

Aplicación de las políticas poblacionales de Suecia y Tailandia en Venezuela

Ana M. Chaurio Martínez

Resumen

Desde 1973 hasta 2001, Venezuela se ha desarrollado demográficamente a través de tres etapas. El pronóstico sugiere que la transición demográfica en Venezuela será alcanzada en unos 90 años. Venezuela también ha mejorado sus estándares en educación, salud y seguridad social. A largo plazo esto contribuirá a una mayor longevidad. A pesar de esto, la economía venezolana continúa siendo altamente dependiente de los ingresos petroleros. Adicionalmente, Venezuela tendrá que lidiar con una población cada vez más anciana con una economía vulnerable. La experiencia sueca en política poblacional es analizada para determinar si ésta puede ser adaptada al caso venezolano y así lograr un decrecimiento de los efectos negativos de la transición demográfica. Venezuela también lidia con unos de los más altos niveles de embarazo precoz en América. Esto contribuye a la feminización e intensificación de la pobreza. La experiencia tailandesa relativa a planificación familiar es analizada para sugerir así un modelo de desarrollo de –una subestimada pero urgente- política poblacional venezolana. La presente investigación tiene por objetivo contribuir con la discusión acerca de los efectos económicos y sociales de la composición poblacional venezolana. La misma puede representar el comienzo de una investigación más amplia en el área.

Palabras clave: Transición demográfica, planificación familiar, seguridad social, política poblacional.

Application of the population policies of Sweden and Thailand in Venezuela

Abstract

From 1973 through 2001, Venezuela has developed demographically in three stages. The forecast suggests that Venezuelan's demographic transition will be accomplished in about 90 years. Venezuela has also improved its standards in education, health and social security. In a long run, this will contribute to a greater longevity. Despite that, Venezuela's economy remains highly dependent of petroleum incomes. In addition, Venezuela will have to deal with an elderly population in a vulnerable economy. The Swedish's population policy experience is analyzed to determine if it can be adapted to Venezuelan case in order to decrease the negative effects of its demographic transition. Venezuela also deals with one of the highest levels of precocious pregnancy in America. This contributes to the feminization and intensification of poverty. The Thai experience related to family planning is analyzed in order to suggest a model for the development of –an underestimated but urgent- Venezuelan population policy. The current research, therefore, contributes to the discussion about the social and economic effects of Venezuelan's population composition. It can also represent the beginning of a more comprehensive research in the field.

Keywords: Demographic transition, family planning, social security, population policies.

1. Historia Demográfica de Venezuela (1873-2001)

Según las proyecciones, Venezuela cumplirá la transición demográfica (el transcurso entre la fase moderada y la fase avanzada de la transición) en unos setenta años, comenzando con el crecimiento espectacular de la población que comprende los años '50, '60 y '70, y experimentando niveles de transición avanzada para los años 2015-2020, en los cuales el crecimiento natural de la población rondará en torno a 1.3% (CELADE, 2006)¹. Para determinar las causas de la rápida transición demográfica venezolana es preciso recurrir a las causas históricas, económicas y sociales que produjeron tales resultados.³

1era. Etapa (1873-1920): el primer Censo Nacional se realizó en el año 1873, el cual arrojó una población de 1.784.194 habitantes, mientras que el segundo Censo Nacional realizado en 1881 contabilizó 2.075.245 habitantes, con un aumento de población de 291.051 habitantes en ocho años y produciéndose un crecimiento poblacional en 1891 de 248.242 (Figuroa, 1979: 310).⁴ El crecimiento lento de la población se extendió desde ésta fecha hasta 1920. De acuerdo con Britto Figuroa, desde el Primer Censo Nacional hasta esa fecha en cuarenta y siete años [la población] no llegó a aumentar en un 55 por ciento, un ritmo de crecimiento realmente insignificante (1993: 314). La población campesina rondaba en un 80%, mientras que la distribución de la población total comprendía en torno al 5% de la población en Guayana, en torno al 30% en el territorio de los llanos, y un 65% en la región costero-montañosa. La liberación de esclavos y las guerras y revoluciones de mediados del siglo XIX contribuyeron al aumento, lento pero progresivo, de la movilidad social vertical, y Venezuela va pasando de un país con una economía agraria de carácter semifeudal y un capitalismo urbano remanente basado en el comercio y la usura, a un mayor desarrollo económico y social (Figuroa, 1979: 314).

2da. Etapa (1920-1970): en cincuenta años Venezuela experimentó una verdadera sacudida en los patrones demográficos, especialmente desde el año 1963. De acuerdo con Jesús Aguilera:

Entre 1936 y 1961, la población alcanzó un aumento de 120% y entre 1950 y 1961 la tasa de crecimiento anual fue del 4.9% (...) El acelerado crecimiento de la población en Venezuela es característico de países que sin haber logrado implantar cambios profundos en sus estructuras económicas y sociales, han obtenido fundamentalmente a través de influencias foráneas y por la explotación de un recurso como el petróleo, en el caso nuestro, modificaciones sustanciales en sus economías (1975: 33).

La transición política iniciada por Eleazar López Contreras, una urbanización dramática como consecuencia de la transformación de la economía agraria a la petrolera, y mejores estándares de salud que produjeron un descenso en la mortalidad infantil a medida que se alargaba la esperanza de vida, son las variables principales que pueden explicar el drástico aumento de la población. Por otra parte, debido a la centralización gomecista que permitió el desarrollo de carreteras y vías, así como un desplazamiento espectacular de las rentas por concepto agrícola a las rentas por concepto de petróleo, se produjo un aumento espectacular de la población urbana: desde 1936 la población rural decrece constantemente en importancia relativa: mientras la población total ha crecido entre 1936 y 1961 en un 123.6%, la población rural lo ha hecho solamente en un 17.8%” (Chi-Yin, 1968: 41). Así, la población rural decreció de 71.6% en el año 1936 a 26.9% para 1971 (Ojeda, 2009: 17). La franja nortecostero-andina⁵ comprende ahora el 90% de la población venezolana.

3era. Etapa (1970-2001): desde 1970 hasta 2001 se experimentó un crecimiento poblacional de 12.511.031 habitantes, lo que significa un aumento del 53.85% de la población en tan sólo 30 años. Sin embargo, también se experimentó un descenso considerable de la tasa de natalidad y el crecimiento natural bajó 3 puntos (Ver tabla 1). En ésta etapa las cifras indican que la población ha comenzado a estabilizarse. Los flujos migratorios internos se mantienen altos, ya que aproximadamente una cuarta parte de la población reside en una entidad diferente a la de su nacimiento, manteniéndose las tasas de inmigración en torno al 5%, lo que representa una cifra periférica (INE, 2004: 7). En estos años se logró una mayor modernización del país y la población rural continuó disminuyendo de manera dramática, desde un 26.9% en 1970 hasta 12.3% en el año 2001. La tasa global de fecundidad también sufrió cambios drásticos en 30 años, pasando de 5,2 hijos por mujer en 1970 a sólo 2,8. La mortalidad descendió de 7.2 por mil en 1970, a 5.0 treinta años más tarde. Por último, la esperanza de vida aumentó, de 62.4 años para los hombres y 67.5 para las mujeres en 1970, a 79.5 y 82.7 respectivamente para 2001 (INE, 2004: p. 6). Una mayor cobertura en educación, la drástica urbanización, mejores oportunidades educacionales y laborales para las mujeres, una mayor diversificación de la economía hacia los servicios y el comercio (la renta petrolera sigue generando alrededor del 70% de los ingresos), mejoras en los servicios de salud, y una relativa estabilidad política son variables importantes que explican el comportamiento poblacional en este período.

Tabla I: Población de Venezuela por censo y proyecciones

Año	Población	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento Natural
1891	2.221.572	36,2	23,2	1,3
1920	2.479.525	26,3	19,4	0,7
1926	2.814.131	30,7	22,2	0,9
1936	3.364.347	32,2	17,4	1,5
1941	3.850.771	35,3	16,4	1,9
1950	5.034.838	42,6	10,9	3,2
1961	7.523.999	45,3	7,3	3,8
1971	10.721.522	41,3	7,0	3,4
1981	14.516.735	34,7	5,6	2,9
1990	18.105.265	29,9	4,7	2,5
2001	23.232.553	22,5	4,3	1,8
2015	31.017.064*	19,9**	5,3**	1,3**

Fuente: Ramos Ojeda (2009).

**Fuente: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad de Los Andes. Web: <http://iies.faces.ula.ve/>*

*** Fuente: CELADE, 2006.*

2. Situación actual (2001-2009)

Población, economía y urbanización: la economía de Venezuela sigue basándose primordialmente en la venta de petróleo, continuándose esencialmente con el modelo minero exportador descrito por Ramos Ojeda. Venezuela genera actualmente entre 73% y 80% de sus ingresos totales por exportación de crudo, de acuerdo con el Fondo Nacional de Garantías Recíprocas para la Pequeña y Mediana Industria, FONPYME. La dependencia del rubro se ha fortalecido en los últimos diez años. De acuerdo con Angulo y Rojas:

En 1998 casi un tercio de los ingresos generados en Venezuela se vinculaba a actividades distintas a la explotación petrolera. Hoy esta relación cayó a menos de 10% (...) Por primera vez desde 2004 el PIB del sector privado no creció (-0,03%), mientras el lado público experimentó un incremento récord de 16,4%, que triplicó el 4,8% de aumento del PIB total en 2008 (2009: 12 y 13).

De acuerdo con las autoras, la producción nacional no financiera disminuyó su ritmo de crecimiento de 10.1% en 2006 a 6.9% en 2007 y a 1.4% en 2008, mientras que el parque industrial nacional disminuyó un 36% en diez años. Por su parte, el comercio ha venido aumentando desde el año 2004; en el año 2007 creció 16.9% y en el 2008 4.3% (Angulo, 2009: 14). Según datos

del BCV, dentro de la economía no petrolera, el sector manufactura ocupa el primer lugar con el 16% del peso económico, las actividades derivadas del petróleo y la minería contribuyen con el 12.6%, la construcción con el 6.8%; otras actividades privadas vinculadas con el sector servicio ocupan un 39.8% de la economía no petrolera y los servicios brindados por el sector público y el gobierno junto con la recaudación de impuestos conforman un 24.8% del total (Angulo, 2009: p. 14).

De acuerdo con las estimaciones hechas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en las proyecciones de población para el 2008 (que arrojan un saldo de 27.934.783 habitantes) la tasa de desempleo se ubica en el 6.8%, disminuyendo 6 puntos en relación con el desempleo para 2001. De acuerdo con el INE, los indicadores globales de la fuerza de trabajo, según sexo, arrojan que 79.4% de la población masculina mayor de 15 años está laboralmente activa, al igual que el 50.8% de la población femenina mayor de quince años para marzo de 2009. La incidencia del sector público como proveedor de fuentes de empleo ha venido aumentando de 4.3% en 2001 a 18.1% en 2008. El sector privado, por su parte, ha declinado como suministrador de empleo, pasando de ocupar el 85.7% de la fuerza laboral en 2001 a representar el 81.9% de la fuerza de trabajo en 2008. Para ése mismo año, el sector formal de la economía representó una fuerza laboral de 6.775.185 mientras que el informal contabilizó 5.266.524 empleos.

Distribución de la población y urbanización: Para el año 2000, Venezuela se encontraba en el octavo lugar de los países más urbanizados del mundo, de acuerdo con la Asociación de Naciones Unidas para el Desarrollo. La población urbana ocupó alrededor del 86.9% de la población total para el año 2000, y representará el 89.49% para 2010 y el 92% para 2025 (CELADE, 2003). Pero uno de los mayores problemas aparte de la excesiva urbanización, es la distribución de esa población urbana. Dentro de la concepción de desarrollo económico del gobierno de Hugo Chávez se encuentra la progresiva reordenación espacial que busca aprovechar al máximo el territorio nacional. Sin embargo, las estadísticas no arrojan resultados sustanciales en ese sentido. Según las proyecciones de 2008 y 2015 del INE, la densidad poblacional no variará sustancialmente; la franja norte-costera, conformada por el Distrito Federal, Aragua, Carabobo, Miranda, Mérida, Táchira, Trujillo, Lara, Sucre, Yaracuy, Nueva Esparta, Portuguesa, Falcón, Zulia y Aragua concentra en 2008 el 70% de la población con 21.518.054 habitantes, mientras que para 2015 se reducirá su población sólo en un 0.5% para albergar a 23.731.077 habitantes de los 31.017.064 proyectados.⁶

Tabla II: Distribución de los centros industriales en Venezuela

Región	Ciudades	Industrias	Personas empleadas
Capital	Área metropolitana de Caracas y ciudades satélite	4.319	163.612
Central	Valles de Aragua, Valles del Tuy, especialmente las ciudades de Valencia, Maracay, La Victoria, Cagua, Turmero, Tejerías y ciudades inmediatas	1.714	151.381
Centro-occidental	Barquisimeto, Carora, El Tocuyo, Sarare, La Miel y otras	798	44.600
Zuliana	Maracaibo y ciudades satélites	694	31.100
Andina	San Cristóbal, El Vigía, otras ciudades tachirenses y trujillanas, y Barinas	632	19.809
Guayana	Ciudad Guayana (Pto. Ordaz y San Félix)	264	28.828
Nor-oriental	Cumaná, Maturín, Guanta, Puerto la Cruz, El Tigre y Guanipa	411	18.584
Llanera	Calabozo, San Fernando de Apure, Valle de la Pascua y otras ciudades	112	3.013
Insular	Isla Margarita	30	726

La centralización industrial sigue siendo un elemento de suma importancia para explicar la alta densidad poblacional de la zona norte-costera. Fuente: www.gobiernoenlinea.com.ve (Santillana, 2005: 229).

Sin embargo, el desplazamiento del crecimiento urbano a ciudades medias en vez de la capital está adquiriendo relevancia en Venezuela. Como afirma Jorge Brea: en décadas recientes, Argentina, México, Venezuela y otros pocos países han visto una disminución en la primacía urbana en tanto que las ciudades de mediano tamaño han comenzado a crecer más rápido que las capitales (2003: 30). Pero Venezuela está escasamente preparada para seguir haciendo frente a ésta explosión urbana. En materia de vivienda el aumento de la población urbana representa un gran reto a las políticas de planificación gubernamentales. Cada año se forman en el país 130.000 nuevos hogares, construyéndose anualmente desde 1999 hasta el año 2008, aproximadamente 38.600 viviendas al año, por lo que literalmente cada año más de 90.000 nuevos hogares sufren de déficit habitacional (Cilento, 2009: 10).

Población y Salud: desde el año 2001, los indicadores demográficos han arrojado una importante mejora sobre la salud de la población. De acuerdo con el Informe Anual presentado por el Presidente de la República en enero de 2009 a la Asamblea Nacional, la esperanza de vida en Venezuela se encuentra en los 73.6 años de vida, situándose en 76.80 para las mujeres y 70.86 para los hombres. Desde el año 2001 se ha reportado una evolución promedio de 1.1 años, aumentando en 1.24 años para las mujeres y 0.96 años para los hombres. Con respecto a la mortalidad infantil, la tasa por cada mil nacidos vivos ha

disminuido desde 18.4 en 2002 hasta 13.7 en 2008. La mortalidad materna se redujo de 67.2 en 2001 a 47.4 en 2007. Con respecto a las enfermedades transmisibles, en 2008 se redujo la malaria en un 24.1% y 41.5% de dengue (Chávez, 2009). Se ha producido una relajada disminución del crecimiento natural de 17.8 en 2003 a 16.43 en 2007 (INE). Venezuela cuenta actualmente con 75,4 médicos por habitante (www.guía.com, 2009).

Población y Pobreza: con relación a la pobreza, el porcentaje de personas provenientes de hogares pobres descendió de 45.4% en 2001 a 31.5% en 2008; asimismo, el porcentaje de personas provenientes de hogares en pobreza extrema se redujo de 16.9% en 2001 a 9.1% en 2008. La medición de desigualdad de ingresos por medio del Coeficiente Gini también reportó una disminución de 0.4573 en 2001 a 0.4099 en 2008, siendo Venezuela el país con mayor igualdad de distribución de ingresos por hogar en la región. Los hogares pobres disminuyeron de 39% en 2001 hasta 26% en 2008, y los hogares en pobreza extrema se redujeron de 14% en 2001 a 7.0% en 2008 (Chávez, 2009).

Población y Educación: la tasa neta de escolaridad por niveles educativos desde 1999 hasta 2008 se incrementó de 43.8% a 66.18% para preescolar; de 86.24% a 93.12% para educación primaria; de 46.85% a 68.14% para educación secundaria; de 23.69% a 42.35% para media-diversificada y profesional. Asimismo, la matrícula educativa aumentó de 7.372.234 a 7.588.497 en el mismo período. Los inscritos en educación superior pasaron de conformar aproximadamente 220.000 para 2001 a representar en 2008 504.958 personas. Se incrementó el número de universitarios y universitarias por cada mil personas de 36 en 2001 a 78 en 2008; la matrícula de educación aumentó de 800.000 a 2.135.146 personas en el mismo lapso de tiempo (Chávez, 2009). Venezuela ocupa, según la UNESCO, el segundo lugar en tasa bruta de matriculación de educación superior en la región (Chávez, 2009). Para 2005 el gasto en educación abarcaba el 3,7% del PIB (UNESCO).

3. Transición demográfica y perspectivas (2010-2050)

Todos los indicadores expuestos muestran la evolución social y económica de Venezuela desde el último censo de 2001. Venezuela ocupa el puesto 61 en Índice de Desarrollo Humano, estableciéndose así en el rango Alto. La mejora en las condiciones socio-económicas tiene una notable incidencia en el comportamiento de las variables asociadas a la población.

Las perspectivas para el futuro arrojan un incremento de los estándares de salud, alargándose la esperanza de vida y reduciéndose la fecundidad, con lo que Venezuela cumpliría la transición demográfica en poco más de noventa años. Al ser la demografía la ciencia social más exacta, es poco probable que haya reversibilidad de las estadísticas.

Tabla III: Proyecciones poblacionales para Venezuela (2015-2050)

AÑO	2015	2020	2050
Población total (en miles)	30.877	34.775	40.725
Tasa de crecimiento total	12,8	9,2	3,8
Fecundidad	2,2	2,0	1,85
Natalidad	18,0	15,3	12,3
Mortalidad	5,2	6,1	8,5
Esperanza de vida	76,3	77,7	79,9
Crecimiento natural	1,3	0,92	0,38

(Cifras en miles). Mientras la esperanza de vida y la mortalidad (producto de una pirámide poblacional más uniforme) crecen, la natalidad y la fecundidad decrecen, lo que significa menor capacidad de reemplazo para la población económicamente activa. ¿Quién pagará los costos del envejecimiento?

Fuente: CELADE, 2003

De acuerdo con CELADE (2005) las fases de la transición demográfica en Venezuela han sido las siguientes:

- a. Transición Incipiente: los censos realizados desde 1891 muestran que ésta etapa se llevó a cabo desde finales del siglo XIX (momento en el que se comienzan a arrojar datos fiables) hasta 1941. Se caracteriza por altas tasas de natalidad pero también de mortalidad, que disminuyen considerablemente el crecimiento natural de la población.
- b. Transición moderada (crecimiento natural del 3%): abarca desde los años 50 del siglo XX hasta los años 80. La natalidad aumenta al tiempo que disminuye considerablemente la mortalidad.
- c. Plena transición (crecimiento natural entre 1,7 y 2,5): en los años 90 Venezuela comienza a recorrer la tercera fase de la transición. Los índices de mortalidad permanecen bajos pero se reduce la cantidad de hijos por mujer a 2,5 aproximadamente (INE).
- d. Transición Avanzada (entre 0,5 y 1,5): probablemente Venezuela esté a pocos años de entrar en ésta fase. Ya para el año 2015 experimentará un ligero aumento de las tasas de mortalidad como consecuencia de un mayor número de ancianos. La tasa de natalidad en el país bajará considerablemente, probablemente por debajo de los niveles de reemplazo (Ver tabla 3).

Las razones que explican la transición demográfica en Venezuela son múltiples, entre ellas una importante reducción de la mortalidad infantil, mayor esperanza de vida, menor mortalidad, ampliación del uso de métodos anticonceptivos, reducción de la familia promedio, matriculación femenina,

entre otras. Los indicadores arriba señalados prueban que la ampliación del bienestar de la población, como la reducción de las disparidades de ingreso entre hogares, la reducción de la pobreza extrema, el aumento de matriculación universitaria, la progresiva urbanización y el aumento del gasto público en salud son medidas necesarias para controlar el crecimiento poblacional. Pero quizá la pieza clave para frenar las altas tasas de fecundidad es aumentar las oportunidades económicas de las mujeres, y los organismos internacionales al igual que el gobierno parecen estar cayendo en cuenta acerca de ésta “llave maestra” para el control poblacional.

Género y transición demográfica en Venezuela: Linden (1994) afirma que la clave para controlar el crecimiento de la población consiste en aumentar el acceso de las mujeres a la educación y al trabajo, y así ellas podrán decidir limitar su fertilidad. Ella afirma que:

en el pasado, los programas de control de población se habían limitado a poner la tecnología de planificación de la natalidad a disposición de las mujeres (...) Pero ahora parece claro que se necesita algo más (...) Demos a las mujeres más posibilidades de decidir y tendrán menos hijos (...) El control de la población y la situación social de las mujeres son dos objetivos inseparables (en Macionis y Plummer, 1999: 590).

Las mujeres y la economía: De acuerdo con el Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe de CELADE (2006), la población económicamente activa por sexo se distribuye de la siguiente manera:

Tabla IV: Población económicamente activa por sexo

Año	Fuerza laboral de ambos sexos (en miles)	Fuerza laboral masculina (en miles)	Fuerza laboral femenina (en miles)	Porcentaje de fuerza laboral masculina	Porcentaje de fuerza laboral femenina
1995	8245	5648	2598	68,50	31,40
2000	9638	6394	3244	66,34	33,66
2005	11128	7174	3954	64,46	35,54
2010	12640	7939	4700	62,80	37,20

H = Hombres; M = Mujeres

Las cifras revelan el progresivo aumento de la incorporación femenina a la fuerza laboral. Si bien en 25 años la mujer ha aumentado su participación en apenas 8,7 puntos, la balanza ciertamente se equilibra. La situación es crítica en relación a la fuerza laboral femenina en el campo (véase Tabla VI).

**Tabla V: Tipos de hogares urbanos según sexo del/la jefe/a
 (en miles)**

Años	Total hogares		Unipersonal		Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Nuclear sin hijos		Extenso y compuesto	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1990	77,9	22,1	61,7	38,3	99,9	0,1	12,4	87,6	99,9	0,1	67,3	32,7
2005	68,2	31,8	68,9	31,1	91,2	8,8	13,7	86,3	90,1	9,9	56,7	43,3

Tabla VI: Población empleada en la agricultura por sexo

	1990	1995	2000	2005
Hombres empleados en la agricultura	18,0	18,9	15,7	14,4
Mujeres empleadas en la agricultura	2,2	1,8	1,7	2,0

Fuente para tablas IV, V y VI: CELADE, 2006

La situación de desigualdad es igualmente notoria en los hogares. La tabla V demuestra que desde 1990 hasta 2005 se hicieron pocos progresos en la situación periférica de la mujer en el hogar. ¿El hogar con mayor participación femenina? ¡el hogar monoparental! Ciertamente, la mujer sigue siendo sostén de hogar muchas veces sin la ayuda económica del padre de los/as hijos/as, y a ésta situación se incorporan hombres como sostén de hogar en un proceso lento. Es quizá en el hogar donde hay mayor desigualdad de géneros, y esto hace que se siga manteniendo una considerable pobreza en los hogares al restringirse las oportunidades educativas y laborales de las mujeres y al no contar éstas con instrumentos de planificación familiar ni con el apoyo de la pareja.

El “Bono Demográfico” venezolano: El Bono Demográfico representa la etapa de transición en la que hay un mayor grosor de personas pertenecientes a la población económica activa (no dependiente), que ronda entre los 15 y 60 años de edad. Este bono demográfico, según el CELADE, debe ser aprovechado como impulso al desarrollo:

Ya que el mayor volumen de personas en edad productiva, sumado a la menor cantidad de niños y personas mayores, implica menos exigencias para los sistemas de salud materno infantil y de educación escolar, en otro tiempo muy sobrecargados (...) Urge, entonces, aprovechar la holgura que representa el bono demográfico. Y el requisito básico para sacarle partido es que las economías sean capaces de invertir en capital humano, generar empleos para la población activa creciente, y de disminuir la inseguridad, la precariedad y la informalidad que caracteriza a los mercados laborales de la

Según la misma fuente, Venezuela alcanzará su bono demográfico en 2025. Las estadísticas arrojan que el grosor de la población económicamente activa se logrará alrededor de ese año, y que en 2020 experimentará un aumento de alrededor de 7 puntos con respecto al 2000 (no se disponen de las estadísticas de la población económicamente activa para el año 2025). Incluso, con el aumento en la matriculación mencionado arriba, la población económicamente activa contará con un mayor nivel de educación, lo que puede contribuir a un mayor desarrollo del capital humano durante el bono demográfico. De manera que Venezuela podrá disponer de una menor demanda en gasto social, educación y salud pública de 2020 a 2030 porque cuando la natalidad disminuya la seguridad social se volcará sobre la población anciana dependiente (mayores de 60 años). Mientras transcurre el bono demográfico, los gobiernos en Venezuela pueden destinar recursos para mejorar los índices de empleo formal, la seguridad laboral, las infraestructuras, el aumento en matrícula universitaria y en especializaciones, mientras se preparan para un aumento progresivo de la población anciana dependiente (véase las proyecciones de población por grupos de edad y por población económicamente activa, Tablas VII y VIII).

Tabla VII: Porcentaje de población por grupos de edad

Grupos de edad	2000 (24.310.891 est.)	2015 (31.017.064 est.)	2025 (34.938.434 est.)	2050 (41.035.449 est.)
0-14	33,10	27,80	24,56	18,60
15-59	59,90	62,00	61,91	59,40
60+	7,00	10,17	13,52	22,00

Fuente: CELADE, 2003; Fuente para datos de 2015: INE. (En miles)

Tabla VIII: Población económicamente activa (en miles)

	2000 (24.170 est.)	Porcentaje sobre la población total	2020 (32.911 est.)	Porcentaje sobre la población total
Población económicamente activa. Total	9515,9	39,37	15477,2	47,00
Población económicamente activa urbana	8495,3	35,14	14355,8	43,62
Población económicamente activa rural	1020,6	4,22	1121,4	3,40
Número bruto de años de vida activa	34,5		36,4	
Número bruto de años de vida activa urbana	34,4		36,4	
Número bruto de años de vida activa rural	34,3		35,1	

Fuente: CELADE, 2006.

4. El “seísmo demográfico”... ¡a la venezolana!

En su libro *“El seísmo demográfico”*, Paul Wallace argumenta que “la demografía tiene sus días contados” (Wallace, 2000). La caída extraordinaria de las tasas de fecundidad producirá poblaciones cada vez más longevas, y la pirámide comúnmente ancha en la base por las altas tasas de natalidad, se va invirtiendo hasta albergar una cada vez mayor cantidad de ancianos. Pero la situación se complica porque resulta más complicado mantener los gastos sociales de una población envejecida que los concernientes a lidiar con una masa de jóvenes. Como explica el autor:

Una pirámide del revés no se sostiene. Nuestro extraordinario experimento de invertir las pirámides de edad resultará igual de inestable. El cambio en las relaciones de dependencia de los jóvenes y los ancianos creará conflictos económicos sin precedentes. Mantener a las personas mayores es mucho más caro que mantener a los niños y es la sociedad quien carga con esta responsabilidad en mucha mayor medida que las familias individualmente (Wallace, 2000).

Uno de los fenómenos que más llama la atención del autor es el envejecimiento de los nacidos durante el baby-boom norteamericano y el británico (1946-1960), fenómeno que va a provocar desde el aumento sostenido de medicamentos para la potencia sexual, hasta una dependencia impresionante de los mercados de valores hacia las acciones provenientes del mercado de pensiones y de las inversiones de las poblaciones mayores de cuarenta años que, según su edad, ahorran e invierten más. También fenómenos colaterales como el tamaño de las familias y los hogares para solteros y solteras provocarán una sacudida en el mercado inmobiliario. El seísmo demográfico también causará “riñas” entre generaciones por el pago de impuestos a la seguridad social en sociedades en las cuales las poblaciones económicamente activas –cada vez menores- tendrán que cargar con el peso de una vejez que se alarga.

¿Es éste el caso para Venezuela? como se señaló anteriormente, la población alcanzará su “boom demográfico” para 2025, año en que se reducirá a su punto más bajo la población dependiente. Después de esto, la balanza se inclinará cada vez más hacia la población mayor de 60 años y aunque sea en términos relativos, poco a poco irá experimentando un mayor crecimiento que la población joven. En 2050 la población dependiente alcanzará el 40.4%, pero la población mayor de 60 años representará el 54.6% del total dependiente, mientras que los y las infantes acumularán el 45.3% (Ver tabla IX). Esto supone una “sacudida” en los patrones de seguridad social especialmente una vez superado el boom demográfico, cuando las generaciones del “baby boom” venezolano (’50, ’60 y ’70, décadas en las que el crecimiento natural fue mayor al

3%) pasen desde 2010 a engrosar las filas de la población anciana dependiente de la seguridad social (Ver tabla IX).

Tabla IX: Población por grupos de edad y sexo

	1950	1975	2000	2025	2050
Total	5093,7	12734,3	24169,7	34775,2	40724,5
0-14	2213,8	5513,7	8227,0	8430,7	7481,5
15-59	2706,1	6593,6	14349,2	21745,0	24243,5
60+	173,8	627,0	1593,6	4599,5	8999,6
Hombres	2579,3	6444,7	12161,0	17393,6	20215,9
0-14	1129,3	2809,3	4199,7	4310,2	3828,2
15-59	1365,7	3339,3	7224,5	10964,2	12267,9
60+	84,4	296,1	736,7	2119,3	4119,9
Mujeres	2514,4	6289,6	12008,8	17381,5	20508,6
0-14	1084,5	2704,3	4027,2	4120,5	3653,3
15-59	1340,5	3254,3	7124,6	10780,8	11975,6
60+	89,4	330,9	856,9	2480,2	4879,7

Fuente: CELADE, 2003.

5. La seguridad social y los nuevos parámetros de gasto en Venezuela

Según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV), el gasto público en educación comprendió en su última medición (2008) poco más del 6% del PIB nacional, mientras que para la seguridad social fue de 4.51 (Véase Tabla X), cuyo 74.9% de los y las pensionadas lo son a causa de la vejez. Estos niveles se van a invertir en el momento en que la balanza de la población dependiente se muestre favorable a los ancianos. El porcentaje de la población pensionada por vejez con respecto a la población anciana total pasó del 16% al 40% en menos de una década (1998-2007), y todo indica que seguirá aumentando. Pero el problema fundamental es la manera través de la cual se financiará este gasto.

El presupuesto para Venezuela en el año 2009 prevé que el 46.1% de los ingresos al Estado sean por medios no petroleros, de los cuales el 98% serán por impuestos, 45% por concepto de IVA y 31% por ISLR, de acuerdo con la Asociación Bolivariana de Noticias. Pero el IVA representa realmente un impuesto regresivo que deberán pagar cada vez más ancianos. La solución aparente es aumentar los impuestos por concepto de Impuesto Sobre la Renta, para que sea el capital y las personas activas económicamente las que sostengan una población cada vez más vieja y que ésta no disminuya su consumo.

Los impuestos progresivos son la vía más idónea para unos gastos los expansivos en seguridad social. La relación de apoyo potencial hacia los

ancianos y ancianas ha disminuido de manera importante a causa de la urbanización y de los nuevos patrones de vida que exigen menor lealtad hacia los padres y madres, abuelos y abuelas. El radio de apoyo potencial (esto es la relación entre personas potencialmente económicamente activas y las potencialmente dependientes) pasó de 9 puntos en 2000 a sólo 2,7 en 2050 (CELADE, 2003), lo que significa que cada vez menos ancianos y ancianas están recibiendo ayuda o manutención de sus familiares económicamente activos.

Tabla X: Gasto público en educación y seguridad social como porcentaje del PIB

Año	Educación	Seguridad Social
1999	4,87	2,28
2000	5,38	2,69
2001	5,68	3,79
2002	5,74	3,20
2003	5,73	4,18
2004	6,02	3,96
2005	5,76	3,79
2006	6,33	4,91
2007	5,79	4,89
2008	6,09	4,51

Tabla X: Comparación de los gastos públicos en salud y educación respecto al PIB. En 9 años, el aumento del gasto en educación ha sido de 1.22 puntos porcentuales, mientras en el sector salud ha sido de 2.23. Ciertamente éste incremento corresponde en gran parte a un aumento de la población anciana y a una ampliación de la cobertura en seguridad social que seguirá aumentando debido al envejecimiento de la población venezolana.

Fuente: SISOV (2009).

6. Las políticas poblacionales en Suecia

La transición sueca comienza a mediados del siglo XVIII, alcanzando su pico más alto a mediados del siglo XIX, mientras que las defunciones igualaron al número de nacimientos en el año 2000. Por lo tanto, la transición sueca se logra en dos siglos y medio, pudiendo realizar su evolución demográfica a la par de su revolución industrial, a diferencia de Venezuela cuya transición demográfica ha sido dramática y se ha completado en apenas en un siglo, no existiendo una correlación directa entre nivel de industrialización y transición demográfica (Larousse, 2004: pp. 3-35)⁷. En 1990, la tasa de fecundidad alcanzó su tasa más baja, 1.5 hijos por mujer, mientras se desarrollan políticas para que en los próximos 60 años se pueda alcanzar una tasa de fecundidad de 1.8, aún bajo los niveles de reemplazo (Statistics Sweeden, 2009).

Desde la Gran Depresión, Suecia comenzó sus preocupaciones para elevar el nivel de fecundidad, el que cayó a 2 hijos por mujer debido a la crisis económica. Los/as suecos/as pensaron que la manera de revertir esta tendencia se lograría a través del apoyo a las familias y el bienestar social materno e infantil. Esto, unido a educación sexual y reproductiva, ayudó a aumentar la fecundidad a 2.5 hijos por mujer en 1940, pero nunca se volvió a recuperar al nivel de 4 hijos por mujer de comienzos del siglo XX.

Desde los años 30, el Estado ha impulsado la formación de familias: en 1939 una ley que impedía el despido a las mujeres por causas de embarazo y cuidado de los recién nacidos produjo que cada vez más mujeres pudieran combinar el trabajo y el cuidado familiar. La introducción de la píldora en los años 60 junto con una ampliación de los puestos de trabajo femeninos, el comienzo del debate por la equidad de género y la expansión económica de 1960 hicieron que la tasa de fecundidad se mantuviera en 2.5, pero las responsabilidades domésticas seguía estando limitadas para los hombres.

En 1974 el gobierno permitió el derecho al aborto, al igual que amplió los servicios de planificación familiar suministrados por parteras entrenadas y construyó centros de salud en todo el país; esto, aunado a las aspiraciones profesionales de las suecas, hizo que la edad en que las mujeres tienen su primer/a hijo/a pasara de 24 años en 1975 a 28 años en 1998. En los años 70, el decrecimiento de la tasa de fecundidad a 1.6 hijos por mujer significó una nueva legislación sobre deberes y derechos del padre. Así, en esta década se logró establecer permiso por paternidad de 6 meses con percepción del 90% del salario. Se introdujo una nueva ley que creaba un impuesto individual que obligaba a los/as adultos/as a ganar su propio dinero, lo que aumentó el número de mujeres trabajadoras así como los divorcios.

Aunque la participación laboral de la mujer aumento en los años 80 al 86%, la fecundidad se incremento hasta 2.1 hijos/as por mujer, lo que se explica por la mejora de las condiciones de procreación que impulsaron a las mujeres a tener un/a tercer/a hijo/a, aunado a un aumento del permiso por

paternidad y maternidad a 12 meses ganando el 90% del salario y tres meses más de salario mínimo para 1989, lo que se aumentaba desde 60 días hasta un año en caso de que el/la niño/a sufriera alguna enfermedad.

La depresión de 1990 disminuyó el financiamiento a la seguridad social y los beneficios paternos y maternos, lo que contribuyó a que en 1990 la fecundidad bajara al récord de 1.5. El alza de la economía aumentó los beneficios a las familias. Hoy, las mujeres suecas desempleadas o con perspectivas laborales poco seguras son las que tienen menos hijos o tardan más en formar una familia. Las mujeres y los hombres en Suecia quieren un trabajo seguro y un buen ingreso antes de comenzar una familia (Sundström, 2001). Hoy, el gobierno mantiene una política de financiación familiar. Mediante ella, instrumentos como una mensualidad por el cuidado de los/as niños/as y el Bono de Igualdad de Género, espera lograr que mujeres y hombres al igual que padres y madres solteras puedan equilibrar sus carreras con una familia y así garantizar el nivel de reemplazo (Government Offices of Sweden, 2009).

Aunado a la fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo se encuentra el envejecimiento progresivo de la población sueca. De acuerdo con el Centro Sueco de Estadísticas (SCB, por sus siglas en sueco) la esperanza de vida, que hoy se encuentra en 82 años para las mujeres y 77 para los hombres, aumentará en 84 y 81 respectivamente para el año 2020 y 87 y 85 en 2060, mientras que la tasa de fecundidad aumentará de 1.5 hijos/as por mujer en 2000 a 1.8 en 2020 y se mantendrá estable. La población también sufrirá un incremento lento, pasando de 10 millones en el año 2020 a 11 millones cuarenta años más tarde.

Con un índice de crecimiento anual del 0.158 (Central Intelligence Agency, 2009), Suecia necesitaría 448 años para duplicar su población. En el año 2060, las muertes superarán a los nacimientos por 10.000 personas. Desde 2010 a 2050, la población menor de 20 años apenas aumentará desde 2.130.000 hasta 2.350.000, es decir, un incremento del 9.3%. La población entre 20-64 años (económicamente activa), experimentará en el mismo período un incremento de apenas el 4.9%, pasando de 5.430.000 a 5.710.000 habitantes. Por su parte, la población de 65 años o más experimentará un crecimiento del 19.6%, pasando de 1.270.000 en 2010 a 1.580.000 en 2050, y la población mayor de 80 años experimentará un incremento impresionante del 52.8%, pasando de 490.000 personas en 2010 a 930.000 (Statistics Sweden, 2007).

Como sostiene Sundström (2001), el envejecimiento de la población “significa menos impuestos hacia los fondos de pensiones, servicios de salud y otros (...) casi una centuria de políticas para fomentar familias más grandes ha fallado en estimular mayores nacimientos. El caso de Suecia puede ilustrar el por qué. Mientras que la gente opte por preferir una carrera a una familia, el crecimiento poblacional sueco seguirá siendo dramático. Por lo tanto, el

gobierno y el parlamento deben crear leyes que aseguren que la población jubilada no representará un gasto insostenible para el Estado. La reforma del sistema de pensiones sueco de 1993 introduce medidas importantes para evitar que la población económicamente activa tenga que lidiar con el peso de un envejecimiento en aumento. La razón para la reforma del sistema de pensiones es que con el envejecimiento poblacional el costo por pensiones aumentó de manera espectacular mientras que el crecimiento económico de Suecia fue bajo (década de los 90) (Försäkringskassan, 2008).

Los/as trabajadores/as en Suecia contribuyen con el 18.5% de su salario a la cotización por pensión, de los cuales el 2.5% se canaliza a una Pensión Premium en donde los ahorros se invierten en un fondo de pensiones. Por su parte, la Pensión Garantizada se financia a través del presupuesto estatal a personas mayores de 65 años que cuenten con ingresos bajos o estén desempleados. De ésta forma, las pensiones dependen de los ingresos de la persona durante su vida y la alta cotización (18.5%) asegura que el/la anciano/a no reducirá dramáticamente sus gastos luego de jubilado/a, con lo que la economía por esa parte tiene tendencia a la estabilidad.

Las cotizaciones de los/as trabajadores/as dependen en Suecia de las condiciones económicas y demográficas, pero aún resulta incierto cómo los impuestos sobre el trabajo, el capital, la propiedad, los bienes y servicios y las corporaciones financiarán un expansivo gasto de salud que permanece público en un 81.7%. El gasto en salud aumenta desde el año 2000 un 4.7% anual, significando el 9% del gasto público para 2009, mientras que el gasto en medicamentos representa un 13% del total (OECD StatExtract, 2005).

7. Políticas poblacionales en Tailandia

Por su parte, Tailandia ha tenido un éxito impresionante en sus políticas de control de natalidad y planificación familiar, comenzadas en 1970 con su primera Política Poblacional (WHO/SEARO, 2003). Siete años más tarde, el Ministerio de Salud Pública estableció la Política de Salud Reproductiva Nacional, la cual incluye planificación familiar y cuidado maternal e infantil (WHO/SEARO, 2003).

Tailandia cuenta con una población estimada para 2009 de 63.396.000 habitantes (UNESCAP, 2009). Las políticas de planificación familiar han ayudado al logro de la reducción de la fecundidad de 6.3 en 1970 a 1.5 hijos/as por mujer para 2009 (WHO/SEARO, 2003 y UNESCAP, 2009), manteniéndose el crecimiento anual en sólo 0.4% (UNESCAP, 2009) por lo que Tailandia tardaría 175 años en duplicar su población. El uso de métodos contraceptivos es de 71.5%, siendo cubierto en un 70.1% por métodos modernos (UNESCAP, 2009).

Los servicios de planificación familiar en Tailandia son extensivos a toda la población, libres de costos y de buena calidad, y las personas que brindan servicios van desde médicos/as hasta parteras, con lo que se logra cobertura en el campo (64% de la población) (UNESCAP, 2009) y en las zonas urbanas (WHO/SEARO, 2003). El gobierno ha incorporado al sector privado, las ONGs y las universidades otorgando financiación a la investigación y educación sobre planificación familiar. Ésta forma parte de programas relacionados a la agricultura, la educación y el desarrollo comunitario. El gobierno trabaja por reducir el embarazo adolescente y atiende las necesidades particulares de poblaciones minoritarias y vulnerables como musulmanes/as, trabajadores/as inmigrantes y moribundos/as (UNESCAP, 2009). Sin embargo, el Norte y Noroeste del país cuentan con menor personal y servicios de planificación familiar, mientras que el acceso de planificación familiar en el Sudeste sigue siendo bajo. Igualmente, el porcentaje de hombres que usan preservativo es de sólo 1.7% (2003), con lo que se acelera la propagación del VIH/SIDA, cuya prevalencia en adultos llegaba al 1.8% para 2002 (UNESCAP, 2009).

Los métodos de planificación familiar son diversos y su fin es lograr que las comunidades entiendan las necesidades del uso de contraceptivos. De acuerdo con Calhoun, Tailandia:

Ha utilizado una combinación de implicación comunitaria e incentivos económicos para romper los tabúes contra el control de natalidad. Los carnavales, las ferias locales, e incluso las bodas son el escenario de tales juegos de control de natalidad como las parodias de “hinchar globos” usando preservativos. Se realizan maratones de vasectomías el Día del Trabajo y el del cumpleaños del rey, con equipos de médicos y enfermeras que compiten por realizar el mayor número de ellas. Los planificadores familiares registrados, que promueven el control de la natalidad en sus propias comunidades, pueden verse recompensados con descuentos en el alquiler de un búfalo para arar sus campos, o en la compra de fertilizantes y semillas, y en el transporte de sus bienes al mercado. Más de 16.000 pueblos tienen sus propios centros de planificación familiar. En torno al 60 por 100 de las parejas tailandesas practican el control de natalidad y la fecundidad total cayó de 6.1 en 1965-1970, a 2.1 en 1994 (Calhoun et alí, 2000: 536).

La Population and Community Development Association (PDA) es la ONG más importante de Tailandia y ha colaborado con el gobierno para transmitir educación sexual a lo largo del país.:

Los innovadores programas de PDA, que incluyen la distribución comunitaria, no médica, de contraceptivos orales y condones, incluidos servicios clínicos referenciales, han contribuido significativamente a la desaceleración del crecimiento anual de Tailandia (...). El PDA usa el humor y un acercamiento a través del sentido común, lo cual resuena en las comunidades, y actúa en conjunto con agencias gubernamentales locales para tener alcance en las comunidades (...) (PDA, 2008).

Los/as activistas de planificación familiar en Tailandia reparten condones en lugares donde se concentran muchedumbres y practican vasectomías en días festivos y esterilizaciones sencillas masivas para las mujeres. Otra de las razones para el éxito de la planificación familiar en Tailandia ha sido que el país tiene una mayor igualdad de género en el hogar que otros países vecinos. Debido a esto, las mujeres pueden decidir acerca del número de hijos/as que quieren tener (Frazer, 1992).

8. ¿Qué puede aprender Venezuela de las políticas poblacionales de Suecia y Tailandia?

Venezuela no cuenta con políticas integradas de planificación familiar, y la educación sexual no es ni clara ni una prioridad para las instituciones gubernamentales. Una de las peores consecuencias de ésta situación es la alta prevalencia de embarazos no precoces, siendo 1 de cada 5 embarazadas menor de 20 años. El grosor de mujeres embarazadas se encuentra entre los 20 y 24 años, con el 31% del total. El hecho de que el 50% de las mujeres embarazadas tengan menos de 25 años limita severamente sus aptitudes educacionales y laborales, y contribuye de forma importante con la feminización de la pobreza. De modo que Venezuela presenta dos retos con respecto a la natalidad: aumentar la edad promedio de las mujeres que van a tener su primer hijo/a y mejorar considerablemente la cobertura de educación sexual en todo el territorio nacional.

Por otro lado, desde 2010 Venezuela tendrá que cargar con la seguridad social de la cual dependerán los/as ancianos/as nacidos/as en los 60, 70 y 80. Igualmente, el país tendrá que lidiar con un envejecimiento que se alarga producto de las mejoras en el acceso a la salud de la última década. Venezuela se enfrenta pues, con un reto respecto a la vejez: ¿cómo financiar el gasto creciente de seguridad social en un país dependiente y vulnerable a los precios del petróleo?

Con respecto a los retos a la natalidad, Venezuela puede aprender de la experiencia sueca de la siguiente manera:

1. Apoyo e incentivos económicos a las mujeres embarazadas mayores de 20 años, con lo que se contribuye a frenar el

embarazo precoz.

2. Educación sexual y reproductiva clara y acceso masivo y gratuito a anticonceptivos.
3. Derecho a un aborto sano.
4. Aumento del permiso por paternidad a 6 meses, y legislación para vincular al hombre con las responsabilidades del hogar.
5. Los impuestos individuales a adultos/as pueden ayudar a la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, contribuyendo también a su independencia económica (como se vio más arriba, la “clave” para detener el crecimiento poblacional es la igualdad de oportunidades escolares y laborales para las mujeres).

Con respecto a los retos a la natalidad, Venezuela puede aprender de la experiencia tailandesa de la siguiente manera:

1. Creación de un Instituto de Planificación Familiar y Demografía, encargado de la política de salud sexual y reproductiva de la población venezolana, que trabaje en conjunto con el sector privado, las ONG's y las universidades y otorgue financiamiento para programas, investigación y actividades relacionadas con la planificación familiar y la prevención de ITS.
2. La cobertura de información sobre planificación familiar se debe hacer extensiva a todas las regiones del país. Los consejos comunales pueden nombrar a un/a vocero/a sobre planificación familiar, y ésta persona puede tener incentivos económicos como un salario por el trabajo realizado con la comunidad sobre el tema y por los logros en planificación familiar, becas para la universidad, acceso a micro crédito, etc. Se pueden recompensar a los consejos comunales que logren mejoras en la planificación familiar mediante la construcción de canchas, mejoras en las vías, centros de recreación, etc.
3. Repartición de condones de buena calidad en sitios masivos como cines, embotellamientos, sanitarios, eventos, universidades, etc.
4. El gobierno puede decretar una semana al año como “la semana de la planificación familiar”, y durante ocho días hacer jornadas generales intensivas de vasectomía, esterilizaciones, educación sexual, repartición de métodos contraceptivos modernos, juegos comunitarios, etc.

Con respecto a los retos al envejecimiento, Venezuela puede aprender de la experiencia sueca de la siguiente manera:

1. Aumento a las cotizaciones por pensión de las personas activas y fijar el nivel de cotización de acuerdo a la situación económica y demográfica del país. Se puede aprender de la experiencia sueca para alentar la creación del tipo de Pensión Premium que vaya destinada a fondos de pensiones.
2. Venezuela debe aumentar los impuestos progresivos al trabajo y a bienes y servicios como el tabaco y el alcohol, pero especialmente a los bienes de lujo, las propiedades, el capital y las corporaciones. Igualmente, el Estado debe mejorar los recaudos por infracciones a la ley que disminuyan los sobornos, crear leyes que penalicen de manera severa la corrupción, sanear las finanzas del Estado, alentar la producción nacional a gran escala, proveer de incentivos a las empresas nacionales y familiares, y aumentar el precio de los servicios básicos y la gasolina, para lograr una ampliación de la base tributaria que permita financiar el gasto expansivo en la seguridad social.

Una de las claves para enfrentar el envejecimiento poblacional en Venezuela es también salir del modelo minero-exportador a uno basado en la producción nacional y los impuestos. Aunque esto no es nada fácil, los gobiernos han hecho pocos avances en la materia. Especialmente la administración de Hugo Chávez, debido a caracterizarse por sus políticas progresistas, debe poner más énfasis en transformar los impuestos regresivos en impuestos progresivos, para que así sea la riqueza, y no los ingresos de la mayoría de la población, la que financie los gastos del Estado concernientes a la seguridad social.

9. Conclusiones

La transición demográfica venezolana consta de tres etapas. La primera, de 1873 a 1920, se caracteriza por un crecimiento poblacional insignificante, lo que cambió progresivamente como consecuencia del desarrollo económico y social. Durante la segunda etapa, de 1920 a 1970, se experimentó un fuerte crecimiento poblacional debido a cambios económicos sustanciales, especialmente en la conversión de la economía predominantemente agraria, a la petrolera. La tercera etapa, desde 1970 a 2001, enuncia una estabilización en los patrones demográficos, debido a un mejoramiento en los estándares de salud y educación, relativa estabilidad política, una drástica urbanización y mayores oportunidades laborales y educacionales para las mujeres.

La situación actual (2001-2009) se caracteriza por una economía alta-

mente dependiente de los ingresos del petróleo y una alta urbanización que sigue ocupando de manera predominante la franja norte-costera del territorio nacional. Los indicadores de salud en éste período presentan un importante progreso, así como los relativos a la población pobre y extremadamente pobre. Por su parte, la educación ha mejorado significativamente.

Estos indicadores muestran la evolución social y económica en Venezuela, lo que contribuirá a que la transición demográfica venezolana se cumpla en poco más de noventa años. Probablemente, para el año 2015 Venezuela experimentará la fase de transición demográfica avanzada. Igualmente, una de las claves fundamentales para acelerar la transición demográfica va a depender de las políticas de género y de mayores esfuerzos gubernamentales para la igualdad entre mujeres y hombres, especialmente en los campos laboral y educacional.

El bono demográfico venezolano se logrará alrededor del año 2025. Éste debe ser aprovechado por los gobiernos venezolanos para mejorar otros índices socio-económicos relevantes mientras se preparan para el aumento progresivo de los ancianos. Como Paul Wallace señala en su libro “El seísmo demográfico”, resulta más complicado cargar con una población anciana que con una predominantemente joven. Venezuela debe encontrar la manera de alterar los patrones de su economía, basándola en impuestos progresivos, para así poder lidiar con el gasto social que supone la transición demográfica.

A diferencia de Venezuela, Suecia experimentó la transición demográfica a la par de su desarrollo industrial. El mayor desafío sueco respecto a aquella parece ser aumentar el índice de natalidad sueco, incentivando mediante diversas políticas el nacimiento de más hijos por mujer. Aunado a éste desafío, se encuentra el envejecimiento progresivo de la población sueca. En los próximos años, la población económicamente activa apenas se incrementará, mientras que la población anciana experimentará un crecimiento impresionante, especialmente la mayor a 80 años.

Debido a esto, Suecia ha adelantado una serie de medidas que aminoran las consecuencias de su transición demográfica. Una alta cotización para pensiones de los ingresos de cada persona asegura que el/la jubilado/a podrá seguir manteniendo el mismo nivel de vida durante su vejez. De igual modo, esto impide que el creciente número de ancianos signifique una carga para la población económicamente activa.

Tailandia, por su parte, ha tenido un éxito impresionante respecto a sus políticas de control de natalidad y planificación familiar. Los servicios de planificación familiar son extensivos a toda la población, al tiempo que el gobierno financia la investigación y educación en la materia. Igualmente, el activismo comunitario e ideas ingeniosas han impulsado mejoras significativas en los índices relativos a la planificación familiar.

El desafío de Venezuela respecto a la composición de su población se centra en dos ejes. Por un lado, aumentar la edad promedio de las mujeres que tienen su primer hijo/a a la vez que aumentar la cobertura de educación sexual en todo el territorio nacional. Por otro lado, el modo a través del cual se financiará el gasto en seguridad social derivado de una población longeva en crecimiento.

En estos dos ejes, Venezuela puede aprender de la experiencia sueca. Con respecto a los retos a la natalidad, se pueden tomar como ejemplo el apoyo económico a las mujeres mayores de 20 años, acceso masivo a la educación sexual y a los anticonceptivos, derecho a un aborto sano, permiso por paternidad y políticas de equidad de género financiadas a través del sistema impositivo. Con respecto a los retos de natalidad, la experiencia sueca se muestra atractiva con respecto a las altas cotizaciones a las pensiones, así como los impuestos progresivos que permiten financiar el expansivo gasto en seguridad social.

Con respecto a la experiencia tailandesa, Venezuela puede tomarla como modelo para mejorar sus desafíos a la natalidad. Esto puede lograrse a través de la creación de un Instituto de Planificación Familiar y Demografía, educación sexual extensiva a todas las regiones del país así como reparto masivo de condones en sitios de multitudes. Los consejos comunales pueden servir de apoyo para el logro de estas metas. Igualmente, el gobierno nacional puede decretar una semana al año como “Semana de la Planificación Familiar” y lograr avances acelerados en la materia.

En el ya mencionado mensaje anual del Presidente de la República en 2009, Hugo Chávez, al referirse a las estadísticas sobre población y las proyecciones para 2050, añadió: datos importantes que es necesario conocer; sobre todo nosotros que tenemos cargos de responsabilidad para tomar decisiones. Pero es importante que los que toman decisiones, tomen la responsabilidad por los cambios demográficos. Una política poblacional para Venezuela se hace tanto necesaria como urgente. El trabajo expuesto pretende pues, alentar futuras y más amplias investigaciones sobre la composición poblacional venezolana para el desarrollo de políticas públicas que busquen mitigar sus efectos negativos a corto, mediano y largo plazo.

Notas

¹ ADVERTENCIA: Debido al uso de distintas fuentes, algunas cifras con iguales indicadores en la presente investigación presentarán leves variaciones, sin embargo, en términos generales, los números de población de diversas fuentes consultadas para la elaboración del presente estudio de caso son bastante aproximados.

² Politóloga egresada de la Universidad de Los Andes. La presente investigación fue resultado del seminario “Población y Política” del Pregrado en Ciencia Política, dictado por el Prof. Robert Kirby (Ph.D.).

Email: chaurioana@gmail.com

³ Las etapas a continuación no se basan en las fases de la transición demográfica, ya que sólo intentan explicar la situación demográfica histórica hasta el último censo (2001).

⁴ Estas cifras varían dependiendo de la fuente.

⁵ Que para el año 1961 comprende, según Ramos Ojeda (2009, p. 17) los estados: Distrito Federal, Aragua, Carabobo, Miranda, Mérida, Táchira, Trujillo, Lara, Sucre, Yaracuy, Nueva Esparta, Portuguesa, Falcón, Zulia y el eje fluvial Apure-Orinoco, aproximadamente un 20% del territorio nacional.

⁶ Los estados pertenecientes a la franja norte-costera pertenecen a una clasificación tomada de: Ojeda, R., 2009, pp. 17-20.

⁷ Igual resultado arroja la comparación entre México y Suecia.

Referencias

Libros

Aguilera, J. (1975). *La población en Venezuela*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Calhoun et al. (2000). *Sociología*. Madrid: McGraw-Hill.

Chi-Yin, C. (1968). *Movimientos migratorios en Venezuela*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Figueroa, B. (1979). *Historia económica y social de Venezuela* (5ta. Edición). Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela.

----- (1993). *Historia Económica y Social de Venezuela* (Tomo 1, 5ta. Ed.). Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela.

Larousse. (2004). *La población en el mundo*. París: Autor.

Macionis y Plummer. (1999). *Sociología*. Madrid: Prentice Hall.

Ojeda, R. (2009). *Venezuela: Política y Población*. Mérida.

Santillana. (2005). *La Enciclopedia del Estudiante* (Tomo 20). Lima: Autor.

Wallace, P. (2000). *El seísmo demográfico*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

Diarios

Angulo S. (2009, Abril 27). La industria se desinfla. *El Mundo Economía & Negocios*, p. 14.

Angulo y Rojas. (2009, abril 27). Economía no petrolera aplastada por el oro negro. *El Mundo Economía & Negocios*, pp. 12 y 13.

Cilento, A. (2009, mayo 10). Política de vivienda sin planificación urbana. *Últimas Noticias*, p. 10.

Referencias Electrónicas

Asociación Bolivariana de Noticias. (2008). Ingresos no petroleros representan 46,1% del presupuesto 2009. [Artículo en línea].

- Consultado el 2 de mayo de 2009 en:
<http://www.venezuelabolivariana.com/modules/news/article.php?storyid=289>
- Central Intelligence Agency (CIA). (2009). The world factbook: Sweden Population. [Base de datos en línea]. Consultado el 20 de mayo de 2009 en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sw.html#People>
- Chávez, H. (2009, Enero). Venezuela, una potencia. Mensaje anual presentado ante la Asamblea Nacional. [Documento en línea]. Consultado el 10 de abril de 2009 en: <http://www.minci.gob.ve/publicaciones/6/>
- Frazer, E. (1992). Thailand: A planning family success story. [Artículo en línea]. Consultado el 21 de mayo de 2009 en: <http://www.context.org/ICLIB/IC31/Frazer.htm>
- Försäkringskassan. (2008). The swedish old pension system. [Artículo en línea]. Consultado el 21 de mayo de 2009 en: http://www.forsakringskassan.se/pdfbroschyr/faktablad/andra_sprak/engelska/alderspension_eng.pdf
- Government Offices of Sweden. (2009). Financial family policy. [Documento en línea]. Consultado el 20 de mayo de 2009 en: <http://www.regeringen.se/sb/d/3827>
- Guía.com.ve. (2009). Barrio Adentro potenció cobertura médica a 95% de la población. [Artículo en línea]. Consultado el 5 de mayo de 2009 en: <http://www.guia.com.ve/noticias/?id=35858>
- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad de Los Andes (Iies). [Página web en línea]. Disponible en: <http://iies.faces.ula.ve>
- Population and Community Development Association. (PDA, 2008). Family Planning. [Artículo en línea]. Consultado el 21 de mayo de 2009 en: <http://www.pda.or.th/eng/fp.asp?Menu=01>
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV). (2009). [Página web en línea]. Consultado el 19 de mayo de 2009 en: <http://www.sisov.mpd.gob.ve/home/index.php>
- Statistics Sweden. (2007). Population projection for Sweden 2007-2050. [Documento en línea]. Consultado el 21 de mayo de 2009 en: http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2007A01/BE0401_2007A01_SM_BE18SM0701.pdf
- (2009). Population Projections: Children per women 1970-2008 and forecast 2009-2060. [Base de Datos en línea]. Consultado el 20 de mayo de 2009 en: http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_273435.aspx
- Sundström, K. (2001). Can government influence population growth? [Artículo en línea]. Consultado el 20 de mayo de 2009 en:

http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/563/Can_governments_influence_population_growth_.html

Documentos Oficiales

- Brea, J. (2003). *Population dynamics in Latin America*. [Documento en CD]. *Boletín de Población del Population Reference Bureau*, 58 (1). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2003). *América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población, 1959-2050*. [Documento en CD]. Santiago: Autor.
- (2005). *Cambios en la estructura poblacional: una pirámide que exige nuevas miradas*. [Documento en CD].
- (2006). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. [Documento en CD].
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2004). Reporte sociodemográfico: Censo de población y vivienda 2001. [Documento en CD]. Caracas: Autor.
- OECD StatExtract. (2005). Current Query: Health expenditure. [Base de datos en línea]. Consultado el 21 de mayo de 2009 en: <http://stats.oecd.org/wbos/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>.
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP). (2009). Population Data Sheet. [Base de datos en línea]. Consultado el 21 de mayo de 2009 en: www.unescap.org/esid/psis/population/database/data_sheet/2009/Datasheet%202009.pdf
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *Time series data: Total enrolment, school life expectancy and expenditure on education*. [Base de datos en línea]. Consultado el 8 de mayo de 2009 en: http://stats.uis.unesco.org/unesco/ReportFolders/ReportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,50&IF_Language=eng
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia (WHO/SEARO). (2003). Thailand and family planning: An overview. [Documento en línea]. Consultado el 21 de mayo de 2009 en: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Family_Planning_Fact_Sheets_thailand.pdf