

Venezuela: transición y riesgos socio-demográficos

Anitza Freitez L.

**Doctora en demografía
y directora general IIES-UCAB.**

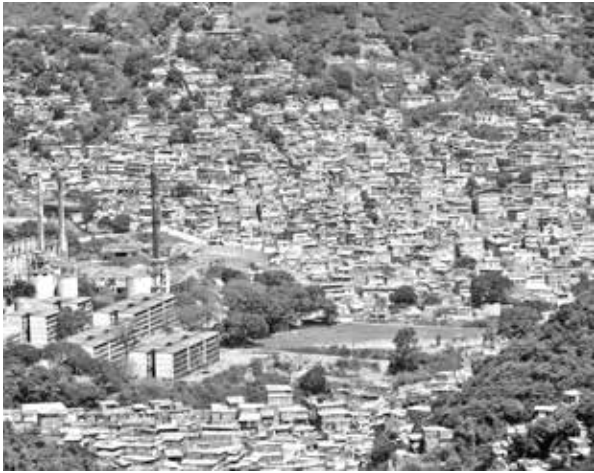


FRANCISCO LIZARAZO64.

Una nueva fotografía del país fue realizada en el año 2011 cuando se levantó el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda. De acuerdo con este empadronamiento, la población se contabilizó en 27 millones 227 mil 930, cifra que significa que luego de seis décadas el *stock* de habitantes se ha multiplicado más de cinco veces. En el curso de ese tiempo Venezuela, al igual que otros países, ha conocido un triple proceso de transición –demográfica, epidemiológica y urbana–, cuyas implicaciones deben interesarnos a todos, pero particularmente a los tomadores de decisiones, quienes tienen el mandato de comprender bien los procesos que determinan las características y la evolución de los grupos destinatarios de las políticas públicas y de identificar los riesgos que están emergiendo, como consecuencia de las transformaciones demográficas y de las disparidades socio-territoriales, frente a la muerte y la reproducción.

La anticipación de la reducción de la mortalidad a la caída de la fecundidad, pero sobre todo su elevado nivel al comienzo del proceso de transición demográfica, contribuyó a que la población venezolana aumentara muy rápidamente, duplicándose entre 1950 y 1971 y triplicándose entre 1950 y 1981. La celeridad de su crecimiento colocó a Venezuela, en América Latina, como el país que incrementó el mayor número de veces su población total durante la segunda mitad del siglo XX. Igualmente, experimentó el mayor crecimiento de la población urbana, cuyo volumen se multiplicó casi ocho veces.

Nuestra transición urbana se ha caracterizado no solo por su intensidad (nueve de cada diez habitantes residen en zonas urbanas), sino también por su tendencia concentradora. Más del 70% de la población urbana se localiza en las ciudades principales (50 mil y más), de las cuales solo tres –Caracas, Maracaibo y Valencia– acogen más de una quinta parte de la población urbana total. Ese alto crecimiento demográfico, pero sobre todo urbano, impulsó considerablemente la demanda de bienes y servicios básicos (alimentación, educación, salud), de vivienda y empleo, lo cual planteó enormes retos para las instituciones responsables de la planificación económica y social que solo dieron respuestas a medias a la multiplicidad de demandas.



“ Nuestra transición urbana se ha caracterizado no solo por su **intensidad** (nueve de cada diez habitantes residen en zonas urbanas), sino también por su tendencia concentradora. Más del **70% de la población urbana** se localiza en las ciudades principales...

AMPLIACIÓN DEL HORIZONTE VITAL DE LAS PERSONAS Y DEL CONTROL SOBRE LA REPRODUCCIÓN

Poco se recuerda que quienes nacían a mediados del siglo pasado apenas tenían una expectativa de vida de 55 años, en promedio. En la medida que mejoró la situación sanitaria, los ingresos familiares, el acceso a los servicios de salud y a la educación, se logró mayor control de la morbimortalidad por enfermedades infecto-contagiosas y carenciales, responsables de los niveles enormes de la mortalidad general y de la mortalidad infantil. La caída de la mortalidad se tradujo en un incremento notable en la esperanza de vida al nacer, estimándose que las generaciones nacidas al comienzo de este siglo vivan, en promedio, 70,9 y 76,8 años, hombres y mujeres respectivamente.

El descenso de la mortalidad contribuyó a una mayor sobrevivencia de las madres y de los hijos impactando la fecundidad total, al punto que para inicios de los sesenta se había elevado a casi siete el promedio de hijos por mujer. Solo en el curso de cuatro décadas las mujeres venezolanas ya tenían, en promedio, cuatro hijos menos (se pasó de 6,7 a 2,7 hijos por mujer). La modernización de la sociedad venezolana constituyó la mejor política de planificación familiar (PF). En nuestro país, a diferencia de otros, nunca se ha contado con un programa oficial de PF con amplia cobertura y disponibilidad de recursos para impactar sobre el comportamiento reproductivo de la población. En consecuencia, la celeridad de la transición de la fecundidad ha sido una respuesta a las fuerzas modernizantes que permitieron el acceso de las mujeres a la educación, así como su participación en la actividad económica, política y social, factores que, a su vez, han actuado en beneficio de su mayor autonomía. La alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (70% de las mujeres en unión) es una señal de la voluntad de las mujeres o de las parejas de regular la fecundidad.

LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACOMPAÑA CON TROPIEZOS A LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En los años en que la mortalidad presentaba niveles elevados su estructura estaba marcada por el peso de

las defunciones infantiles a causa de enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias. En la medida que avanza la transición demográfica el perfil de la mortalidad también se ha ido transformando (transición epidemiológica), ganando mayor peso la mortalidad en edades adultas por enfermedades crónicas y degenerativas y por causas externas (violencia, accidentes, traumatismos) frente a la mortalidad por enfermedades perinatales y las transmisibles. Pero en ese proceso se ha producido cierto retroceso debido al resurgimiento de enfermedades relacionadas con la pobreza, que aparentemente estaban superadas, como el cólera, la malaria, el mal de chagas, la tuberculosis y el dengue, hecho ligado a las deficiencias de los servicios básicos, el bajo desempeño de los programas de salud pública y a que el funcionamiento del sistema de salud lleva décadas en crisis.

En Venezuela la mortalidad por causas violentas viene registrando un aumento considerable, pero ese cambio no depende de la transición demográfica, sino más bien de factores relacionados con una urbanización acelerada y desordenada, la intensidad de la desigualdad y la exclusión social, la estructuración e inestabilidad de los núcleos familiares, la crisis de las instituciones políticas, entre otros aspectos. Las defunciones relacionadas con hechos de violencia consideradas en su conjunto (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios), constituyen actualmente la segunda principal causa de mortalidad en nuestro país, después de las muertes por enfermedades del corazón.

DE LA VENEZUELA DE INMIGRACIÓN A LA DE EMIGRACIÓN CALIFICADA SIN VUELTA A LA PATRIA

Durante ciertos períodos bien definidos Venezuela mostró cierto atractivo para la población extranjera. Encontraron acogida entre nosotros las corrientes migratorias provenientes de países de Europa del sur que ingresaron en los años cincuenta, así como la oleada migratoria latinoamericana que tuvo lugar en los setenta. Las pautas migratorias dieron un giro importante en los años ochenta y noventa, debido a la generalización de un proceso de crisis que restringió la llegada de nuevos flujos migratorios, propició el retorno de los

“ Actualmente el peso de la **población infantil** ya no tiene la preponderancia de antes, la población en edad de trabajar se ha incrementado en forma notable por la llegada de las cohortes nacidas cuando la **fecundidad** alcanzó sus niveles máximos...

extranjeros que aquí residían y estimuló la emigración calificada de venezolanos al exterior.

La bonanza petrolera registrada después del 2004 no ha tenido, como en el pasado, repercusiones positivas frente a la migración internacional; por el contrario, se han intensificado los riesgos de emigrar al exterior por cuanto el clima de convivencia en el país se ha visto alterado por la conflictividad política y los problemas relacionados con la falta de seguridad en su sentido más amplio. Se trata de una corriente migratoria compuesta por una proporción importante de profesionales universitarios, muchos con títulos de postgrado, en cuya formación los países de acogida no han tenido que invertir. Esta problemática no ha recibido un reconocimiento oficial y por lo tanto desde las instituciones públicas poca atención se ha brindado a programas orientados a establecer vínculos con los migrantes calificados y promover su retorno.

DISPARIDADES TERRITORIALES Y SOCIO-ECONÓMICAS DE LA FECUNDIDAD

El cambio demográfico observado a nivel del país no se ha producido de manera homogénea entre las diversas regiones y grupos sociales. En efecto, las desigualdades e insuficiencias del desarrollo nacional se expresan en evidentes contrastes demográficos, de modo que las áreas más avanzadas en términos del grado de bienestar alcanzado y los grupos sociales más aventajados se encuentran más adelantados en su proceso de transición, mientras que este ofrece ciertos rezagos y transcurre más lentamente en las regiones y grupos sociales donde se registran los mayores índices de pobreza.

Las disparidades territoriales en la fecundidad se han venido estrechando, no así según el estrato socio-económico. El promedio de hijos entre las mujeres del quintil más pobre prácticamente duplica al que tienen las del quintil más rico (cuatro vs. dos). Las mujeres pobres, menos educadas, tienen una prole más numerosa, suelen trabajar menos y percibir ingresos más bajos, lo que implica que la inversión por cada uno de sus hijos suele ser más limitada. En esta etapa de la transición demográfica es justamente en los sectores



WWW.PLANCARACAS.2020.COM

socioeconómicos más bajos donde se esperaría que se dé un impacto mayor a través de mejoras considerables en los niveles de educación que vayan de la mano con el incremento de sus ingresos laborales y, por esa vía, lograr la reducción de la desigualdad y de la pobreza. Se requieren esfuerzos de políticas públicas que contribuyan a alcanzar el umbral de los doce años de escolaridad, equivalentes a la secundaria completa, para reducir los riesgos de ser pobre y tener una prole numerosa.

MÁS DE DOS DÉCADAS PÉRDIDAS EN LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

La fecundidad total ha disminuido en toda la geografía nacional y en todos los estratos sociales, no así la fecundidad adolescente. Las tasas de fecundidad en el grupo de quince a diecinueve años revelan que el nivel que se ha verificado en los últimos años es similar al que se conocía a mediados de los 80, cuando se registraban alrededor de noventa nacimientos de madres adolescentes por cada mil mujeres en ese tramo de edad. La iniciación temprana de la maternidad no necesariamente se traduce en una familia de mayor tamaño. Es frecuente que las adolescentes luego de debutar como madres accedan al uso de métodos anticonceptivos y limiten su descendencia.

Los riesgos de ser madre a edades tempranas son menos frecuentes en las regiones donde hay una estructura de oportunidades más amplia y por lo tanto existen mayores posibilidades para acceder a bienes y servicios básicos (educación, salud). En ese sentido el Distrito Capital figura con la tasa de fecundidad adolescente más baja (62 por mil), mientras que hay un grupo de entidades como Apure y Delta Amacuro, Amazonas, Barinas y Portuguesa, que doblan ese nivel. La maternidad en la adolescencia es más frecuente entre las jóvenes que han abandonado la escuela, habiendo alcanzado una escolaridad muy baja y sin la formación para el trabajo, hecho que les restringe el ingreso al mercado laboral y las limita al desempeño de ocupaciones de baja calificación y remuneración. Mientras más precarias son las condiciones socio-ambientales que predominan en el lugar donde se habita y más li-



mitadas las estructuras de oportunidades que efectivamente están al alcance de las jóvenes, es mayor el riesgo de considerar el proyecto de la maternidad como una opción.

LOS DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO, OTRO PROCESO QUE EMERGE DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El envejecimiento es otro de los procesos que emerge de la transición demográfica y cuyas consecuencias se hacen sentir sobre las variables económicas, el perfil epidemiológico y la estructura social. Este proceso está en marcha en nuestro país como lo muestra el aumento de la proporción y el volumen del grupo de población de sesenta años y más.

Actualmente el peso de los adultos mayores es todavía inferior al 10% de la población total, pero estamos hablando ya de 2,5 millones de personas en esa franja etaria. El país tiene la oportunidad de anticiparse a la atención de los problemas que se derivarán de las tendencias al envejecimiento y tomar medidas sobre la participación laboral, los ingresos, el sistema de protección social, los servicios de salud y los sistemas de cuidados de los adultos mayores, aspectos sobre los cuales hemos avanzado muy poco en materia de investigación y de formulación de políticas.

EL BONO DEMOGRÁFICO: OPORTUNIDAD O AMENAZA

En el imaginario colectivo ha quedado fija la idea de la pirámide de edad que tenía Venezuela al inicio de los sesenta, cuando casi la mitad de la población tenía menos de quince años. Poco se ha percibido el proceso de remodelación etaria que se ha producido durante casi medio siglo a consecuencia de los cambios en la mortalidad y la fecundidad aludidos anteriormente. Actualmente el peso de la población infantil ya no tiene la preponderancia de antes, la población en edad de trabajar se ha incrementado en forma notable por la llegada de las cohortes nacidas en los años donde la

“ Los riesgos de ser madre a **edades tempranas** son menos frecuentes en las regiones donde hay una estructura de oportunidades más amplia y por lo tanto existen mayores posibilidades para **acceder a bienes y servicios básicos** (educación, salud).

fecundidad había alcanzado sus niveles máximos, y los adultos mayores todavía no tienen un peso amplio.

La transición de la fecundidad ha significado una disminución de la relación de dependencia infantil (dependientes menores de quince años por cada 100 en edad de trabajar) cuando todavía no es alta la relación de dependencia de los adultos mayores (dependientes de 65 años y más por cada 100 en edad de trabajar), lo cual nos ha colocado en una fase que se ha definido como el bono demográfico. La reducción de la dependencia infantil supone un número decreciente de consumidores respecto al de productores, hecho que se traduce en un aumento de los ingresos laborales en relación al consumo, y ocurre cuando todavía no tenemos que enfrentar los costos crecientes ligados a la atención de los adultos mayores. Venezuela ya inició su bono demográfico y se estima que durará hasta poco más allá del 2040, momento en que la relación de dependencia demográfica¹ revertirá su tendencia a la baja debido al aumento del número de adultos mayores respecto a la población en edad de trabajar. Ese período del bono demográfico es irreplicable y para su aprovechamiento se requiere de políticas de acompañamiento que promuevan la sostenibilidad de un alto crecimiento económico, el ahorro y la inversión; la flexibilización de los mecanismos del mercado para aprovechar el potencial laboral; la inserción laboral femenina y programas que permitan la atención de problemas sociales que emergieron en el curso de nuestra transición demográfica. ☉

NOTAS

- 1 La relación de dependencia demográfica es un indicador que vincula la población en edades potencialmente inactivas (personas menores de quince años y de 65 años y más) con la población en edades potencialmente activas (de quince a 64 años) y permite tener referencia sobre los eventuales efectos de los cambios demográficos sobre el desarrollo socioeconómico.