
población y desarrollo

Vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe: examen de los factores sociales y demográficos que impiden un desarrollo equitativo con participación ciudadana en los albores del siglo XXI

Dennis A.V. Brown, Ph.D.



NACIONES UNIDAS



Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
(CELADE) – División de Población de la CEPAL

Santiago de Chile, abril de 2002

Este documento fue preparado por el señor Dennis A. Brown, consultor del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. Desde 1996 el señor Brown es profesor del Department of Behavioural Sciences, University of the West Indies, St. Augustine Campus. El señor Brown es sociólogo de la UWI, y cuenta con un magister en sociología (con especialización en Demografía) de la UWI y un Magister y un doctorado en Ciencias Sociales del Consortium Graduate School of Social Sciences de la UWI (Mona). Durante 1989 efectuó una estadía en el Sub-department of Population Studies in the Department of Social Policy and Administration, London School of Economics, University of London.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1704-P

ORIGINAL: INGLÉS

ISBN: 92-1-321999-7

ISSN: 1680-8991

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2002. Todos los derechos reservados

N° de venta: S.02.II.G.18

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
I. Introducción	7
II. El contexto global	11
III. El desarrollo en el Caribe	13
IV. Tendencias demográficas en el Caribe, 1840-1980	17
A. Tendencias del crecimiento demográfico	17
B. El aporte de los componentes del crecimiento	19
1. La mortalidad	19
2. La fecundidad	20
3. La migración	20
4. La urbanización	20
C. Tendencias en la urbanización del Caribe, 1950-1980	21
D. Variaciones regionales en la demografía del Caribe	21
E. La dinámica de la población y la transición demográfica en el Caribe	23
V. Tendencias demográficas en el Caribe, 1980-2000	25
A. El crecimiento demográfico	25
B. La mortalidad infantil	27
C. La fecundidad	27
D. La migración	28
E. Urbanización	28
F. La estructura de la población	29

VI. La demografía caribeña como una vulnerabilidad social	31
A. La fecundidad	32
B. La estructura de la población: el envejecimiento y la dependencia	38
1. La salud y las personas de edad	41
2. El seguro médico.....	44
C. La migración.....	46
1. La migración internacional.....	46
2. La migración interna	47
D. La migración, como fuente de riesgo.....	49
1. La migración internacional.....	49
2. La migración del campo a la ciudad.....	54
VII. Conclusión	57
Bibliografía	61
Serie Población y desarrollo: números publicados	63

Índice de cuadros

Cuadro 1	Caribe anglohablante: movimiento de la población, 1840-1980.....	19
Cuadro 2	Fecundidad total por mujer, 1960-1980	22
Cuadro 3	Países seleccionados del Caribe: expectativa de vida al nacer, 1955-2000.....	22
Cuadro 4	Países seleccionados del Caribe: tasa bruta de mortalidad.....	26
Cuadro 5	Tasa de mortalidad infantil.....	27
Cuadro 6	Fecundidad total por mujer, 1980-2000	28
Cuadro 7	Granada: situación socioeconómica, por edad	33
Cuadro 8	Santa Lucía: edad por quintil de consumo, 1995	36
Cuadro 9	Edad al primer nacimiento, por quintil.....	37
Cuadro 10	Países seleccionados del Caribe: estructura demográfica (jóvenes, población económicamente activa y ancianos).....	39
Cuadro 11	Países seleccionados del Caribe: tasas de dependencia por quintil.....	40
Cuadro 12	Cobertura de las pensiones públicas y gastos previsionales.....	40
Cuadro 13	Jamaica: distribución de la carga de las enfermedades, por grupos de edad seleccionados, 1990.....	42
Cuadro 14	Población cubierta por el seguro médico, por grupo de edad de 15 a 64 años y de 65 años y más	45
Cuadro 15	Emigración del Caribe.....	47
Cuadro 16	Población en los años censales, por isla.....	51
Cuadro 17	Antigua y Barbuda: ingresos medios mensuales, por rama de actividad y sexo	52
Cuadro 18	Jamaica: perfil de edad de la población, por zona, 1993.....	54
Cuadro 19	Perfil de edad de Swift River Valley (distrito rural de Jamaica). Censo de población de 1990	55
Cuadro 20	El mercado de trabajo en Kingston, 1977-1989	56

Resumen

Partiendo del análisis que la CEPAL efectuó en su documento *Equidad, desarrollo y ciudadanía* —presentado en el vigesimotavo período de sesiones— sobre la vulnerabilidad ambiental, geográfica, económica e institucional que afecta a los pequeños Estados insulares del Caribe, se identifican y discuten las estructuras, procesos y conductas sociodemográficas que entrañan riesgos para las personas, hogares y comunidades de estos Estados.

El análisis se concentra en tres asuntos sociodemográficos. Primero, la fecundidad, que sigue siendo temprana y alta entre los grupos pobres de la población y todavía implica sesgos de género marcados, sobre todo para las jefas de hogar que deben hacerse cargo de la crianza de la prole. Segundo, el envejecimiento de la población, proceso bastante avanzado en algunas islas del Caribe y cuyo enfrentamiento requiere de una cuidadosa preparación previa cuidadosa. Tercero, la migración, en particular la internacional, que en algunos territorios de esta región presenta niveles muy elevados; pese a las oportunidades que la migración ofrece para personas y comunidades, drena parte de los recursos humanos calificados de los países del Caribe y expone a los migrantes, en particular los menos calificados, a tratos discriminatorios e injustos. El documento concluye con orientaciones de política para hacer frente a estos asuntos, que configuran la vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe.

I. Introducción

En el presente documento se aborda el tema de la vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe.¹ El concepto de vulnerabilidad dimana de la posición de la CEPAL sobre el desarrollo para América Latina y el Caribe en el siglo XXI, que se encuentra en el documento *Equidad, desarrollo y ciudadanía*, presentado en el vigesimooctavo período de sesiones de la Comisión. En el documento se indica que en los pequeños Estados insulares del Caribe existen factores de vulnerabilidad relacionados con las características físicas, geográficas, económicas e institucionales de sus sociedades. A ello agregaríamos que, para entender lo que significa vulnerabilidad, es preciso distinguir entre riesgos, o peligros potenciales, y amenazas, o peligros inmediatos, con los que se enfrenta la entidad en discusión (la persona, el hogar o la nación). Sin embargo, con los datos relativos al riesgo o a la amenaza solamente no es posible determinar la vulnerabilidad, dado que hay que conocer las características o capacidades de la entidad expuesta al riesgo para comprender su vulnerabilidad al peligro. Así pues, la baja capacidad indica vulnerabilidad. En cambio, la alta capacidad indica resistencia, es decir, la capacidad que la entidad posee que le permite soportar los peligros. Se afirma que, debido a ciertas características comunes entre los países del Caribe, su capacidad es baja, y por lo tanto su vulnerabilidad a los riesgos y amenazas es alta. Estas características tienen que ver con su reducido tamaño, economía abierta, legado institucional, escasez de

¹ Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, las Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago. En el análisis también se hace referencia a Anguila y a las experiencias de haitianos en las islas Turcas y Caicos.

recursos humanos calificados y otras. Algunos de estos riesgos y amenazas son específicos de una ubicación geográfica, en tanto otros no.²

En el presente documento se propone extender esta discusión al ámbito de la demografía, mediante un análisis de las formas en que las variables demográficas interactúan con los factores y capacidades sociales e institucionales para crear vulnerabilidad. Planteamos la pregunta: ¿En qué medida las estructuras y procesos demográficos que caracterizan a la región del Caribe en esta etapa de su desarrollo social y económico predisponen a su población al riesgo y a la vulnerabilidad social? En otras palabras, dados los derechos, las capacidades, los procesos de independencia y los rasgos físicos, geográficos, económicos e institucionales de los países del Caribe y sus pueblos, ¿qué tipo de riesgos y amenazas plantean las variables demográficas que provocan la vulnerabilidad en estos Estados?³ En la medida en que lo permiten los datos, examinamos este tema al nivel de la comunidad, el hogar y la persona.

El presente documento está estructurado de la siguiente forma: después de la Introducción sigue una sección en que se hace un recuento de los principales intentos de desarrollo desde el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. Allí se incluye un debate del lugar que ocupa la región en el mundo globalizado de hoy. Se habla de los factores que inciden en las capacidades de la región y se prestan para crear nuevas capacidades o constituyen un obstáculo para ello. Aquí se expone el trasfondo que explica la importancia de las capacidades en la evaluación de los riesgos y amenazas demográficas. Entre ellas se cuenta la situación de la salud, educación y empleo de la población. Cabe reconocer asimismo que la baja capacidad en materia de gobernabilidad e integración social también incide en la salud, la educación y el empleo. Así, la baja capacidad económica contribuye a explicar el riesgo que plantea la migración, tanto interna como externa; la capacidad de salud se refiere a los riesgos que plantea el VIH/SIDA, etc.

En la tercera sección del documento se analizan las grandes tendencias demográficas que se han observado en el Caribe en su historia reciente, abarcando el período histórico de 1840 a 1980 y las dos últimas décadas del siglo XX. También se estudia la estructura demográfica que surgió acompañando a este movimiento. En esta sección se incluye un análisis del proceso de urbanización, en cuyo contexto opera la migración interna.

En la cuarta sección del documento se examina la vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe, mediante un análisis del impacto social de los procesos y estructuras demográficos. Se estudian las maneras en que los factores demográficos interactúan con los sociales para producir situaciones de vulnerabilidad. Consideramos el efecto de los procesos y estructuras demográficos sobre la situación socioeconómica de las comunidades, los hogares y las personas. Este análisis se realiza en relación con una serie de variables consideradas riesgos y amenazas. La primera de ellas es la fecundidad. En este sentido, examinamos hasta qué punto los rezagos en la baja de la fecundidad de las mujeres pobres las colocan a ellas y a sus comunidades y hogares en una posición en la que no pueden atender las exigencias de la vida. Nos preocupamos de comprender cómo esta característica demográfica se relaciona con el contexto social e institucional inmediato en el que ocurre y hasta qué punto las políticas sociales existentes efectivamente sirven para enfrentar la situación.

La segunda variable demográfica que forma parte de nuestro análisis es la estructura de edad de la población. Aquí el énfasis estará en identificar las maneras en que el envejecimiento de la

² El debate sobre la vulnerabilidad social es el resultado del intercambio de ideas entre el autor y Lynette Brown y Asha Kambon, de la División de Asuntos Sociales de la Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, Puerto España.

³ Los rezagos y transiciones demográficas pueden plantear riesgos potenciales a los países que no están preparados para este fenómeno. Los países desarrollados que pasaron por la transición que llevó al envejecimiento de la población debieron hacer frente a riesgos para su sociedad, debido a que no estaban preparados para este acontecimiento. Sin embargo, sus capacidades económicas, institucionales, sociales y políticas les permitieron resistir hasta cierto punto, de manera que pudieron aplicar medidas —políticas de seguridad social y de empleo— mediante las cuales las personas de edad que estaban en condiciones pudieron acceder a empleo, atención de la salud y otros servicios de ese tipo.

población afecta a una serie de variables estrechamente relacionadas, como el estado de salud de la población y la carga de familiares a cargo que debe soportar la población que trabaja. La tercera variable que compone el análisis es la migración, en sus dimensiones interna e internacional. Al considerar esta variable demográfica, nuestra preocupación será entender el carácter del proceso, tal como ocurre al nivel local e internacional, y las formas en que predispone al hogar, la comunidad y las personas al riesgo y la vulnerabilidad social.

En el documento también se prestará atención a riesgos sociodemográficos que actúan con especificidades en la región, como la fecundidad adolescente y la formación, disolución y recomposición de uniones. En la última sección del documento se extraen conclusiones en cuanto a la incidencia de la población en el aumento de la vulnerabilidad social de las comunidades, hogares y personas del Caribe. Se consideran también algunas de las consecuencias de política que se derivan de las conclusiones del estudio.

II. El contexto global

Las políticas sociales y económicas más recientes que han afectado al Caribe están estrechamente relacionadas con la globalización de la sociedad y la economía mundiales que se ha producido en las dos últimas décadas del siglo XX. Quizá la mejor manera de caracterizar el proceso es como un fenómeno multidimensional en que los avances alcanzados en los ámbitos de la tecnología de la información y las telecomunicaciones se suman a la menor significación de las barreras espaciales y temporales a la comunicación y la producción. Esto ha estado acompañado por la disolución de los esquemas geopolíticos mundiales que surgieron después de la Segunda Guerra Mundial y la institucionalización del neoliberalismo económico como principio rector para la conducción de las actividades económicas en todo el globo. Es en este contexto en que debe considerarse el impacto del neoliberalismo en el Caribe. El reordenamiento interno de los esquemas económicos que produjo el ajuste estructural tuvo diversos resultados, de acuerdo con la manera en que se manejó el programa de ajuste y las características de la economía y la sociedad locales. Los países con débiles e ineficientes capacidades sociales, institucionales y productivas, o los que no han podido negociar un arreglo especial dentro del nuevo marco global, no han logrado hacer frente a estos cambios con tanto éxito como otros. La centralización del principio de competitividad en los procesos económicos locales e internacionales ha fragmentado la región. En consecuencia, se observa una división de la región en un espectro que va desde un polo de prosperidad hasta la penuria económica.⁴

⁴ Por cierto, este estado de cosas tiene importantes consecuencias para el análisis de las tendencias demográficas. Si bien se puede hablar de tendencias generales en los procesos demográficos, debemos reconocer que habrá divergencias de tipo socioeconómico encubiertas por la tendencia general.

III. El desarrollo en el Caribe

El cierre del siglo XX marcó el final de cerca de 50 años de esfuerzos tendientes a institucionalizar sistemas productivos y eficientes de economía y sociedad en el Caribe. Dichos esfuerzos tuvieron por objeto principal establecer una base socioeconómica viable para la nacionalidad y mejorar el bienestar de los ciudadanos de la región. El nuevo contexto internacional que se configuró tras el fin de la Segunda Guerra Mundial dio impulso a antiguas medidas en pro de la descolonización del Caribe y otras partes del mundo colonial. La Depresión de los años treinta había originado el keynesianismo en el mundo industrial así como el desasosiego social y político en la región del Caribe. Esta escuela de pensamiento proporcionaría gran parte de la inspiración teórica que daría luz a la economía de desarrollo, la primera de una serie de teorías con las que se intentaría guiar los esfuerzos en pos del desarrollo en la región y fuera de ella. La economía del desarrollo convirtió a la economía colonial existente en un conjunto de políticas y estrategias que ubicaban a la masa de la población, y a sus demandas de una vida mejor, en el centro de los objetivos de los Estados emergentes. En sus argumentos se presumía la existencia de algo llamado “falla del mercado” y se proponía la plena participación del Estado recién creado en un proceso de planificación en gran escala. La teoría de la modernización acompañó de cerca a esta escuela de pensamiento económico. Esta teoría abogaba por ampliar los enfoques del problema del desarrollo, ya que se presentaba en las primeras etapas de la nacionalidad. Además de la economía, había disciplinas como la sociología, la ciencia política y la psicología, que ofrecían recetas a los países recién independizados para pasar de un estado de subdesarrollo a otro semejante al de los antiguos amos coloniales. En todas estas formulaciones se daba por sentado que

las circunstancias de estas jóvenes naciones exigían que el Estado desempeñara cierta función de planificación social. Durante otros 30 años aproximadamente, el pensamiento del desarrollo impulsado por el mercado por fuerza hubo de ocupar un segundo lugar en los esfuerzos de desarrollo del Tercer Mundo. En esa época el mundo pasó por un auge económico seguido por un derrumbe y luego un nuevo auge y una nueva crisis. En esta era algunos de los países de la región se acercaron con poco éxito hacia políticas de desarrollo sustentadas en teorías basadas en una crítica radical del capitalismo.

A fines de los años setenta la región del Caribe, junto con gran parte del resto del Tercer Mundo, se vio en problemas de tipo económico y social que no era capaz de resolver. Algunos de ellos se originaron en las políticas centradas en el Estado que se habían aplicado durante años, la “falla del gobierno”, como se las denomina en ciertos círculos. Otros se derivaban de los problemas estructurales más amplios de la economía mundial, que aún no se recuperaba de los efectos de la crisis del petróleo de años anteriores. Además de la corrupción política, el estancamiento y la falta de diversificación de las economías, agobiadas por la deuda y el déficit fiscal, la debilidad del sector productivo y la ineficiencia del Estado se sumaban a la desgracia de estas sociedades. En estos países no quedó otra opción más que acudir a las instituciones financieras internacionales para pedir ayuda y adoptar las políticas de ajuste estructural neoliberales que promueven.

Los resultados han sido variados. Por una parte, los países que aplicaron estas políticas a partir de finales de los años setenta y principios de los ochenta han experimentado cambios que han llevado a la corrección de algunos de los problemas macroeconómicos que enfrentaron en esos años. Los déficits fiscales se han eliminado, el Estado ha racionalizado más sus operaciones, el sector privado se ha fortalecido y se le ha dado un papel más activo en la economía y se ha abierto una posible miríada de oportunidades mediante la participación en una economía mundial actualmente globalizada.⁵ Por otra parte, el programa de reforma ha impuesto una serie de políticas que suelen hacer caso omiso de las particulares circunstancias de cada cultura, economía y sociedad. En muchos casos gracias a estas políticas se concentraron los recursos en manos de minorías étnicas y sociales al tiempo que la participación del Estado en la prestación de servicios sociales se ha visto dificultada. Ello a su vez profundizó las disparidades sociales, la alienación social y la erosión del capital social que se habían establecido en el transcurso de la historia. A fin del siglo XX el Caribe aún tenía enormes segmentos de su población viviendo por debajo de la línea de pobreza. Muchos países en toda la región también sufrieron los efectos de la alta incidencia de la criminalidad y desempleo entre los jóvenes, la baja del rendimiento de la enseñanza primaria y secundaria, la disminución de la calidad de servicio del sector de salud pública y en algunos casos la pérdida de logros alcanzados en el sector salud en décadas anteriores. El conjunto inicial de políticas neoliberales destinadas a corregir “la falla del gobierno” generalmente se denomina el Consenso de Washington. Paradójicamente, algunas de estas propias políticas destruyeron instituciones cruciales para el adecuado funcionamiento del mercado (CEPAL, 2000). Los negativos resultados sociales enumerados anteriormente son consecuencias de este tipo de enfoque del desarrollo.

Contra este trasfondo, se ha hecho evidente que hay que aplicar una serie de políticas destinadas a construir y reformar las instituciones.⁶ Con ellas se deberá llenar el vacío que ha dejado un Estado disminuido, así como fallas de mercado y gobierno, a través de la participación de

⁵ “Posible” porque el marco en que se lleva a cabo el comercio internacional tiene un claro sesgo contra los Estados pequeños como los del Caribe. Véase Benn (2001).

⁶ Gracias a las políticas de mercado se han corregido problemas e ineficiencias como el déficit fiscal y la inflación, se ha creado una mayor apertura a las oportunidades debido al comercio en el mercado internacional, se ha ampliado el papel del sector privado en los asuntos económicos y se ha aumentado la eficiencia del Estado. Al mismo tiempo, se han exacerbado problemas relacionados con la herencia histórica de desigualdad social y económica y la desproporcionada distribución de los recursos, se han distanciado algunos de los servicios sociales básicos de los pobres y se ha expuesto la estructura productiva local a la competencia internacional sin prepararla. El interrogante que surge es cómo conservar lo que vale la pena y corregir lo que resulta perjudicial. Es evidente que hay que reformar algunas de las reformas que han dejado desquiciadas a nuestras sociedades.

distintos actores de la sociedad civil, en un proceso tendiente a reconstruir algunas de las instituciones destruidas por las políticas del Consenso de Washington y a crear las instituciones nuevas que las actuales circunstancias exigen. Ello es necesario para superar algunas de las disparidades y trastornos sociales generados por la primera ronda de políticas y el legado histórico de desigualdad social y económica en la región. Sin embargo, debe hacerse asegurando al mismo tiempo que los logros macroeconómicos alcanzados durante la primera ronda no se pierdan y velando por que la equidad y la integración social ocupen un lugar preponderante en estas políticas. Por cierto, la era en que los ciudadanos de la región eran meros espectadores en el proceso de construcción social ha pasado. La actual coyuntura histórica exige trazar un camino que salvaguarde los logros del neoliberalismo económico mediante la formulación de una nueva política pública, caracterizada por la búsqueda del interés de la colectividad más que la expresión de la voluntad de los representantes elegidos. La sociedad civil, con su preocupación por el bienestar social, tiene ahora que desempeñar un papel fundamental en la gobernabilidad de una sociedad que respeta la eficacia del mercado.

Los factores que constituyen un obstáculo para una ciudadanía informada, activa y participativa representan la susceptibilidad al riesgo. Algunos de estos son la falta de educación y empleo y la distribución desigual del ingreso y demás recursos materiales. En algunos países del Caribe más que en otros, esta situación está acompañada y reforzada por la ausencia de un marco ético de referencia en que se reconozca el valor intrínseco de los derechos humanos, la igualdad y la justicia, así como su carácter de piedra angular de los sistemas económicos sostenibles y dinámicos. La preocupación que expresamos en este documento es la de intentar comprender hasta qué punto los procesos y estructuras demográficos contribuyen a mantener o continuar los procesos que llevan a la ignorancia, la pobreza y la desigualdad en la sociedad caribeña.

IV. Tendencias demográficas en el Caribe, 1840-1980

A continuación analizaremos las principales tendencias demográficas que se han observado en el Caribe. Esta sección se dividirá en dos partes. En la primera se examinará el movimiento demográfico desde el levantamiento de los primeros censos hasta 1980. En la segunda se abordarán las tendencias del movimiento en el período 1980-2000. Los censos de población del Caribe se realizaron por primera vez a principios de la década de 1840, inmediatamente después de la abolición de la esclavitud. Entre los años 1841-1844 y 1943, a intervalos de diez años, se han realizado siete censos completos del Caribe británico.⁷ Desde entonces se han realizado censos en toda la región a principios de las décadas de 1960, 1970, 1980, 1990 y ahora en el 2000.

A. Tendencias del crecimiento demográfico

En números absolutos, el crecimiento demográfico se ha producido de manera diferencial en el período transcurrido desde el primer censo. La región registró su primer millón de personas en el censo de 1861. Pasaron 60 años, de 1861 a 1921, hasta que seagregó el segundo millón. Sin embargo, el tercero, cuarto y quinto millones se

⁷ En 1851 no se hicieron censos en Dominica, Guayana Británica, Honduras Británica y las Islas Vírgenes Británicas. En 1861, el único territorio en que no se realizó el censo fue en el pequeño Saint Kitts y Nevis. En 1901 Barbados, Guayana Británica, Jamaica y San Vicente no tomaron parte en la actividad censal. Por último en 1931, sólo Guayana Británica, Honduras Británica, San Vicente y Trinidad y Tabago realizaron censos. En el período histórico de 1840 a 1943, pues, se tomaron censos completos en 1841-1844, 1861, 1871, 1881, 1891, 1911, 1921 y 1943.

sumaron en sólo 25, 18 y 16 años más respectivamente. Entre el levantamiento de los primeros censos y 1980 la población de la región ha crecido en términos absolutos unos cuatro millones de personas, ascendiendo a aproximadamente 5 millones al final de ese período.⁸

Las tasas anuales de crecimiento aumentaron de 1.07% durante el primer período intercensal 1841-1861, a 1.52% en el período 1871-1881. Luego declinaron a un mínimo de 0.24% durante el período 1911-1921. El crecimiento demográfico en la región saltó a 2.0% en los años 1943-1960. Para el momento del censo de 1980-1982 había descendido a 0.96%. En el período anterior a 1921 los altos niveles de fecundidad de 31 por 1 000 se compensaron con altos niveles de mortalidad de 21 por 1 000. En estos años la inmigración había contribuido moderadamente a aumentar la población de la región. No obstante, en el período intercensal 1911-1921 los movimientos hacia el exterior desaceleraron significativamente la tasa de crecimiento, al producir la reducción de dos tercios del incremento natural.

Durante el período intercensal 1921-1943 las diferencias en fecundidad y mortalidad comienzan a incidir en el crecimiento demográfico de la región. En este período la migración decae, las muertes bajan a menos de 21 por 1 000 por primera vez en la historia de la región, pero la fecundidad permanece alta, a 34.0 por 1 000. Al momento del censo de 1960 el impacto de la diferencia entre ambos procesos es tan grande que aun con altos niveles de emigración, la tasa de crecimiento anual trepa a 2.0%. Entre 1960 y 1970 la mortalidad seguía bajando, hasta llegar a un mínimo de 8 muertes por 1 000 personas, en tanto la fecundidad alcanza un máximo histórico de 38 por 1 000. Si no se hubiera producido el movimiento de grandes masas de emigrantes en este período, el crecimiento demográfico de la región habría superado el 3.0%, con lo cual se habría ubicado entre los mayores del mundo (Roberts, s/f). Las tasas de natalidad son superiores y las tasas de mortalidad inferiores al período intercensal anterior, pero el crecimiento demográfico es inferior debido a un incremento de la emigración, con lo cual se elimina el 54% del incremento natural de la región en este período. En el intervalo intercensal 1970-1982 el crecimiento demográfico cae al nivel más bajo de los tres intervalos intercensales desde 1943, 0.96% al año. En dicho intervalo se registra otra baja de la mortalidad, medida por las tasas brutas de natalidad, a 7 por 1 000, una reducción de la fecundidad, medida por las tasas brutas de natalidad, a 26 por 1 000, y continuas tasas elevadas de emigración. Sobre la base de estas cifras agregadas, se puede concluir que para la región en su conjunto las tres primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX representan un período en que la mortalidad comenzó a acercarse a niveles característicos del mundo desarrollado, si bien no ha experimentado las transformaciones sociales que acompañaron dichas bajas en esa parte del mundo (véase el cuadro 1).

⁸ Por cierto, estas cifras se refieren únicamente a las personas que residen en el Caribe. Los cálculos varían pero en general se estima que hay igual cantidad de caribeños que viven fuera de la región como dentro de ella. En esta era de globalización y de viajes circulares que esta conlleva, se trata de un público muy importante desde el punto de vista socioeconómico así como demográfico.

Cuadro 1
CARIBE ANGLOHABLANTE: MOVIMIENTO DE LA POBLACIÓN, 1840-1980

Año censal	Población censal	Incremento intercensal	Tasa anual (en porcentajes)	Nacimientos durante el intervalo intercensal	Muertes durante el intervalo intercensal	Incremento natural	Inmigrantes con contrato forzoso total neto (1839-1981)	Emigrantes del Oeste de India	Saldo migratorio	Incremento natural como porcentaje del incremento intercensal	Tasas por 1 000 habitantes			
											Nacimientos	Muertes	Incremento natural	
1841-1844	863 900						24 500							
1861	1 068 400	204 500	1.07			79 700	124 800			39				
1871	1 238 300	169 900	1.49			88 300	81 600			52				
1881	1 440 000	201 500	1.52	412 600	281 900	130 700	72 400	1 600	70 800	65	30.8	21	10	
1891	1 607 300	167 300	1.11	443 00	320 500	122 500	45 200	500	44 700	73	29	21	8	
1911	1 951 300	344 000	0.97	1 067 600	746 400	321 200	64 000	41 200	22 800	93	30	21	9	
1921	1 999 200	47 900	0.24	560 000	413 900	146 100	12 500	110 800	-98 300	305	28	21	7	
1943-1946	2 851 000	851 800	1.43	1 980 300	1 147 900	832 400				98	34	19	14	
1960	3 766 800	915 800	2.00	1 705 400	832 400	873 000		245 300		95	34.4	17	18	
1970	4 319 500	552 700	1.38	1 518 700	320 400	1 198 300		645 700		217	38	8	30	
1980-1982	4 845 147	525 647	0.96	1 430 858	338 548	1 092 310		566 663		208	26	7	24	
1990-1991	5 095 662	250 515	0.51		-	-		-			22		-	

Fuente: Extraído en parte de G.W.Roberts y Jack Harewood, "Main Phases of Migration Affecting the English-Speaking Caribbean", "Notes on the Population of the Commonwealth Caribbean", enero de 1985, inédito.

B. El aporte de los componentes del crecimiento

1. La mortalidad

La importancia de los tres componentes del crecimiento ha variado en el período analizado. La morbilidad y la mortalidad han registrado altibajos en el Caribe. En el siglo XIX y hasta el fin de la segunda década del XX, abundaban las altísimas tasas de morbilidad y mortalidad, una de cuyas principales causas era las malas condiciones de vida de la población y la falta de un conjunto coherente de políticas y legislación en materia de salud pública. En el siglo XIX, territorios como Barbados y la Guayana Británica sufrían muy altas tasas de mortalidad, debido al hacinamiento de las viviendas en el caso del primero y a condiciones extremadamente insalubres en las plantaciones de azúcar en el caso del segundo. Asimismo, en esos años se observaban condiciones similares en otras partes de la región.

No era extraño que hasta un cuarto de una cohorte de nacimiento cualquiera pereciera antes de los cuatro años (Roberts y Harewood, 1966). Las enfermedades transmitidas por vectores y transmisibles de las vías respiratorias y el estómago eran las principales causantes de esta situación. A partir de las últimas dos décadas del siglo XIX se introdujo una serie de leyes en toda la región relacionadas con el tema de la salud pública, las cuales, junto con los adelantos de la ciencia médica, el control de la población de vectores asociados a enfermedades como el paludismo, y el trabajo en el campo del bienestar social a cargo de organizaciones filantrópicas internacionales, habrían de producir enormes mejoras de las condiciones sanitarias en que vivía la población. Además, también mejoró la situación nutricional de la población, con lo cual se redujo notablemente la morbilidad y mortalidad en la región. A fines de la segunda década del siglo XX había comenzado lo que se ha denominado una "era de control de la mortalidad". Durante gran parte de este siglo el Caribe aprovechó los adelantos en materia de atención de la salud alcanzados en los años anteriores. Así pues, el crecimiento económico, el progreso científico, la asistencia internacional, las constantes mejoras en el ámbito de la salud pública y la infraestructura social y las políticas de atención de la salud con orientación pública contribuyeron a seguir mejorando la situación sanitaria de la población. En los últimos años, debido a las restricciones fiscales y monetarias que trajeron aparejadas la crisis económica, además del VIH, se ha registrado una leve inversión de la tendencia positiva en algunos territorios de la región.

2. La fecundidad

Durante gran parte del siglo XIX y hasta los años cincuenta, la fecundidad en el Caribe era alta, lo que cabía prever, dados los altos niveles de mortalidad que predominaron en esta era. La fecundidad era alta pero su aporte al crecimiento demográfico dependía de los niveles de mortalidad y emigración registrados. Como hemos visto, la mortalidad, que comenzó a declinar en la segunda década del siglo XX, ha seguido bajando, lo que significó altos niveles de incremento natural durante gran parte de ese siglo. Sólo en las últimas dos décadas estos niveles de incremento natural han comenzado a bajar. A partir del período intercensal 1960-1970, la fecundidad registró bajas que han continuado hasta el presente.

3. La migración

La migración ha sido un componente muy importante del crecimiento demográfico en la región. En el período histórico en estudio hubo tres corrientes de migración externa que afectaron a la región: la inmigración con contrato forzoso (consistente en el traslado de naturales de la India oriental del subcontinente indio principalmente a los territorios de Trinidad y la Guayana Británica), el movimiento intercaribeño (sobre todo entre las Islas Windward y las “nuevas” colonias de Trinidad y la Guayana Británica) y los viajes extrarregionales, a lugares como Panamá, la República Dominicana, Cuba y los Estados Unidos. En el período posterior a la Segunda Guerra Mundial el movimiento intercaribeño ha continuado, transformado por las variaciones de los niveles de desarrollo socioeconómico que han caracterizado a la región.⁹ Los viajes extrarregionales se han manifestado en el movimiento a países del Atlántico Norte, comenzando con Gran Bretaña a fines de los años cuarenta, y continuando actualmente con movimientos sobre todo hacia Norteamérica. Acompañando este movimiento externo se advierte un flujo desde el campo hacia los principales centros urbanos, lo que ha significado una redistribución de la población más que un aumento de su tamaño.

4. La urbanización

Históricamente, el movimiento hacia fuera de los países de la región también se ha asociado al movimiento de las zonas rurales a las urbanas. La urbanización no hace un aporte directo al crecimiento demográfico; más bien, contribuye al proceso de redistribución de la población dentro de los territorios de una manera que tiene importantes consecuencias para la vida social y económica del país. Como parte del trasfondo para la discusión de la vulnerabilidad sociodemográfica, se consideran las características de la urbanización en el Caribe.

Dado su carácter de países principalmente exportadores, la vida económica se ha centrado en lo que ocurre en este sector. En los mejores tiempos la economía rural no era capaz de absorber proporciones significativas de la fuerza laboral, gran parte de la cual se encaminaba hacia la zona urbana y comercializada en busca de alternativas de empleo. Como los centros urbanos de la región no eran asientos de la producción industrial con una demanda creciente de mano de obra, tampoco existía allí suficiente actividad económica para absorber el “exceso” de mano de obra del campo.¹⁰ Estos problemas se complicaban siempre que se registraba una caída en el sector agrícola de

⁹ La tendencia que predomina es aquella en la que se registra el movimiento de personas desde los países más pobres de la región a una serie de países relativamente prósperos. Parte de este movimiento, como el que se origina en San Vicente y Granada y se dirige a Trinidad y Tabago, representa la continuación de una tendencia histórica. En otros casos, como el movimiento de jamaíquinos y guyaneses a Antigua, Saint Kitts y las Islas Caimán, este fenómeno se asocia a acontecimientos ocurridos como resultado de la globalización.

¹⁰ Por cierto este es el problema que abordaron los primeros teóricos del desarrollo. La bibliografía de la economía del desarrollo abarca el trabajo de teóricos como A. W. Lewis, R. Nurske, P. Roseinstein-Rodan, que intentaron formular teorías para responder a la problemática de regiones como el Caribe, que intentaban industrializar sus economías y escapar de la pobreza y el subdesarrollo que suponía su papel de exportadores de productos agrícolas primarios.

exportación. En tales circunstancias la población respondía saliendo de las zonas rurales en busca de oportunidades económicas en el extranjero y dentro de la ciudad principal.¹¹

C. Tendencias en la urbanización del Caribe, 1950-1980

En el período 1950-1970 la población urbana del Commonwealth del Caribe creció a más del doble de la tasa de las poblaciones rurales. En el período 1970-1980 la tasa de incremento fue del doble a cuatro veces la tasa de aumento de las poblaciones rurales.

Demográficamente, las dos fuentes de crecimiento de la población urbana son el incremento natural de la población y la migración del sector rural al urbano. Para el Caribe en general, el crecimiento de la población urbana (72% en 1970-1975) se debe en gran parte al incremento natural. Para cada uno de los territorios del Caribe, la importancia relativa de ambos factores varía. En el caso de Jamaica, se atribuye al incremento natural el 47.4% del crecimiento urbano. En Trinidad y Tabago la cifra correspondiente es de 57.9%. Pese a que la fecundidad de las mujeres urbanas ha declinado, esta variable sigue siendo una importante fuente de incremento de la tasa de crecimiento de la población urbana.

En el territorio de Guyana la tasa de crecimiento demográfico fue de 6.8%. El 51% de este crecimiento obedeció a la migración interna. En Jamaica la tasa de crecimiento fue de 3.8%, cuyo 52.6% se debió a la migración interna. En el caso de Trinidad y Tabago la tasa de crecimiento de la población urbana fue de 2.0%, cuyo 42.1% es atribuible a la migración interna.

D. Variaciones regionales en la demografía del Caribe

Los territorios comparten una historia social y económica común de predominio de la actividad agrícola exportadora primaria realizada casi siempre utilizando el marco institucional asociado con la plantación (Best y Levit, 1968). Así pues, tienen un lugar común en la economía global y a nivel local han sido transformados por un marco institucional común. Sin embargo, dentro de estas coincidencias, hay una serie limitada de variaciones que destacan los aspectos insulares de la existencia de estos territorios. El histórico predominio de la plantación en la mayoría de los territorios del Caribe fue perpetuado por el surgimiento de un campesinado parcial, un sector agrícola interno y un limitado número de productos y actividades alternativos. El grado de esta variación dentro de cada uno de los territorios dependía de la manera en que los accidentes geográficos y la historia permitiera adaptarse a las vicisitudes de la economía mundial (Brown, 2000). Cada una de estas pequeñas sociedades, aunque con un legado sociohistórico común, se enfrenta con circunstancias individualizadas de lugar físico, sociedad, economía y demografía. Barbados, por ejemplo, ha tenido una tasa de fecundidad de menos de 3 desde 1975-1980, al tiempo que Belice registraba una tasa de 6 niños por mujer y Santa Lucía 5 niños por mujer (véase el cuadro 2).

Asimismo, en 1980, cuando Barbados y Jamaica tenían una expectativa de vida al nacer de por lo menos 70 años, la de Guyana era de sólo 61 (véase el cuadro 3). Es más, la tasa de mortalidad y fecundidad ha bajado a un ritmo diferente en cada territorio. Entre 1955 y 1980, la tasa total de fecundidad de Santa Lucía se redujo 25%, en tanto en el mismo período, la de Trinidad y Tabago experimentó una baja de aproximadamente 40%.

¹¹ Por ejemplo, las coyunturas desfavorables en la industria azucarera de las Indias occidentales a fines del siglo XIX se asociaban con movimientos de hombres al extranjero y de mujeres hacia los centros urbanos de la región. El movimiento histórico hacia centros urbanos como Kingston, Jamaica, está estrechamente relacionado con la suerte del azúcar jamaicano en el mercado mundial. Lo mismo ocurrió en Trinidad y Tabago durante los años treinta y cuarenta, cuando las contracciones de la industria azucarera del país provocaron éxodos de las plantaciones de azúcar hacia los centros urbanos de Puerto España y San Fernando.

Cuadro 2
FECUNDIDAD TOTAL POR MUJER, 1960-1980

País	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980
Bahamas	4.31	4.50	3.79	3.44	3.22
Barbados	4.67	4.26	3.45	2.74	2.19
Belice	6.55	6.45	6.35	6.25	6.20
Guyana	6.77	6.15	6.11	4.90	3.94
Haití	6.30	6.30	6.00	5.76	5.96
Jamaica	5.08	5.64	5.78	5.00	4.00
Santa Lucía	6.94	6.79	6.48	5.69	5.20
Suriname	6.56	6.56	5.95	5.29	4.20
Trinidad y Tabago	5.30	4.99	3.79	3.45	3.40

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. I, Comprehensive Tables, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.XIII.8.

Cuadro 3
PAÍSES SELECCIONADOS DEL CARIBE: EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER, 1955-2000
(En años)

País	1955-1960			1960-1965			1965-1970		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Bahamas	60.8	63.8	62.4	61.0	67.3	64.2	62.9	68.6	65.8
Barbados	60.2	65.0	62.6	63.5	68.3	65.9	65.2	70.1	67.6
Belice	59.6	60.8	60.2	62.1	63.3	62.7	64.6	65.8	65.2
Guyana	53.3	56.4	54.8	55.8	58.9	57.3	57.5	61.0	59.2
Haití	39.4	42.0	40.7	42.2	44.9	43.6	44.9	47.6	46.2
Jamaica	60.8	64.5	62.6	63.7	67.5	65.6	65.7	69.3	67.5
Santa Lucía	55.1	58.5	56.8	57.6	61.6	59.7	60.0	64.7	62.5
Suriname	57.0	60.5	58.7	58.7	62.5	60.5	60.5	64.5	62.5
Trinidad y Tabago	60.1	63.5	61.8	62.9	67.1	64.9	63.4	67.6	65.4
País	1970-1975			1975-1980			1980-1985		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Bahamas	63.2	69.9	66.5	63.5	71.2	67.3	64.5	72.6	68.2
Barbados	66.9	72.0	69.4	68.7	73.9	71.3	70.5	75.5	73.2
Belice	66.9	68.3	67.6	68.9	70.6	69.7	70.4	72.6	71.4
Guyana	58.0	62.1	60.0	58.3	63.2	60.7	58.2	64.1	61.0
Haití	47.1	50.0	48.5	49.1	52.2	50.6	50.3	53.0	51.6
Jamaica	67.3	70.7	69.0	68.4	71.8	70.1	69.6	72.9	71.2
Santa Lucía	62.4	67.9	65.3	64.9	71.0	68.0	67.3	73.7	70.5
Suriname	61.7	66.5	64.0	62.8	67.7	65.1	64.8	69.7	67.1
Trinidad y Tabago	63.6	68.3	65.9	65.9	70.9	68.3	67.8	72.8	70.2
País	1985-1990			1990-1995			1995-2000		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Bahamas	65.8	73.6	69.4	65.1	73.1	68.7	64.8	73.5	69.1
Barbados	71.9	76.9	74.6	72.9	77.9	75.4	73.7	78.7	76.4
Belice	71.4	73.8	72.5	71.9	74.3	72.9	72.4	75.0	73.6
Guyana	59.4	65.5	62.3	61.1	68.1	64.4	59.8	67.8	63.7
Haití	50.3	53.8	52.0	49.7	54.5	52.1	49.1	55.0	52.0
Jamaica	70.7	74.2	72.5	71.9	75.8	73.7	72.9	76.8	74.8
Santa Lucía	68.3	73.6	71.0	69.3	74.6	71.9	70.3	75.6	73.0
Suriname	65.8	70.8	68.2	66.5	71.5	69.0	67.5	72.7	70.1
Trinidad y Tabago	69.8	74.5	72.1	70.5	75.2	72.6	71.5	76.2	73.8

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. I, Comprehensive Tables, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.XIII.8.

Hay una serie de factores que contribuyen a que estas bajas de fecundidad ocurran en ciertos momentos y con cierto ritmo, y su variación en la región es indicativa de la variación experimentada en cada uno de los territorios. Estos factores pueden dividirse en demográficos y socioeconómicos. Los factores demográficos son las bajas de la mortalidad y la mortalidad infantil y la anticoncepción (Bongaarts, 1982). Los factores socioeconómicos se relacionan con la transformación social y económica de estas sociedades en el transcurso del período en cuestión.

E. La dinámica de la población y la transición demográfica en el Caribe

En general los niveles de fecundidad reflejan las tendencias de la mortalidad. Según la teoría de la transición demográfica, la reducción de la mortalidad es una condición sine qua non de la declinación de la fecundidad (Davis, 1945). Tal como indican los proponentes originales de esta teoría, la relación está implícita, ya que la principal área de concentración está en los cambios de la estructura social de la cual la mortalidad y los factores que inciden en ella forman parte. Una hipótesis que podría formularse sobre la base de lo anterior es que si las bajas de mortalidad se producen fuera de la transformación de la estructura social, no cambiará la estructura de oportunidad que enfrentan los jóvenes, ni las convenciones, valores y normas sociales que rigen la fecundidad. En consecuencia, la fecundidad seguirá siendo alta, con lo cual la población aumentará en el corto a mediano plazo. Además, al mejorar la situación de salud de la población, es probable que se registre una reducción de los abortos espontáneos.

En el largo plazo, aunque no haya cambios en las formas en que se organizan la sociedad y la economía, la baja de la mortalidad producirá efectos demográficos que contribuirán a reducir la fecundidad. El primero de estos efectos es el cambio de la estructura de edad/sexo. Debido a la baja de la mortalidad, se observará un incremento del tamaño relativo de los grupos de edad fuera de la edad de procreación y por ende bajará la tasa bruta de natalidad. El segundo cambio de la estructura de edad/sexo será el aumento de la proporción de mujeres cinco años menores que los hombres con los que probablemente cohabitarán, lo que dificultará que las mujeres encuentren compañeros adecuados y aumentará el número de mujeres que no estarán en unión sexual. Las otras dos maneras en que las reducciones de mortalidad dan lugar a reducciones de la fecundidad son las así llamadas hipótesis de reemplazo y supervivencia infantil. En pocas palabras, estas teorías sugieren que en los casos en que la mortalidad declina, los padres estarán menos preocupados de producir niños con el fin de reemplazar a los que han muerto. También indica que las parejas serán menos propensas a tener descendencia como medio de asegurar la continuidad de su familia, dada la probabilidad de que sobrevivan más de sus vástagos.

Estos argumentos parecen dar sentido a las tendencias demográficas del Caribe que hemos examinado hasta ahora. Si pensamos en la región en términos agregados y sostenemos que durante gran parte del siglo XX podría caracterizarse como una región principalmente dedicada a la exportación de productos primarios al mundo desarrollado, con una desigual distribución de recursos y crecientes pero aún limitadas oportunidades de progreso social para sus pueblos, luego el perfil demográfico esbozado antes es comprensible. Así pues, en el período más reciente seguramente continuará la baja de la mortalidad y una fecundidad en descenso, que se resiste a esta tendencia sólo en ciertas categorías socioeconómicas y demográficas de la población.¹² También se registrará un problema de sobreurbanización y continuarán los altos niveles de emigración, dada la falta de diversidad de las economías y el subdesarrollo de las zonas rurales. En toda la región se observarán variaciones de estas tendencias, debido al distinto impacto que la globalización habrá tenido sobre ella en el transcurso de las dos últimas décadas. Así, algunas sociedades podrían experimentar los movimientos de población de la primera transición demográfica, en tanto otras

¹² Grupos socialmente desfavorecidos que están fuera de los límites de cualquier transformación social que pueda haber ocurrido.

podrían haber completado la primera transición y avanzado en la segunda. Además, en muchos de los territorios de la región es probable que, debido al VIH, se hayan perdido algunos de los logros alcanzados en materia de longevidad en los últimos años. En la próxima sección del documento veremos hasta qué punto estos argumentos se aprecian en las tendencias más recientes de los procesos y estructuras demográficos. Luego procederemos a examinar las maneras en que la configuración demográfica que predomina podría representar un riesgo o amenaza al logro de los objetivos de desarrollo de la región.

V. Tendencias demográficas en el Caribe, 1980-2000

A. El crecimiento demográfico

En el período intercensal 1980/1981-1990/1991 continuó desacelerándose la tasa de crecimiento demográfico, tendencia que se había observado en las décadas anteriores. De hecho, en este intervalo intercensal los registros bajaron a 0.51, la segunda menor tasa anual de crecimiento que la población de la región haya experimentado desde que comenzaron a realizarse los censos.¹³ Sólo durante el intervalo intercensal 1911-1921 se registró una tasa de crecimiento inferior, de 0.24%. La pregunta que surge en este momento tiene que ver con las causas de las reducciones más recientes de la tasa de crecimiento demográfico. Cabe preguntarse si las reducciones reflejan que se está registrando una transición demográfica hecha y derecha en la región o si nuevamente la incidencia de altos niveles de emigración frena la tasa de crecimiento demográfico, como ocurrió en 1911-1921. También existe la posibilidad de que ambas cosas estuvieran ocurriendo simultáneamente.

Los datos correspondientes a la mortalidad en los territorios están incompletos, pero según la información disponible, continúan las declinaciones observadas en las últimas décadas.¹⁴ Los datos sobre migración tampoco son fácilmente accesibles. Según pruebas

¹³ En este cálculo se excluye la población de Antigua, donde no se realizó censo en 1980. Si se incluye la población interpolada de 57 584 habitantes en el censo de 1980-1981, la tasa de crecimiento demográfico para el intervalo intercensal 1982-1991 cae a 0.43.

¹⁴ No se dispone de datos relativos a las muertes en Jamaica en 1990 ni en Guyana en esa década.

circunstanciales, en este intervalo intercensal se han mantenido los altos niveles de movimiento al exterior. La fecundidad, medida por la tasa bruta de natalidad, registró una baja de 15% en el anterior intervalo intercensal, cuando era de 26 por 1 000. Estos datos nos permiten especular que, en términos agregados, la región continúa registrando bajas de la mortalidad y la fecundidad que la encaminan hacia una transición demográfica, aunque aún no la ha alcanzado (véase el cuadro 1).¹⁵

Las oportunidades de progreso personal que la región ofrece a su población aún no bastan para satisfacer sus aspiraciones. Por eso grandes cantidades de personas continúan buscando un futuro en el extranjero. En los últimos tiempos, las condiciones relacionadas con los ajustes que estas economías y sociedades han debido hacer para adaptarse al neoliberalismo económico y la mayor facilidad de movimiento entre países que forma parte del proceso de globalización parecerían haber llevado a un continuo o mayor nivel de movimiento de personas fuera de la región. Por ende una conclusión razonable podría ser que la migración hacia el exterior no solo continuó siendo el factor que más frenó el crecimiento demográfico de la región en el período 1980-1990, sino que en este intervalo censal aumentó a niveles que produjeron la segunda menor tasa de crecimiento demográfico de la historia de la región.¹⁶

Aun en ausencia de datos para el período 1990-2000, se puede suponer con seguridad que las tendencias observadas en la década anterior han continuado en la actual. En particular, la mortalidad, medida por la tasa bruta de mortalidad, continuaría alrededor de 5 a 6 por 1 000. Según los cálculos de este indicador para una serie de países de la región, con excepción de dos, Barbados y Guyana, que tienen tasas de 8.3 y 8.4 respectivamente, se confirma este hecho (véase el cuadro 4).

Cuadro 4
PAÍSES SELECCIONADOS DEL CARIBE: TASA BRUTA DE MORTALIDAD
(Por 1 000 habitantes)

País	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Bahamas	9.0	7.7	7.1	6.1	5.6	6.1	5.9	6.5	6.8
Barbados	10.3	9.2	8.5	8.7	8.7	8.0	8.7	9.1	8.3
Belice	11.0	9.6	8.3	7.3	6.5	5.7	5.2	4.9	4.5
Guyana	15.9	13.7	11.6	10.3	9.2	9.0	8.5	7.9	8.4
Haití	24.8	22.2	19.7	17.8	16.5	15.9	15.0	13.7	13.4
Jamaica	9.8	9.1	8.5	8.2	7.4	6.7	6.5	6.4	5.9
Santa Lucía	14.5	11.8	8.4	8.0	7.1	6.2	6.2	6.2	5.7
Suriname	11.4	10.3	8.8	7.5	7.3	7.0	6.4	6.2	6.0
Trinidad y Tabago	9.4	7.6	7.2	7.4	7.1	7.1	6.8	6.1	5.9

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. I, Comprehensive Tables, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.XIII.8.

En Barbados y Guyana los niveles de mortalidad históricamente han sido bastante altos. En el caso de Barbados se debía a la alta densidad de la población y al hacinamiento. Se trata de circunstancias que facilitaron la transmisión de enfermedades contagiosas que causaron estragos entre la población, en la era en que las enfermedades exógenas estaban en ascenso. En el caso de Guyana la situación obedecía a las condiciones insalubres reinantes en las propiedades azucareras y

¹⁵ La tasa bruta de natalidad de la región, que ascendía a 22 por 1000 habitantes en 1980-1990, es aún muy superior a las tasas de Europa occidental, que en 1985-1990 alcanzaba 12.2. Desde incluso 1950-1955 dicha tasa era de 17.5 en Europa occidental.

¹⁶ A esta altura se ha hecho evidente que la emigración es quizá el factor regulador más importante del crecimiento demográfico de las Indias Occidentales. A la propensión normal a buscar mejores condiciones afuera, que es parte de la vida en islas pequeñas, se suma la escasa diversidad económica y las desiguales y estrechas estructuras de oportunidades que caracterizan a estas sociedades. El movimiento "normal" hacia el exterior de estas sociedades depende de los cambios de las circunstancias económicas en el país y el extranjero. Así, dadas las penurias económicas que han traído los ajustes aplicados en la región durante los años ochenta, la expectativa sería grandes flujos hacia el exterior. Por otra parte, el auge económico en los Estados Unidos a partir de los últimos años de la década de 1980 seguramente ha promovido la emigración, que se ha acelerado en los años noventa, conforme se ha mantenido el auge económico en aquel país.

la propensión de la topografía a la reproducción de vectores de las enfermedades exógenas. En el transcurso del siglo XX, la situación de Barbados progresó gracias al mejoramiento de las condiciones de vida y al control de la mayoría de estas enfermedades. La tasa bruta de mortalidad, que en este país continúa siendo alta, se debe a la proporción relativamente elevada de su población que actualmente corresponde al grupo de edad de 65 años o más. Cuando se usa la medida más refinada de expectativa de vida al nacer, Barbados registra una estadística de 76.4 años, uno de los más largos promedios de vida de la región. Sin embargo, hay una mayor proporción de la población del país que es de edad y por lo tanto tiene un riesgo más alto de morir que en promedios de vida similares de otros países en que proporcionalmente son menos numerosos. En el caso de Guyana la mayor tasa bruta de mortalidad refleja el menor control de la mortalidad y la mayor probabilidad de morir que enfrentan ciertos grupos de la población, lo que produce una expectativa de vida al nacer relativamente baja para este país, de 63.7 años.

B. La mortalidad infantil

Pese a los grandes logros alcanzados en materia de control de la mortalidad en la región, aún se puede seguir mejorando, lo que se aplica en particular al área de la mortalidad infantil. En efecto, este hecho es evidente al comparar las cifras correspondientes a la región con las del mundo desarrollado (véase el cuadro 5). El nivel de mortalidad infantil que predomina en un país es un indicador particularmente sensible del estado del sistema de atención de la salud y de las condiciones de vida de la población. Más adelante examinaremos los factores sociales y demográficos que se asocian con los niveles relativamente altos de mortalidad infantil que se observan en la región.

Cuadro 5
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
(Por 1 000 nacidos vivos)

País	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Bahamas	56	48	41	38	35	31	23	21	19
Barbados	87	61	46	33	27	17	15	14	12
Belice	78	69	60	52	45	39	36	34	32
Guyana	105	95	82	79	67	71	63	56	56
Haití	193	176	165	152	139	124	106	74	68
Jamaica	78	61	52	45	37	31	27	24	22
Santa Lucía	105	81	48	39	29	23	20	16	14
Suriname	76	63	55	49	44	40	36	33	29
Trinidad y Tabago	63	48	46	41	32	25	20	16	14
Bélgica	35	26	23	19	14	11	8	7	4

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. I, Comprehensive Tables, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.XIII.8.

C. La fecundidad

En el caso de la fecundidad, también se advierte que continúa una tendencia descendente. Se proporcionan estimaciones de este indicador para el mismo conjunto de países examinado antes respecto de la mortalidad. En el caso de la tasa bruta de natalidad, las tasas van de un máximo de 28.5 en el caso de Belice a un mínimo de 12.9 en el caso de Barbados para el período 1995-2000. Además, estas tasas representan una declinación respecto de las que predominaban en el período anterior a 1990. Cuando se examina la fecundidad utilizando la más refinada tasa global de fecundidad, surge un cuadro similar. Las tasas van de un máximo de 3.4 hijos por mujer en Belice a un mínimo de 1.5 en Barbados, Trinidad y Tabago, con una tasa total de fecundidad de 1.65, es el único otro territorio con niveles de fecundidad por debajo del reemplazo. En este caso estas tasas

también representan una disminución respecto de las que predominaban en el período anterior (véase el cuadro 6).

Cuadro 6
FECUNDIDAD TOTAL POR MUJER, 1980-2000

País	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Bahamas	3.16	2.62	2.60	2.40
Barbados	1.92	1.75	1.60	1.50
Belice	5.40	4.70	4.18	3.41
Guyana	3.26	2.70	2.55	2.45
Haití	6.21	5.94	4.79	4.38
Jamaica	3.55	2.87	2.76	2.50
Santa Lucía	4.20	3.65	3.05	2.70
Suriname	3.70	2.92	2.45	2.21
Trinidad y Tabago	3.22	2.80	2.10	1.65

Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision*, vol. I, Comprehensive Tables, Nueva York, 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.XIII.8.

En los datos sobre fecundidad para cada uno de los países se advierte que las cifras agregadas para la región en su conjunto ocultan tendencias que o bien contradicen el patrón general de disminución, o bien se resisten al movimiento descendente. Lo mismo se aplica a los datos a nivel nacional, que tienden a ocultar tendencias entre ciertas categorías demográficas y sociales dentro del país que pueden tener un sentido contrario al patrón nacional de disminución. En el análisis de la vulnerabilidad sociodemográfica se examinará el impacto que el rezago de la fecundidad tiene a nivel nacional y de grupos sobre el hogar, las personas y la comunidad, a fin de determinar de qué manera limita o prohíbe que estas respectivas unidades hagan realidad su potencial como seres humanos y entidades cuyo funcionamiento adecuado incide en el bienestar de toda la sociedad.

D. La migración

En el caso de la migración, es más difícil proporcionar datos para respaldar la idea de que en el período 1990-2000 han continuado las tendencias observadas en el período intercensal anterior. En la mayor parte de la década la economía de los Estados Unidos de América experimentó condiciones de auge, que se dieron paralelamente a situaciones de penurias económicas en territorios del Caribe como Jamaica y Guyana. Por lo tanto, parece razonable concluir que el movimiento de personas que caracterizó a la década anterior continuó en los años noventa, lo que se confirmará con la publicación de las cifras para el Caribe del censo del 2001.¹⁷ En el análisis de la vulnerabilidad sociodemográfica intentaremos comprender las maneras en que la migración afecta al hogar y a la comunidad del Caribe.

E. Urbanización

En el período contemporáneo ha habido cierta diversificación de las economías regionales mediante el desarrollo de otros productos de exportación como minerales y el turismo.¹⁸ Además, se han desarrollado pequeños sectores manufactureros y han aumentado las actividades comerciales. El papel del centro urbano del Caribe como eje administrativo para la interacción de la economía local con la metropolitana se ha visto realzado por el hecho de que estas áreas ahora sirven como el lugar en que se basa la infraestructura que da lugar a la economía transnacional global (Sassen, 1998). Sin embargo, no sólo persiste el tradicional subdesarrollo rural y la primacía urbana, sino

¹⁷ Que constituirá la base para derivar la cifra de los migrantes caribeños correspondientes a la década utilizando la fórmula de ecuación compensadora.

¹⁸ Véase una reseña reciente de cómo estos acontecimientos han afectado la tendencia de urbanización en la región en A. Portes y otros, *The Urban Caribbean*.

que la llegada del neoliberalismo ha traído aparejados incrementos de la pobreza relativa, si no absoluta, en las zonas urbanas y la persistencia de la grave e intensa pobreza en algunas zonas rurales (Brown y otros, 1995).

El crecimiento urbano en la región tiende a estar dominado por una ciudad capital principal, donde generalmente habita más del 80% de la población urbana. Por ejemplo, uno de cuatro habitantes de la población de Jamaica vive en Kingston. El número de mujeres tiende a ser superior al de hombres en las ciudades caribeñas y la mayor parte de la población urbana tiende a tener menos de 35 años de edad.

F. La estructura de la población

Hasta ahora el análisis parece indicar que en las dos últimas décadas del siglo XX el movimiento de la población del Caribe se caracterizó por disminuciones de la mortalidad y la fecundidad y niveles de migración sostenidamente elevados. Este tipo de movimiento de la población tenderá a producir una estructura en que las personas de edad vienen a representar una mayor porción de la población total. En el análisis de la vulnerabilidad sociodemográfica determinaremos hasta qué punto la estructura de la población que ha surgido podría resultar desfavorable para los esfuerzos del individuo, el hogar y la comunidad por mejorar las condiciones a que se enfrentan.

VI. La demografía caribeña como una vulnerabilidad social

En esta sección del documento examinaremos en qué medida las estructuras y procesos demográficos que se han descrito podrían constituir fuentes de vulnerabilidad social para la región. Aquí utilizamos el concepto de vulnerabilidad social entendido con referencia a los esfuerzos de los pueblos de la región por lograr el desarrollo social en la pasada mitad de siglo. Estos esfuerzos tienen su expresión en políticas sociales y económicas cuyo marco está limitado por los polos del mercado y el Estado. Actualmente se reconoce que ambos ya no son antinomias sino más bien elementos complementarios. En el período contemporáneo se entiende que la región opera dentro de un mercado global regido por principios de libre comercio y competencia. La efectiva participación en este sistema es una condición indispensable para mejorar la calidad de vida de los pueblos de la región. Para hacerlo debe existir unidad entre los procesos económicos productivos y eficientes, una organización política eficiente alerta pero no invasiva y una sociedad civil que, mediante la acción de los distintos intereses que comprende, promueva una visión del bien común. Para que este tipo de arreglo sea factible, los ciudadanos de la región deben poder estar en condiciones de satisfacer sus necesidades básicas y tener las facilidades que les permitan realizar su potencial de seres humanos. Hay una serie de factores que pueden frustrar la realización de este esquema. A continuación pasamos a analizar los riesgos planteados por los fenómenos demográficos en este sentido.

A. La fecundidad

La fecundidad en el Caribe ha seguido la tendencia histórica de declinación hacia niveles de reemplazo e inferiores, lo que concuerda con la hipótesis de que el Caribe está experimentando una transición demográfica regida por el control de la mortalidad en general y la mortalidad infantil en particular (Guengant, 1990). Según este argumento, en el período 1960-1980, contra el trasfondo de esta reducción de la mortalidad, el uso de anticonceptivos en las mujeres en unión sexual aumentó de 10% a entre 50% y 70%, salvo en Belice, donde se estima por debajo del 10% en ese momento. Por cierto, la sola disponibilidad de anticonceptivos no supone necesariamente su uso por parte de la población. De hecho, de acuerdo con el argumento convencional, las mujeres sólo utilizarán estos dispositivos y procedimientos de manera sistemática ante la perspectiva de mejorar su situación. No obstante, en el caso del Caribe, se ha sugerido que, debido al fracaso de la agricultura, sumado a la no industrialización, la sobreurbanización y la emigración masiva en estas sociedades, se ha transformado la antigua forma de pensar según la cual era valioso tener una familia numerosa. A este proceso también contribuyó la difusión de la enseñanza primaria (Guengant, 1990).

Sin embargo, hay bolsones de mujeres dentro de la población que no han seguido esta tendencia. En general se trata de mujeres de estratos sociales desfavorecidos, a menudo víctimas de la pobreza crónica o intergeneracional, que suelen tener una educación de nivel primario solamente, falta de habilidades útiles para conseguir empleo y perspectivas económicas inciertas. Su alta fecundidad es tanto el producto como la causa de su pobreza. En términos de nuestra tesis central, la pobreza que reduce la capacidad de estas mujeres de hacer frente a sus circunstancias sociales y económicas está en sí misma reforzada por su comportamiento en lo que atañe a la fecundidad. Existen en varios países de la región, en proporciones lo suficientemente significativas para poner freno a la reducción general que caracteriza a la fecundidad a nivel nacional. Los datos extraídos de los estudios de medición de los niveles de vida de Granada y Belice nos permiten estudiar más de cerca su situación.

En el cuadro 7 aparece la relación entre la pobreza y la edad en Granada. Los datos revelan que la pobreza es un fenómeno joven. Más de 56% de los pobres tenían menos de 25 años de edad. Más preocupante es el hecho de que 51% de las personas que vivían por debajo de la línea de pobreza en Granada tenían menos de 20 años. En el otro extremo del espectro, 5.6% de los pobres tenían 65 años de edad o más, constituyendo 22.5% de todas las personas de 65 años o más del país.

La mayor propensión de las mujeres pobres a tener familias numerosas queda demostrada en el cuadro por el hecho de que los hijos de 0 a 14 años componen un 41% de los pobres, en oposición al 28% de los no pobres. Las mujeres pobres tienden a tener tasas relativamente altas de fecundidad y por consiguiente los hogares pobres tienden a tener un alto número de hijos. La mayor fecundidad es producto del hecho de que las mujeres pobres tienen hijos con más frecuencia y empiezan su vida reproductiva a una edad más temprana, en general en su adolescencia o antes.¹⁹ Aun en los casos en que las tasas nacionales de fecundidad están en descenso, las circunstancias de los pobres tienden a fomentar actitudes de desesperación, impotencia y fatalidad, que los hacen menos receptivos al mensaje de planificación familiar que los que no son pobres. Este parece ser el caso de Granada, en que si bien las tasas nacionales de fecundidad han estado en descenso en los últimos tiempos, el grupo de 0 a 4 años comprende aproximadamente 12% de los pobres, en comparación con un 8% de los no pobres. Las diferencias en los tamaños relativos de los grupos de 0 a 4 años de edad y 5 a 9 años de edad entre los pobres y no pobres apuntan a mayores tasas de

¹⁹ La fertilidad acumulada, “los hijos nacidos vivos”, es un componente muy importante de la fecundidad. Cuanto más jóvenes las mujeres comienzan el proceso de reproducción, más probabilidades tienen de tener una familia numerosa. Estos datos apuntan a la necesidad de entender el embarazo adolescente en relación con la situación socioeconómica.

fecundidad y menor receptividad a la planificación familiar entre las mujeres pobres que entre las que no lo son.

Cuadro 7
GRANADA: SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA, POR EDAD

Distribución por edad	Situación socioeconómica		Total
	Pobres	No pobres	
0 a 4 años	11.6	7.7	9.0
5 a 9 años	13.7	9.6	10.9
10 a 14 años	15.6	10.9	12.4
15 a 19 años	10.4	10.1	10.2
20 a 24 años	5.5	7.0	6.6
25 a 29 años	5.5	6.1	5.9
30 a 34 años	4.8	6.2	5.7
35 a 39 años	6.7	6.2	6.4
40 a 44 años	3.0	4.6	4.1
45 a 49 años	3.5	3.5	3.5
50 a 54 años	2.4	3.1	2.9
55 a 59 años	2.1	3.2	2.8
60 a 95 años	1.7	4.1	3.3
65 y más años	5.6	9.1	8.0
No declarada	8.1	8.5	8.4
Total	100.0	100.0	100.0
N	1 303	2 758	4 061

Fuente: Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), *Poverty Assessment Report: Grenada*, vols. 1 y 2, 1999.

Estudio de caso N° 1
Constance Cooper, 24 años de edad

Constance es una joven tímida y retraída, de voz suave. La cabaña en que vive está precariamente ubicada en la loma de un cerro. Tiene un dormitorio, comedor y cocina. El dormitorio cuenta con una improvisada cama hecha de un gran trozo de esponja dentro de unas tablas. No tiene electricidad ni agua y usa el baño del vecino, porque el hogar no tiene baño propio. La cabaña pertenece a la hermana de Constance. Además de ella y su hermana, el hogar se compone de cuatro de los seis hijos de Constance. Los otros dos hijos viven en Carriacou, uno con su padre y el otro con "una señora". Los niños tienen 13, 11, 8, 5 y 2 años de edad, y el más pequeño tiene 9 meses. Los cuatro menores son los que viven con Constance, y de ellos solo uno, el de 8 años, va a la escuela.

Constance creció en St. Georges, la capital de Granada. Es la hija menor de su madre y tiene cuatro hermanos y tres hermanas. Su madre, que trabajó de aseo en la iglesia católica, los crió. Constance fue a la escuela primaria hasta séptimo grado, luego a la edad de 11 años abandonó la escuela para tener su primer hijo. No ha trabajado mucho, y su única experiencia laboral es el programa estacional de emergencia.

Constance recibe 150 dólares al mes del padre de sus dos últimos hijos. También recibe ayuda de un amigo que trabaja en un supermercado, además de ropa de la iglesia. Aun así, hay días en que no tiene qué comer, como hoy. Durante la entrevista cuenta que ella y sus hijos no han comido nada en las últimas 24 horas. El domingo vio por última vez a su novio, el padre de sus dos últimos hijos, que le dijo que no recibiría dinero hasta el viernes (hoy es martes). Cuando no tiene comida les da agua con azúcar a sus hijos y los manda a la cama. Según dice, el sueño es una de las formas con que hace frente al hambre, porque con frecuencia no tiene nada para comer.

Estudio de caso N° 1 (conclusión)

Constance ha intentado conseguir empleo, como aseo en una oficina, pero no ha tenido éxito. Desde entonces no ha vuelto a buscar otro trabajo. Informa que si consiguiera un empleo podría dejar sus hijos con la madre de su papá. Su hermana tiene un hijo que vive con su madre; ella trabaja de empleada doméstica y utiliza casi todo su sueldo en mantener ese hogar. Constance señala que desearía que sus hijos fueran a la escuela el mayor tiempo posible y luego intentaran conseguir empleo.

Constance no tiene planes para el futuro. No le gustaría tener más hijos y tiene la intención de practicar "planificación familiar". Sin embargo, hasta este momento, después de nueve meses de nacido su último hijo, no ha hecho ningún esfuerzo por adquirir forma alguna de anticonceptivos. En lugar de eso, confía en la infertilidad postparto.

Fuente: Sobre la base de entrevistas realizadas por Dennis A.V. Brown en Granada, Indias Occidentales, 1998.

A los 24 años, Constance ya tiene seis hijos. Es un caso típico de una serie de jóvenes provenientes de hogares pobres del país y obviamente personifica un rezago transicional en el proceso de declinación de la fecundidad en la región. En cierto modo, estas jóvenes son víctimas de sus circunstancias sociales y demográficas, circunstancias que se refuerzan mutuamente. Constance es el resultado de un hogar pobre encabezado por una mujer en que su madre no pudo ejercer el control necesario para protegerla de una iniciación temprana al sexo y a la reproducción. Como se embarcó a edad muy temprana en la procreación, tuvo que interrumpir su educación antes que tuviera la oportunidad de adquirir los conocimientos fundamentales necesarios para ganarse la vida o para participar eficazmente en cualquier proceso de adopción de decisiones importantes en la sociedad en que vive. Además, aunque consiguiera empleo, estaría restringida por la necesidad de atender a sus hijos. La situación social de Constance propició el temprano inicio de su proceso de reproducción, lo que a su vez reforzó la naturaleza de su situación social. Comenzar la procreación a una edad tan temprana coartó las perspectivas de Constance de realización de su potencial como ser humano; es más, está en proceso de transmitir esta situación a sus propios hijos, convirtiendo así su vulnerabilidad individual en una vulnerabilidad social. Sus hijos heredarán un legado de desarrollo pobre de su fisiología, una escolaridad esporádica, una iniciación precoz al sexo y a la reproducción en el caso de las niñas y a la delincuencia y paternidad temprana en el caso de los niños. Esta situación se repetía con leves variaciones en todas las comunidades pobres de Granada.

Estudio de caso N° 2

May tiene 61 años y es abuela. Vive en una casa de madera de un dormitorio en un distrito rural. La casa está en muy mal estado y su mobiliario consiste en una reposera, una mesa y un aparador, que no tiene vidrio. La casa está ubicada en un cuarto de acre de tierra, que pertenece al marido de May. No hay agua corriente y el agua se extrae de una fuente pública y de un río cercano. La casa tiene una letrina de pozo y no hay corriente eléctrica.

May vive en esta casa desde 1955 con su esposo, que tiene 71 años de edad. La familia originaria de May es de la India oriental pero ella nació en la comunidad rural de Clonmel. Viene de una pequeña familia de un hermano y dos hermanas y creció con su madre y padrastro, ambos trabajadores agrícolas. Fue a la escuela primaria hasta el sexto grado, pero dejó la escuela cuando tenía 10 años de edad. De acuerdo con la tradición cultural india de la época, se casó a los 12 años y fue a vivir con su marido, un trabajador que nunca había ido a la escuela. Tuvo su primer hijo a los 14 años, y luego otros cinco sucesivamente. Actualmente tienen 47, 40, 41, 37, 31 y 30 años. May mandó a sus hijos a la escuela primaria; algunos fueron hasta séptimo grado. Estos mismos niños comenzaron a tener hijos propios en su adolescencia, de manera que ahora May tiene 24 nietos y 6 bisnietos. Muchos de ellos no van a la escuela regularmente porque no hay dinero para el almuerzo.

Los tres nietos que viven con May y su marido pertenecen a su hija Cindy, la cuarta, que está desempleada. Cindy tiene seis hijos de tres padres diferentes. Los otros tres hijos viven con ella. Cindy no usa ningún tipo de anticonceptivos ni tiene planes inmediatos de hacerlo. Fue a la escuela hasta el octavo grado, y actualmente está desempleada y no tiene un oficio, aunque tiene un certificado escolar. Cindy gana algo de dinero lavando ropa para una familia del Distrito. También obtiene ingresos de la venta de productos frescos de un "jardín" que cultiva en un acre de tierra. El maíz, las arvejas y el zapallo que cosecha se venden entre la población del Distrito donde vive. Cindy no ha buscado un empleo fijo, pero sostiene que si hubiera alguno disponible lo tomaría. Dice que un puesto en una tienda, por ejemplo, en un pueblo vecino, no pagaría suficiente para cubrir sus gastos de transporte, almuerzo y vestimenta. La familia para la que lava ropa tiene un restaurante, pero ella nunca les ha pedido empleo. No tiene planes de hacer nada más en la vida. Las otras hijas de May están desempleadas o trabajan de domésticas o como cultivadoras en pequeña escala.

Fuente: Sobre la base de entrevistas realizadas por Dennis A.V. Brown en Granada, Indias Occidentales, 1998.

El comportamiento reproductivo de las hijas de May, especialmente Cindy, traza un duro panorama de la relación entre situación socioeconómica, edad y alta fecundidad. También señala el vínculo entre los valores de padres e hijos en la perpetuación de la alta fecundidad. En cierto modo, Cindy hizo lo que "se esperaba" de ella, dadas las circunstancias de su vida y la familia de la que provino. Su bagaje de bajos niveles de logros educacionales y falta de conocimientos comercializables la hacen depender de su madre y tener un sentimiento de impotencia y fatalidad en la vida. En momentos en que otras mujeres jóvenes en la comunidad nacional a la que pertenece están retrasando la procreación y reduciendo el ritmo al que tienen hijos, Cindy, junto con otras mujeres pobres, no hace esfuerzo alguno para reducir el número de hijos que tiene (Banco de Desarrollo del Caribe, 1999). Ella refleja muy bien la hipótesis según la cual los bajos niveles de expectativa se transmiten de padres a hijos. Es revelador que, pese al hecho de que existen programas bien establecidos de planificación familiar en Granada, el sentimiento de fatalidad e impotencia asociado a su pobreza heredada coloca a las jóvenes como Cindy fuera del alcance inmediato de estos programas. La dimensión psicológica es muy importante; tanto May como Cindy encarnan esta dimensión con su actitud y cabe deducir que la hija la aprendió de la madre.

La relación entre bajo nivel socioeconómico y niveles de fecundidad relativamente altos que comenzó con la procreación temprana se reproduce en otros países de la región. En el cuadro 8 figura la relación que existe entre edad y situación socioeconómica en Santa Lucía, en este caso

medida en términos de situación de consumo. Aquí el quintil 1 es el grupo de consumidores más pobres, en tanto el quintil 5 es el más pudiente.

En el cuadro se muestra que existe una relación inversa entre la situación socioeconómica y los tamaños de los grupos de edad que reflejan los niveles de fecundidad recientes. Los quintiles 1 y 2 contienen 62% de los hijos de 0 a 4 años de edad. La participación relativa de esta cohorte declina a medida que subimos en la escala socioeconómica. Esta relación se ha mantenido igual por lo menos durante 10 años, ya que el grupo de 5 a 9 años refleja la misma tendencia.

Cuadro 8
SANTA LUCÍA: EDAD POR QUINTIL DE CONSUMO, 1995

Edad	Quintiles de consumo per cápita					Total
	I	II	III	IV	V	
0 a 4 años	39.8	22.3	19.9	6.6	11.4	100.0
5 a 9 años	36.5	24.7	18.4	12.2	8.3	100.0
10 a 14 años	29.5	23.1	23.7	16.9	6.8	100.0
15 a 19 años	27.6	26.1	22.6	17.7	6.0	100.0
20 a 24 años	18.5	29.4	23.2	20.9	8.1	100.0
25 a 29 años	25.0	17.9	20.4	19.4	17.3	100.0
30 a 34 años	23.1	18.9	17.5	23.1	17.5	100.0
35 a 39 años	20.6	18.2	19.4	18.8	23.0	100.0
40 a 44 años	17.8	21.1	24.4	18.9	17.8	100.0
45 a 49 años	19.8	26.7	17.4	20.9	15.1	100.0
50 a 54 años	18.4	25.0	19.7	17.1	19.7	100.0
55 a 59 años	21.2	23.1	13.5	11.5	30.8	100.0
60 a 64 años	31.6	10.5	17.5	24.6	15.8	100.0
65 y más años	20.1	29.6	17.8	16.6	16.0	100.0

Fuente: Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), sobre la base del procesamiento de datos de la Encuesta sobre las condiciones de vida de los respectivos países, Bridgetown, 1995-1999.

En el cuadro 9 se aprecia claramente la relación que existe entre la edad al primer nacimiento y la situación socioeconómica. La mayoría de los primeros nacimientos de las mujeres de los quintiles inferiores (1 a 3) se produce en la adolescencia. La mayoría de los nacimientos de las mujeres de los dos quintiles superiores se produce en los grupos de edad posteriores a la adolescencia. Además, la mayoría de los primeros nacimientos corresponden a mujeres de menos de 20 años de edad. Así, en el Caribe la alta fecundidad adolescente es propia de condiciones de alta fecundidad total. Sin embargo, la alta fecundidad adolescente prevaleciente en la región se debe a que incluso en países de fecundidad total baja, una parte importante de las mujeres tienen su primer hijo durante la adolescencia. Este fenómeno sugiere la necesidad de una actuación amplia y diversificada sobre los factores sociales, económicos y culturales que promueven la maternidad/paternidad durante la adolescencia. El hecho de que en algunos territorios del Caribe se encuentren ambos patrones en la misma población destaca la existencia de un rezago en la transición de la fecundidad de estos países.

A nivel de la comunidad, el patrón de alta fecundidad se asocia con una cierta estructura demográfica y doméstica y con la ausencia de ciertas comodidades y facilidades. Estas características tienden a obedecer a la falta de un mercado de trabajo y de la capacidad de socialización. En Santa Lucía, según un perfil demográfico de los hogares de las diez comunidades más pobres seleccionadas como parte del Estudio de evaluación de la pobreza de 1995, la mayoría de los hogares estaban encabezados por una mujer y muchos por una mujer sin pareja (Banco de Desarrollo del Caribe, 1995). Lo que se asocia al particular patrón nupcial prevaleciente en el Caribe. En Bacadere, una comunidad urbana, el 24% de los hogares estaban encabezados por mujeres solas. Si bien el 10% de la comunidad tenía acceso a los servicios de planificación familiar, sólo el 5% los utilizaba. En Baron's Drive, otra comunidad urbana pobre, un tercio de los hogares eran monoparentales y el 80% de estos estaban encabezados por una mujer. En esta comunidad el

54% de la población informó tener acceso a los servicios de planificación familiar, pero sólo el 9% los utilizaba. Allí el embarazo adolescente era uno de los principales problemas; las jóvenes madres no pueden participar en el mercado de trabajo ni volver a la escuela después de sus embarazos, ya que otro grave problema es la falta de guarderías en la comunidad.

Cuadro 9
EDAD AL PRIMER NACIMIENTO, POR QUINTIL

Edad y quintil	Belice	Granada	Saint Kitts y Nevis	Santa Lucía	San Vicente y las Granadinas
10-14 años					
I	26.7	36.4	42.1	28.6	18.2
II	20.0	18.2	31.6	42.9	36.4
III	33.3	9.1	10.5	14.3	27.3
IV	13.3	27.3	15.8	-	18.2
V	6.7	9.1	-	14.3	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15-19 años					
I	22.5	16.9	27.4	31.3	22.1
II	20.4	25.5	19.8	24.4	19.5
III	20.7	22.9	24.4	21.9	26.1
IV	19.4	22.1	18.8	14.9	19.9
V	17.0	12.6	9.6	7.5	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
20-24 años					
I	11.2	16.9	11.1	27.1	17.9
II	16.3	16.2	28.1	17.8	22.6
III	18.4	18.4	23.0	13.1	10.4
IV	21.9	27.9	20.7	22.4	25.5
V	32.1	20.6	17.0	19.6	23.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
25-29 años					
I	14.7	19.6	15.5	30.0	7.1
II	14.7	13.7	13.8	13.3	21.4
III	2.9	11.8	24.1	13.3	19.0
IV	17.6	21.6	20.7	16.7	21.4
V	50.0	33.3	25.9	26.7	31.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
30-34 años					
I	8.3	12.5	9.5	-	10.0
II	41.7	-	9.5	41.7	10.0
III	8.3	25.0	19.0	25.0	20.0
IV	-	25.0	38.1	8.3	10.0
V	-	37.5	23.8	25.0	50.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
35-39 años					
I	-	-	-	33.3	-
II	-	-	-	-	-
III	100.0	-	-	-	-
IV	-	-	20.0	-	50.0
V	-	-	80.0	66.7	50.0
Total	100.0	-	100.0	100.0	100.0

Fuente: Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), sobre la base del procesamiento de datos de la Encuesta sobre las condiciones de vida de los respectivos países, Bridgetown, 1995-1999.

Vulnerabilidad relacionada con los patrones de matrimonio (formación y disolución de uniones)

En el Caribe, el patrón de elección de la pareja y de formación de uniones es sumamente complejo. Esto tiene su origen en los antecedentes culturales africanos de la región y en la experiencia histórica de la época de la esclavitud en las plantaciones (Patterson, 1982). El resultado en la población de origen africano ha sido un sistema de formación de uniones en el que el matrimonio formal a menudo representa la culminación de un sistema de elección de pareja que comienza con una unión ocasional y luego evoluciona a una unión consensual. Por lo tanto, el matrimonio formal se produce a edades más avanzadas, y en la mayoría de los casos representa el embellecimiento de una unión existente entre un hombre y una mujer más que su iniciación (Roberts, 1955). En un momento determinado de su vida, la mayoría de las madres mantienen algún tipo de relación con un hombre, que cuenta con la aprobación social pero no formal de la comunidad. Algunos de los hogares que en las encuestas se consideran encabezados por madres solteras en realidad representan una familia distribuida en dos hogares, en la que el hombre vive en un hogar distinto. Por lo tanto, en este tipo de situaciones, las tasas de divorcios no pueden usarse como un indicador de que una mujer determinada es madre soltera, pues la procreación no comienza con el matrimonio.

No todas las uniones ocasionales llevan a la convivencia y una mujer en edad reproductiva puede participar en varias uniones ocasionales o consensuales sin llegar nunca al matrimonio formal.^{a/} Estas uniones, que no conducen a una situación permanente de uno u otro tipo, representan un factor de riesgo demográfico. Esto es particularmente cierto en situaciones sociales mal definidas (por ejemplo, los barrios de tugurios urbanos, las comunidades rurales económicamente deprimidas o las comunidades en que una parte significativa de la población compone la mano de obra migrante). En estos casos, las mujeres que han tenido uno o varios hijos con un hombre con el que ya no tienen relaciones sexuales pueden concebir un hijo de otro hombre a fin de asegurarse su apoyo económico y afectivo. Este patrón puede mantenerse hasta que la mujer se encuentre con varios hijos de distintos padres pero sin garantías de apoyo de ninguno de ellos. Esto tiene repercusiones para la socialización de los niños y los expone a ciertos riesgos con respecto a la pareja actual de la madre, que no es su padre biológico. Esta situación también tiene repercusiones para la asignación de recursos dentro del hogar y el bienestar general de los niños que pertenecen a él.

^{a/} Es más, algunas mujeres pasan del matrimonio formal a uniones ocasionales o consensuales en las que, si son suficientemente jóvenes, pueden llegar a procrear.

B. La estructura de la población: el envejecimiento y la dependencia

La estructura demográfica es la distribución de la población de un país según la edad y el sexo. Los dos posibles factores de vulnerabilidad que se examinarán respecto de la estructura demográfica son la dependencia de los jóvenes y la de los ancianos. En el cuadro 10 figuran ambos tipos, y se observa que, pese a las bajas de la mortalidad y la fecundidad que se han observado en toda la región, las tasas de dependencia aún son relativamente altas. Las dependencias de los ancianos probablemente han llegado a la marca más alta de la historia de la región, aunque es arriesgado pensar que no hay otros incrementos inminentes. Sin embargo, aún están bastante lejos de los niveles del 33% que caracterizan al mundo desarrollado. Además, las dependencias de los jóvenes todavía son muy elevadas. En el cuadro se aprecia que las altas tasas de fecundidad contribuyen a la alta tasa total de dependencia de Belice. La alta tasa de dependencia de los ancianos de Saint Kitts puede obedecer a los altos niveles de migración de retorno y de emigración. Barbados, que registra las menores tasas de fecundidad y mortalidad de la región, tiene la menor dependencia total y dependencia de los jóvenes y la mayor dependencia de los ancianos. El caso de Barbados probablemente sea indicativo del futuro de la región.

Cuadro 10

**PAÍSES SELECCIONADOS DEL CARIBE: ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA
(JÓVENES, POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA Y ANCIANOS)**

Estructura demográfica	Belice		Granada		Saint Kitts y Nevis		Santa Lucía		Barbados	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 a 14 años	81 644	43.9	32 269	37.9	13 920	34.2	48 972	36.7	59 587	24.1
15 a 64 años	96 425	51.8	44 993	52.8	22 706	55.9	75 645	56.7	158 379	64.0
65 y más	7 901	4.2	6 576	7.7	3 986	9.8	8 691	6.5	29 263	11.8
No declarada	-	-	1 285	1.5	6	0.01	-	-	59	0.02
Total	185 970	100	85 123	100	40 618	100	133 308	100	247 288	100
Tasas										
Dependencia de los ancianos	8.1		14.6		17.5		11.5		18.4	
Dependencia de los jóvenes	84.6		71.7		61.3		64.7		37.6	
Dependencia total	92.8		86.3		78.9		76.2		56.1	

Fuente: Comunidad del Caribe (CARICOM), "Regional Monograph 1990-1991", *Censo de Población*, Georgetown, 1990.

Su baja dependencia y proporción relativamente alta de la población económicamente activa es probablemente la base demográfica de su alto ingreso per cápita y prosperidad económica. Es fundamental que el país aproveche el respiro de la dependencia demográfica que su actual posición le brinda para invertir más en recursos humanos y en infraestructura social y capital, lo que determinará hasta qué punto los disminuidos recursos de mano de obra serán capaces de mantener a la proporción mucho mayor de personas de edad que caracterizará a su estructura demográfica en los próximos años.

Al otro extremo del espectro demográfico, las declinaciones rezagadas de la fecundidad, características del comportamiento reproductivo de las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos, han producido una carga de la dependencia sobre los hogares pobres que suele quedar oculta en los datos a escala nacional.

En el cuadro 11 se observan las altas cargas de dependencia que soportan los hogares pertenecientes a los quintiles más bajos de la escala socioeconómica. En general la mayoría de estas personas dependientes son jóvenes, producto de los altos niveles de fecundidad de las mujeres pobres. Esta carga que soportan los hogares pobres es más una amenaza que un riesgo, dado que actualmente sus repercusiones se hacen sentir en gran escala.

En esta sección del documento se examinará el envejecimiento de la población como factor de riesgo para la sociedad. Aquí se entiende el envejecimiento como el proceso en que las personas de 60 años y más comienzan a representar una mayor proporción del total de la población. Uno de los resultados de la declinación de la mortalidad, la fecundidad y la migración de las personas económicamente activas que la región ha experimentado es el incremento de la proporción relativa del total de la población que representan los grupos de más edad. Además, la población de edad de la región también aumentará con el retorno de los migrantes, ya ancianos, que salieron a principios de los años sesenta.²⁰ En Jamaica la proporción de la población de más de 60 años era aproximadamente el 10% en 1990. Las estimaciones del Banco Mundial indican que para el año 2030 la proporción de ancianos en el total de la población habrá alcanzado al 19% (Banco Mundial, 1994).

²⁰ Según un estudio reciente sobre los migrantes de retorno en Trinidad y Tabago, por ejemplo, aproximadamente el 12% de los migrantes que volvieron a ese país en 1989 tenían 60 años o más (Paul, 2001).

Cuadro 11

PAÍSES SELECCIONADOS DEL CARIBE: TASAS DE DEPENDENCIA POR QUINTIL

Quintiles	Belice	Granada	Saint Kitts y Nevis	Santa Lucía	San Vicente y las Granadinas
I	141.9	97.0	110.7	100.6	97.0
II	120.1	106.0	85.2	76.9	88.6
III	108.9	102.5	69.3	69.9	83.3
IV	92.2	90.1	67.8	48.5	57.1
V	56.4	80.3	44.6	47.5	57.1
Total	99.5	94.8	72.9	71.0	74.9

Fuente: CEPAL, "Quality of Life Data: A Compendium of Social Statistics from Five Countries of the Caribbean Subregion (1995-2001)", Puerto España, Sede subregional de la CEPAL para el Caribe, diciembre de 2001, inédito.

Las Naciones Unidas definen a las personas de edad como aquellas que tienen 60 años o más. Sin embargo, se distingue entre los ancianos más jóvenes, de entre 60 y 74 años, y los más viejos, de 75 años y más. El proceso de envejecimiento plantea riesgos a nivel nacional y de la comunidad, desde el punto de vista de la atención de la salud y la seguridad social. La susceptibilidad a la enfermedad aumenta con la edad y por lo tanto es de esperar que la población que envejece exija más del sistema de atención de la salud del país. Asimismo, a medida que las personas envejecen, su capacidad de ganar un ingreso disminuye. Por consiguiente, también habrá una mayor demanda en el sistema de seguro social como medio de subsistencia. La pregunta que surge, pues, es si los sistemas del Caribe están lo suficientemente preparados para atender esas demandas. A escala individual y doméstica, se plantean los riesgos de aislamiento e incapacidad de sobrevivir.

En el cuadro 12 se indica que en varios de los territorios, salvo Trinidad y Tabago y Barbados, la proporción de la población en edad jubilatoria que recibe un ingreso previsional es tremendamente insuficiente. Además, la información de los estudios de caso señala que los dineros que reciben los ancianos por concepto de pensiones en Trinidad no les permiten cubrir sus necesidades básicas.

Cuadro 12

COBERTURA DE LAS PENSIONES PÚBLICAS Y GASTOS PREVISIONALES

País	Proporción de la población en edad jubilatoria que recibe un ingreso previsional	Gastos correspondientes a pensiones públicas, como porcentaje del PIB
Barbados	92	n/a
Trinidad y Tabago	82	3.4
Guyana	37	1.4
Jamaica	27	0.7
Dominica	26	n/a
Belice	10	1.1
Granada	< 5	1.5
Reino Unido	84	9.5
Estados Unidos de América	83	6.5

Fuente: Banco Mundial, *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford, Oxford University Press, 1994.

1. La salud y las personas de edad

Además de un incremento en la susceptibilidad a las enfermedades en general, el envejecimiento trae aparejada una mayor susceptibilidad a las enfermedades crónicas como el cáncer, la hipertensión y la diabetes. Se trata de enfermedades cuyo origen está en la degeneración del cuerpo y que se contraponen a las enfermedades de origen exógeno. Por consiguiente, es de esperar que el envejecimiento de la población de un país esté acompañado de una transición epidemiológica que entraña un cambio de la incidencia de las enfermedades, de las originadas en el medio ambiente hacia las degenerativas crónicas. A medida que la población envejece, los sistemas médicos de los territorios de la región debieran estar en condiciones de atender este tipo de afecciones, para una población que no siempre podrá sufragar el costo real de estos servicios.

LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Durante los primeros 75 años del siglo XX el perfil epidemiológico de la región se caracterizó por una disminución de las enfermedades asociadas con las condiciones ambientales y un aumento de las enfermedades de fuentes endógenas. La declinación de las enfermedades de origen exógeno se debe principalmente a cuatro factores. En primer lugar cabe mencionar los esfuerzos realizados por el Estado para contribuir en la lucha contra las enfermedades, tanto en el ámbito jurídico como administrativo, organizativo y financiero. El segundo factor fue el cambio en las condiciones de vida de los miembros de la sociedad. El tercero ha sido el desarrollo de las ciencias médicas y la ayuda y la asistencia de la comunidad internacional. El cuarto factor es de carácter demográfico y tiene que ver con el aumento de la expectativa de vida de las poblaciones de la región. La población de más edad será víctima en mayor proporción de enfermedades que se originan en el deterioro de su propia fisiología.

Un buen ejemplo de ello es Jamaica. Los datos de salud indican que en la isla se ha producido la transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles y que éstas se han convertido en las causas fundamentales de la morbilidad y la mortalidad. Esto se relaciona, en parte, con la mejora de las condiciones de vida y los cambios asociados con la adopción de modos de vida "modernos". También se debe a una declinación de las tasas de fecundidad y el envejecimiento resultante de la población. Los datos indican que las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen el 60% de todas las enfermedades y los problemas de discapacidad de Jamaica. El 25% se atribuye a la violencia y los accidentes y el resto corresponde a las enfermedades transmisibles.^{a/}

Evidentemente, esta transición nos advierte de que habrá que prever cada vez más en los presupuestos nacionales de atención de salud la necesidad de tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, sin por ello olvidarse del saneamiento ambiental y de la atención de salud. Por otra parte, las necesidades asociadas con la atención y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles se harán cada vez mayores a medida que envejezca la población. Un riesgo muy inmediato que plantea la transición es que la filosofía de atención de salud preventiva no tiene un desarrollo adecuado en la región. Las enfermedades crónicas no transmisibles también se conocen como "las asesinas silenciosas" porque en muchos casos no hay síntomas evidentes al aparecer la enfermedad. En un contexto social en que los niveles de instrucción y de conciencia son muy bajos, o en que los costos de una buena atención médica son prohibitivos, existe el riesgo de que se produzcan fallecimientos y mermas de la productividad innecesarios por la falta de tratamiento de estas enfermedades hasta que hayan alcanzado niveles debilitantes. En el Caribe, es necesario realizar campañas de instrucción pública sobre este tema.

^{a/} Al mismo tiempo, en algunos casos la crisis económica vinculada con el advenimiento del neoliberalismo parecería tener relación con la pérdida de algunos logros históricos obtenidos en la lucha contra enfermedades originadas en el medio ambiente externo. Es el caso de sociedades que: nunca han atendido adecuadamente al desarrollo de su infraestructura social (Belice); han permitido que la infraestructura social cayera en un estado de deterioro (Guyana); o se han caracterizado por altos niveles de diferenciación y desigualdad sociales y diferente acceso a la atención de salud de buena calidad (Jamaica).

En el cuadro 13 se aprecia la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles que soportaban los ancianos en Jamaica en 1990. Según estimaciones de la OPS, en 1995 el 9.4% de la población de Jamaica tenía 60 años o más (OPS, 1998). En consonancia con las conclusiones anteriores, la organización señala que este grupo adolece principalmente de enfermedades crónicas, no transmisibles. En 1991 las enfermedades que más afectaron a la población de 65 años y más fueron las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las neoplasias. Asimismo, según la Encuesta sobre las condiciones de vida de Jamaica de 1994, los ancianos exhibieron la mayor incidencia de afecciones crónicas. La mayoría de los enfermos, el 81%, acudió a instituciones médicas privadas. A nivel de la comunidad, los ancianos de August Town, comunidad trabajadora del distrito de St. Andrew, informaron que sus principales problemas de salud eran la hipertensión, la diabetes, la artritis y las enfermedades cardíacas (OPS, 1998).

Cuadro 13
JAMAICA: DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LAS ENFERMEDADES,
POR GRUPOS DE EDAD SELECCIONADOS, 1990

Enfermedades	Adultos jóvenes (15 a 44 años)		Adultos maduros (45 a 59 años)		Ancianos (60 años y más)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Transmisibles y maternas	23	3.9	2.6	3.3	3.1	3.0
• Infecciosas y parasitarias	20.2	2.9	2.0	2.1	1.3	1.4
• Sexualmente transmitidas, excluido el VIH	16.5	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0
• Inflamatoria pelviana	15.9		0.1			
• Otras	2.8	0.9	0.8	1.1	1.8	1.6
No transmisibles	64.1	36.5	93.1	82.7	94.0	93.1
• Neoplasias malignas	9.8	3.9	22.5	16.2	14.1	17.2
• Diabetes mellitus	1.7	1.0	12.7	6.4	12.5	6.9
• Endocrinas nutricionales	5.3	2.5	1.4	1.6	1.2	1.5
• Neuropsiquiátricas	17.8	13.9	9.5	13.0	9.0	9.5
• Cardiovasculares	11.6	6.3	26.5	24.6	45.9	39.4
• Respiratorias crónicas	3.9	2.8	4.4	5.0	2.3	4.6
• Del sistema digestivo	2.3	2.2	3.0	6.2	2.7	4.1
• Genitourinarias	3.8	1.3	3.5	3.4	2.4	6.3
• Enfermedades neuromusculares	6.5	1.5	6.4	4.1	1.9	1.6
• Salud bucal	0.9	0.5	0.9	0.6	0.5	0.4
Lesiones	12.9	59.7	4.3	14.1	2.9	3.9
• Accidentales	10.4	23.6	3.3	7.9	2.7	2.8
• Accidentes automovilísticos	8.3	17.3	2.1	5.3	0.4	1.3
• Caídas	1.2	3.8	0.3	1.8	2.0	1.2
• Intencionales	2.3	36.1	1.1	6.1	0.2	1.0
• Autoinfligidas	0.2	0.5				
• Homicidio y violencia	2.1	34.9	1.0	6.0	0.1	1.0

Fuente: Banco Mundial, *Jamaica Health Sector review: present status and future options*, Draft Report N° 13407 JM, Washington, D.C., septiembre de 1994.

La OPS informa que en las Islas Vírgenes Británicas la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los ancianos eran las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. En Trinidad y Tabago la población de 65 años y más constituía sólo el 6% de la población en 1995, pero está aumentando. Las principales causas de muerte en este grupo de edad eran las enfermedades circulatorias, neoplasias y diabetes (OPS, 1998). Según la Encuesta nacional de salud de 1995, el 49% de las personas de 65 años y más informaron que sufrían de alguna afección prolongada que les restringía la práctica de actividades como caminar, cargar paquetes, leer o vestirse solos.

En cuanto al impacto que el envejecimiento tiene en la atención de la salud, el panorama que surge es que las poblaciones de ancianos de la región crecen en términos de la proporción que representan en el total de la población, lo que trae aparejado un incremento de la importancia de las enfermedades crónicas, no transmisibles en el perfil epidemiológico nacional. En estas circunstancias, es fundamental contar con atención médica de buena calidad y a un costo razonable. Sin embargo, debido a los cambios que se han producido en la economía mundial a partir de las últimas tres décadas del siglo pasado, los países del Caribe atraviesan crisis económicas que amenazan la capacidad del Estado de subsidiar los servicios sociales para la población. La alternativa al subsidio estatal es el seguro médico privado; no obstante, sólo una minúscula parte de la población está cubierta por este seguro. La otra dimensión de este problema es que la población de edad necesita desarrollar una cultura de visitar regularmente al doctor. Si el servicio está disponible y su precio es razonable, debe aprovecharse. Es importante que la población de edad tenga un enfoque preventivo respecto de la atención médica, y en los casos en que no exista es preciso organizar campañas de educación pública para promoverlo.

En el Caribe la calidad y disponibilidad de los sistemas de atención de salud varían según el país. El sector de la salud pública de Belice, por ejemplo, se divide en los niveles primario, secundario y terciario. Hay un total de siete hospitales públicos y dos privados. Cada uno de los seis distritos administrativos en que se divide el país tiene un hospital, salvo el distrito Cayo, que tiene dos. A nivel primario hay 44 centros de salud, 11 de los cuales no funcionan, y 17 puestos rurales de salud. La distribución de los hospitales refleja la de la población, ya que los distritos más densamente poblados de Belice y San Ignacio albergan al 50% de la población y a aproximadamente la mitad del total de hospitales. Los centros de salud no están distribuidos de forma tan pareja. Así, el distrito de Stan Creek, que tiene una población de 20 140 habitantes, cuenta con ocho centros de salud, en tanto en Corozal, de 31 710 habitantes, sólo hay cinco. Aproximadamente 11% de las personas que declararon enfermedades en Belice al momento del Estudio de evaluación de la pobreza de 1995 tenían 60 años o más; de éstas, alrededor del 80% informaron que buscaron atención médica, la mayoría en los servicios de salud pública. Aproximadamente el 84% y el 93% de los que pertenecían a los grupos de edad de 60 a 64 años y de 65 años o más no tenían seguro médico. Si los ancianos pueden obtener acceso a atención médica de calidad en el sector público, esta falta de cobertura no sería un problema. Sin embargo, el gobierno tiene que velar por la buena calidad del servicio de estas instituciones y por la disponibilidad de los medicamentos para los enfermos de edad para el tratamiento de sus afecciones. Pero como existen consideraciones monetarias y fiscales inmediatas, los países de la región han tenido cada vez más dificultades para mantener su compromiso con la filosofía de que la atención de la salud es un derecho humano. En consecuencia, la institucionalización del seguro médico es el camino que debería seguirse en materia de prestación de servicios de salud para los ancianos.²¹

El sistema de salud del sector público también predomina en la prestación de atención médica en San Vicente. El sector público de salud se bifurca en los subsectores primario y secundario. El subsector primario se concentra en la prevención, la educación pública en materia de salud y ciertos servicios de salud curativa. El subsector secundario se ocupa de la prestación de servicios curativos y de rehabilitación. La prestación de servicios de salud ambientales y comunitarios contribuye al objetivo de llevar a cabo actividades promocionales y preventivas. La principal institución sanitaria secundaria es el Kingstown General Hospital, que presta atención secundaria, complementada por cinco hospitales rurales menores. El sector privado presta servicios similares a través de dos hospitales pequeños ubicados en Kingstown. También hay un hospital psiquiátrico y un hospital

²¹ Aquí podría ser útil aplicar la distinción entre riesgo y vulnerabilidad. El primero indica peligro potencial, en tanto la segunda indica resistencia. La incapacidad de los gobiernos de continuar financiando los servicios sociales para la población debido a consideraciones de política económica representaría un riesgo, en tanto la institucionalización del seguro médico representaría una reducción de la vulnerabilidad al riesgo de la población de edad.

geriátrico, cada uno con un total de 120 camas. Hay 38 centros de salud diseminados en todo el país que facilitan la prestación de atención primaria de la salud. Los programas de salud reproductiva, nutrición y educación en materia de salud están administrados por equipos y comités de salud de los distritos.²²

Los datos de la Encuesta sobre las condiciones de vida de San Vicente revelan que 14% de las personas que se declararon enfermas pertenecían al grupo de edad de 60 años y más, de las cuales un tercio no buscó atención médica. Las razones aducidas fueron “no sabe”, “no era necesario”, “fue donde una amiga” y “tenía medicamentos en casa”. Cabe destacar que ninguno de los ancianos que respondieron en San Vicente indicó que estaba limitado por problemas de dinero o de distancia del servicio de salud. En cuanto a los medicamentos, ninguno de los ancianos informó que fue imposible obtenerlos. Sin embargo, como en el caso de Belice, sólo una pequeña proporción de los ancianos de San Vicente, el 12%, dijo tener seguro médico. Dadas las restricciones presupuestarias que seguramente deberán aplicarse debido a los menores ingresos obtenidos por la exportación de bananas (principal producto de exportación del país) a Gran Bretaña, cabe cuestionarse seriamente si el Estado podrá seguir subsidiando la prestación de servicios médicos a los ancianos. A falta de seguro médico, el mayor número de personas de edad que será característico de la población de este país deberá enfrentar el riesgo de que quizá no puedan costearse una atención médica adecuada.

La situación se repite en varios de los otros territorios. En Jamaica, por ejemplo, debido a los recortes del gasto social que el gobierno debió hacer a partir de los años ochenta, se ha reducido la participación del Estado en la financiación de la atención médica. En 1993 tal participación había bajado al 35%, de un máximo del 60% en 1980. La brecha fue sufragada con desembolsos directos de particulares y seguros privados (Banco Mundial, 1994). Así pues, se presenta una situación en que el acceso a la atención médica cada vez depende más de la capacidad de pago del individuo. Es más, debido a las condiciones del sistema de salud público, en 1992 se atendieron en el sector privado casi el doble de los jamaíquinos que se atendieron en el sector público (Instituto de Estadística de Jamaica, 1994). Aun así, en 1997 sólo el 13% de los informantes de la Encuesta sobre las condiciones de vida tenían seguro médico. En cuanto a los ancianos, sólo el 9% del grupo de 60 a 64 años de edad y el 5% de los de 65 años y más tenían seguro médico.

2. El seguro médico

Como la susceptibilidad a la enfermedad aumenta con la edad, es de esperar entonces que la población que envejece exija más del sistema de salud del país. Además de un incremento en la susceptibilidad a las enfermedades en general, el envejecimiento trae aparejada una mayor susceptibilidad a las enfermedades crónicas como el cáncer, la hipertensión y la diabetes. Se trata de enfermedades cuyo origen está en la degeneración del cuerpo y que se contraponen a las enfermedades de origen exógeno. Por consiguiente, es de esperar que el envejecimiento de la población de un país esté acompañado de una transición epidemiológica que entraña un cambio de la incidencia de las enfermedades, de las originadas en el medio ambiente hacia las degenerativas crónicas. A medida que la población envejece, los sistemas médicos de los territorios de la región debieran estar en condiciones de atender este tipo de afecciones. Los datos de la Encuesta sobre las condiciones de vida indican que las personas de edad de toda la región utilizan el sistema de salud público, excepción hecha de Jamaica, donde debido al deterioro de este sector se observa una preferencia por el sistema de salud privado. En el caso de los territorios en que se utiliza el sistema de salud público, la amenaza que se plantea a medida que la población envejece es que el gobierno, ante la mayor disciplina fiscal impuesta por el neoliberalismo, no podrá seguir proporcionando servicios médicos económicos a la población en general y a los ancianos en particular. En el cuadro 14 se brinda información sobre el seguro médico, por edad. Allí figuran las proporciones

²² CPA, San Vicente.

relativamente pequeñas de la población económicamente activa e incluso las proporciones más pequeñas de los ancianos que están cubiertos por este tipo de seguro. Sólo el 28% de la población de 15 a 64 años y el 6% de las personas de 65 años y más de San Vicente, por ejemplo, informaron que tenían seguro. En los demás territorios que aparecen en el cuadro las proporciones no son muy diferentes. Granada, entre ellos, figura con 13%, el más alto nivel de cobertura de seguro médico para las personas de 65 años y más.

Cuadro 14
POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SEGURO MÉDICO, POR GRUPO DE EDAD
DE 15 A 64 AÑOS Y DE 65 AÑOS Y MÁS

País	Seguro médico			
	15-64 años		65 años o más	
	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Belice	21.0	453	8.7	18
Granada	28.1	585	13.0	86
Saint Kitts y Nevis	23.7	379	11.2	34
Santa Lucía				
San Vicente y las Granadinas	28.4	323	6.6	9

Fuente: Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), sobre la base del procesamiento de datos de la Encuesta sobre las condiciones de vida de los respectivos países, Bridgetown, 1995-1999.

Los arreglos para el cuidado de los ancianos son un problema estrechamente relacionado con la atención médica. Debido a los aumentos del tamaño relativo de la población de edad, su internación en casas de reposo pasará a cobrar gran importancia en el futuro. Los expertos en la materia estiman que en un momento determinado sólo el 5% de la población estará internada, pero con el transcurso del tiempo hasta el 25% de los ancianos habrán sido internados. Según las proyecciones, para el año 2020 Trinidad y Tabago tendrá más ancianos en su población (235 000 habitantes) que niños en edad escolar (230 000) (Paul, 2001). Hasta un cuarto de estas personas, o algo menos de 60 000, vivirán en casas de reposo en algún momento. De tal manera, es importante que se tomen los recaudos necesarios para dichas instituciones y que éstas se organicen sobre la base de principios humanitarios y con un entorno propicio. El estado actual de algunas de estas instituciones de Trinidad y Tabago no es buen augurio para el futuro.

Existe la distinción entre los hogares de ancianos que son burocráticos y los que son profesionales (Paul, 2001). Los primeros se caracterizan por la impersonalidad y el autoritarismo y los segundos por sistemas descentralizados de autoridad y apertura. En la actualidad muchos de los hogares en funcionamiento parecen aproximarse más al modelo burocrático que al profesional (Paul, 2001). Según Kalish (Paul, 2001), el personal de las instituciones burocráticas en general tiene escasa capacitación, está mal remunerado y no disfruta de su trabajo (Paul, 2001). No es de sorprender, pues, que muchas veces los ancianos sean víctimas de abusos físicos y psicológicos a manos del personal (Paul, 2001), lo que suele sumarse a una sensación de aislamiento e inseguridad financiera.

Los ancianos tienen un bagaje de experiencia, sabiduría y tradición. Este tipo de trato hacia ellos no sólo es inhumano e indigno, sino que constituye una pérdida de capital humano y social que puede fortalecer la capacidad de estas sociedades en la presente etapa de su proceso de desarrollo. A medida que la población envejezca, este problema cobrará cada vez más importancia.

Una persona de 86 años, que reside en un hogar de ancianos de Puerto España, Trinidad, informa que aunque ha sido miembro de una cooperativa y ahorró sistemáticamente durante toda su vida activa, no pudo ahorrar lo suficiente para su jubilación. Vive de lo que recibe por su pensión de vejez, que asciende a 720 dólares al mes. De esta suma 600 dólares se destinan al pago mensual al hogar y 120 dólares para gastos médicos. En respuesta a la pregunta de qué puede hacer la sociedad para mejorar su condición responde: "la gente podría sacarnos a pasear alguna vez, porque aquí sólo estamos esperando la muerte." Señala la falta de respeto y la deshumanización de los ancianos por parte de la sociedad y dice que es una de las cosas negativas de volverse viejo. Cuenta que, al internarse en la institución, le dijeron que tenía demasiada "ropa buena", de manera que se la quitaron y la distribuyeron entre el personal y otros internos. En la entrevista final, la informante dice que una funcionaria del hogar la había maltratado físicamente unos días antes. La mujer, según alegó, le dio una bofetada en la cara y "la pisoteó como si estuviera bailando". El nombre de la institución, dijo, debía cambiar de "L'hospice" a "Lost Peace" (Paz Perdida), por el abuso físico y verbal que los internos sufrían allí (Paul, 2001).

Fuente: C. Paul, *The Life of the Institutionalized Persons in Trinidad and Tobago*, Bridgetown, Facultad de Humanidades, Universidad de las Indias Occidentales, 2001.

C. La migración

La migración, según el concepto que aquí se utilizará, tiene una dimensión interna y externa. Ambas dimensiones, aunque diferentes, están estrechamente relacionadas. Ambas son manifestaciones de una búsqueda de progreso personal que las estructuras locales de oportunidad no permiten satisfacer. En esta sección analizaremos el impacto de la migración interna sobre la comunidad de origen, así como el destino urbano. La migración internacional se considerará en función de su impacto sobre la sociedad de origen. Quizá no haya otra región en el mundo que haya sido afectada tan profundamente por el movimiento de su población como el Caribe. En el período considerado este movimiento estaba estrechamente ligado a los vaivenes de la agricultura de exportación. En general cuando se producían crisis en el sector sobrevenía un éxodo desde el campo hacia los centros urbanos y el extranjero en busca de trabajo. Sin embargo, en el período moderno (posterior a la Segunda Guerra Mundial), el tema se ha vuelto algo más complejo. Los movimientos externo e interno de personas plantean riesgos similares para el desarrollo de la región. En términos simples, este movimiento representa la pérdida de recursos humanos para la comunidad y el país de origen. Cuando se examina la migración en el contexto de la globalización, se advierte que el movimiento del campo a la ciudad suele ser el primer paso de un movimiento que culmina en el país metropolitano (Saskia, s/f).

1. La migración internacional

En el caso de la migración internacional, el solo hecho de que exista actualmente un *mayor acceso* a los países del Atlántico Norte debe tenerse en cuenta al determinar por qué se producen los movimientos. Esto significa que aun en condiciones de auge económico dentro de la región, seguirá habiendo altos niveles de emigración en la medida que los países del Atlántico Norte estén dispuestos a recibir a personas de la región. Así se explica el hecho de que haya habido altos niveles de flujo hacia el exterior desde la región en los años sesenta, aunque en ella reinaban condiciones económicas relativamente prósperas. Habiendo dicho eso, es preciso reconocer igualmente que la tendencia a salir de la región será mayor donde imperen condiciones sociales, políticas y económicas precarias.

Otra manera de conceptualizar este tema es pensar en el factor de “atracción” representado por la “capacidad para ingresar” a Norteamérica y Europa occidental como algo dado para los territorios de la región y luego intentar explicar las variaciones de las tasas de emigración según cada país. El grado de diversificación económica probablemente sería un buen indicador de los niveles de emigración en este contexto. Un indicador útil de la diversidad económica sería la proporción de la fuerza de trabajo que participa en la agricultura. Las sociedades que han encontrado alternativas a la agricultura presumiblemente podrían ofrecer mayores oportunidades de progreso personal en su país, lo que se reflejaría en menores niveles de emigración que en países donde tal diversificación no se ha dado.²³ Hay factores no económicos, como los disturbios sociales y políticos o la inestabilidad, que también influyen en la magnitud de la emigración desde sociedades. Un buen ejemplo es Guyana, en los años setenta, que registró significativos incrementos de la emigración en esa época, que coincidió con disturbios políticos e incertidumbre. Otro ejemplo, como figura en el cuadro que se presenta a continuación, es Saint Kitts, totalmente dominada por el azúcar, que ofrece muy pocas alternativas a esta industria, y que experimentó los mayores niveles de emigración en el periodo 1950-1979 (véase el cuadro 15).

Cuadro 15
EMIGRACIÓN DEL CARIBE

País	Tasa de emigración por 100 habitantes*	Emigración a los Estados Unidos de América por país (porcentaje de la población)**
	(1950-1979)	1980-1988
Antigua y Barbuda	23	14.5
Barbados	29	7.2
Belice	19	
Dominica	38	7.2
Granada	56	9.8
Guyana	25	10.3
Jamaica	35	7.8
Montserrat	67	
Saint Kitts y Nevis	71	22.3
Santa Lucía	44	4.2
San Vicente	46	5.5
Trinidad y Tabago	19	2.7

Fuente: *J. Guengant y D. Marshall, “Caribbean Population Dynamics: Emigration and Fertility Challenges”, documento presentado en la Conferencia de Parlamentarios del Caribe sobre Población, Heywoods, 14 y 15 de junio de 1985; **Banco Mundial, *Caribbean Region: Access, Quality and Efficiency in Education*, Washington, D.C., 1993.

2. La migración interna

La emigración de las zonas rurales se ve estimulada por la desigualdad en la distribución de los recursos y la pobreza generalmente asociada con aquella. También la fomenta el sesgo urbano de las políticas de desarrollo de los gobiernos. Jamaica, el territorio insular más grande del Caribe de habla inglesa, es un caso típico. El patrón existente de los asentamientos rurales de Jamaica se remonta a mediados del siglo XIX, cuando los esclavos emancipados se trasladaron de las plantaciones a las sierras del interior. Allí se crearon aldeas agrícolas que proporcionaron a los antiguos esclavos cierto sentido de independencia y dignidad. La actividad económica primaria se concentró en la producción de cultivos de consumo interno que se comercializaban en un complejo sistema de mercados, cuyos puntos de venta se ubicaban en Kingston y otras ciudades costeras.

²³ Históricamente, estos principios se han manifestado en las tendencias migratorias que se observaban en territorios como Granada, Barbados y Trinidad a fines del siglo XIX. Este último territorio, dada su mayor diversidad económica, registró muy poca emigración en una época en que había atractivas oportunidades en otras partes de la región. Granada y Barbados, por otra parte, se concentraron en un solo producto de exportación, por lo que experimentaron el éxodo de grandes números de su población masculina, deseosa de aprovechar esas oportunidades (Simmons y Guengant, s/f).

En general, este sistema se ha mantenido hasta el presente. Constituye el contexto económico en que se produce la pobreza rural. Los ingresos de los pequeños agricultores se complementan mediante el trabajo en las plantaciones y en las grandes explotaciones agrícolas, el empleo ocasional en el extranjero, la producción de cultivos de exportación como el banano y el cacao y el trabajo en proyectos del Estado. Aproximadamente la mitad de la población del país se concentra en las zonas rurales, pero la agricultura sólo contribuyó el 5.7% del PIB en 1991. En el mismo año, la agricultura destinada al mercado interno representó el 3.1% del PIB (Instituto de Estadística de Jamaica, 1991). La baja productividad de este sector obedece a varios factores. La mala calidad de las carreteras interiores, el reducido tamaño de las propiedades rurales, la mala calidad de la tierra, la carencia de instalaciones de riego y de servicios de asesoramiento técnico, el bajo nivel educativo de los agricultores y, en general, la falta de desarrollo de la infraestructura rural contribuyen en gran medida a explicar la pobreza rural. Además, resulta difícil acceder al crédito en razón de su costo elevado y la inexistencia de títulos de propiedad que permitirían utilizar la tierra como garantía. Según las estimaciones de funcionarios del Ministerio de Agricultura, estos factores han contribuido al empobrecimiento de 60 000 familias rurales.

Es conveniente hacer hincapié en la desigual distribución de la tierra. Los estudios realizados en el distrito rural de Westmoreland han demostrado claramente la relación que existe entre el tamaño de las propiedades rurales y la malnutrición.²⁴ Las cifras del último censo agrícola indican que 212 679 acres de los 1 327 045 acres de tierra agrícola, es decir el 16%, corresponden a los predios de 0 a 5 acres. A su vez, éstos constituían el 82% de todos los establecimientos agrícolas del país. En cambio, los establecimientos de 500 acres o más ocupaban una superficie de 588 371 acres, o sea el 44% de la tierra, y sólo representaban el 0.15% de todos los establecimientos agrícolas del país (Instituto de Estadística de Jamaica, 1985).

La migración interna en Jamaica alcanzó un nivel significativo con el derrumbe de la industria azucarera a fines del siglo XIX. Junto con la migración externa, reflejó la respuesta de la población al aumento del desempleo y el subempleo y a los bajos salarios. En este período, la respuesta se diferenció según el género: los hombres emigraron al exterior como trabajadores mientras que las mujeres se dirigieron a los incipientes centros urbanos como empleadas domésticas (Austin-Broos, 1985). En el período 1911-1921, alrededor del 6% de la población de la isla participaba en el proceso de migración interna. Esta proporción alcanzó una cifra récord de 20% en el período 1943-1960. Posteriormente cayó a 13% en el período 1960-1970, para volver a aumentar a 15% en el período 1970-1982, el último período intercensal del que existen datos disponibles. En el período de preguerra, los principales movimientos se registraban entre los distritos rurales y el distrito de Kingston. A partir de los años cincuenta, el distrito de St. Andrew (el área suburbana de Kingston) se convirtió en el destino más atractivo para los migrantes rurales.

En el período 1943-1960, la tasa de crecimiento anual de Kingston declinó a menos de 1% anual, mientras que la de St. Andrew superaba el 5% anual. Durante el período 1960-1970 se interrumpió el crecimiento de Kingston, que comenzó a decrecer a razón de 1.2% anual, al tiempo que se redujo la tasa de crecimiento anterior de St. Andrew. En este período, el distrito de St. Catherine, contiguo a St. Andrew, pasó a ser el segundo distrito de mayor crecimiento, lo que se atribuye a la construcción de enormes conjuntos habitacionales en la zona de Portmore, que forma parte del distrito. Allí comenzaron a mudarse muchas personas que antiguamente residían en los distritos de Kingston y St. Andrew. La primacía de St. Catherine en cuanto al crecimiento, resultante de su atractivo como destino para los migrantes internos, ha sido la característica distintiva del proceso de migración interna desde la década de 1970. Las estimaciones preliminares del censo de 1991 indican que la población de Portmore es de 96 700 y el número de viviendas

²⁴ En este estudio se comprobó que aunque los cocientes proteico-calóricos generalmente eran adecuados, la ingesta energética de al menos la tercera parte de los hogares era inferior al 80% del aporte dietético recomendado. Este déficit alimentario variaba según el tamaño del predio agrícola, registrándose un máximo en los hogares sin tierras y un mínimo en la categoría de predios de 3 a 6 acres, los de mayor superficie incluidos en el estudio (Omawale y McLeod, 1978).

supera las 20 000 (Instituto de Estadística de Jamaica, 1991). Además de St. Andrew y St. Catherine, el único distrito que experimentó una inmigración neta fue el de St. James que, con un sector turístico bien desarrollado, es el segundo más urbanizado después del Área Metropolitana de Kingston. En todos estos períodos, las mujeres tuvieron una participación mayor que los hombres en el proceso de migración interna (Roberts y Nam, s/f).

D. La migración, como fuente de riesgo

1. La migración internacional

Al considerar la migración internacional como factor de riesgo debemos tener en cuenta que sus características se han modificado en las últimas dos o tres décadas. En la forma en que se ha producido en los últimos años, la migración puede conceptualizarse como un proceso transnacional, en el que los migrantes caribeños han debido forjarse una doble existencia, a fin de hacer frente a la reciente situación creada por el capitalismo global. En términos prácticos, esto significa que muchos migrantes caribeños ahora viven en dos lugares: el país receptor y el país de origen (Pessar, s/f). Las pérdidas inmediatas que supone este proceso deben contraponerse a los ingresos que el/la emigrante transnacional trae consigo a su regreso o envía en forma de remesas.²⁵ La proporción de migrantes que regresan no se conoce con exactitud. En un estudio reciente, realizado en los territorios del Caribe oriental miembros de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS), se estimó que hasta un 10% de la población había viajado de regreso a los territorios durante los años ochenta (CEPAL, 1998). Aún así, parece evidente que la salida de profesionales del sector público mediante la emigración al exterior tiene efectos adversos sobre la prestación de los servicios sociales.

En un estudio reciente sobre el efecto de la migración internacional en el sistema de salud público de Jamaica se comprobó que entre 60% y 70% de las deficiencias de personal del sector de la salud pública del país en 1990 se debía a la migración internacional (Brown, 1997), situación que tiene un efecto negativo sobre la calidad de la atención prestada por dicho sistema. En la práctica, las falencias se expresan en un quiebre del proceso de socialización profesional de las enfermeras jóvenes, debido a la falta de enfermeras más antiguas. También se manifiesta en la relación entre el número de enfermeras y de pacientes que se observa en las instituciones públicas. El personal superior de enfermería indica que la relación mencionada debería ser de 1 a 10 para los pacientes que pueden valerse por sí mismos y de 1 a 3 para los pacientes en estado crítico. En la práctica, la relación en el sistema público es de 1 a 50. El texto siguiente, extraído del estudio, refleja claramente de qué forma la escasez de enfermeras ha afectado la prestación de servicios médicos en uno de los principales hospitales públicos de Jamaica.

En el estudio se demuestra que, si bien muchas enfermeras que emigran envían remesas, se perfeccionan y adquieren nuevos conocimientos y, en muchos casos, regresan, su ausencia en el sector de salud tiene un efecto negativo. Por lo tanto, aunque es preciso ser cauteloso en la utilización de las cifras de migración neta, en tanto indicadores de las pérdidas netas de la sociedad, es indudable que reflejan en alguna medida las pérdidas inmediatas de capacidad. La pérdida de profesionales debido a la emigración también se ve reflejada en los intentos de contratar docentes de escuela secundaria en toda la región del Caribe para el sistema de escuelas públicas de Nueva York.

²⁵ Las remesas constituyeron uno de los pilares de la economía de Jamaica a fines de la década de 1990.

Estudio de caso N° 4

Cuando visitamos el servicio de ortopedia del hospital sólo había una enfermera de guardia. Daba la impresión de ser una persona cordial pero evidentemente estaba enojada y decepcionada con su empleo y por las condiciones en que debía trabajar. Hacía sólo seis meses que trabajaba de enfermera. Esa tarde estaba a cargo porque era la única enfermera de guardia, lo que no era en absoluto insólito. En realidad, suponía que iba a trabajar sola en el pabellón toda la semana siguiente.

La enfermera dijo que en ese servicio se necesitaban ocho enfermeras diplomadas, pero como máximo trabajaban dos. Muchas veces, en circunstancias como esas, no era relevada al terminar la guardia y debía hacer otra. Dijo que a veces, cuando nadie venía a reemplazar a la enfermera de guardia, el pabellón se dividía en dos y los pacientes se distribuían en otros pabellones.

El único ayudante que tenía era un trabajador auxiliar que interrumpía reiteradamente nuestra conversación. Pedía indicaciones sobre cómo atender a un paciente que necesitaba ayuda o sobre la forma de administrar los medicamentos. La enfermera se quejaba de que el trabajo era agotador y no le permitía hacer vida social. Tenía un embarazo avanzado y temía que el exceso de trabajo le provocara un parto prematuro, como había ocurrido con otras enfermeras. Pero ese no era su principal temor. Según la política del hospital, las enfermeras embarazadas tenían prohibido atender a enfermos de SIDA. Sin embargo, la escasez de enfermeras la obligaba a atender a esos pacientes (Brown, 1997).

Fuente: Dennis A.V. Brown, "Workforce Losses and Return Migration: A Case Study of Jamaican Nurses", *Caribbean Circuits: New Directions in the Study of Caribbean Migration*, Patricia Pessar (comp.), Nueva York, Centro de Estudios sobre Migración, 1997.

a) La migración intrarregional

Además de la migración hacia fuera de la región, hay un patrón histórico de movimientos intrarregionales. Este patrón tiene sus orígenes en el siglo XIX, cuando se produjo un crecimiento acelerado de la industria azucarera en Trinidad y Guyana, al tiempo que declinaba la actividad en el resto de la región. En los últimos tiempos, el impacto diferencial del proceso de globalización se ha vinculado con el surgimiento de polos de crecimiento y zonas de declinación económica en la región. Esto ha provocado un proceso de migración de los países más pobres a los países más ricos. En algunos casos, el número de personas que participaron de este proceso fue muy grande y produjo profundas consecuencias demográficas y sociales en los países receptores. Esto es lo que ha ocurrido en Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, las Islas Vírgenes Británicas, Saint Kitts y Nevis, y Trinidad y Tabago, así como en Montserrat y las Islas Turcas y Caicos.²⁶

Los resultados de estos movimientos entrañan una serie de riesgos sociodemográficos, económicos, ambientales y políticos, tanto para los países receptores como para los países de origen, que quedan en una situación de vulnerabilidad. En muchos de los países receptores, estos riesgos incluyen la formación de asentamientos precarios; un aumento del tamaño del hogar, con el consiguiente hacinamiento; los problemas de asimilación, especialmente cuando la población migrante habla un idioma distinto; una mayor carga para los servicios sociales, como la salud y la educación; y la pérdida de las ventajas de la productividad a raíz de las remesas enviadas por el migrante a su país de origen. La sociedad receptora tiene acceso a una reserva de mano de obra barata, que muchas veces está dispuesta a aceptar trabajos considerados inferiores por los nacionales, y puede cubrir las carencias de mano de obra cuando no pueden encontrarse las

²⁶ Las Islas Turcas y Caicos son una dependencia británica en el Caribe, administrada hasta los años sesenta como parte de Jamaica. Su experiencia migratoria pone de manifiesto el efecto de la migración intrarregional en los pequeños Estados del Caribe. Allí, los migrantes son nacionales que vuelven a su país, haitianos, dominicanos, jamaquinos, guyaneses y nacionales de los territorios de la OECO, entre otros.

aptitudes necesarias entre los trabajadores locales. Asimismo, los trabajadores migrantes están dispuestos a trabajar por salarios inferiores que los nacionales, lo que puede provocar una caída general de los salarios en el mercado de trabajo.

Desde un punto demográfico, el ingreso de personas en busca de trabajo ha provocado un aumento del tamaño de la población, distorsionado la estructura por edad de los países y aumentado las tasas de fecundidad y la densidad de la población. Desde un punto de vista social, muchas veces se producen roces entre los inmigrantes y la población local. En muchos casos esto se exagera a raíz de las diferencias lingüísticas y culturales, como ocurre con los haitianos en las Islas Turcas y Caicos. Igualmente importante es la carga impuesta a las viviendas disponibles y al suministro de servicios sociales (CEPAL, 1998). El caso de las Islas Turcas y Caicos, un pequeño conjunto de islas en el extremo inferior de la cadena insular de las Bahamas, ilustra la situación de varios pequeños Estados del Caribe. Hasta hace relativamente poco, estas islas estaban económicamente estancadas. En realidad, eran exportadoras netas de población. El surgimiento de un producto turístico en una de las islas, Providenciales, revirtió esta situación y produjo un auge económico y la llegada de gran número de personas de todo el Caribe en busca de empleo. En el cuadro 16 se muestra este aumento asombroso de la población, vinculado con el auge económico del sector del turismo iniciado en 1980.

Cuadro 16
POBLACIÓN EN LOS AÑOS CENSALES, POR ISLA

Isla	1960	1970	1980	1990	1998 (est.)
Gran Turca	2 180	2 287	3 098	3 691	4 000
Cayo Sal	448	334	284	208	100
Caicos del Sur	840	1 018	1 380	1 198	1 200
Caicos Central	532	362	396	272	200
Caicos del Norte	1 150	999	1 278	1 275	1 500
Providenciales	518	558	977	4 821	1 700
Total	5 668	5 558	7 413	11 465	24 000

Fuente: Banco de Desarrollo del Caribe (BDC), "Country Poverty Assessments", Islas Turcas y Caicos, proyecto de informe, 2000, inédito.

Entre 1980 y 1991 se registró una inmigración semejante en las Islas Vírgenes Británicas, a la que se atribuye un incremento del 47% de la población. En ese período el número de personas pertenecientes a tres grupos de edad, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años, casi se duplicó. La edad media de la población pasó de 23.1 a 27.0 años, con lo cual la antigua población joven se transformó en una población intermedia. El movimiento hacia estas islas estuvo dominado por los varones. En 1991, el 26% de los hogares del país contaba con por lo menos un extranjero como principal sostén económico (CEPAL, 1998).

Los temas relacionados con los inmigrantes en los países receptores son muchos. Los problemas que enfrentan en su nueva sociedad representan riesgos para sus sociedades y comunidades de origen. Dos de esos problemas son las condiciones de vida y el mercado de trabajo. En Anguila, por ejemplo, muchos nacionales han mejorado sus propias condiciones de vivienda a costa de la escasez de viviendas provocada por la entrada de extranjeros. Alquilan viviendas deficientes a los inmigrantes y usan el alquiler para comprar casas nuevas o reparar las propias. Debido a esta situación, las viviendas de muchos inmigrantes están en condiciones deplorables (Brown y Brown, s/f). En Antigua y Montserrat los nacionales estiman que, por la disposición de los inmigrantes de aceptar empleos de baja remuneración, los salarios han bajado injustamente en el mercado de trabajo, lo que a su vez, se piensa, ha aumentado el desempleo. Este reclamo bien puede tener alguna validez, ya que los datos ya revelan que la mayoría de los inmigrantes que ocupan los puestos de trabajo más comunes son mujeres. El efecto combinado de ser inmigrante y mujer podría servir para reducir notablemente los salarios en el mercado laboral. Esta situación se aprecia en el

cuadro 17, donde figuran los ingresos medios mensuales según la rama de actividad y el sexo en Antigua y Barbuda.

Cuadro 17
**ANTIGUA Y BARBUDA: INGRESOS MEDIOS MENSUALES,
POR RAMA DE ACTIVIDAD Y SEXO**

Rama de actividad	Ingresos medios mensuales 1996 (dólares del Caribe Oriental)		
	Hombres	Mujeres	Total
Hoteles y restaurantes	1 848	1 400	1 602
Comercio mayorista y minorista	3 600	2 050	2 845
Bancos	4 906	3 586	3 962
Otras instituciones financieras, inmobiliarias y empresas de transporte	2 818	2 111	2 494
Productos químicos, pinturas y detergentes	2 980	2 389	2 749
Imprentas y publicaciones	3 019	1 910	2 499
Fabricación de prendas de vestir	2 246	1 073	1 266
Fabricación de alimentos y bebidas	1 850	1 082	1 407
Fabricación de muebles y accesorios de madera	1 478	1 373	1 440
Establecimientos de venta de petróleo al por mayor	4 489	3 533	4 340
Fabricación de productos metálicos	1 834	1 950	1 852
Fabricación de productos de panadería	1 969	1 048	1 679
Ensamblado y fabricación de productos eléctricos	1 969	1 048	1 679
Productos lácteos	1 882	1 048	1 679
Sector agrícola	1 524	1 252	1 396
Aerolíneas y afines	5 100	3 350	4 447
Construcción e industria mecánica	2 983	2 172	2 902
Empresas de contabilidad	4 818	1 394	3 899
Escuelas primarias, preprimarias y secundarias y demás instituciones educativas	1 926	2 068	2 037
Puertos deportivos y flete de yates	2 395	1 975	2 212
Estaciones de servicio y concesionarios de autos	2 867	1 446	2 185
Tiendas de joyas y perfumes	3 158	2 432	2 550
Otros fabricantes	1 833	1 158	1 327
Tiendas de prendas de vestir y artículos varios	1 391	922	1 021
Farmacias y establecimientos médicos	3 228	2 009	2 300

Fuente: Ministerio de Asuntos Laborales, "Annual Report of the Labour Department 1996-1997", Antigua y Barbuda, inédito.

En cuanto a la aceptación social, los locales no siempre ven con buenos ojos a los inmigrantes. En algunos de los países receptores se considera que influyen directa e indirectamente en el aumento de la actividad delictiva y los desórdenes sociales. El Gobierno de Antigua y Barbuda ha abordado directamente estos problemas, que también formaron parte de las campañas electorales en las elecciones celebradas en marzo de 1999, tras el alza de la incidencia del delito en la isla. En las Islas Turcas y Caicos, los locales han calificado como negativa la entrada de haitianos, tanto legales como indocumentados. Al mismo tiempo, los haitianos indocumentados son explotados sexualmente y en el ámbito laboral.²⁷ Según estimaciones informadas, el número de no nacionales, incluidos los haitianos, asciende a no menos del 50% del total de la población de las Islas Turcas y Caicos. Si bien la mano de obra que proporcionan se necesita para prestar servicios en el proceso de desarrollo económico que se registra en el territorio, se los considera extraños aun en el caso de aquellos que han vivido en el país durante muchos años. Debido al flujo de inmigrantes haitianos indocumentado a las Islas Turcas y Caicos, se ha creado una comunidad "de los arbustos" bastante grande en la isla de Providenciales. Allí, en los arbustos, viven los inmigrantes indocumentados recién llegados y los que no han logrado encontrar un medio de subsistencia, en condiciones

²⁷ Una joven haitiana, inmigrante indocumentada, contaba cómo los drogadictos se metían en los arbustos y violaban a las mujeres, sabiendo que ellas no podrían acudir a la policía debido a su condición de indocumentados.

sociales y físicas extremadamente penosas y deshumanizadas. A continuación se presenta el caso de Jean Pierre

Estudio de caso N° 5

Jean Pierre llegó a las Islas Turcas y Caicos en bote, cinco días antes de la entrevista. En Haití solía vender artículos de menor cuantía. Allí dejó mujer e hijos. Según él, en su país vivía en condiciones "no muy buenas". No tenía casa y, aunque tenía qué comer, la vida era una lucha. Jean Pierre tiene 41 años de edad, no tiene un oficio y no sabe leer ni escribir, ya que no tuvo oportunidad de ir a la escuela. Su esposa e hijos sobreviven con dineros que obtuvo de la venta de algunas de sus posesiones. Esperan que les mande más dinero a Haití. Si no tienen noticias de él tendrán que volver con sus familiares. Ante la situación que enfrenta ahora, estima que sus perspectivas en las Islas Turcas y Caicos no son muy buenas y que probablemente tendrá que volver a casa. Sin embargo, desea fervientemente recuperar por lo menos el dinero que gastó en el pasaje. Vino sin dinero y ha sobrevivido de la buena voluntad de la gente de la comunidad local. En los arbustos, donde viven, los mosquitos se dan un banquete con ellos. Cuando llueve se juntan muchos de ellos y parados sostienen un gran pedazo de plástico. Una vez llovía tan fuerte que tuvieron que soltar el plástico y mojarse, simplemente. En los arbustos no pueden construir estructuras permanentes porque los oficiales locales de inmigración hacen frecuentes incursiones en la zona y ellos tienen que moverse constantemente. Jean Pierre dice que hay mujeres pero no niños que viven en estas condiciones en los arbustos (Brown, s/f).

Fuente: Dennis A.V. Brown, "Between two worlds: A study of migration and poverty among Haitians in the Turks and Caicos Islands", inédito, 1999. Entrevistas realizadas por el autor a inmigrantes haitianos indocumentados en la isla de Providenciales, Turcas y Caicos, mayo de 1999.

Aunque no está entre los países que abarca este estudio, la situación de estos inmigrantes haitianos indocumentados retrata de manera dramática los riesgos que enfrentan las comunidades y hogares pobres cuando sus miembros se aventuran al extranjero en busca de un mejor futuro. No es sólo el inmigrante el que enfrenta los problemas. Los formuladores de política de estos territorios están empezando a considerar medidas para limitar el flujo de recursos hacia el exterior en forma de remesas a las familias que viven en el país de origen de todos los inmigrantes. Dichos funcionarios sostienen que es preciso aplicar políticas para velar por que una mayor parte de los ingresos que rinde la actividad productiva quede en el país en que ésta se lleva a cabo. Es más, muchos países del Caribe también han juzgado conveniente aplicar estrictas políticas migratorias para limitar la inmigración a sus países. En Antigua, por ejemplo, se ha iniciado una política de procedimientos operativos permanentes para orientar la política laboral e migratoria en el siglo actual. Se la denomina el procedimiento de la alianza laboral e migratoria. En otros países del Caribe, como Anguila, por ejemplo, se han aplicado políticas de ese tipo y se está considerando modificar las políticas existentes para controlar mejor el flujo de visitantes a las islas.

También se observan otros efectos en las sociedades receptoras, que son inducidas de los flujos de inmigrantes, entre ellos:

- cambios en los tipos de alimentos que ofrecen los supermercados,
- la necesidad de resolver el problema del idioma a fin de integrar a los niños que no hablan inglés en el sistema educativo, y
- el aumento de las tasas de divorcio y separación en la isla, en parte debido a la existencia de casamientos por conveniencia para obtener la ciudadanía y la residencia.

Los inmigrantes exhiben diferentes tendencias, según su país de origen, en la manera que eligen para integrarse a su sociedad receptora. Los inmigrantes dominicanos, por ejemplo, se han juntado y viven en comunidades específicas y fácilmente identificables en Anguila. También han tomado medidas concretas, presumiblemente para mantener su cultura y resolver el problema del idioma que muchos enfrentan. Una de estas medidas fue tener su propia emisora de radio. Otros inmigrantes, como los guyaneses y jamaíquinos, se han integrado a la sociedad ocupando las viviendas que estén disponibles.

2. La migración del campo a la ciudad

Como en general la población que se mueve es la que está en edad de trabajar, demográficamente este movimiento estaría asociado al envejecimiento de la población en la comunidad de origen. En el cuadro 18 figura la composición por edad de la población de las zonas urbanas y rurales de Jamaica.

Cuadro 18
JAMAICA: PERFIL DE EDAD DE LA POBLACIÓN, POR ZONA, 1993

Grupo de edad	Área Metropolitana de Kingston	Otros pueblos	Zonas rurales
0 a 14 años	31.1	36.5	37.4
15 a 64 años	61.8	57.6	51.9
65 años y más	7.2	6.0	10.6
Total	100	100	100
Relación de dependencia demográfica	62.0	73.8	92.5

Fuente: Instituto de Planificación de Jamaica, *Encuesta sobre las condiciones de vida (Jamaica) 1997*, Kingston, octubre de 1997.

En el cuadro 19 se muestra que el patrón según el cual hay una proporción relativamente alta de personas de edad y de personas muy jóvenes se repite en Swift River Valley, comunidad rural de Portland, uno de los distritos más pobres de Jamaica. Se trata de una comunidad que por fuerza tendrá altas tasas de emigración. La mayor relación de dependencia demográfica provocada por la emigración de las zonas rurales puede ser una de las razones sociodemográficas que expliquen la mayor incidencia, intensidad y gravedad de la pobreza en las zonas rurales de Jamaica (Encuesta sobre las condiciones de vida, 1992). La alta relación de dependencia en los hogares rurales se agrava con la existencia de grandes cantidades de población con educación primaria solamente y altas tasas de desempleo en el grupo de edad de 15 a 29 años. En Portland, por ejemplo, en 1991 el 43% de la población tenía educación primaria solamente, en tanto el 31% de la población entre 15 y 29 años estaba desempleada. Estas cifras se comparaban con 15% y 20% respectivamente en St. Andrew, el principal centro urbano del país, contiguo a Portland (Instituto de Estadística de Jamaica, 1996).

Cuadro 19

PERFIL DE EDAD DE SWIFT RIVER VALLEY (DISTRITO RURAL DE JAMAICA)
CENSO DE POBLACIÓN DE 1990

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
0 a 14 años	492	34.6
15 a 64 años	747	52.6
65 años y más	181	12.7
Total	1 420	100
Relación de dependencia demográfica		90.1

Fuente: Instituto de Estadística de Jamaica, sobre la base del procesamiento de datos del Censo de Población de 1990, Kingston.

Debido a los altos niveles de emigración de las zonas rurales de Jamaica, se han producido grandes concentraciones de población en los principales centros urbanos. En los años ochenta el país se volcó al crecimiento orientado a las exportaciones, mediante la promoción del desarrollo económico orientado a las exportaciones y la promoción de centros de producción de exportaciones en los campos de la agricultura, los textiles, las pequeñas manufacturas y el turismo. En muchos casos ello ocurrió lejos del principal centro urbano. Al mismo tiempo, las antiguas industrias de sustitución de importaciones concentradas en el centro urbano establecido han ido desapareciendo, lo que, según se dice, ha provocado una disminución de la primacía urbana, ya que el emigrante rural se ha dirigido a esos destinos, fuera del centro urbano principal (Portes, 1997). Aun así, Kingston ha sido identificada como una de las ciudades más socialmente polarizadas del Caribe y Centroamérica (Portes, 1997). Se dice que la configuración social reflejada en su patrón residencial se asemeja a un cono de helado invertido. Aquí los barrios marginales y ocupados ilegalmente están ubicados en la base y las viviendas de la elite socioeconómica en el vértice (Portes, 1997). El patrón residencial y las condiciones de vida en el principal centro urbano de Jamaica son un espejo de las circunstancias que ha atravesado el país. La declinación y estancamiento económicos se han reflejado en los patrones residenciales y las condiciones de vida en el Área Metropolitana de Kingston.

En el cuadro 20 se observa que las penurias económicas dieron lugar a un aumento del desempleo, el crecimiento del mercado de trabajo informal y reducciones del número de personas que se molestaban en buscar empleo. El surgimiento de nuevas viviendas para estratos de altos ingresos en el norte y centro del tradicional barrio suburbano se vio compensado por el “rápido crecimiento de un anillo interior de asentamientos irregulares” ocupados por los pobres, en las mismas zonas. Así se establecieron polos yuxtapuestos de riqueza y pobreza (Portes, 1997). Tales “asentamientos irregulares” estaban en algunas de las zonas en que vivían los desempleados urbanos y los que trabajaban en el mercado informal. Esta situación coincidió con una explosión de la actividad delictiva y relacionada con la droga.

Los niveles de desempleo y hacinamiento en estas nuevas comunidades pobres y en las ya establecidas son dignos de destacar. Utilizando los datos del censo de 1991, en un informe sobre la representación espacial de la pobreza en Jamaica se indica que las tasas de desempleo ascendían a no menos de 40% y 45% en las comunidades urbanas pobres de Rennock Lodge y Riverton City (en la base del cono) (Instituto de Planificación de Jamaica, 1996). Una medida del hacinamiento se desprende de las estadísticas del informe, en que se indica que aproximadamente el 60% de los hogares carecen de uso exclusivo de excusados (Instituto de Planificación de Jamaica, 1996).

Cuadro 20
EL MERCADO DE TRABAJO EN KINGSTON, 1977-1989
 (En porcentajes)

	1977	1983	1989
Empleo en el sector formal	60.4	-	53.3
Sector público y servicios	23.7	-	14.0
Empleo en el sector informal	17.4	-	26.0
Vendedores			
Hombres	4.1	-	5.8
Mujeres	8.8	-	12.5
Servicios menores y agricultura			
Hombres	10.7	-	6.8
Mujeres	8.6	-	7.7
Desempleo			
Hombres	17.5	21.0	11.4
Mujeres	29.9	35.3	21.8
Participación en la fuerza de trabajo			
Hombres	82.9	83.5	78.1
Mujeres	70.1	71.1	64.0

Fuente: Derek Gordon y Cheryl Dixon, "La urbanización en Kingston, Jamaica", *Urbanización en el Caribe*, A. Portes y M. Lungo (comps.), San José de Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

VII. Conclusión

En el presente documento se ha examinado el papel que cumplen los factores demográficos para predisponer a la sociedad caribeña a la vulnerabilidad. Se ha sostenido que hay aspectos de la demografía de la región que representan un peligro potencial o inmediato para su población, en su búsqueda de equidad, participación y mejoras sostenibles de su nivel de vida. En el marco del análisis de las principales tendencias demográficas que se han observado en la región, se examina hasta qué punto el riesgo o la amenaza a sus objetivos de desarrollo obedece a la reciente evolución en los ámbitos de la fecundidad, la mortalidad, la migración y la estructura demográfica. Se señala que la vulnerabilidad depende del bagaje de capacidades que tenga la región para responder las adversidades derivadas de diversos riesgos sociodemográficos.

En el ámbito de la fecundidad, la amenaza se ha presentado en forma de rezagos o demoras de la tendencia general de disminución evidente en la región. Ello ha ocurrido con mujeres de grupos socioeconómicos desfavorecidos de toda la región y se ha manifestado en el embarazo adolescente y frecuentes nacimientos subsiguientes. La información de los estudios de caso parece indicar una dimensión intergeneracional del fenómeno. Esta situación obviamente presenta una amenaza para la región en función de la incapacidad de estas jóvenes de prepararse adecuadamente, ellas y sus familias, para participar plena y activamente en la economía y en la sociedad de los países a los que pertenecen.

La actitud de fatalidad y la sensación de impotencia parecen aislar a estas jóvenes de la influencia de las estrategias convencionales de planificación familiar. En esta área la recomendación de política se

centra en focalizar la acción hacia las jóvenes de estratos socialmente desfavorecidos mientras están todavía en la escuela primaria, a fin de ayudarlas a comprender las posibilidades que la vida ofrece si se capacitan y perfeccionan como es debido. Asimismo, para ello es preciso contar con apoyo tangible de parte del hogar del que provienen estas niñas. Además de prestar apoyo material (libros, uniformes, dinero para el almuerzo), la ayuda debe consistir en asesoramiento para la madre y el hijo. Los fondos que actualmente utilizan las asociaciones de planificación familiar para enviar mensajes difusos a la población podrían financiar este tipo de programas.

El análisis de la dependencia demográfica reveló que la región estaba en una etapa transicional de su desarrollo demográfico. Si bien la fecundidad y mortalidad habían registrado distintos niveles de declinación en toda la región, era un fenómeno lo suficientemente reciente para indicar que la estructura demográfica, aunque mostraba indicios de que los ancianos pasarían a ser un grupo significativo en la población, aún reflejaba altos niveles de dependencia de los jóvenes. Ello significaba que en general los grupos económicamente activos soportaban una carga relativamente pesada, lo que se reflejaba más en los hogares más pobres, donde los altos niveles de fecundidad habían dejado tras de sí a gran número de jóvenes. En el caso de los ancianos la información indicaba que muchas de sus necesidades básicas no estaban satisfechas. Para esas personas ello planteaba un peligro o amenaza inmediata para su existencia. No obstante, en términos globales, la situación de las personas de edad actualmente constituye un riesgo, o menos que una amenaza inmediata para la región, dado que en la actualidad aún componen una parte relativamente pequeña de la población. Los datos sobre los ancianos en Barbados, sin embargo, parecen indicar que en el futuro no muy lejano este grupo representará una proporción significativa de la población de la región. Con excepción de este país y posiblemente Trinidad y Tabago, la relativamente alta dependencia de los jóvenes en la población limitará la capacidad del gobierno de atender a los ancianos y proporcionar suficientes prestaciones previsionales, seguro médico y servicios e instituciones de atención a las personas de edad. Incluso en estos dos países hay indicios de que los servicios que existen actualmente no bastan. En Barbados, sobre todo, debido a sus bajos niveles de dependencia, se abre una ventana de oportunidad de hacer planes adecuados para la prestación de beneficios de vejez, dedicando al mismo tiempo recursos para brindar a los jóvenes buenas oportunidades de educación y capacitación. En poco tiempo los ancianos de esa sociedad aumentarán su número respecto de la población económicamente activa, lo que dificultará cada vez más la disponibilidad de ingresos para financiar sus necesidades.

La migración, tanto interna como externa, ha sido un factor extremadamente importante en la determinación de las circunstancias demográficas de la región. Ambos tipos de migración pueden considerarse intentos de ampliar la gama de oportunidades disponibles para la población. En este sentido, la estrecha situación de las zonas rurales de los países de la región y la sola existencia de acceso a los países del mundo desarrollado han impulsado un movimiento a esa parte del mundo que en muchos casos partió de las ciudades regionales. Por cierto, en el caso de Jamaica, este hecho no puede divorciarse de las mayores penurias que experimentan los hogares rurales. La emigración rural no ha podido ser absorbida por una economía urbana que registra altos niveles de desempleo, y un abultado sector informal. Además, esta migración ha influido en la aparición de viviendas irregulares en medio de desarrollos inmobiliarios para los estratos de altos ingresos. Este último fenómeno consiste en el surgimiento de barrios marginales en los intersticios alrededor de las viviendas de los grupos económicos altos, lo que complementa el antiguo patrón de segregación espacial de las comunidades ricas y pobres. Ambas modalidades de segmentación social del espacio urbano no son buenos augurios para el desarrollo del capital social en el Caribe.

La migración internacional presenta el riesgo sociodemográfico de la pérdida de fuerza laboral económicamente activa capacitada y calificada, lo que, sin embargo, debe considerarse a la luz de los evidentes beneficios que las sociedades de la región obtienen como resultado del movimiento circular de personas y recursos. Habiendo dicho esto, cabe reconocer que los altos niveles de movimiento de los recursos humanos calificados y capacitados de la región debilitan la

capacidad del Estado de prestar servicios de alta calidad a los miembros del público que no tienen otra alternativa más que esa. Una recomendación que surge en este aspecto es la declaración de estos profesionales como bienes públicos internacionales, cuya capacitación esté a cargo de los países que se beneficien con sus servicios. Los profesionales estarían pues obligados a dedicar tiempo de su vida profesional en todas las sociedades que se hicieron cargo del costo de capacitarlos.

Otro ámbito en que la migración internacional representa un factor de vulnerabilidad para estas sociedades en su búsqueda de desarrollo centrado en la equidad y la ciudadanía participativa es la migración intrarregional. Aquí el patrón que surge es el movimiento de las sociedades económicamente menos prósperas a las más prósperas de la región. Tal disparidad se ha acentuado con el advenimiento de la globalización y el neoliberalismo. En los casos en que las sociedades prósperas son países muy pequeños, el impacto de la inmigración ha sido muy negativo para ellos en el plano social. En muchos casos la inmigración ha distorsionado las estructuras y procesos demográficos del país receptor, ha creado tensiones sociales y ha abrumado la capacidad del país de prestar adecuados servicios sociales y de vivienda a la población. La amenaza para emigrantes se manifiesta en la marginación, falta de aceptación y explotación por parte de la sociedad receptora. Es preciso aplicar políticas para regular el flujo de personas hacia estas sociedades, especialmente en el caso de grandes cantidades de inmigrantes indocumentados. El fortalecimiento de la cooperación entre las autoridades de los países de origen y de destino es importante en este sentido.

Los albores del siglo XXI representan una coyuntura en el desarrollo de la región en que el crecimiento económico no puede lograrse fuera de un marco de equidad, respeto de los derechos humanos y justicia. La historia reciente de la región parece indicar que las sociedades que intentan hacerlo así corren el riesgo de experimentar una grave pérdida de capital social y el establecimiento de sistemas económicos ineficientes e improductivos. La región debiera intentar alcanzar la sinergia producida por estos factores aparentemente dispares. Al hacerlo debemos estar conscientes de los riesgos que su demografía plantea.

Bibliografía

- Austin-Broos, D. (1985), “Religion, Economy and Class in Jamaica: Reinterpreting a tradition”, inédito.
- Banco de Desarrollo del Caribe (1999), *Grenada, Poverty Assessment Report*, vols. 1 y 2, Kingston.
- ___ (1995), *St. Lucia, Poverty Assessment Report*, vol. 1, Kingston.
- ___ (1996), *St. Vincent, Poverty Assessment Report*, vol. 1, Kingston.
- Banco Mundial (1994), “Jamaica Health Sector Review”, Draft Report, N° 13407 JM, septiembre.
- Benn, D. (2001), *Globalization: A Calculus of Inequality*, Kingston, Ian Randle Publishers.
- Best, Lloyd y Kari Levitt (1968), “Outlines of a pure plantation economy”, *Social and Economic Studies*, vol. 17, N° 13.
- Bongaarts, John (1982), “The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables”, *Population Council, Studies in Family Planning*, vol. 13, N° 6 y 7.
- Brown, Dennis y McHardy, P. (1995), “Poverty mapping in Jamaica”, Kingston, Instituto de Planificación de Jamaica, inédito.
- Brown, Dennis A.V. y Lynette Joseph-Brown (s/f), “Migration in the English-speaking Caribbean: Determinants and Consequences”, inédito.
- Brown, Dennis (2000), *The Political Economy of Fertility in the British West Indies 1891-1921*, Kingston, Universidad de las Indias Occidentales, Canoe Press.
- ___ (1997), “Workforce Losses and Return Migration: A Case Study of Jamaican Nurses”, *Caribbean Circuits: New Directions in the Study of Caribbean Migration*, Patricia Pessar (comp.), Nueva York, Centro de Estudios sobre Migración.
- ___ (s/f), “Between two worlds: A study of migration and poverty among Haitians in the Turks and Caicos Islands”, inédito.

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2000), *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (LC/G.2071/Rev.1-P), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.81.
- CEPAL/CDCC (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Comité de Desarrollo y Cooperación del Caribe) (1998), "A Study of Return Migration to the Organization of Eastern Caribbean States Territories and the BVI in the Closing Years of the 20th Century", Puerto España, Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, inédito.
- _____(1998), "The Impact of Immigration on Caribbean Microstates", Puerto España, Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe, inédito.
- Davis, K. (1945), "The world demographic transition", *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, N° 273.
- Guengant, J. (1990), "Fertility transition in Latin America: an attempt at interpretation", documento presentado en el Seminario sobre transición de la fecundidad en América Latina, Buenos Aires, 3 al 6 de abril.
- Harewood, J. y G.W. Roberts (1966), "Life tables for West Indian populations, 1945-47 and 50-52", *Census Research Programme*, N° 14, Kingston, Universidad de las Indias Occidentales.
- PIOJ (Instituto de Planificación de Jamaica) (1996), *Poverty Mapping: A report on the spatial representation of deprivation in Jamaica*, Kingston.
- Instituto de Estadística de Jamaica (STATIN)/Instituto de Planificación de Jamaica (1994), *Encuesta sobre las condiciones de vida (Jamaica), 1992*, Kingston.
- Instituto de Estadística de Jamaica (STATIN) (1991), *Preliminary Report: National Income Product, 1991*, Kingston.
- Martinussen, John (1997), *Society, State and Market*, Londres, Zed Books.
- Naciones Unidas (2001), *World Population Prospects, The 2000 Revision*, vol. I, comprehensive tables, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.01.XIII.8.
- Omawale O. y J.C. McLeod (1978), "Food Consumption and Poverty in Rural Jamaica", inédito.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1998), *La salud en las Américas*, vol. 2, Washington, D.C., septiembre.
- Paul, C. (2001), *The Life of the Institutionalized Persons in Trinidad and Tobago*, Bridgetown, Facultad de Humanidades, Universidad de las Indias Occidentales.
- Pessar, Patricia (s/f), *Caribbean Circuits: New Directions in the Study of Caribbean Migration*, Staten Island, Nueva York.
- Portes, Alejandro, Carlos Dore-Cabral y Patricia Landolt (1997), *The Urban Caribbean: Transition to the New Global Economy*, Londres, The Johns Hopkins Press Ltd.
- Roberts, G. y J. Harewood (1996), "Life Tables for West Indian populations, 1945-47 and 50-52", *Census Research Programme*, N° 14.
- Roberts, G.W. y V.E. Nam (1984), "Study of Internal Migration in Jamaica: UNFPA-Project", N° TRI/84/PO2, Honduras.
- Roberts, G.W. (s/f), "Working Force of the Commonwealth Caribbean at 1970: A Provisional Assessment", inédito.
- Shepard, D., D. Brown y T. Ruddock-Kelly (1995), "Patient Satisfaction in Jamaican Hospitals", documento presentado al proyecto para América Latina y el Caribe "Health and Nutrition Sustainability", Washington, D.C., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Sassen, Saskia (1998), *Globalization and its Discontents*, Nueva York, The New Press.
- Simmons, A. y J. Guengant (s/f), "Migration and Regional Development in the Caribbean: 1950-1980", inédito.



Serie

población y desarrollo

Números publicados

- 1 Migración y desarrollo en América del Norte y Centroamérica: una visión sintética, CEPAL/CELADE/OIM (LC/L.1231-P), N° de venta: S.99.II.G.22 (US\$10.00), 1999. [www](#)
- 2 América Latina y el Caribe: crecimiento económico sostenido, población y desarrollo, Luis Rivadeneira (LC/L.1240/Rev.1-P), N° de venta: S.99.II.G.30 (US\$10.00), 1999. [www](#)
- 3 Migración internacional de jóvenes latinoamericanos y caribeños: protagonismo y vulnerabilidad, Jorge Martínez Pizarro (LC/L.1407-P y Corr.1), N° de venta: S.00.II.G.75 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 4 El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, Juan Chackiel (LC/L.1411-P), N° de venta: S.00.II.G.80 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 5 Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales, Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.1422-P), N° de venta: S.00.II.G.97 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 6 Juventud, población y desarrollo: problemas, posibilidades y desafíos, Área de Población y Desarrollo, CELADE-División de Población (LC/L.1424-P), N° de venta: S.00.II.G.98 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 7 Población y desarrollo en América Latina y el Caribe: un desafío para las políticas públicas, Reynaldo F. Bajraj, Miguel Villa y Jorge Rodríguez (LC/L.1444-P), N° de venta: S.00.II.G.118 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 8 Los problemas en la declaración de la edad de la población adulta mayor en los censos, Fabiana del Popolo (LC/L.1442-P), N° de venta: S.00.II.G.117 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 9 Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo, Área de Población y Desarrollo, CELADE-División de Población (LC/L.1445-P), N° de venta: S.00.II.G.122 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 10 La migración internacional y el desarrollo en la era de la globalización e integración: temas para una agenda regional, Jorge Martínez Pizarro (LC/L.1459-P), N° de venta: S.00.II.G.140 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 11 Insumos sociodemográficos en la gestión de las políticas sectoriales, Luis Rivadeneira (LC/L.1460-P), N° de venta: S.00.II.G.141 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 12 Informe de relatoría del simposio sobre Migración Internacional en las Américas, Grupo de Relatoría del Simposio (LC/L.1462-P), N° de venta: S.00.II.G.144 (US\$10.00), 2000. [www](#)
- 13 Estimación de población en áreas menores mediante variables sintomáticas: una aplicación para los departamentos de la República Argentina, Gustavo Álvarez (1991 y 1996) (LC/L.1481-P), N° de venta: S.01.II.G.14 (US\$10.00), 2001. [www](#)
- 14 Resumen y aspectos destacados del Simposio sobre migración internacional en las Américas, CELADE-División de Población (LC/L.1529-P), N° de venta: S.01.II.G.74 (US\$10.00), 2001. [www](#)
- 15 Mecanismos de seguimiento del Programa de Acción sobre la Población y el Desarrollo en los países de Latinoamérica y el Caribe, CELADE - División de Población de la CEPAL (LC/L.1567-P), N° de venta: S.01.II.G.110 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
- 16 Segregación residencial socioeconómica: ¿qué es?, cómo se mide?, ¿qué está pasando?, ¿importa?, Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L. 1576-P), N° de venta: S.01.II.G.54 (US\$10.00), 2001. [www](#)
- 17 Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes, Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L. 1588-P), N° de venta: S.01.II.G.131 (US\$10.00), 2001. [www](#)
- 18 Reforma a los sistemas de pensiones y los desafíos de la dimensión de género, Alberto Arenas de Mesa y Pamela Gana Cornejo (LC/L.1614-P), N° de venta: S.01.II.G.155 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
- 19 Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina, Fabiana del Popolo (LC/L.1640-P), N° de venta: S.01.II.G.178 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)

- 20 Guatemala: población y desarrollo. Un diagnóstico sociodemográfico, Área de Población y Desarrollo del CELADE (LC/L.1655-P), N° de venta: S.01.II.G.194 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
- 21 Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Área de Población y Desarrollo del CELADE (LC/L.1656-P), N° de venta: S.01.II.G.195 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
- 22 Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad, Área de Población y Desarrollo del CELADE (LC/L.1657-P), N° de venta: S.01.II.G.196 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
- 23 Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada en América Latina, Adela Pellegrino y Jorge Martínez Pizarro (LC/L.1687-P), N° de venta: S.01.II.G.215 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
- 24 Exigencias y posibilidades para políticas de población y migración internacional. El contexto latinoamericano y el caso de Chile, Jorge Martínez Pizarro (LC/L.1708-P), N° de venta: S.02.II.G.21 (US\$ 10.00), 2002. [www](#)
- 25 Vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe: examen de los factores sociales y demográficos que impiden un desarrollo equitativo con participación ciudadana en los albores del siglo XXI, Dennis A.V. Brown (LC/L 1704-P), N° de venta: S.02.II.G.18 (US\$ 10.00), 2002. [www](#)

-
- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Inversiones y Estrategias Empresariales de la División de Desarrollo Productivo, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile. No todos los títulos están disponibles.
 - Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.

[www](#): Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:
Actividad:.....
Dirección:.....
Código postal, ciudad, país:
Tel.:..... Fax:..... E.mail: