

Horizonte demográfico de Asia

José Antonio Ortega,

Profesor de Análisis Económico en la Universidad de Salamanca y Doctor en demografía por la Universidad de California en Berkeley

Asia es la región del mundo que concentra una mayor población: tres de cada cinco de los habitantes del mundo viven en Asia. Según las proyecciones de Naciones Unidas, esta elevada proporción se espera que se mantenga hasta el 2050, pero con cambios importantes en el reparto de la población dentro del continente derivados del desigual crecimiento demográfico. De este modo, un país como China, que es el más poblado del planeta en la actualidad con 1.300 millones tan sólo habrá aumentado su población hasta los 1.400 millones en el 2050,

“Un país como China (...) tan sólo habrá aumentado su población en el 2050 hasta los 1.400 millones, viéndose superado por la India, que pasará de 1.090 a más de 1.500 millones.”

viéndose superada por la India, que pasará de 1.090 a más de 1.500 millones (Tabla 1). Terceros países como Pakistán e Indonesia aumentarán mucho su peso, pasando a ser el cuarto y quinto país más poblados del planeta después de Estados Unidos, en tercera posición. En el resto de la región la heterogeneidad sigue siendo la norma: mientras que la población de Japón previsiblemente disminuya, la de otras regiones del sur, el centro y el oeste de Asia aumentará de manera importante.

Aunque las perspectivas sobre la población en Asia aún indican un crecimiento, en las últimas décadas ha habido grandes cambios en la región: los índices de fecundidad se han reducido enormemente en la mayor parte del continente, de modo que países como Irán o Indonesia tienen una

fecundidad sólo ligeramente por encima del nivel de reemplazo, y otros como Sri Lanka o Tailandia están por debajo. Esta fecundidad reducida está llevando a una disminución paulatina de las tasas de crecimiento que continuará en los próximos años. Es importante señalar que una caída de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo no se transmite inmediatamente a una caída de la población en la medida en que la población en que ocurre sea aún joven (la llamada “inercia demográfica”). Sin embargo, a medida que la población va envejeciendo,

si la fecundidad no se recupera la población cae. En la Tabla 1 se recoge el año en el que la proyección media de población de la ONU registra el máximo de población. En algunos casos, como el de Japón, donde la fecundidad lleva décadas a un nivel muy reducido, el máximo se alcanza en esta década. En China se alcanzará en torno al 2030. En el conjunto de Asia se espera que se alcance el máximo en el 2065.

La reducción de la fecundidad está ligada a una serie de fenómenos que se irán difundiendo por la región. En primer lugar, al llegar las generaciones a la edad adulta aumentará en gran medida la fuerza de trabajo, dando lugar a oportunidades de crecimiento (lo que se conoce como el “bono demográfico”) pero también a presiones migratorias. Los

TABLA 1. La población de Asia y su crecimiento futuro

	Población 2004 (1)	Crecimiento natural 2004 % (1)	Esperanza de vida al nacer	Mortalidad infantil % (1)	Índice Sintético de Fecundidad (1)	Población 2005 (2)	Año de población máxima (2)	Población máxima (2)
Asia	3.875	1,3	67	54	2,6	5.222	2.065	5.271
Asia Oriental	1.531	0,6	72	30	1,6	1.590	2.030	1.659
China	1.300	0,6	71	32	1,7	1.395	2.030	1.450
Japón	128	0,1	82	3	1,3	110	2.010	128
Asia Central y del Sur	1.587	1,8	62	69	3,3	2.464	2.075	2.571
India	1.087	1,7	62	64	3,1	1.531	2.065	1.557
Sudeste Asiático	548	1,5	68	41	2,7	767	2.060	776
Asia Occidental	209	2,0	68	48	3,7	401	2.095	473

Cifras de población en millones de habitantes.

Fuentes: (1) Population Reference Bureau (2004), 2004 World Population Datasheet. Últimos datos disponibles. (2) División de Población de Naciones Unidas (2004), World Population in 2300, Escenario medio.

Economía

países donde antes cayó la fecundidad como Corea del Sur o Taiwan están experimentando en la actualidad esta fase. Otros como Tailandia están llegando en la actualidad. Según estas generaciones lleguen a la vejez, el envejecimiento se irá convirtiendo cada vez en un problema más importante. En algún caso, como el de China, donde la reducción de la fecundidad fue drástica como respuesta a las políticas represivas antinatalistas, estos problemas se verán agravados. En definitiva, estamos asistiendo a un período transitorio en el que los problemas demográficos del continente asiático están pasando de ser los tradicionales asociados al crecimiento excesivamente rápido de la población a unos problemas que combinan los que los países occidentales están experimentando hoy en día unidos a los problemas de la superpoblación y, en buena parte de la región, el escaso desarrollo económico. Una muestra fehaciente de ello es la gran catástrofe con la que se ha cerrado el año en la costa del Índico. Las altas densidades de población costera unidas a la ausencia de mecanismos de alerta rápida han determinado que a finales de diciembre de 2004 un fuerte terremoto y el tsunami posterior hayan ocasionado una de las mayores catástrofes naturales de la historia con cerca de trescientas mil víctimas mortales.

En este artículo, en primer lugar estudiaremos las tendencias de mortalidad y fecundidad en las últimas décadas, clasificando a los países de la región por su lugar dentro de la transición demográfica y analizando los problemas específicos asociados a la transición epidemiológica. En segundo lugar, estudiaremos los patrones de crecimiento de la población en sus dos componentes: natural y migratorio, prestando atención a los procesos de urbanización y a las migraciones internacionales. Por último, estudiaremos los cambios resultantes de estas evoluciones en la estructura por edades de la población asiática y sus implicaciones para el futuro. Cuando no se haga mención a la fuente y al año, las cifras que se mencionan corresponden a la 2004 World Population Datasheet (Population Reference Bureau, 2004), que recopila las estadísticas más recientes.

Tendencias en la mortalidad

En Asia podemos observar en estos momentos una gran variedad de situaciones demográficas, pero a la vez una serie de patrones comunes. En la gran mayoría de los países de la región la transición de la mortalidad se ha desarrollado en buena medida y se disfruta de esperanzas de vida al nacer por encima de los sesenta años. Las excepciones son muy pocas: Afganistán (43 años), Timor-Leste (49), Laos (54), Camboya (57), Myanmar (57) y Nepal (59). Se trata como vemos de países que han pasado por situaciones de convulsión social recientemente, junto a algunos de los países más pobres del Sudeste Asiático y el sur de Asia. Junto

a ellos, tenemos algunos de los países de mayor esperanza de vida del mundo, incluido el más longevo, Japón, donde la esperanza de vida al nacer para las mujeres se sitúa en los 85 años y para los hombres en 78. En el propio Sudeste Asiático tenemos países vecinos donde las condiciones de mortalidad son radicalmente distintas: frente a los casos mencionados de Camboya, Laos y Myanmar donde no se llega a los sesenta años de esperanza de vida, en Tailandia, Vietnam y Malasia se superan los setenta, llegando en Singapur hasta los 79 años. En cuanto a la distribución por regiones vemos en la Tabla 1 que es la región central y del sur de Asia la menos favorecida, con 62 años de media. Esta baja esperanza de vida se debe fundamentalmente a la elevada mortalidad infantil en la región (69%), aunque veremos que también existen niveles elevados de mortalidad adulta.

En la Tabla 2 hemos seleccionado una serie de indicadores de mortalidad para una muestra de países asiáticos. La tabla permite observar los contrastes entre países y las maneras divergentes en las que la mortalidad ha evolucionado en la última década del siglo XX. La mortalidad infantil se ha reducido en todos los países de la muestra, pero se mantienen grandes diferencias. De nuevo Japón, Singapur y, en menor medida, Malasia, presentan niveles de mortalidad infantil realmente bajos. Algunos de los países pobres, como Sri Lanka han conseguido reducir la mortalidad a niveles bastante bajos. En el otro extremo tenemos los países de mortalidad infantil muy elevada como Laos, Bangladesh o la India. En estos países las tasas de mortalidad infantil indican que más de uno de cada diez niños moría antes de llegar al primer año de vida en 1990. Esto se debe fundamentalmente a la presencia de enfermedades transmisibles asociadas con la pobreza, esencialmente enfermedades de tipo respiratorio y diarreico, así como mortalidad perinatal. En líneas generales la mortalidad infantil se ha reducido bastante, pero todavía hay niveles no aceptables en algunos países. El hecho de que países relativamente pobres pueden tener niveles de mortalidad infantil reducida muestra la existencia de posibilidades en este sentido. Métodos sencillos y baratos, como las terapias de rehidratación oral, pueden ser muy efectivos en este sentido.

La mortalidad adulta está representada en la Tabla 2 por la probabilidad de morir antes de los 60 años condicionada a haber sobrevivido hasta los 15 años de edad. De nuevo tenemos a Japón y Singapur con mortalidad adulta muy baja, y a algunos países donde más de un cuarto de los que llegan a los 15 años mueren antes de los 60. Son los casos de Bangladesh, India y Laos.

Las tendencias en la esperanza de vida muestran varias sorpresas. En particular, existen una serie de países que durante la década de los noventa no hicieron ningún progreso. Es

TABLA 2. Indicadores de mortalidad en algunos países asiáticos

País	Esperanza de vida al nacer						Mortalidad Infantil ‰		Mort. Adulta ‰
	Hombres		Mujeres		Ambos sexos		1990	2000	2000
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	2000
Bangladesh	54,4	61,7	54,2	61,6	54,2	61,6	138	85	254
China	66,3	69,4	69,5	72,2	67,7	70,8	45	41	134
Corea del Norte	67,4	63,9	72,9	68,3	69,9	66,1	51	53	212
Corea del Sur	67,0	70,9	75,2	78,4	70,9	74,6	15	10	126
Filipinas	63,4	63,9	67,5	71,1	65,3	67,4	53	43	211
India	58,8	59,8	59,0	61,5	58,8	60,6	129	96	259
Indonesia	59,8	64,0	63,3	66,8	61,4	65,4	90	50	232
Japón	75,9	77,7	81,9	84,6	78,9	81,3	6	5	73
Laos	48,3	53,5	50,8	55,6	49,5	54,6	181	143	328
Malasia	68,1	69,3	72,3	74,3	70,1	71,7	19	10	154
Singapur	72,5	76,1	77,3	80,8	74,6	78,4	8	4	77
Sri Lanka	67,6	65,0	72,7	73,7	69,7	68,8	29	21	213
Tailandia	65,8	65,6	71,0	72,1	68,2	68,8	39	34	215
Vietnam	61,8	66,8	66,1	71,6	63,8	69,1	51	40	169

Fuente: A. López (2003): "Mortality and morbidity trends and poverty reduction", en Naciones Unidas, *Population and Poverty in Asia and the Pacific*, Asian Population Studies N. 158, Naciones Unidas, Nueva York, pp. 73-93.

el caso de Corea del Norte, donde una crisis continuada ha reducido la esperanza de vida en unos cuatro años. En los casos de Sri Lanka y Tailandia las evoluciones han sido diferentes para hombres y mujeres. Mientras que la esperanza de vida de las últimas ha aumentado, la de los hombres ha disminuido, en el caso de Sri Lanka, en más de dos años. Frente a estos casos, los progresos han sido importantes en Bangladesh, Laos o Indonesia, aunque la esperanza de vida sea aún reducida.

La comparación de la esperanza de vida por sexos es también particularmente ilustrativa porque permite detectar la sobremortalidad femenina característica de algunos de los países de Asia Meridional. Este es un tema que ha recibido gran atención académica ya que se trata de una excepción al patrón universal de sobremortalidad masculina, y en el que las causas son el peor trato que reciben las niñas durante su infancia (ligado a la preferencia de los padres por los varones), y las altas tasas de mortalidad materna. Vemos como en Bangladesh todavía en el 2000 era mayor la esperanza de vida de los varones. En otros países como India o Laos, aunque es algo mayor la esperanza de vida de las mujeres, lo es por un margen bastante reducido.

Ligados a los cambios en la mortalidad están los cambios en las causas de muerte. El patrón general es que durante la transición epidemiológica, las enfermedades transmisibles pierden importancia y van siendo sustituidas por enfermedades de tipo degenerativo. En el caso de Asia también se pueden constatar estos patrones: en los países de menor esperanza de vida las enfermedades transmisibles como las de

tipo diarreico, la tuberculosis y otras patologías respiratorias siguen siendo responsables de una buena parte de las defunciones. También es importante mencionar las nuevas enfermedades de tipo transmisible. El sida es la principal, y tiene una importancia muy desigual en la región. A finales del 2003 la media de la región es de 0,4% de la población infectada con lo que es, junto a Oceanía, el continente con menor prevalencia, aunque la pandemia está en aumento. Los países con mayores proporciones de infectados son Camboya (2,6%), Tailandia (1,5%), Myanmar (1,2%) e India (0,9%), mientras que en la mayor parte de la región los niveles son muy bajos. En los años 2003 y 2004 fue también noticia el Síndrome Respiratorio Severo Agudo (SARS), nueva enfermedad vírica que infectó a 8.000 personas en todo el mundo y causó la muerte a 774, la mayor parte de ellas en el continente asiático. El control de la enfermedad ha sido un éxito y en la actualidad no hay ningún caso declarado, aunque hubo un rebrote mínimo en China en abril de 2004.

Por último, las altas densidades de población en gran parte del continente, combinadas con la abundante pobreza, hacen a la región vulnerable frente a catástrofes naturales. En los últimos años han sido particularmente devastadores el terremoto registrado en Irán en diciembre de 2003, con más de 25.000 víctimas, y el terremoto sufrido en diciembre de 2004 frente a Sumatra (Indonesia) y el posterior tsunami. Se contabilizaron cerca de 300.000 víctimas, principalmente en Indonesia (240000), Sri Lanka (30000), India y Tailandia. A las catástrofes naturales debemos añadir las causadas por el hombre como resultado de los conflictos violentos que tienen lugar en la región.

Economía

En el análisis de la mortalidad no hemos utilizado la tasa bruta de mortalidad (tanto por mil de la población que muere en un año). El motivo es que la tasa bruta está muy afectada por la estructura por edades. En países jóvenes, como lo son la mayor parte de los de la región, la tasa bruta de mortalidad puede ser muy baja aun cuando la esperanza de vida sea relativamente baja. Por ejemplo: en la India la tasa bruta de mortalidad es igual a la de Japón (8) cuando, como vimos, las condiciones de mortalidad son muy diferentes. De hecho, la combinación de poblaciones jóvenes con la mortalidad reducida lleva a que se observen en el continente asiático algunas de las tasas brutas de mortalidad más bajas del mundo, como el 3‰ en Brunei, o el 4‰ en Singapur o Malasia.

Tendencias en la fecundidad y la nupcialidad

En el caso de la fecundidad existen una serie de patrones comunes dentro de la gran heterogeneidad de la región. El principal rasgo común es la importante reducción de la fecundidad. De este modo hemos visto que el nivel medio del continente está en la actualidad en 2,6 hijos por mujer cuando a mediados del siglo XX superaba ampliamente los 5 hijos por mujer. Dentro de este patrón de disminución de la fecundidad subsisten importantes diferencias, muchas de las cuales presentan patrones similares a los que encontramos en el caso de la mortalidad: en los países donde la mortalidad infantil es todavía alta y la esperanza de vida baja la fecundidad es, en general, más elevada. Se trata de una muestra de la validez empírica de la teoría de la transición demográfica por la que la caída en la mortalidad tiende a ser anterior a la de la fecundidad. Sin embargo, como hemos apuntado, en la mayor parte del continente asiático ya ha comenzado a caer la fecundidad. Una clasificación de los países por su nivel de fecundidad se corresponde por lo tanto con una clasificación por lo avanzado del proceso de transición demográfica. Podemos distinguir, así, a los países de transición incipiente, intermedia y avanzada. Los primeros serían aquellos en los que la fecundidad sigue siendo elevada, por encima de cuatro hijos por mujer. Los segundos aquéllos en los que la fecundidad se ha reducido considerablemente pero en los que aún está claramente por encima del nivel de reemplazo. Podemos poner el umbral en 2,5 hijos por mujer. Por último tenemos los de transición avanzada, en los que la fecundidad está en torno al nivel de reemplazo o por debajo de este. Es importante volver a señalar la diferencia que existe entre los niveles de fecundidad medidos por el Índice Sintético de Fecundidad y la tasa bruta de natalidad, similar a la relación entre esperanza de vida y tasa bruta de mortalidad: en la tasa bruta influye,

“ Muchos países que hace veinte años estaban asociados a niveles de fecundidad muy elevados hoy tienen fecundidad cercana al reemplazo y que disminuye rápidamente.”

además de la fecundidad, la estructura por edades. En la medida en que haya mucha población en edad de tener hijos la natalidad será más alta para un mismo nivel de fecundidad. Existe aquí un efecto diferido de la alta fecundidad sobre la natalidad: en un país en el que la fecundidad se ha reducido recientemente, como ocurre en buena parte de la región, la natalidad sigue siendo elevada mientras que las generaciones grandes siguen teniendo hijos. Se trata del proceso denominado inercia demográfica.

En la Tabla 3 se presentan una serie de indicadores relacionados

con la fecundidad y la nupcialidad para una muestra de países clasificados por lo avanzado del proceso de transición demográfica según las tres categorías mencionadas anteriormente de acuerdo a la fecundidad del período 2000-2005. Lo primero que llama la atención es que la categoría más amplia es la de los países de transición avanzada. Esto se debe, en buena medida, a caídas de la fecundidad en los últimos cinco años. Muchos países que hace veinte años estaban asociados a niveles de fecundidad muy elevados hoy tienen fecundidad cercana al reemplazo y que disminuye rápidamente. Es el caso de Indonesia, Irán o Vietnam. Son muy pocos los países en los que la fecundidad sigue siendo muy alta, y tienden a coincidir con los países en los que la mortalidad es aún muy elevada como Afganistán o Laos. En la fase intermedia de transición tenemos algunos de los países de Asia Meridional de desarrollo medio-bajo como Bangladesh, Filipinas, India o Malasia. El resto de 13 países tienen fecundidad por debajo de 2,5, niveles en los que podríamos decir que la transición demográfica está muy avanzada: se corresponde con los niveles que tenían los países europeos, por ejemplo, en los años setenta. En esta categoría están los pocos países de la región donde la fecundidad ya era bastante reducida en los años setenta, como Japón, o los países en los que cayó la fecundidad en los ochenta como Singapur, Corea del Sur o China.

Este proceso de caída de la fecundidad, aunque obviamente más tardío que el de los países más desarrollados, presenta muchos elementos comunes con aquél. El primero, el que hemos comentado respecto a la relación con la caída de la mortalidad. Bongaarts (2002) relaciona los niveles de fecundidad con la esperanza de vida en un panel de 137 países entre 1960-65 y 1990-95. El coeficiente de correlación lineal es muy elevado: -0,79. Esto es lo que podíamos esperar en función de las consideraciones de la transición demográfica. Por otro lado, antes de que comience la transición en la fecundidad hay poca relación entre los niveles de mortalidad y de desarrollo económico y la fecundidad. Esto puede interpretarse como la existencia de distintos niveles de fecundidad natural, es decir: el nivel de fecundi-

dad que se observa cuando no hay una limitación intencionada de los nacimientos. En estas condiciones, la heterogeneidad en la fecundidad es el resultado de factores asociados a la nupcialidad, a los patrones de amamantamiento o al estatus nutricional. La transición tiende a ocurrir después de algún período de mejora en los indicadores de desarrollo, como la esperanza de vida, las tasas de alfabetismo o el PIB per cápita. También se observa que no hay ningún umbral fijo para que se inicie la transición de la fecundidad, sino que los umbrales tienden a ser más bajos en los países que empiezan la transición más tarde. Por otro lado la transición tiende a ser más rápida cuanto más elevado es el nivel de desarrollo de partida del país. Una vez comenzada la transición, ésta suele continuar, aunque existe algún caso de retroceso temporal.

Las explicaciones que se dan a estos patrones, tanto en el caso de las transiciones de la fecundidad en Asia, como en las europeas, tienen que ver con la existencia de varios requisitos previos para que la fecundidad caiga: por un lado las parejas tienen que percibir ventajas asociadas a una estrate-

gia de menor fecundidad, lo que podemos llamar un factor económico, pero esto no es suficiente. Tienen que darse además precondiciones de tipo ideológico y tecnológico. Las precondiciones ideológicas se refieren a que los individuos acepten la idea de controlar la fecundidad. Las tecnológicas se refieren a la capacidad para controlar los nacimientos. Es de destacar que los países pioneros en la caída de la fecundidad, como Francia en el siglo XIX, lo consiguieron utilizando métodos muy imperfectos como el *coitus interruptus*. En el caso de los países asiáticos la mayor parte de las mujeres expuestas al riesgo de embarazo utilizan métodos anticonceptivos (un 62%), y en la gran mayoría de los casos se trata de métodos anticonceptivos modernos.

Esta situación es posible gracias a una larga tradición de programas de planificación familiar desde mediados del siglo XX, financiados tanto por los gobiernos de la región como por organismos y fundaciones internacionales. Los efectos de estos programas no son sólo los de permitir el acceso a métodos modernos, sino que también tiene importancia el factor ideológico: los programas de planificación familiar reducen los costes no económicos de la

“ En el caso de los países asiáticos la mayor parte de las mujeres expuestas al riesgo de embarazo utilizan métodos anticonceptivos (un 62%), y en la gran mayoría de los casos se trata de métodos anticonceptivos modernos. ”

TABLA 3. Indicadores de fecundidad y nupcialidad en algunos países asiáticos

País	Índice Sintético de Fecundidad (1)				% de mujeres 20-24 años casados		Prevalencia anticonceptiva (4)		Crecimiento Métodos modernos (4)	% Necesidad insatisfecha (4)
	1950-1955	1970-1975	1995-2000	2000-2005	1990 (2)	2000 (1)	Cualquier método	Método moderno		
Transición incipiente (ISF > 4,0): Afganistán (6,8), Pakistán (5,1), Bhután (5,0), Laos (4,8), Camboya (4,8), Nepal (4,3),										
Pakistán	6,3	6,3	5,5	5,1	61	61	28	20	1,1	32,0
Laos	6,2	6,2	5,3	4,8	67	70	32	29	2,0	..
Transición intermedia (ISF ≥ 2,5): Bangladesh (3,5), Filipinas (3,2), Tayikistán (3,0), India (3,0), Myanmar (2,9), Malasia (2,9), Turkmenistán (2,7), Kirguistán (2,6).										
Bangladesh	6,7	6,4	3,4	3,5	89	79	54	43	1,6	15,3
Filipinas	7,3	6,0	3,6	3,2	44	35	47	28	0,7	19,8
India	6,0	5,4	3,3	3,0	83	82	48	43	0,7	15,8
Malasia	6,8	5,2	3,3	2,9	40	..	55	30	-0,3	..
Transición avanzada (ISF < 2,5): Mongolia (2,4), Uzbekistán (2,4), Irán (2,3), Vietnam (2,3), Indonesia (2,3), Sri Lanka (2,0), Kazajistán (2,0), Corea del Norte (2,0), Tailandia (1,9), China (1,8), Singapur (1,4), Corea del Sur (1,4), Japón (1,4),										
Indonesia	5,5	5,2	2,6	2,3	64	61	57	55	1,1	9,2
Irán	7,0	6,4	2,6	2,3	69	60	73	56	3,0	..
Vietnam	5,7	6,7	2,5	2,3	57	52	79	57	1,8	4,8
Sri Lanka	5,9	4,1	2,1	2,0	39	..	66	44	0,5	..
Tailandia	6,4	5,0	2,1	1,9	52	..	72	70	-0,1	..
China	6,2	4,9	1,8	1,8	59	46	84	83	0,6	..
Corea del Sur	5,4	4,3	1,5	1,4	34 ⁽⁵⁾	17 ⁽⁶⁾	81	67	-0,3	..
Japón	2,7	2,1	1,4	1,3	14	11	56	51	-0,1	..

Fuentes: (1) V. Kandiah (2003): "Fertility levels and trends, and their implications for policies and programmes", en Naciones Unidas, *Population and Poverty in Asia and the Pacific, Asian Population Studies N. 158*, Naciones Unidas, Nueva York, pp. 53-72, (2) Cifras cercanas al 1990 procedentes de *Population Division (2000)*, *World Marriage Patterns 2000*, Naciones Unidas. Cifras para Corea del Sur para los años indicados procedentes de (1), (3) UNFPA (2004), *El Estado de la Población Mundial 2004*, Naciones Unidas, (4) *Population Division (2003)*, *World Contraceptive Use 2003*, Naciones Unidas. (5) Datos referentes a 1980. (6) Datos referente a 1995. Las cifras de prevalencia se refieren al porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos anticonceptivos. Crecimiento de métodos modernos se refiere a la tasa de crecimiento anual (en %) de la utilización de métodos modernos durante el período 1990-2000. La necesidad insatisfecha se refiere al porcentaje de mujeres en edad reproductiva que no desean tener hijos al menos durante los próximos dos años pero que no utilizan métodos anticonceptivos. Las cifras corresponden a años cercanos al 2000.

Economía

limitación de nacimientos derivados del desconocimiento y del miedo al uso y hacen que, poco a poco, se conviertan en aceptables. La Tabla 3 es muy ilustrativa al respecto: existe una relación muy clara entre la proporción de mujeres que utiliza métodos anticonceptivos y la tasa de fecundidad. Así vemos como en Pakistán y Laos, donde menos de un tercio de las mujeres utilizan métodos anticonceptivos, la fecundidad todavía es muy elevada. También vemos como el crecimiento en el uso de anticonceptivos modernos ha sido muy rápido durante la década de los noventa. Esto nos indica que, muy probablemente, también en estos países la fecundidad siga cayendo en los próximos años. La principal excepción a este patrón es la de Japón, el país donde menor es la fecundidad de los de la tabla y donde, sin embargo, sólo el 56% de las mujeres utiliza métodos anticonceptivos. Los motivos tienen que ver con los patrones mucho más tardíos de casamiento combinados con una elevada abstinencia pre-nupcial. Vemos como en el 2000 sólo el 11% de las mujeres entre 20 y 25 años estaban casadas, en contraste con cifras tan elevadas como el 82% de la India. Vemos que, en general, el matrimonio en los países asiáticos es muy temprano, con más del 40% de las mujeres casadas en el grupo de 20 a 25 años. En algunos casos el matrimonio ha comenzado a retrasarse. Es el caso de Corea, de China, de Filipinas e Irán.

La relación entre fecundidad, proporciones de mujeres viviendo en unión y uso de métodos anticonceptivos, aunque interesante, es puramente tecnológica. Prueba que los métodos funcionan, y que se están utilizando. Como hemos visto la aceptación de la limitación de nacimientos y la disponibilidad de anticonceptivos no garantiza que se quieran limitar los nacimientos: tiene que percibirse alguna ventaja en hacerlo. Es aquí donde juegan un papel fundamental los factores sociales y económicos. De entre ellos se ha encontrado que un papel clave es el de la educación. Los efectos de una mayor educación son, por un lado, los de incrementar los costes ligados al número de hijos, tanto por su coste directo como por la reducción en los posibles ingresos ligados al trabajo infantil, que por cierto es también objeto de intervención directa en los programas internacionales. Por otro lado, la tendencia a la universalización de la educación de las mujeres aumenta el coste de oportunidad de tener hijos para la siguiente generación, al incrementar sus posibilidades en el mercado laboral, y además puede elevar la capacidad de negociación de las mujeres en las decisiones respecto al número de hijos. Tenemos por tanto, un efecto directo sobre la generación de los padres y otro sobre la generación de los hijos. Estas consecuencias no se circunscriben al ámbito de la fecundidad. También se ha comprobado, por ejemplo, como la mortalidad infantil es más reducida para mujeres que han recibido educación. La expansión de la educación puede producirse a través de programas de escolarización obligatoria, pero también por decisión de los padres que se dan cuenta de que educar a los hijos les per-

mite aumentar sus aspiraciones. Llamen la atención, por ejemplo, las investigaciones de Knodel et al. (1987) en Tailandia, donde los motivos que los padres aducían para limitar el número de hijos eran notablemente parecidos a los que las teorías económicas de la fecundidad apuntaban para los países más desarrollados.

La última columna de la Tabla 3 recoge las llamadas "necesidades insatisfechas" de limitación de nacimientos. Nos da una idea de en qué medida hay potencial para la difusión de métodos de limitación de nacimientos pese a la ausencia de cambios socioeconómicos, al recoger las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos pero que no quieren tener más hijos o que no quieren tenerlos en los próximos dos años. Vemos que esta proporción es mucho mayor en los países de transición incipiente e intermedia, señalando que existe un potencial para la reducción en estos países.

En general, la perspectiva sobre la fecundidad en Asia que sale de este análisis es que la fecundidad va a seguir bajando, y que en pocos años muchos de los países asiáticos pueden empezar a tener problemas asociados a la fecundidad excesivamente baja, como ya ocurre en Japón, Singapur o Corea del Sur. De hecho algunos de los países de la región, como Malasia, están empezando a modificar sus políticas de población en un sentido parecido al de países europeos, en un intento de permitir compatibilizar a las mujeres la vida laboral con la maternidad. Es de señalar que la reducción drástica de la fecundidad en la mayor parte de la región ha ocurrido sin los cambios drásticos en los procesos de individualización y de liberación de la mujer que se han observado en los países europeos y que se suelen agrupar bajo la denominación, que nosotros preferimos no recomendar por su confusión, de "segunda transición demográfica". Tampoco ha habido, salvo en los países más avanzados de la región como Corea del Sur, una transición del retraso en la edad a la unión y en la fecundidad. Es muy probable que ésta se observe durante el siglo XXI en la medida en que la educación de la mujer siga aumentando y se vayan incorporando al mercado de trabajo. Durante los períodos en los que ocurra la transición del retraso es posible que se observen índices sintéticos de fecundidad extremadamente bajos, menores de 1,3 hijos por mujer, como ha ocurrido en el sur y en el este de Europa durante los años noventa y durante la década actual. Esto se debe al llamado "efecto calendario", por el que durante el tiempo en que se produce el retraso el número de nacimientos cae al estar siendo postergado hasta años futuros.

Crecimiento natural y migraciones

La fecundidad y la mortalidad consignan las entradas y salidas en la población por causas naturales, y definen el lla-

mado crecimiento natural o vegetativo. Junto a este componente están los movimientos migratorios para identificar el crecimiento de la población. La Tabla 4 recoge todos estos conceptos. Vemos como la población tiene todavía un crecimiento natural importante debido, sobre todo, a la elevada proporción de jóvenes, cuya mortalidad es mucho más reducida. De este modo el crecimiento natural medio supera el 1% anual llegando en Asia Central y del Sur y Asia Occidental, donde la natalidad es más elevada, a cifras en torno al 2%. En Asia Oriental, donde las cifras de fecundidad comenzaron a caer antes y la población es más envejecida, se encuentran las menores tasas de crecimiento natural. Vemos como en Japón, uno de los países más envejecidos del mundo, prácticamente están compensadas la natalidad y la mortalidad.

Como hemos analizado al hablar de la fecundidad, la caída intensa de la fecundidad en gran parte de la región tendrá un doble efecto en la reducción del crecimiento natural en años venideros. Por un lado, hay una reducción directa de la natalidad en la medida en que la fecundidad cae, pero esta disminución no se ve a corto plazo por la elevada proporción de mujeres en edad fértil que sigue a un período de incremento rápido. Así vemos que la diferencia entre tasas brutas de natalidad en el Sudeste Asiático y en Asia Occidental es sólo de una quinta parte cuando la diferencia relativa en los Índices Sintéticos de Fecundidad es en torno a dos quintas partes. El otro determinante principal de las diferencias es el grado de envejecimiento. Únicamente en los países donde la fecundidad lleva cayendo desde los años sesenta y setenta, como Japón, Israel o Hong Kong se supera el 10% de personas mayores de 65 años. La caída de la fecundidad actual se transmitirá a las proporciones de ancianos durante la primera mitad del siglo XXI, con lo que la tasa bruta de natalidad caerá, a la vez que aumente la tasa bruta de mortalidad. En la Tabla 1 se recogían las fechas en las que la proyección media de Naciones Unidas sitúa el máximo de población, así como el nivel de población asociado. Vemos que en las regiones

más avanzadas en la transición, como en el extremo oriente, el máximo de población está cercano; en Japón es casi vigente en la actualidad. En el Sudeste Asiático el crecimiento se prolongará hasta la segunda mitad del siglo, mientras que en Asia Occidental únicamente al final del siglo se espera que la población se estabilice. El factor de multiplicación de la población hasta que se alcance el máximo está en relación directa con la fecha en que se alcanza este máximo.

El componente principal del crecimiento de la población es el crecimiento natural, pero la población también cambia merced a los procesos migratorios. Podemos ver como la región tiene una tasa de migración neta negativa, que implica que sale más población que entra, en concreto algo más de un millón de habitantes al año, siendo el principal continente emisor de migración neta, con bastante diferencia respecto a América Latina. Los países con mayor emigración son los de Asia del sur y del Sudeste Asiático, tanto en cifras absolutas como relativas, y de ellos en concreto India, Filipinas e Indonesia. Los destinos son, por un lado, otros países de la región como Japón, Taiwan, Malasia, Tailandia, Singapur, Hong Kong, así como los países productores de petróleo de la península Arábiga como Arabia Saudí, Kuwait y los Emiratos Árabes Unidos. Por otro lado, existe migración transcontinental hacia Europa y Estados Unidos. Predomina la migración de trabajadores temporales. La migración de trabajo hacia el este y Sudeste Asiático es más reciente y más feminizada. Como vemos, en este último caso existe una clara asociación entre la fase de la transición de la fecundidad en la que se hallan los países y el sentido de los movimientos migratorios, que sobre todo se producen desde los países con niveles intermedios y altos hacia los países con niveles bajos.

Además de la migración internacional hay que mencionar las migraciones internas que pueden ser en algunos casos, como el de China, muy intensas. Se trata sobre todo de un fenómeno de urbanización. Hay que señalar que el porcen-

TABLA 4. Indicadores de crecimiento, migraciones y estructura por edad

	Densidad población habs./km ² (3)	Tasa Bruta de Natalidad % (1)	Tasa Bruta- de Mortalidad % (1)	Tasa Bruta- de Migración- Neta (2)	Migrantes Netos anuales miles (2)	Población extranjera % (2)	Remesas recibidas (% PIB) (2)	Población urbana % (1)	Población menor de 15 años % (1)	Población mayor de 65 años % (1)
Asia	120	20	7	-0,4	-1300	1,4	0,3	39	30	6
Asia Oriental	129	12	7	-0,2	-257	0,4	...	46	21	9
China	136	12	6	-0,3	-381	0,0	0,1	41	22	7
Japón	338	9	8	0,4	56	1,3	...	78	14	19
Asia Central y del Sur	145	26	8	-0,6	-810	1,4	...	30	37	4
India	324	25	8	-0,3	-280	0,6	1,9	28	36	4
Sudeste Asiático	121	22	7	-0,7	-352	0,8	...	38	31	5
Asia Occidental	43	27	6	0,6	109	10,3	...	63	35	5

Fuentes: Últimos datos disponibles, (1) Population Reference Bureau (2004), 2004 World Population Datasheet, (2) División de Población de Naciones Unidas (2003), World Migration 2002, (3) División de Población de Naciones Unidas (2003), World Population 2002.

Economía

taje de población urbana es bajo en la región, un 39%, muy lejos, por ejemplo, del 77% de América Latina. De este modo, una de las características más intrínsecamente asiáticas es la combinación de una proporción de población urbana pequeña unida a unas densidades rurales muy elevadas. Para hacernos una idea, la densidad media asiática es del orden de magnitud de la densidad de Francia, sólo que a escala continental. El potencial de crecimiento de las ciudades es, por ello, muy grande. De este modo, Naciones Unidas prevé que en el año 2015 haya 16 ciudades por encima de los diez millones de habitantes en la región. A la migración permanente hacia las ciudades hay que añadir la migración laboral temporal o la migración estacional durante la estación seca. En el apartado de movimientos internos de población también debemos reseñar el tsunami de diciembre de 2004, que ha ocasionado desplazamientos de población que superan el millón de habitantes.

Cambios en la estructura por edades

Los cambios en la estructura por edades que siguen a la caída de la fecundidad son totalmente previsibles y nos permiten precisar bastante bien el horizonte demográfico durante el siglo XXI. Salvo en los países más envejecidos, como Japón, se vislumbra una historia común: unos años de bonanza, los llamados del "bono demográfico", en los que la población dependiente es reducida al no haber dependientes ancianos, por el fuerte crecimiento de la población anterior, ni niños, por la caída de la fecundidad. Existe un cierto consenso que percibe estos años como una oportunidad para el desarrollo. En la Tabla 5 se recoge la evolución entre 1975 y 2050 de las proporciones de población en edad adulta (15-59 años) y de mayores de 60 años. Países como Taiwan, Corea del Sur o incluso Tailandia han

pasado por esta situación en los años ochenta y noventa, cuando han comenzado a crecer económicamente, y muchos expertos sostienen que existe una relación entre esta coyuntura demográfica, las tasas de ahorro interno, la inversión en capital humano y el crecimiento económico. China está en estos momentos en esta situación, y los máximos de población en edad de trabajar se espera que se alcancen en el resto de Asia en torno a 2025. Tras los años de bonanza, el envejecimiento será el siguiente de los problemas de población, un problema que ya está afectando de lleno al Japón, el país más envejecido del mundo, pero que pronto llegará a China y a mediados del siglo comenzará a afectar a los países del Sudeste Asiático y a la India (Mason et al., 2002).

"El envejecimiento será el siguiente de los problemas de población, un problema que ya está afectando de lleno al Japón, (...) que pronto llegará a China y [que] a mediados del siglo comenzará a afectar a los países del Sudeste Asiático y a la India."

Conclusiones

En este rápido repaso a la coyuntura y perspectivas demográficas de Asia hemos visto que existe una gran heterogeneidad dentro de la región. Tenemos un país, Japón, donde el crecimiento natural de la población es cercano a cero, y donde encontramos muchos de los extremos demográficos: la población más envejecida, la esperanza de vida más alta, y una de las fecundidades más baja del mundo. El grupo de países que se industrializaron de los años setenta a esta parte, incluyendo Singapur, Taiwan o Corea del Sur, podemos decir que están siguiendo los pasos de Japón a una cierta distancia. Lo más sorprendente para el lector menos familiarizado con el caso asiático puede ser que la mayor parte del continente, al menos demográficamente, también viene detrás. Las caídas de la fecundidad han sido muy importantes, y países como Irán, Indonesia o Tailandia están en el grupo de los de baja fecundidad, con niveles muy cercanos o inferiores al de reemplazo. Los más retrasados en

TABLA 5. Perspectivas de envejecimiento en Asia, 1975-2050

	Porcentaje de población 15-59 años				Porcentaje de población de más de 60 años			
	1975	2000	2025	2050	1975	2000	2025	2050
Asia	53,7	61,0	62,4	57,9	6,6	8,8	14,7	22,6
Asia Oriental	54,8	64,9	61,3	53,2	7,4	11,3	20,8	30,7
China	53,6	65,0	62,1	53,8	6,9	10,1	19,5	29,9
Japón	64,0	62,1	52,8	45,2	11,7	23,2	35,1	42,3
Asia Central y del Sur	53,2	57,8	63,1	60,6	6,1	7,1	11,1	18,7
India	54,0	58,9	64,3	59,7	6,2	7,6	12,5	20,6
Sudeste Asiático	52,2	60,5	63,8	58,2	5,7	7,1	12,7	22,0
Asia Occidental	51,7	57,0	59,5	59,4	6,5	7,1	10,4	15,6

Fuente: División de Población de Naciones Unidas (2002), *World Population Aging 1950-2050*.

estos aspectos tienden a ser los más pobres, donde la mortalidad es mayor y la fecundidad, aunque mucho más reducida que unos años atrás, está aún a niveles intermedios. En este grupo estarían Bangladesh, Filipinas, o más retrasado, Pakistán.

Lo que está ocurriendo hoy con la fecundidad nos resume, con un retraso de cincuenta años, lo que ocurrirá en el futuro. Los países asiáticos van a seguir creciendo, pero a unos ritmos cada vez menores. Durante una fase, de la que ya se beneficiaron los países pioneros, las tasas de dependencia serán muy bajas. En la mayor parte del continente esta situación se dará durante esta primera mitad del siglo XXI. Eventualmente la población irá envejeciendo, siendo éste el problema que supondrá el principal reto en muchos de estos países hacia mediados del siglo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONGAARTS, J. (2002): "The end of the fertility transition in the developing world," en Naciones Unidas, *Completing the Fertility Transition*, Documento ESA/P/WP.172/Rev.1, Naciones Unidas, Nueva York, pp. 288–307

KNODEL, J., CHAMRATRITHIRANG, A., CHAYOVAN, A. y DEBAVALYA, N (1987): *Thailand's reproductive revolution*, University of Wisconsin Press, Madison.

MASON, A., LEE, S. H. y RUSSO, G. (2002): "As Asia population ages, worries grow about the future", *Asia Pacific Issues*, No. 56. East-West Center, Honolulu.

Naciones Unidas (2003): *Population and Poverty in Asia and the Pacific*, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, *Asian Population Studies N. 158*, Naciones Unidas, Nueva York.

SEETHARAM, K. S. (2002): "Half a Century of Unparalleled Demographic Change: the Asia-Pacific Experience", *Asia-Pacific Population Journal*, vol. 17(4), pp. 13-30.

UNFPA (2004): *El Estado de la Población Mundial 2004*, Naciones Unidas, Nueva York.

WESTLEY, S. B. y RETHERFORD, R. D. (2002): *The future of population in Asia*, East-West Center, Honolulu.

