7, 4 | 2, 3 |
| Bajo cuenta propia | 7, 1 | 5, 6 | 6, 5 | -14, 2 | 27, 6 | 9, 5 |
| Otros (residual) | 2, 5 | 4, 4 | 5, 5 | 99, 4 | 36, 4 | 171, 4 |
| AGRICOLAS | 28, 2 | 27, 2 | 20, 2 | 5, 8 | -19, 5 | -14, 9 |
| Empleaderas | 0, 7 | 0, 5 | 0, 7 | -22, 8 | 48, 4 | 14, 6 |
| Trab. por cuenta propia | 7, 2 | 6, 4 | 6, 1 | -2, 0 | 2, 2 | 0, 1 |
| Empleados | 0, 7 | 0, 7 | 0, 7 | 1, 4 | 8, 0 | 9, 5 |
| Obreros | 18, 2 | 18, 7 | 12, 4 | 12, 6 | 27, 8 | -18, 7 |
| Otros (residual) | 1, 3 | 0, 9 | 0, 3 | -25, 2 | -63, 3 | -72, 6 |
| TOTAL | 99, 9 | 100, 0 | 99, 9 | 10, 0 | 8, 2 | 19, 0 |

(2. 155. 297) (2. 361. 841) (2. 564. 380)

FUENTE: RACZINSKI, D. 1974.

incorporación de la mujer a la actividad económica (8).

Tal parece haber sucedido en Chile. El proceso de cambios políticos y económico-sociales que se desencadenó a partir de la crisis del año 30 con la adopción del modelo industrial substitutivo con fuerte acción del Estado, cambió las pautas valóricas de la sociedad chilena frente a la fecundidad... y preparó el terreno para que, en la década de los sesenta, con la recomposición de la estructura social y la implementación de los programas de planificación familiar, las aspiraciones se concretarán en un efectivo descenso de la natalidad.

Los cambios de fecundidad que se observan entre 1950 y 1970 se asocian estrechamente a la reestructuración social que acompañó al proceso de desarrollo socioeconómico entre esos años. La Tabla permite visualizar esta reestructuración. Se

puede apreciar que mientras los estratos agrícolas crecen entre 1952 y 1960, aunque con mayor lentitud que los no -agrícolas, durante la década de los sesenta se acelera el crecimiento de estos últimos con una reducción absoluta cercana al 20% de la PEA ocupada en la agricultura. En estos estratos no-agrícolas (urbanos, en términos generales), los estratos medio y alto son los que experimentan el mayor crecimiento absoluto y relativo. Entre 1952 y 1960 este crecimiento es ínfimo; pero, entre 1960 y 1970 es de gran magnitud. En cambio, el sector bajo asalariado experimenta en la década del 60 no sólo pérdida de su importancia relativa sino que incluso pierde población en términos absolutos. En el sector agrícola, la estructura social no muestra cambios significativos en la década de los cincuenta. Por el contrario, en la década siguiente la masa de asalariados se reduce en cerca de un 28%. Puede

(8) En el caso chileno, la incorporación de la mujer a la actividad económica no parece haber tenido mayores efectos en la fecundidad. En primer término, como fruto de la expansión de la educación media y superior y de la creciente cobertura de la previsión social, se redujeron las tasas de participación femenina en la fuerza de trabajo (12 años y más) entre 1952 y 1970. Las tasas se sostuvieron entre los adultos (20 a 64 años), constituyendo fuerza de trabajo importante en el Comercio, los Servicios y la Industria. Pero, entre 1952 y 1970 se redujo la participación de las mujeres en servicios del 60 al 45%. Ello expresaría la expulsión de las mujeres de baja instrucción a la vez que su dificultad de compartir en el mercado laboral. Si a ello se agrega el lento crecimiento del empleo, la conclusión es evidente: el proceso de modernización de la economía facilita la incorporación de mujeres con nivel medio y altos de educación y margina a las de bajo nivel de instrucción. De este modo, no modifica significativamente las pautas reproductivas (GONZALEZ, G. 1982).

concluirse así que en la década de los sesenta los estratos de alta fecundidad fueron los que menos crecieron e inclusive decrecieron, mientras que los estratos de baja fecundidad experimentaron - tanto en términos absolutos como relativos- el mayor crecimiento. De este modo, entre 1952 y 1960 fue la estructura social la que - prácticamente sin modificaciones- impidió una reducción de la fecundidad; en cambio, entre 1960 y 1970, "la restructuración social explica casi un 50% de los cambios en los niveles de fecundidad" (GONZALEZ, G. 1982).

Resta por examinar la puesta en práctica de la anticoncepción; en su condición de medio auxiliar que al materializar una conducta previamente conformada acelera el descenso de los ritmos reproductivos. A comienzos de los sesenta la constancia de una elevada incidencia del aborto inducido, con severos riesgos para la vida de las mujeres, decidió a las autoridades de los organismos de salud a incorporar actividades de planificación familiar como parte de los programas materno-infantiles del Servicio Nacional de Salud (1963). Al cabo de 13 años habían ingresado a estos programas más de un millón de mujeres. La atención acumulada en este período (1963-76) equivalía al 36% de las mujeres que en 1976 estaban en edad fértil... y la cobertura efectiva estimada en el año se aproximaba al 20% de la población. En años posteriores, tras la instauración del régimen militar, el Estado ha tendido a reducir su intervención en este campo, atendiendo a la inquietud manifestada por las autoridades militares por el descenso de la fecundidad (9)... Pero, la conducta estaba consolidada; y la población chilena, pese al cambio de política de población, ha seguido sosteniendo niveles bajo-moderados de reproducción.

2.2.3. Hacia la convergencia de las diferencias sociales y espaciales

La precedente descripción se ha basado en

valores medios que son el resultado de comportamientos disímiles. Al igual que la mayor parte de los países latinoamericanos, como fruto de su proceso histórico de reproducción, la sociedad chilena presenta una diferenciada formación social y espacial. En consecuencia, en este contexto, no es extraño constatar *importantes variaciones en la dinámica demográfica... pero, variaciones que en los últimos años tienden a atenuarse.*

La información de mortalidad general, expresada a través de la esperanza de vida por sexo, permite comparar las condiciones vigentes en las diversas regiones del país entre 1969-70 y 1980-85 (Tabla 11). En general, los menores niveles de mortalidad correspondían en el período inicial a las regiones extremas del país (Tarapacá y Magallanes) y a las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Por el contrario, Antofagasta y las regiones agrarias de Maule, Biobío, Araucanía y Los Lagos, presentaban las más altas tasas. Entre 1969 y 1985, las diferencias de esperanza de vida se atenuaron: inicialmente, eran de 7 años entre los hombres y de 5, 4 años entre las mujeres; mientras que en el quinquenio final fueron de 5, 8 y 4, 3 respectivamente. En otros términos, *la brecha inicial de mortalidad entre las regiones ha tendido a cerrarse a medida que mejoraba la esperanza de vida de la nación*, situación que se deriva de los mayores mejoramientos registrados en las unidades espaciales que presentaban inicialmente la situación más desmedrada. Similares conclusiones pueden extraerse de la observación de las variaciones de la mortalidad infantil. Al igual, las menores tasas corresponden a la Región Metropolitana, seguida por las regiones extremas (Tarapacá y Magallanes)... y asimismo, aunque con mayor rapidez, *los mayores descensos de mortalidad infantil se produjeron en aquellas regiones que presentaban los valores más elevados en el período inicial* (10). Sin embargo, pese

(9) En Noviembre de 1978, como parte del Plan Nacional de Desarrollo (1978-83) el gobierno militar estableció una política de Población donde, aplicando el principio de subsidiaridad, se sostiene:... "es evidente que el Estado no puede intervenir en modo alguno sin usurpar la libertad inherente a la pareja... Luego, aunque es deseable que Chile experimente un crecimiento significativo de su población... no corresponde al Estado adoptar medidas tendientes a aumentar o disminuirla tasa de crecimiento". En la sección sobre Población y Seguridad nacional se afirma: "... la reducción de las muertes infantiles y maternas no deben lograrse mediante sistemas extensivos de regulación de la fecundidad, que podrían provocar un estancamiento adicional en la tasa de crecimiento de la población... Sin embargo, deben mantenerse campañas adecuadas con el propósito de dignificar y estimularla maternidad".

(10) Las acciones públicas podrían haber contribuido a lograr importantes descensos de mortalidad sin que sea requisito un mayor desarrollo económico y social. Igualmente, es posible concebir cambios culturales incentivados por el Estado para provocar un descenso de la fecundidad sin que se cumplan algunas condiciones que fueron fundamentales en otros contextos sociales e históricos.

TABLA 11
CHILE: Esperanza de vida al nacer por sexo a nivel nacional y regional 1969 - 1970 y 1980 - 1985
(en años)

| REGION | 1969 - 1970 | | | 1980 - 1985 | | | INCREMENTO ANUAL DEL PERIODO 1970-1980 | |
|--|-------------|---------|------------|-------------|---------|------------|--|---------|
| | hombres | mujeres | diferencia | hombres | mujeres | diferencia | hombres | mujeres |
| TOTAL PAIS | 58, 50 | 64, 68 | 6, 18 | 67, 55 | 74, 55 | 7, 00 | 0, 75 | 0, 82 |
| I De Tarapacá | 61, 93 | 67, 21 | 5, 28 | 68, 92 | 75, 90 | 6, 98 | 0, 58 | 0, 72 |
| II De Antofagasta | 56, 52 | 64, 39 | 7, 87 | 66, 36 | 74, 45 | 8, 09 | 0, 82 | 0, 84 |
| III De Atacama | 59, 12 | 64, 45 | 5, 33 | 69, 47 | 75, 46 | 5, 99 | 0, 66 | 0, 92 |
| IV De Coquimbo | 61, 53 | 65, 49 | 3, 96 | 70, 34 | 75, 17 | 4, 85 | 0, 73 | 0, 81 |
| V De Valparaíso | 61, 10 | 67, 04 | 5, 94 | 68, 19 | 74, 99 | 6, 80 | 0, 59 | 0, 66 |
| VI Del Libertador General Bernardo O'Higgins | 59, 25 | 64, 43 | 5, 18 | 67, 62 | 74, 46 | 6, 84 | 0, 70 | 0, 84 |
| VII Del Maule | 56, 70 | 62, 38 | 5, 68 | 66, 04 | 73, 42 | 7, 38 | 0, 78 | 0, 92 |
| VIII Del Biobío | 54, 98 | 61, 83 | 6, 85 | 64, 53 | 72, 53 | 8, 00 | 0, 80 | 0, 89 |
| IX De La Araucanía | 57, 04 | 60, 78 | 3, 74 | 66, 60 | 71, 72 | 5, 12 | 0, 80 | 0, 91 |
| X De Los Lagos | 56, 63 | 61, 38 | 4, 75 | 66, 40 | 73, 20 | 6, 80 | 0, 81 | 0, 99 |
| XI Aysen del General Carlos Ibáñez del Campo | 59, 85 | 64, 80 | 4, 95 | 67, 04 | 74, 64 | 7, 82 | 0, 58 | 0, 82 |
| XII De Magallanes y de La Antártica Chilena | 61, 96 | 67, 26 | 5, 30 | 67, 78 | 74, 69 | 6, 91 | 0, 49 | 0, 62 |
| Región Metropolitana de Santiago | 60, 71 | 66, 12 | 7, 41 | 68, 90 | 76, 04 | 7, 14 | 0, 68 | 0, 65 |

FUENTE: INE-CELADE, 1987

TABLA 12
CHILE: Nivel de la mortalidad infantil (q_a), según regiones
1969-1970 y 1980-1985

| REGIONES | TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (por mil) | | | PORCENTAJE DE DISMINUCION |
|--|---------------------------------------|----|-----------|---------------------------|
| | 1969-1970 | a/ | 1980-1985 | |
| PAIS | 82, 5 | | 23, 7 | 71, 2 |
| I De Tarapacá | 58, 1 | | 19, 7 | 66, 1 |
| II De Antofagasta | 86, 4 | | 26, 2 | 69, 7 |
| III De Atacama | 92, 7 | | 24, 7 | 73, 4 |
| IV De Coquimbo | 84, 9 | | 29, 4 | 65, 4 |
| V De Valparaíso | 59, 1 | | 20, 1 | 66, 0 |
| VI Del Libertador General Bernardo O'Higgins | 80, 1 | | 23, 4 | 70, 8 |
| VII Del Maule | 101, 5 | | 27, 2 | 73, 2 |
| VIII Del Biobío | 107, 9 | | 31, 4 | 70, 9 |
| IX De La Araucanía | 107, 6 | | 35, 8 | 66, 7 |
| X De Los Lagos | 117, 4 | | 32, 2 | 72, 6 |
| XI Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo | 85, 6 | | 29, 9 | 65, 1 |
| XII De Magallanes y de La Antártica Chilena | 58, 5 | | 19, 8 | 66, 2 |
| Región Metropolitana de Santiago | 57, 5 | | 16, 8 | 70, 8 |

FUENTE: INE-CELADE, 1987

a los progresos, se mantienen fuertes diferencias: en 1980-85, la probabilidad de morir antes de los dos años de vida era en la Araucanía el doble que en la Región Metropolitana.

La evolución de las diferencias interregionales de mortalidad general e infantil permite establecer que los mayores avances se lograron en las regiones donde las tasas eran más elevadas. Es posible suponer que en aquellas áreas se requiriera menores esfuerzos... y no cabe descartar que los avances se asociarían a la focalización de los programas de atención en los conjuntos demográficos de mayor riesgo. Aunque esta información no permite conocer la variación de las diferencias de mortalidad entre grupos sociales específicos, *los indicios disponibles permiten pensar que esta variable ha experimentado un descenso generalizado*: un estudio ha establecido que la probabilidad de morir antes de los dos años de vida a mediados de la década de los sesenta variaba inversamente con el nivel de instrucción de la madre y que, una vez controlada esta variable, la probabilidad tendía a ser mayor en los espacios rurales de las regiones de Chile Central. (BEHM, H. y CORREA, M. 1977).

Como lo demuestra un reciente estudio (INE-CELADE, 1987), **las diferencias regionales y sociales de fecundidad también tienden a la convergencia**. En 1950, las menores tasas de fecundidad global (de 4 a 5 hijos por mujer) correspondían a las tres regiones septentrionales, a Valparaíso, la Metropolitana y la de Magallanes; todas ellas, regiones de alto grado de urbanización. Por el contrario, las demás regiones presentaban tasas-promedio de 6, 4 hijos por mujer. Entre 1950 y 1980, estas diferencias se han atenuado... y al iniciarse los años ochenta las regiones convergen hacia valores muy próximos entre sí, situados entre 2, 5 y 3, 5 hijos por mujer. Más que a la disminución de la diferencia absoluta entre las tasas de fecundidad de áreas rurales y urbanas -que sólo descendió de 2, 3 a 2, 1 entre 1967-69 y 1975-80- *esta convergencia parece corresponder al generalizado incremento de la urbanización en las distintas regiones (VILLA, M. 1987)*.

En relación con las diferencias sociales, este mismo estudio (INE-CELADE, 1987) ha detectado que el descenso de la tasa global de fecundidad se manifestó inicialmente en los estratos socio-ocupacionales alto y medio, incluyendo asalariados y trabajadores independientes: En

estos estratos, el indicador descendió de 3, 5 hijos por mujer en los años cincuenta a sólo 2 hijos a comienzos de los ochenta. Por el contrario, el conjunto de trabajadores que constituyen los estratos agrícolas bajos registraba tasas superiores a 6 hijos por mujer a comienzos de los cincuenta; luego experimentaron una ligera elevación para, a partir de mediados de los sesenta, iniciar un descenso que les permitió alcanzar un valor ligeramente inferior a 4 en 1980. Ocupando una posición intermedia, los estratos bajos no-agrícolas, que constituían un tercio de los hogares chilenos, iniciaron el período con tasas del orden de 5 a 6 hijos y disminuyeron progresivamente hasta concluir con una tasa cercana a tres hijos por mujer. En suma, los estratos sociales bajos (agrícolas y no-agrícolas), que concentraban el grueso de las mujeres en edad fértil, han jugado un rol esencial en la reducción de la fecundidad de la población chilena. Desde mediados de la década de los sesenta, cuando las conductas favorables al control familiar adquieren un carácter generalizado; el descenso de la fecundidad deja de ser un comportamiento exclusivo de los estratos sociales superiores... y como consecuencia de ello, las diferencias de comportamiento entre los grupos sociales se habían reducido notablemente a comienzos de los ochenta.

2.3. El crecimiento natural y su adecuación al modelo de transición demográfica

Los cambios descritos en la fecundidad y la mortalidad de la población chilena *se traducen en un patrón de evolución del crecimiento vegetativo que corresponde a una acelerada transición demográfica (Tabla 13 y Fig. 5)*. A principios del siglo y hasta 1920, con altas tasas de fecundidad y de mortalidad y bajas tasas de crecimiento (0, 69 a 0, 84%), la población chilena exhibe el clásico comportamiento de la fase *pre-transformativa*. Entre 1925 y 1965, en apenas cuarenta años, la población chilena cumple *las fases tempranas y mediana de transformación*: fruto de un regular descenso de la mortalidad y del sostenimiento de tasas moderadamente altas de fecundidad, el crecimiento vegetativo de la población se eleva primero a 1, 5% en 1930 hasta alcanzar 2, 47% en el quinquenio 1960-65. A partir de mediados de la década de los sesenta, el descenso sostenido de la fecundidad y la continuación de la baja, aunque más moderada, de la mortalidad provocan un

TABLA 13
CHILE: Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural para períodos y años indicados (1900-1985)

| Período y años | Natalidad % | TASAS Mortalidad % | CRE. NAT. % |
|----------------|-------------|-----------------------|-------------|
| 1900-1904 | 38,4 | 31,5 | 0,69 |
| 1910-1914 | 39,5 | 30,7 | 0,88 |
| 1920-1924 | 39,4 | 31,0 | 0,84 |
| 1930 | 39,8 | 24,7 | 1,51 |
| 1940 | 36,4 | 21,3 | 1,51 |
| 1950-1955 | 37,2 | 14,3 | 2,29 |
| 1955-1960 | 37,6 | 13,1 | 2,45 |
| 1960-1965 | 36,8 | 12,1 | 2,47 |
| 1965-1970 | 31,6 | 10,3 | 2,13 |
| 1970-1975 | 27,6 | 8,9 | 1,87 |
| 1975-1980 | 23,7 | 7,4 | 1,63 |
| 1980-1985 | 24,2 | 6,3 | 1,79 |

FUENTES: 1900-40 TACLA, O. 1975
 1950-85 INE-CELADE, 1987

0/00.

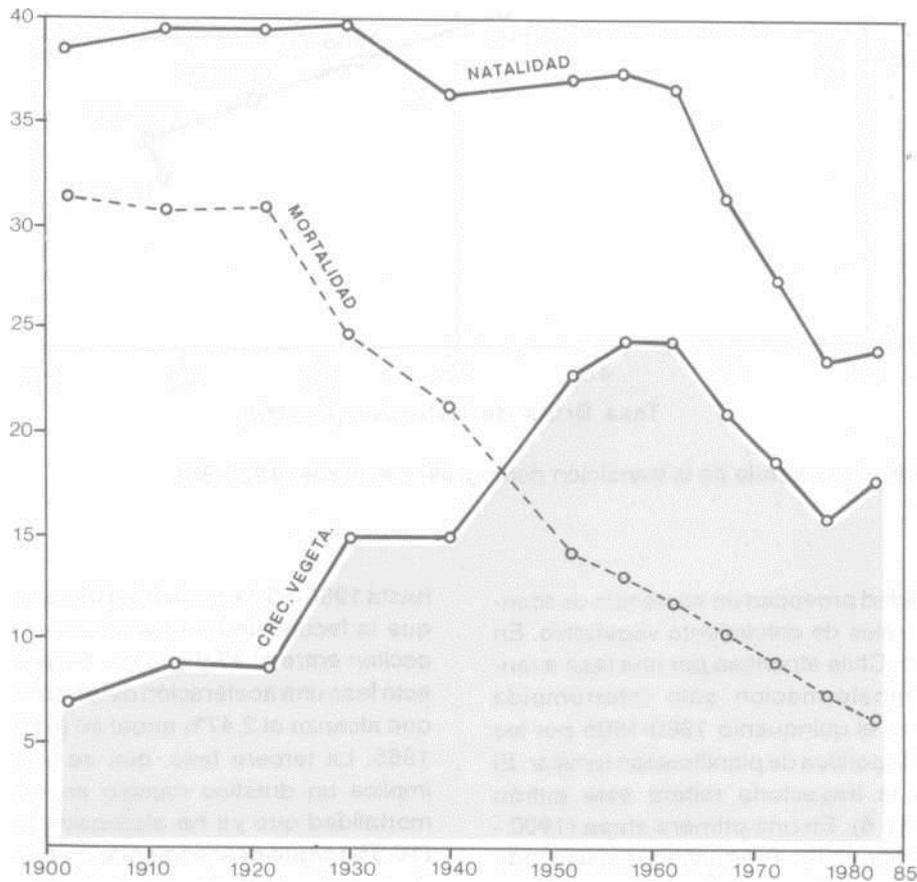


Figura 5. - Evolución de las tasas de natalidad, mortalidad y CRECIMIENTO VEGETATIVO. Chile 1900-1985.

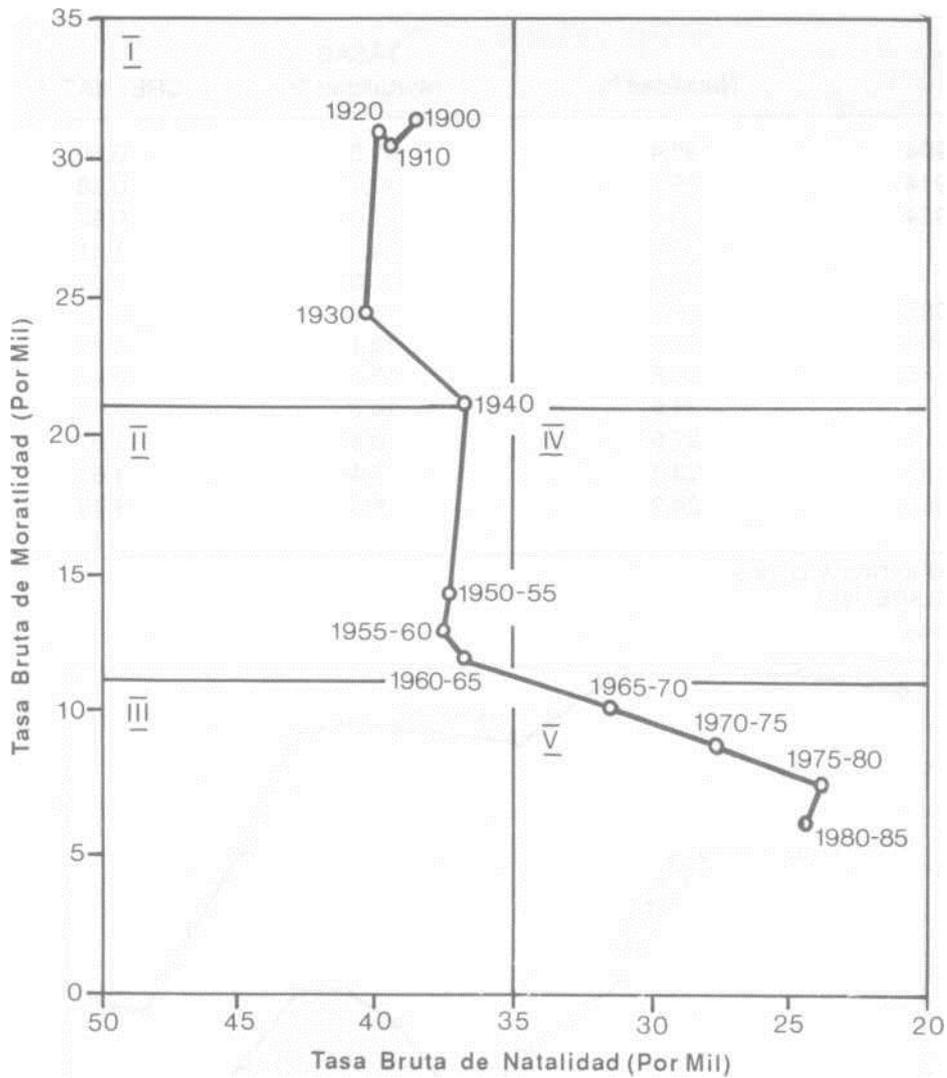
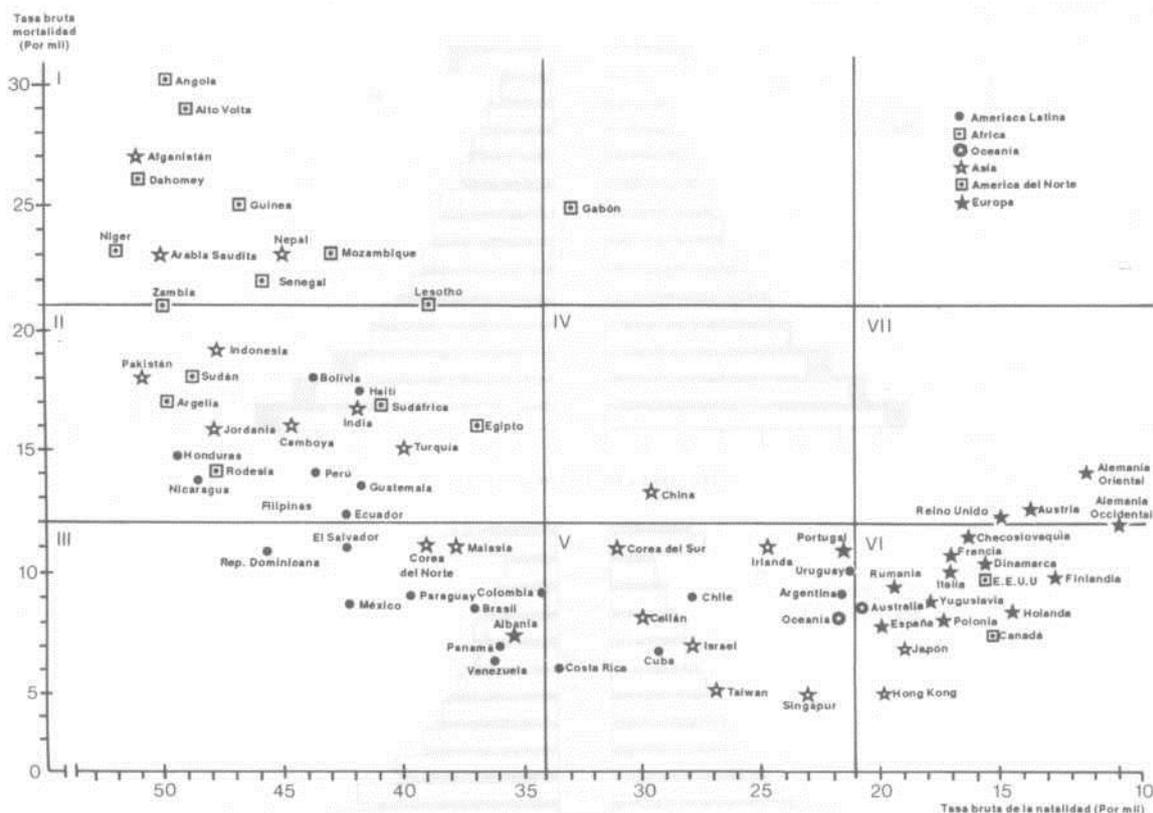


Figura 6. - Trayectoria de la transición demográfica en Chile (1920-85)

sostenido descenso de los niveles de crecimiento vegetativo. En este período, Chile atraviesa por una fase avanzada de transformación sólo interrumpida levemente en el quinquenio 1980-1985 por los cambios en la política de planificación familiar. El análisis de la trayectoria reitera este patrón evolutivo (Fig. 6). En una primera etapa (1900 - 20), la población chilena permanece estacionada con altos niveles de fecundidad y mortalidad. Luego, en una segunda etapa que se extiende hasta 1960-65, la mortalidad

desciende mientras que la fecundidad se mantiene en niveles que oscilan entre el 37 y el 39%. Se produce así en esta fase una aceleración del crecimiento natural que alcanza al 2, 47% anual en el período 1960- 1965. La tercera fase, que se inicia en 1965, implica un drástico cambio en el proceso: la mortalidad que ya ha alcanzado bajos niveles (10, 3%) sigue descendiendo, mientras la natalidad inicia una rápida caída que la conduce en sólo veinte años de niveles del 37% al 24, 3% en 1985.



Fuentes: Para América Latina: Tabla I-I, Secciones (D) y (E) Período 1970 - 1975
 Para países de otras regiones: Population Reference Bureau, Inc., Cifras de Población Mundial 1973.

Figura 7. - Posición de los Países de Am. Latina y Países seleccionados de otras regiones en el Proceso de transición demográfica. 1973.

La Fig. 7 permite apreciar la posición alcanzada por Chile en el proceso de transición demográfica en 1975: se ubica en el V cuadrante, en la *fase avanzada de transición*; junto a Cuba y sólo detrás de Uruguay y Argentina, en el contexto Latinoamericano.

Como es general entre los países en que el proceso ha comenzado tardíamente, aunque aún no se ha cerrado la brecha entre nacimientos y defunciones, Chile ha experimentado su transición demográfica en apenas sesenta años (11). Si bien es cierto que tanto a nivel mundial como latinoamericano se constata una clara correspon-

dencia entre el nivel de desarrollo económico de los países y el grado de avance en el proceso de transición demográfica, esta correspondencia no implica una mecánica dependencia. Chile constituye uno de los más claros casos en que el proceso de transición ha avanzado considerablemente más rápido y más lejos que lo que permitía esperar la evolución de su desarrollo económico medido en términos de P. N. B. per cápita. *La clave de la explicación parece radicar esencialmente en el desarrollo social y el papel redistributivo cumplido por el Estado.*

(11) *La duración del proceso parece ser función de la antigüedad de los inicios: 200 años en Inglaterra-Gales, 160 en Dinamarca, 130 años en Suecia, 90 años en los Países Bajos. A título de comparación, la tasa de mortalidad infantil de Chile en 1965 era equivalente a la de Suecia en 1890... y la de 1975 a la que este país europeo tenía en 1930: la reducción que se observó en Chile en 10 años demoró 40 años en Suecia (TAUCHER, E. 1978). Jürgen Bähr (1983) señala que entre 1960 y 1980 muy pocos países pasaron de la fase de transformación a la post-transformativa; Chile está entre estas excepciones.*

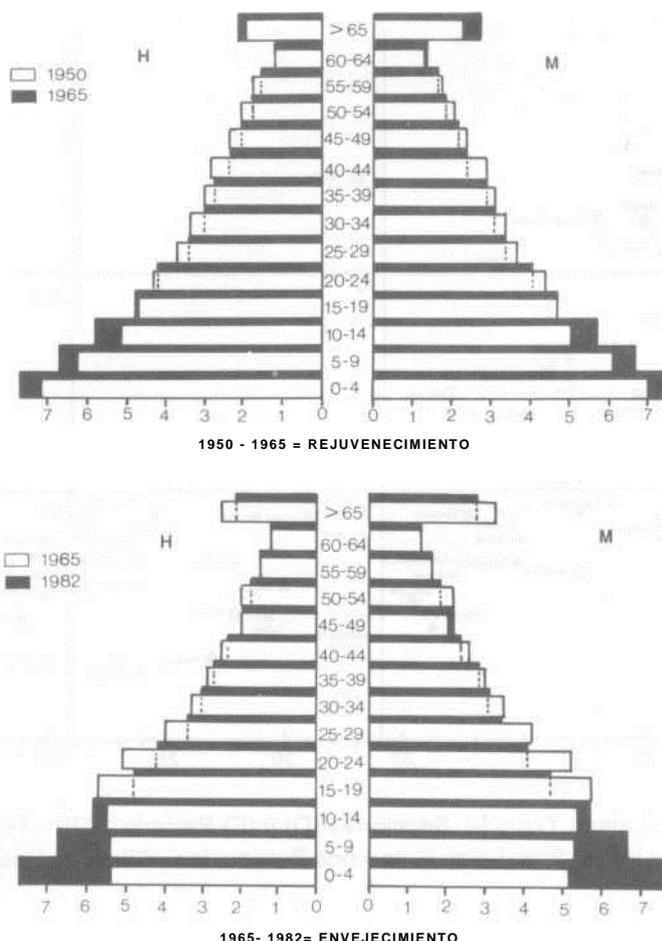


Figura 8. - Pirámides de edades comparadas. Chile 1950-65 y 1965-82

2.4. Los cambios en la estructura sexo-etárea

Estructuralmente, la evolución demográfica ha provocado claras transformaciones en la composición sexo-etárea de la población. Considerando sólo los últimos cuarenta años, la población chilena muestra dos impulsos sucesivos de contraria tendencia: primero entre 1950 y 1965 un ensanchamiento en la base de la pirámide y luego, entre 1965 y 1985, un angostamiento de la misma (Fig. 8). Un indicador global que permite evaluar estos cambios es la edad mediana de la población total. Entre 1950 y 1965, reflejando la tendencia expansiva del período, la edad mediana de la población chilena descendió de 22,2 a 20,2 años. En cambio, a partir de 1965 esta tendencia se ha revertido: la edad mediana ha aumentado cuatro años hasta alcanzar a 24 en 1985. Esa fase

de envejecimiento que sucede a la de rejuvenecimiento inicial, refleja el efecto de la reducción de los ritmos reproductivos, cuyo impacto sobre la estructura etárea se impone a la incidencia contrapuesta asociada a la reducción de la mortalidad infantil.

El análisis de la evolución de los subconjuntos etáreaos que poseen implicancias económicas-sociales específicas, otorga una visión más concreta de los cambios estructurales. El grupo formado por los menores a 5 años evoluciona en términos similares a la fecundidad: aumentó su participación hasta 1965, fecha en que llegó a representar un sexto de la población nacional, para luego disminuirla rápidamente, hasta sólo constituir en 1985 menos de la novena parte de la población total. El subconjunto de 5 a 19 años, que configura el grueso de la población escolar, también acusa el

impacto de los cambios de fecundidad, sólo que a plazos más prolongados que el de los menores de cinco años: entre 1950 y 1965 este grupo se incrementó hasta llegar a constituir más de un tercio de la población total (35, 8%) en 1970, pero a partir de esa fecha ha reducido su participación hasta representar en 1985 sólo un 30, 5% de los efectivos demográficos (12).

De diferente signo ha sido la evolución experimentada por la población en edades potencialmente activas (15 a 64 años): durante la fase de rejuvenecimiento este subconjunto redujo su participación desde el 60 al 56%, para luego incrementarla rápidamente en la fase de envejecimiento hasta alcanzar a agrupar el 63% de la población total en 1985. Reflejando el permanente aumento de la esperanza de vida, el único subconjunto que muestra una sistemática tendencia de ascenso a lo largo de todo el período (1950-1985) es el conformado por las personas de edades avanzadas (65 años). Si bien, sólo representa el 6% de la población en 1985, su tasa de crecimiento ha sido siempre superior a la media nacional en los 35 años... y como resultado, en este lapso de tiempo el número absoluto de personas de edad avanzada casi se ha triplicado.

El índice de dependencia demográfica (13) ha variado en forma consecuente con los cambios de estructura etárea. En 1950 por cada 1. 000 personas potencialmente activas se contaban 694 hipotéticos dependientes. Este índice se elevó durante la fase de rejuvenecimiento hasta alcanzar a 807 por mil en 1965; pero, a partir de esta fecha, se ha reducido rápidamente hasta llegar a 595 por mil en 1985. En otros términos, a la fase inicial de rejuvenecimiento corresponde un incremento de la relación de dependencia, en tanto que desde mediados de los sesenta se ha manifestado una evolución inversa que se ha afianzado en los años ochenta. Pero, como se ha señalado "esta medida, por agrupar dos subconjuntos diferentes de hipotéticos dependientes en su numerador, no expresa con claridad los cambios" (VILLA, M. 1987). En este sentido, es necesario recordar que la carga infantil aumentó inicialmente para luego disminuir a partir de los sesenta; en cambio, la que corresponde a las personas de 65 años y más ha

aumentado sistemáticamente a lo largo del período 1950-85, aunque sigue constituyendo una baja proporción del conjunto.

El índice de masculinidad, o número total de hombres por cada 100 mujeres, ha descendido sistemáticamente en Chile de 98, 1 en 1950 a 97,3 en 1985. Pero, esta medida global oculta las variaciones en los grupos de edades y no da cuenta cabal de los cambios ocurridos.

En el caso de los menores de 15 años, el índice de masculinidad se sostiene sobre la centena, mostrando leves aumentos... y en 1985 el índice es superior a 100 en todos los estratos inferiores a 30 años. Sin lugar a dudas, el factor esencial que incide en tal modificación es el importante descenso de la mortalidad infantil que eleva las probabilidades de sobrevivir de los niños de sexo masculino. Por el contrario, en las edades superiores a los 40 años, los índices de masculinidad tienden a reducirse, como expresión de las mayores expectativas de sobrevivencia de las mujeres, que se evidencian en una atenuación gradual de los riesgos de muerte de aquellas que han alcanzado la madurez. Pero, el cambio más significativo en relación al crecimiento es el experimentado por la proporción de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) dentro del total. Desde 1950 esta proporción disminuye hasta que un 45% de la población femenina se sitúa en el tramo etéreo apto para la reproducción en 1965. A partir de 1965 esta proporción se incrementa hasta elevarse al 52% en 1985. De este modo, *al reducirse la fecundidad se eleva el potencial reproductivo de la población, como fruto de la maduración de las hijas procreadas en la fase de alta fecundidad.*

3. TENDENCIAS Y PROSPECTIVA

3.1. Tendencias y proyecciones: **población total; urbana y rural**

Los niveles alcanzados por la fecundidad y la mortalidad, comúnmente interpretados como definitorios de una "etapa avanzada de transición demográfica", dejan poco espacio para ejercicios especulativos de lo que presumiblemente ocurrirá en los próximos quince años. *Según la proyección INE-CELADE (1987) las tasas anuales de crecimiento continuarán en descenso y un creciente*

(12) Agrupando niños y jóvenes (< 20 años), este subconjunto aumentó su posición hasta representar casi la mitad de la población total en 1965 (49, 7%); para luego reducirla hasta llegar al 42% en 1985, 4 puntos menos que en 1950.

(13) Esta medida entrega una imagen de la "hipótesis carga" que sostendrían las personas que tienen edades de trabajar. Es por tanto, un indicador esencialmente demográfico, que sólo posee un carácter potencial.

envejecimiento continuará haciéndose presente en la población chilena. ¿Cuáles son las tendencias históricas que conducen a este pronóstico?

En intenso ritmo de declinación de la fecundidad que la población chilena experimentara entre los años sesenta y los setenta, en los últimos años ha tendido a aminorar. Ello levanta la hipótesis de un futuro cambio cada vez más pausado... hipótesis que se reafirma si se considera que los grupos que tienen tasas superiores a la media en la actualidad sólo constituyen un quinto de las mujeres en edad fértil; y que las generaciones más recientes, socializadas en un medio favorable a un menor tamaño de la familia, se distinguirán por aspiraciones reproductivas asociadas a un menor número de hijos.

¿Qué se puede esperar de la mortalidad? Al respecto, parece conveniente diferenciar -a lo menos- las componentes infantil y adulta. Se puede sostener que, dado el peso que han alcanzado las causas de muerte "no evitables", los *futuros descensos en la mortalidad adulta se tornarán crecientemente difíciles y costosas*, existiendo ya indicios de persistencia en los años ochenta. Por otra parte, si se considera que un 75% de los logros en la reducción de la mortalidad infantil se consiguieron en la componente *post-neonatal*, es probable que el futuro ritmo de disminución de la mortalidad infantil tienda a atenuarse; puesto que actualmente la mortalidad neonatal, en la que juegan un rol principal las causas de muerte endógenas con patologías de difícil control, representa cerca de la mitad de las muertes infantiles. En consecuencia, una hipótesis razonable acerca de la futura mortalidad de la población chilena consiste en esperar moderadas ganancias en el número de años de esperanza de vida al nacer. Básicamente, se espera que no ocurrirán mayores cambios en los niveles de mortalidad de los hombres mayores de 30 años y de las mujeres de más de 40.. . y que la mortalidad infantil se reducirá en algo más de un tercio en lo que resta del siglo.

A partir de las tendencias históricas descritas, INE-CELADE han establecido una hipótesis única en la que la mortalidad se proyecta en términos de una esperanza de vida de 73 años en el primer quinquenio del siglo XXI, valor que equivale a un incremento de dos años en relación al quinquenio 1980-85. Simétricamente y con una diferencia de siete años a favor de la mujer, se sitúa los

indicadores de cada sexo. *La mortalidad infantil se reduciría a 14, 6 por mil... y debido al cambio de la estructura sexo-etárea, la mortalidad bruta aumentaría al 6, 6 por mil.* Con respecto a la fecundidad, el supuesto más probable indica que la tasa global alcanzaría a 2, 5 hijos por mujer en el lustro 2000 - 2005, valor al que corresponde una tasa neta de reproducción del 1, 2; lo que significa una reducción del 11% en el período 1985 - 2000. La variante alta supone 2, 6 hijos por mujer y una tasa de reproducción de 1, 3 a comienzos del siglo XXI; y la variante baja, 2, 3 hijos y una tasa de reproducción de 1, 1, tasa muy próxima al nivel de reposición demográfico. Como puede desprenderse de los valores anotados, el número de los nacimientos siempre supera al número de defunciones, y si se redujera aún más la tasa de reproducción, ello no anularía el efecto del incremento natural a causa del alto potencial de crecimiento que implica una estructura de edades que es aun relativamente joven. Ello se manifiesta en que la tasa de natalidad alcanzaría probablemente a 19, 4 por mil al comenzar el siglo XXI, teniendo como límites 20, 2 y 18, 1 por mil en las hipótesis alta y baja, respectivamente.

Según todas las variantes, las tasas anuales de crecimiento demográfico de la población chilena presentan una clara tendencia al descenso. De 1, 7% en el primer lustro de los ochenta, decrece a 1, 2% en los primeros cinco años del siglo XXI, de acuerdo a la hipótesis media de fecundidad. Según las alternativas alta y baja, el rango de probable variación estaría entre 1, 3 y 1, 1%. ¿Cuál sería el tamaño de la población chilena en el año 2000 según estas proyecciones? las 4 respuestas varían entre 15, 1 y 15, 5 millones, considerándose como "recomendable" la cifra de 15, 3 millones que corresponde a la variante media. En los 15 años considerados, la población aumentaría un 26%, con un margen de variación +- 2%. En términos comparativos, *la población chilena que en 1960 representaba el 3, 6% de la población latinoamericana, sólo representaría el 2, 9% de la población de la región en el año 2000.*

Considerando las diferencias interregionales en los valores de las variables demográficas del crecimiento vegetativo y el efecto redistribuidor de la migración interna, *se detecta que no se modificarán las grandes pautas de la ocupación del territorio.* La zona nuclear tradicional (Coquimbo a Chiloé) continuará siendo el asiento de 9 de cada 10 chilenos; pero, en el interior de esta zona, las

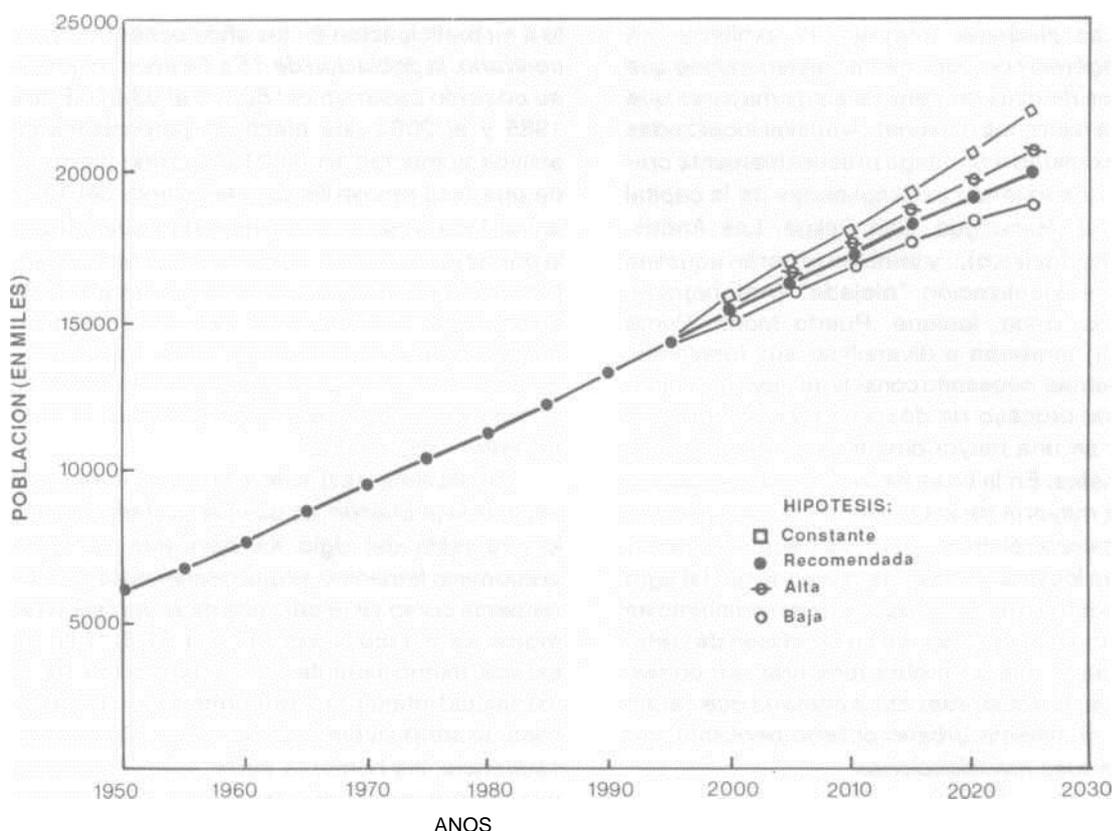


Figura 9. - Evolución esperada de la población total. Chile 1950-2025

tasas de incremento demográfico decrecerán en todas las regiones, salvo en la Metropolitana, región que el año 2000 concentraría el 41, 5% del total de los habitantes de Chile. El despoblamiento relativo alcanzaría su mayor incidencia en las regiones del centro-sur del país, entre O'Higgins y Los Lagos; en cambio, los extremos del país (Tarapacá, Magallanes y Aysén) continuarían su expansión, fundamentalmente por efectos de inmigración.

Aunque con mayor lentitud, dado los altos niveles alcanzados, las tasas de urbanización de la población chilena continuarán acentuándose: algo más de 9 de cada 10 chilenos habitarán en ciudades al comenzar el siglo XXI. Hacia el año 2000, el campo albergará 370. 000 personas menos que en 1985, lo que significa haber experimentado una pérdida neta del 19% de sus efectivos. Al igual que en las décadas recientes, más del 80% de la población rural se localizará en O'Higgins y Los Lagos... y a su vez, la distribución

regional de los efectivos urbanos no se diferenciará mayormente de la observada en 1970 y 1982: las regiones extremas del país (Tarapacá, Antofagasta y Atacama; Aysén y Magallanes), la Región de Valparaíso y la Metropolitana, presentarán los mayores grados de urbanización y poblaciones rurales sólo marginales.

Dado que la evolución de las ciudades individuales no puede ser concebida al margen de las modalidades del cambio económico y social de sus respectivos entornos, es de mayor dificultad aventurar sobre la futura distribución de los efectivos urbanos según el tamaño de los centros. *En una aproximación tentativa, suponiendo la continuación del efecto concentrador de la capital con intensidad decreciente, el gran Santiago albergaría cerca de 5, 7 millones de personas al comenzar el siglo XXI... y dado que las tasas de crecimiento esperadas del gran Valparaíso y el gran Concepción son menores, es posible que la relación entre sus magnitudes y la de la capital nacional se*

eleve a poco más de 3,5. Las ciudades intermedias exhibirán un heterogéneo comportamiento, estimándose que algunas de ellas crecerán a tasas mayores que la de la metrópoli nacional. Aquellas localizadas en proximidad a Santiago presumiblemente crecerán absorbiendo externalidades de la capital nacional (Rancagua, San Felipe, Los Andes, Peñaflor, Malloco)... y también lo harán aquellas que por localización "alejada" (Antofagasta, Temuco, Arica, Iquique, Puerto Montt, Punta Arenas) tenderán a diversificar sus funciones. Es, además, necesario considerar que la acentuación del proceso de descentralización pudiera incidir en una mayor dinámica de las capitales regionales. En la base de la pirámide se espera que la mayoría de los núcleos urbanos pierdan importancia relativa... pero, es necesario recordar que los procesos de modernización del agro favorecen en muchos casos el fortalecimiento de los pequeños núcleos, en su condición de "refugios" de la mano de obra temporal. *En consecuencia, la actual estructura primaria que caracteriza al sistema urbano chileno persistirá con sólo tenues modificaciones.*

3.2 Tendencias y proyecciones: la estructura sexo-etárea

Las proyecciones señalan que el proceso de envejecimiento seguirá haciéndose presente en lo que resta del siglo. Durante estos 15 años, la edad mediana se incrementa sostenida y regularmente, reflejando los efectos del descenso de la fecundidad. Según la variante media se espera que la edad mediana se eleve a 27, 6 años a comienzos del siglo XXI... y las variantes alternativas no implican diferencia (27, 9 y 27, 3 años). Concordantemente, el escalón inferior de la pirámide (< 5 años) disminuye gradualmente para sólo representar en el año 2000 el 9, 9% de la población del país. En este período, este grupo crece a sólo el 0, 7% anual; a menos de la mitad de la velocidad con que lo hace la población total. Por el contrario, el grupo constituido por los mayores de 65 años mejora su posición relativa: creciendo a una tasa promedio del 2, 5% anual, su número absoluto se incrementa en un 46% respecto 1985, llegando a constituir el 6, 7% de la población del país en el año 2000.

El conjunto de niños y jóvenes en edad escolar (5-19 años) será el año 2000 un 16, 5% mayor que en 1985. Sin embargo, constituirá sólo el 28, 3% de la población total; lo que implica

una reducción superior a los dos puntos, respecto a su participación en los años ochenta. *Por el contrario, la población de 15 a 64 años mejorará su posición pasando del 62, 7% al 63, 9%.* Entre 1985 y el 2000, los efectivos potencialmente activos aumentan en un 21, 8% como producto de una tasa promedio de crecimiento del 1, 6% anual; tasa levemente superior a la sostenida por la población nacional. En su interior este conjunto también se envejece, puesto que el número de efectivos de 15 a 34 años es de similar magnitud en las fechas extremas del período. Pese a ello, *el índice de dependencia demográfica se reduce durante el período descendiendo de 595 a 566 por mil entre 1985 y 2000.*

Finalmente, respecto a la composición por sexo de la población, es posible sostener que en lo que resta del siglo XX *persistirá un ligero predominio femenino, el que descenderá paulatinamente como se desprende de la variación del índice de masculinidad (97, 5 a 97, 6).* Ello se explica esencialmente por la reducción de la mortalidad infantil, la que incrementa la probabilidad de sobrevivencia de los niños. Como consecuencia, los hombres serán más numerosos que las mujeres en todos los grupos quinquenales menores de 35 años... y a partir de esta edad, como efecto de la sobremortalidad masculina, decrecerán los índices de masculinidad.

Entre 1985 y el año 2000, las mujeres en edad fértil aumentarán a una tasa levemente inferior (1, 5%) a la del total nacional, lo que implica una virtual persistencia del potencial reproductivo. Sin embargo, este grupo también se envejecerá, puesto que el conjunto de 30 a 49 años aumentará su participación en el grupo de 44,7 a 54% a lo largo del período; *lo que, en definitiva, se traducirá en ritmos reproductivos decrecientes.*

3.3 Algunos problemas a enfrentar

Un examen de las consecuencias que se desprenden de las tendencias demográficas requiere "tener presente que la población incide decisivamente en el proceso de desarrollo en virtud que la misma configura, a la vez, el agente principal de la producción y del consumo de los bienes y servicios que son generados por una sociedad". (VILLA, M. 1987). Sin desconocer que en rigor tal evaluación se define en el contexto de las relaciones sociales, esta exposición pretende sólo esbozar algunos de los impactos, a corto plazo

de las tendencias demográficas tal como se manifiestan en las últimas proyecciones de la población chilena. Aunque algunas voces alertan sobre los peligros que un lento crecimiento involucra para la seguridad nacional, *los principales problemas de la sociedad chilena radican en las necesidades de enfrentar el cambio estructural e intentar la modificación de las pautas espaciales.*

La sociedad chilena deberá adaptarse a proporciones cada vez menores de niños y jóvenes; y crecientemente mayores de ancianos; y por un tiempo prolongado, a una fuerza de trabajo en ascenso. Este cambio estructural implicará, a la vez que algunas oportunidades de mejorar la calidad de vida, necesarias reorientaciones en las políticas públicas de Educación, Salud, Vivienda y Previsión Social.

En principio, la reducción del peso de niños y jóvenes en edad escolar en la población total podría implicar menores costos en Educación. Parece necesario precisar este planteamiento, considerando como población objetivo a los menores de 20 años (párvulos, niños y jóvenes). Entre 1985 y 2000, esta población se reducirá del 42,8 al 38, 2%... lo que implicaría una caída de los requerimientos relativos del sistema. Pero, como los costos unitarios de los tipos de enseñanza difieren... y las necesidades relativas disminuirán más en los segmentos pre-escolar y básico, es posible suponer una eventual transferencia de recursos a los niveles medios y superior. Suponiendo la mantención de los aportes, se podría asimismo pensar en elevar cualitativamente los niveles de enseñanza y la equidad de acceso al sistema (extensión del período de escolaridad, mejoramiento de la relación profesor-alumno, etc.). Sin embargo, es necesario enfatizar que las tendencias demográficas pueden no significar necesariamente reducción de los requerimientos de educación. Ellos pueden incrementarse como efecto de la mayor capacidad de retención del sistema, del aumento de las demandas sobre la educación superior... y de la presión creciente de los efectivos de la tercera edad.

En el sector salud, al disminuir la proporción de los menores y de las mujeres en edad fértil que presentan las mayores tasas específicas de fecundidad, es posible presumir un decrecimiento relativo de las atenciones materno-infantiles. Se podría, en consecuencia, pensar en aumentar la cobertura y/o enfatizar el control de la componente

neonatal. Sin embargo, es necesario recordar *que paralelamente se incrementará la presión sobre el sistema con el requerimiento de más y apropiados servicios para las personas de edades avanzadas. Ello supone una reorientación de las prestaciones:* los programas pediátricos y gineco-obstétricos deberán ceder paso a los programas geriátricos. *Tal reorientación supone altos costos derivados de las dificultades de tratamiento inherentes al tipo de enfermedades y de la necesaria reorganización del sistema.*

Fruto de un vigoroso crecimiento que cuadruplica sus efectivos entre 1985 y el 2000, a fines de este siglo las mujeres de más de 60 años y los hombres de más de 65 sumarán 1. 267. 300 personas; y su peso relativo alcanzará al 7, 9% de la población total. Si se supone que todos ellos se acogen a jubilación y se considera como activos al grupo de mujeres de 15 a 59 años y a los hombres de 15 a 64, la relación entre pasivos y activos dará una imagen de los efectos del envejecimiento sobre el sistema de Seguridad Social. Los resultados son claros: en 1950 había 1 pasivo por 11 activos y al final del siglo se espera que a cada pasivo correspondan sólo 7 activos. Es evidente, en un régimen de reparto la sociedad chilena deberá de enfrentar en el futuro inmediato mayores y crecientes costos de seguridad social. Entre 1985 y el 2000 se espera que la población económicamente activa se incremente, a una tasa anual del 2%, en 1. 200. 000 personas; a comienzos del siglo XXI constituirá el 29, 9% del total, dos puntos por encima de los estimados en 1985. Pero, al margen de su volumen, uno de los aspectos que puede ser de alto interés es la consideración de su envejecimiento: en 1985 se estimaba que el 52% de los efectivos tenía menos de 30 años, en el año 2000 sólo el 48% será menor a esa edad. Inversamente, los efectivos con más de 45 años aumentarán su participación en un 10%, pese al descenso de los activos de 65 años y más, al final del período. Ello podría tener un doble efecto: por una parte se reduce paulatinamente la inserción de los jóvenes; por otra, la presión sobre el sistema de Seguridad Social se incrementa, a medida que se eleva el tamaño de los grupos próximos al retiro. Frente a este efectivo envejecimiento de la PEA las opiniones se dividen. Si bien, los trabajadores experimentados constituyen un factor productivo favorable; también parece ser cierto que son menos propensos a seguir los necesarios programas de rentrenamiento que constituyen una tendencia inherente a la velocidad del cambio tecnológico...

y se considera asimismo que el envejecimiento de la fuerza de trabajo reduce la movilidad ocupacional.

Finalmente, las proyecciones señalan una persistencia de las pautas de distribución espacial, con fuerte concentración demográfica y económica. Pero, ya en el presente, la evidencia de las deseconomías de aglomeración (contaminación y problemas del transporte en la Región Metropolitana), y las crecientes reclamaciones regionales, convierten en imperativas la implementación de políticas eficientes de descentralización y desarrollo

regional. Frente al problema de la concentración surge el sentimiento de que tanto los beneficios como los costos deben ser distribuidos con equidad en la sociedad... y el otro extremo, la creciente aspiración de las regiones por incorporarse a los beneficios del desarrollo clama por la autonomía decisional. Cada día parece más claro que la descentralización pasa por la redistribución espacial del poder político. En este plano, como en otros, la fuerza del sino no es fatal: El cómo la sociedad chilena enfrente estos desafíos y opciones gravitará decisivamente en su porvenir.

BIBLIOGRAFIA

- BEHM, H. 1962:** "Mortalidad infantil y nivel de vida". Univ. de Chile, Santiago.
- BEHM, H. y otros, 1970:** "Mortalidad infantil en Chile: tendencias recientes". Cuadernos médico-Sociales, Vol. 11, N° 3.
- BOCCARDO, H. y COREY, G. 1976:** "Medio ambiente: efectos sobre la salud", en M. Livingstone y D. Raczynski (eds), "Salud pública y bienestar social", CEPLAN, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- CASTAÑEDA, T. 1984:** "Contexto socioeconómico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile". Documento de Trabajo N°28 del Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile.
- GEISSE, G. y VALDIVIA, M. 1977:** "Origen y evolución del sistema urbano chileno". Revista EURE, CIDU-IPU, V. 13, Santiago.
- GONZALEZ, G. 1979:** "El contexto demográfico de las políticas de población en América Latina". "En la Política de Población en América Latina", Cuadernos de CELADE 1, Santiago de Chile.
- GONZALEZ, G. y otros: 1982:** "Estrategias de desarrollo y transición demográfica. Los casos de Brasil, Costa Rica, Cuba y Chile". Informe de Investigación (mimeo) CELADE.
- HURTADO, C. 1986:** "Concentración de población y desarrollo económico: el caso chileno". Inst. de Economía, U. de Chile, Santiago.
- INE:** Censos de Población de 1952, 1960, 1970, 1982.
- INE-CELADE, 1987:** "Chile: Proyecciones de población por sexo y edad. Total del país 1950-2025". INE, Santiago.
- INE-CELADE, 1987:** "La fecundidad en Chile: tendencias y diferencias según contextos geográficos y variables socioeconómicas, 1950-1980". INE (en prensa).
- MINISTERIO DE SALUD:** Anuario de Defunciones y Causas de Muerte (1965 y 1970). Anuario de atenciones y recursos, 1982.
- MUÑOZ, O. 1968:** "Crecimiento industrial de Chile 1914-1965". Inst. de Economía, Univ. de Chile, Santiago.
- NOLF, M. 1962:** "Industria manufacturera". En Geografía Económica de Chile (CORFO) 3: 145-225.

- RACZYNSKI, D. 1974:** "La estratificación ocupacional en Chile", en Los Actores de la Realidad Nacional, Ed. El Pacífico, Santiago.
- RACZYNSKI, D. y OYARZO, C. 1981:** "¿Por qué cae la tasa de mortalidad infantil en Chile?, Colección de Estudios CIEPLAN 6 (Dic. -81): 45-84. Santiago.
- TACLA, O. 1975:** "Panorama demográfico de Chile y su evolución en el presente siglo". INE, Santiago de Chile.
- TAUCHER, E. 1978:** "Chile: mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas". Notas de Población VI N° 18. CELADE, Santiago de Chile.
- TAUCHER, E. 1979:** "La mortalidad infantil en Chile". Notas de Población VII N° 20, CELADE, Santiago de Chile.
- VILLA, M. 1988:** "La población chilena: dinámica demográfica del período 1950-85 y su proyección hacia comienzos del siglo XXI". Programa de Estudios del Desarrollo Nacional (Chile). Santiago.