

DEMOGRAFIA Y SALUD

Demografía en la América Latina Y situación actual en Chile

CARMEN A. MIRO*

(Directora del Centro Interamericano
de Demografía)

- LA REVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA
- LA NATALIDAD
- LA MORTALIDAD
- LAS MIGRACIONES
- EL CRECIMIENTO FUTURO DE LA POBLACIÓN
- LAS POLÍTICAS DE POBLACIÓN
- FORO SOBRE POLÍTICA DE POBLACIÓN EN CHILE
- FORO SOBRE INTERRELACIONES ENTRE LAS TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS DE CHILE Y LOS PLANES DE SALUD.

La revolución demográfica

Se ha empleado el término "revolución demográfica" para designar la evolución experimentada por las poblaciones de los países desarrollados de Europa entre mediados del siglo XVIII y la época actual, evolución que en mayor o menor grado se ha repetido, entre otras, en las poblaciones de Estados Unidos y Japón. Se utilizó el caso de Inglaterra y Gales para explicar las distintas etapas del ciclo demográfico a través del cual se desarrolla esta llamada "revolución". En el cuadro N° 1 puede apreciarse que la primera etapa del ciclo que se inicia alrededor de 1741-50 se caracteriza por tasas de natalidad y de mortalidad relativamente altas, con la lógica consecuencia de una tasa de crecimiento de apenas 4 por mil. A medida que comienza a descender la tasa de mortalidad, en la segunda etapa del ciclo, se eleva la de crecimiento, llegando esta última, en el período 1810-20, a 15,5 por mil, el valor más alto alcanzado por dicha tasa en los 200 años cubiertos por las cifras del cuadro 1 y posible-

Patrocinado por el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile se dictó en esta Institución, entre el 15 de Junio y el 24 de Agosto último, un ciclo de conferencias sobre demografía, con especial referencia a la América Latina. El ciclo que versó sobre seis temas fundamentales finalizó con dos foros en que se discutieron la conveniencia de adoptar una política de población en Chile y las interrelaciones de nuestras tendencias demográficas con los planes de salud. Aproximadamente 83 médicos y 64 estudiantes de medicina, sociología y de la Escuela de Salubridad asistieron regularmente a él. Agradecemos a la autora la deferencia que ha tenido al resumir para nuestra revista los contenidos de las conferencias y foros en un trabajo que entregamos a nuestros lectores en la seguridad que será recibido con el más alto interés por su objetividad y por la sugestión que implica de nuevos programas de investigación.

mente en toda la historia demográfica de Inglaterra y Gales. Mientras la tasa de mortalidad comenzó a bajar en la segunda mitad del siglo XVIII la de natalidad muestra una continuada tendencia hacia el descenso sólo a partir de fines del siglo XIX. La última etapa del ciclo se caracteriza por tasas de natalidad y mortalidad relativamente bajas que dan lugar a una tasa de crecimiento también baja, que es más o menos del mismo orden de la que prevaleció al iniciarse la primera etapa (4 por mil).

Al contrastar la evolución experimentada por las poblaciones de los países desarrollados con lo que ocurre actualmente en las regiones en vías de desarrollo, particularmente en América Latina, se señaló que existe una notable diferencia entre ambos patrones de desarrollo. Si bien es cierto que la mortalidad de América Latina comenzó a descender en forma acelerada a partir de la Segunda Guerra Mundial, esta disminución se produce a un ritmo mucho más vertiginoso que el registrado en las poblaciones europeas, habiendo llegado la mortali-

* Además de su actual cargo, la autora ha desempeñado importantes puestos directivos y docentes en la administración pública del Gobierno de Panamá al que le ha correspondido representar ante diversos organismos internacionales. Licenciada en Ciencias Sociales y Económicas en la Universidad de Panamá, B. A. en St' Catherine's College, St. Paul, ha realizado estudios de especialización en Johns Hopkins y en la Universidad de Londres. Es autora de numerosas publicaciones sobre política demográfica, estadísticas vitales y censos de población, tanto en Chile como en el extranjero.

dad en el lapso de 20 años al nivel que en Inglaterra y Gales tardó alrededor de 185 años en alcanzarse. Se hizo hincapié también en que la tasa máxima de crecimiento experimentada por Inglaterra (15,5 por mil) es apenas la mitad de la de 30 por mil que actualmente prevalece en sectores importantes de las poblaciones de América Latina, en la que sólo dos países (Argentina y Uruguay) muestran claras evidencias de que la natalidad ha descendido en forma continuada hasta llegar a niveles moderados y en muy pocos otros países (Cuba, Chile y Panamá) parece haberse iniciado una baja de la natalidad.

Las características anteriores hacen de la América Latina la región del mundo cuya tasa de crecimiento demográfico es la más alta, previéndose inclusive que debido al peculiar comportamiento de las tasas de natalidad y mortalidad, este crecimiento puede acelerarse aún más en un futuro cercano. Aunque no es dable suponer que América Latina pueda esperar cien años más para experimentar descensos en la elevada tasa de natalidad que actualmente prevalece en la mayoría de los países de la región (más de 40 por mil), la actual estructura por edades de la población y conocidos factores culturales permiten afirmar que la esperada reducción de la fecundidad tardará todavía algunos años en iniciarse.

La natalidad

Se definió la natalidad como la frecuencia de nacimientos en una población y se señaló la diferencia que en la terminología demográfica se atribuye a los términos fertilidad (y esterilidad) y fecundidad (e infecundidad), definiéndose la primera como la capacidad fisiológica de un individuo o pareja de procrear o engendrar (o falta de ella). Corresponde a "fecundity" en inglés. En cambio fecundidad (e infecundidad) se utiliza para designar la procreación efectiva (o falta de ella). Corresponde a "fertility" en inglés.

Se examinaron las distintas formas de medir la fecundidad, estudiándose en detalle la tasa anual de natalidad (b) y las tasas anuales de fecundidad por edades (nfx), la tasa bruta de reproducción (R') y la razón niños 0-4 años de edad por cada mil mujeres de 15-44 años.

Al discutir la influencia que la estructura por edades de una población tiene en el patrón de la fecundidad, se dieron ejemplos de poblaciones con niveles altos, moderados y bajos de fecundidad (véase cuadro N° 2). Los casos extremos seleccionados fueron Guatemala y Japón. Chile fue considerado como ejemplo de una población con fecundidad moderada.

En todas las poblaciones examinadas, la tasa más alta ocurre, como es de esperar, en el grupo de mujeres de 25-29 años, pero mientras en Guatemala esta tasa llega a 298 por mil, en el Japón sólo alcanza a 170 por mil. La tasa de Chile en este grupo es del orden de 207 por mil.

Un estudio de la evolución histórica de la fecundidad —se dijo— revela que el descenso de esta variable ocurrido en las poblaciones desarrolladas no puede en manera alguna asociarse a una disminución de la capacidad fisiológica para reproducirse, sino que es más bien el resultado de un cambio de actitudes de esas poblaciones frente a la natalidad, actitudes que están, sin duda, vinculadas a los cambios sufridos a través del tiempo en la función de la familia, a transformaciones en las relaciones económicas y, en general, a modificaciones en la sociedad, que inducen variaciones en su comportamiento. Se señaló que también actuaron en este descenso factores demográficos tales como modificaciones en la edad al contraer matrimonio, en la estructura por edades de las poblaciones y en sus tasas de nupcialidad.

Una comprobación objetiva de la influencia de factores de este tipo puede encontrarse en la existencia de tasas diferenciales de natalidad, mostrándose que en efecto existen diferencias en los niveles de la fecundidad entre los sectores urbano y rural de un mismo país, descendiendo ésta a medida que aumenta la urbanización. Igual relación se observa cuando se examina el nivel de educación y de ingresos de una población: a mayor educación y a mayor ingreso, menor fecundidad. Existen también tasas diferenciales en función de la ocupación de la mujer y su cónyuge, presentando las ocupaciones manuales y no especializadas una fecundidad más alta. Se indicó también que la religión ha mostrado ser un factor diferencial, encontrándose una más elevada fecundidad entre las católicas.

La mortalidad

A diferencia de la natalidad, ésta no ofrece problemas de definición, ya que es claro para todos que por defunción debe entenderse la cesación de todo signo de vida y que la mortalidad en una población se mide por la frecuencia de las defunciones. Las medidas más frecuentes de la mortalidad son la tasa anual de mortalidad (mod) y las tasas anuales de mortalidad por edades ($nm x$). Igualmente se utiliza la esperanza de vida al nacer (oeo) como un índice sintético del nivel de la mortalidad

en una población. En relación con este índice se discutió en el ciclo de conferencias la tabla de vida, como un instrumento para describir el patrón de la mortalidad.

En el estudio de las tasas anuales de mortalidad se examinaron países con mortalidad alta, moderada y baja (véase cuadro N° 3). En él puede apreciarse que no importa cual sea el patrón de la mortalidad, la tasa más baja corresponde al grupo de edades 10-14 años, punto desde el cual la mortalidad comienza a ascender hasta llegar a los niveles más altos al final de la vida. Igualmente elevada es la mortalidad infantil en los países con mortalidad alta y moderada. Se hizo notar que mientras la mortalidad infantil (defunciones de menores de un año) era en México en 1940 de 205 por mil, en los Países Bajos en 1955 la mortalidad para ese grupo de edad era diez veces menor (20,6 por mil). Las diferencias en la mortalidad quedan también en evidencia cuando se examina la esperanza de vida al nacer que en los tres países utilizados como ejemplo daba los siguientes valores para las mismas fechas indicadas en el cuadro 3: México 39 años, Costa Rica 55 años y Países Bajos 71 años.

Al examinar la evolución histórica de la mortalidad, advertimos que su descenso en América Latina ha sido producto, principalmente de avances en la ciencia médica y en las técnicas de saneamiento del ambiente que han tenido influencia en el control y tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias, en la incidencia de cierto tipo de enfermedades y en la estructura por edades de las defunciones. En los países más desarrollados el descenso de la mortalidad, ha ido acompañado de una mejora substancial del nivel de vida, lo que no ha ocurrido en las áreas menos desarrolladas, a las que se ha importado técnicas sanitarias y médicas que han beneficiado a esas poblaciones haciendo más larga la duración de la vida sin que necesariamente se hayan producido cambios en los niveles de ingreso, de educación, de productividad, etc.

Al igual que en el caso de la natalidad, existen también diferenciales en la mortalidad, indicándose que además de la edad, el sexo, el estado civil y la ocupación, son factores que determinan diferencias en la mortalidad.

Las migraciones

Por la importancia que tienen, como uno de los componentes del cambio demográfico, se estudiaron también las migraciones tanto internacionales como internas. Las primeras incluyen los movimientos de población de un país a otro que suponen cambios en la residencia y

que realizan voluntariamente las personas. Dentro de ellos tienen particular importancia los que ocurrieron entre la segunda década del siglo XIX y la tercera del XX. La inmigración a América en ese período se estima en cerca de 54 millones de personas (ver cuadro 4).

No obstante la gran importancia que en el siglo pasado y principios de éste tuvieron las migraciones internacionales de población, el fenómeno moderno de mayor importancia es el de la migración interna, movimiento de redistribución de la población que ha experimentado todo país que ha atravesado por una etapa de desarrollo industrial. Se discutieron los principales métodos directos e indirectos para medir la migración interna, los que se utilizan para evaluar las principales corrientes migratorias. A saber: las que proceden de las áreas rurales a las urbanas, las de una región del país a otra, las destinadas a una metrópolis, generalmente la capital del país y las que ocurren entre áreas rurales y entre centros urbanos de menor tamaño. Un examen de los datos disponibles permitió apreciar que, lo mismo que en el caso de las migraciones internacionales, la migración interna es diferencial en cuanto a la edad, el sexo, la ocupación y el nivel de educación. Como determinantes de la migración interna, se señalaron las diferentes oportunidades económicas y sociales existentes en diversas zonas de un país que actúan a manera de fuerzas de atracción o rechazo de los migrantes potenciales. Entre éstas se citaron: los sistemas de tenencia de la tierra, la organización del mercado de trabajo, las condiciones culturales y el nivel de instrucción, las condiciones geográficas y climáticas, la expansión industrial y las facilidades de comunicación y transporte, etc.

Como conclusión, la migración interna tiene efectos económicos, sociales y demográficos y que como síntoma de cambio social es fenómeno cuyo estudio interesa no sólo a demógrafos sino también a economistas, sociólogos, planificadores de salud, etc.

El crecimiento futuro de la población

Habiéndose estudiado la evolución histórica de la población y el comportamiento de los componentes del cambio demográfico: natalidad, mortalidad y migraciones, se pasó al examen del crecimiento futuro de la población mundial.

Las previsiones sobre la evolución futura de una población se hacen partiendo de ciertas hipótesis acerca del curso de los componentes demográficos anteriormente mencionados. Las previsiones examinadas en el ciclo fueron las

preparadas por las Naciones Unidas y, en general, se fundamentan en las siguientes hipótesis:

- a) *Las tasas de mortalidad actuales y futuras pueden reducirse apreciablemente.*
- b) *Es poco probable que las tasas de natalidad en los países de alta fecundidad disminuyan en una fecha muy próxima.*
- c) *En la mayoría de los países de tasa de natalidad relativamente baja no parece probable que se produzcan enseguida nuevas reducciones en la fecundidad.*

Las cifras correspondientes a las proyecciones para los años 1975 y 2000 por continentes aparecen en el cuadro 5.

Las proyecciones para la población de Chile hasta el año 2000, destacan el hecho de que las previsiones hechas para este país indican que para 1985 se habrá duplicado la población existente en 1960. Los datos para Chile se dan en el cuadro 6.

Políticas de población

En una última conferencia se examinó el tema de políticas de población, definiéndose éstas como "todas aquellas medidas o acciones tomadas por agencias de un Estado que afectan la cantidad, la calidad o la distribución espacial de la población de ese Estado y las hacen distintas de lo que habrían sido en ausencia de tales acciones". Así definidas siempre han existido políticas de población, aunque en cierta medida éstas han sido más bien implícitas que explícitas. Para servir de apoyo a estas políticas implícitas o explícitas se han adelantado explicaciones sobre las relaciones entre la evolución de los fenómenos demográficos y las condiciones económicas y sociales, así como para poner de manifiesto las consecuencias de la interacción de los mismos. Estas explicaciones son las que generalmente se han designado como teorías de población. Se examinaron brevemente las principales teorías desde la Antigüedad hasta la época actual.

Entre las políticas de población implícitas, se encuentran todas las leyes sociales que reconocen asignaciones familiares, protección a la maternidad, subsidios para viviendas, seguros de vejez, etc., los programas de construcción de viviendas, de salud, de saneamiento del ambiente, de educación, etc. Políticas explícitas se dan en numerosos países europeos y están generalmente destinadas a actuar sobre la fecundidad. Existen también en el Japón, en la India y en los países socialistas y comunistas.

Foro sobre política de población en Chile

El foro, que fue presidido por el Dr. Hernán Romero, Presidente del Colegio Médico de Chile, se organizó teniendo como marco de referencia las perspectivas actualmente previsibles respecto de la evolución a corto plazo (próximos 30 años) de la población chilena que permiten esperar:

- a) un continuado descenso de la mortalidad,
- b) el mantenimiento de la tasa de natalidad al nivel relativamente alto que hoy tiene, y
- c) como consecuencia de lo anterior, el mantenimiento de una tasa anual de crecimiento demográfico que podría fluctuar entre 28 y 22 por mil.

La anterior situación ha sido considerada por algunos sectores de opinión como un obstáculo al desarrollo económico, el que, como se señaló en el foro, presenta, en Chile claras evidencias de un estancamiento. Esos sectores han llegado a sugerir la necesidad de adoptar una política destinada a superar estas dificultades por lo que las discusiones del foro giraron alrededor de la conveniencia o no de que el Estado promueva una tal política.

El Rev. Padre Vekemans fue de opinión que de existir una política, ésta sólo debería ser permisiva y nunca tener el carácter de una imposición. El crecimiento de la población en América Latina es de tal magnitud que no es posible desconocer sus profundas repercusiones en el orden económico y social. Cada católico debe decidir en conciencia cuál ha de ser su actitud ante el problema de la familia, teniendo presente que en una sociedad pluralista no es dable esperar que un grupo imponga a los otros sus preceptos morales y sus normas de conducta. Basado en lo anterior, el Padre Vekemans fue de opinión que no existe justificación para oponerse a que en los consultorios los médicos transmitan a quien así lo solicite, informaciones acerca de métodos anticonceptivos.

El Dr. Adriaola manifestó que no parecía razonable desentenderse del problema que planteaba el acelerado crecimiento de la población y que junto con la adopción de medidas destinadas a prevenir los abortos debían también adoptarse disposiciones que aseguraran un mejor crecimiento y desarrollo de los niños, orientaran más racionalmente los movimientos internos de la población y promovieran la investigación acerca de numerosos factores aún desconocidos.

El Dr. Requena se declaró contrario a la adopción de una política destinada a reducir la fecundidad. La solución del dilema entre población y desarrollo económico hay que bus-

carla en reformas económico-sociales que aseguren una mejor distribución de los bienes y una mayor productividad. No debe confundirse una política de población con acciones destinadas a prevenir los abortos mediante la difusión y aplicación de métodos anticonceptivos, medida con la que está enteramente de acuerdo.

En general, los participantes en el foro parecieron estar de acuerdo en que debido a la magnitud del problema de los abortos provocados, que se utilizan como un medio de limitación del tamaño de la familia, era lícito que agencias estatales desarrollaran programas destinados a enseñar y poner al alcance de las mujeres que lo solicitasen, métodos destinados a prevenir los embarazos. Se señaló, sin embargo, que medidas de este tipo podrían conducir eventualmente a una reducción de la tasa de fecundidad.

Foro sobre interrelaciones entre las tendencias demográficas de Chile y los planes de salud

Un segundo foro examinó el tema mencionado anteriormente considerando las consecuencias principales que el acelerado crecimiento de la población chilena tiene en los planes para satisfacer la demanda de atención médica y la formación de personal. La discusión de este tema fue abordada por los Dres. Pablo Voulliéme, Salvador Díaz y José Manuel Ugarte. A cargo del Dr. Jorge Rosselot estuvo el examen de las consecuencias de la alta natalidad y la estructura de edades en los planes para dar atención materna e infantil en el país. El Dr. Víctor Sierra se refirió a las implicaciones de la urbanización en los problemas de salud en las grandes ciudades y en los planes pa-

ra satisfacer en ellas la creciente demanda de atención médica.

Todos los participantes estuvieron acordes en señalar que actualmente existen importantes déficits en los servicios de salud a disposición de la población, así como en la formación de personal médico y paramédico para atender las necesidades de esos servicios y que el aumento previsto del número de habitantes necesariamente exigiría la asignación de mayores recursos no sólo para mejorar los niveles de atención sino apenas para mantener los actuales. Finalmente, el Dr. Hernán Durán hizo una breve exposición sobre las interrelaciones de salud y demografía como un aspecto de la planificación de salud dentro del marco global de los planes para el desarrollo económico y social, haciendo hincapié en que los recursos asignados a los planes de salud deben guardar relación con los recursos globales disponibles dentro de un plan general de desarrollo económico y social.

* * *

Como comentario final vale la pena señalar que el interés con que un numeroso grupo de personas vinculadas a la profesión médica siguió el ciclo de conferencias sobre demografía y los problemas que se plantearon sobre Chile durante el desarrollo de los dos últimos foros, constituye clara evidencia de la necesidad de desarrollar un programa de investigaciones que se preocupe de esclarecer las interrelaciones de las tendencias demográficas chilenas con los problemas médico-sanitarios y los planes de salud en general. Es ésta una actividad que bien podría estimular el Colegio Médico de Chile y en el cual encontraría la colaboración del Centro Latinoamericano de Demografía.

Cuadro Nº 1
EL CICLO DEMOGRAFICO EN INGLATERRA Y GALES
1740 - 1953

<i>(tasas por mil)</i>				
<i>natalidad</i> (b)		<i>mortalidad</i> (m)	<i>crecimiento</i> (r)	
1741-50	36.9	33.0	3.9	Etapa I
1751-60	36.9	30.3	3.6	
1771-80	37.5	31.1	6.4	Etapa II
1791-1800	37.3	26.9	10.4	
1810-20	36.6	21.1	15.5	
1831-40	36.6	23.4	13.2	
1851-60	34.1	22.2	11.9	
1871-80	35.4	21.4	14.0	
1881-90	32.4	19.1	13.3	Etapa III
1891-1900	29.9	18.2	11.7	
1901-10	27.2	15.4	11.8	
1910-20	21.8	14.4	7.4	
1920-30	18.3	12.1	6.2	
1930-35	15.0	12.0	3.0	Etapa IV
1935-40	14.7	12.5	2.2	
1940-45	15.9	12.8	3.1	
1946	19.2	12.0	7.2	
1947	20.5	12.3	8.2	
1948	17.8	10.8	7.0	
1949	16.7	11.7	5.0	
1950	15.9	11.6	4.3	
1951	15.5	12.5	3.0	
1952	15.3	11.3	4.0	
1953	15.5	11.4	4.1	

Fuente: PEP World Population and Resources. London, Third Impression, 1959, págs. 19 y 20.

Cuadro Nº 2
TASAS ANUALES DE FECUNDIDAD POR EDADES^a
GUATEMALA (1950) - CHILE (1952) - SUIZA (1950) - JAPON (1957)

<i>Grupos de edades</i>	<i>Guatemala</i>	<i>Chile</i>	<i>Suiza</i>	<i>Japón</i>
	<i>por mil</i>			
10-19	82.2	33.1	6.8	2.1
20-24	285.7	186.7	108.9	99.3
25-29	298.2	206.6	160.5	169.6
30-34	258.5	177.5	120.2	89.8
35-39	197.1	123.0	66.3	35.6
40-44	86.9	62.1	22.0	8.3
45-49	35.8	16.8	1.7	0.6

^a Se consideran el número total de nacimientos y la población femenina.

Fuente: Anuario Demográfico de las Naciones Unidas 1959.

Cuadro Nº 3

TASAS ANUALES DE MORTALIDAD POR EDADES DE LA POBLACION
TOTAL EN PAISES SELECCIONADOS

<i>Grupos de edades</i>	<i>México (1940)</i>	<i>Costa Rica (1950)</i>	<i>Países Bajos (1955)</i>
<i>(por mil)</i>			
0	205.3	111.0	20.6
1- 4	48.2	15.5	1.2
5- 9	7.9	2.7	0.6
10-14	4.0	1.5	0.4
15-19	6.0	1.9	0.5
20-24	9.0	2.8	0.7
25-29	10.0	3.5	0.8
30-34	11.5	4.5	1.0
35-39	13.2	6.6	1.4
40-44	15.4	6.6	2.2
45-49	18.0	9.7	3.7
50-54	21.6	11.9	5.8
55-59	27.1	17.7	9.3
60-64	40.4	29.6	15.1
65-69	54.8	39.8	25.1
70-74	84.7	69.4	43.6
75-79	108.0	91.5	74.8
80-84	161.1	126.6	125.8
Todas las edades	23.3	12.2	7.6

Fuentes: Anuario Demográfico de las Naciones Unidas 1951.
Anuario Demográfico de las Naciones Unidas 1957.

Cuadro Nº 4

MIGRACION INTERCONTINENTAL EN EL MUNDO¹
(En miles)

<i>Emigración: 1846-1932²</i>			<i>Inmigración: 1821-1932</i>		
<i>País de emigración</i>	<i>Periodo²</i>	<i>Total</i>	<i>País de inmigración</i>	<i>Periodos³</i>	<i>Total</i>
EUROPA:			AMÉRICA:		
Austria-Hungría		5,196	Argentina	1856-1932	6,405
Bélgica		193	Brasil		4,431
Islas Británicas		18,020	Indias Occidentales		
Dinamarca		387	Inglaterra	1836-1932	1,587
Finlandia	1871-1932	371	Canadá		5,206
Francia		519	Cuba	1901-32	857
Alemania		4,889	Guadalupe	1856-1924	42
Italia		10,092	Guayana Holandesa	1856-1931	69
Malta	1911-32	63	México	1911-31	226
Holanda		224	Terranova	1841-1924	20
Noruega		854	Paraguay	1881-1931	26
Polonia	1920-32	642	Estados Unidos		32,244
Portugal		1,805	Uruguay	1836-1932	713
Rusia		2,253			
España		4,653	Total (América)		53,826
Suecia		1,203			
Suiza		332			
Total (Europa)		51,696	ASIA:		
			Filipinas	1911-29	90
OTROS PAÍSES:			OCEANÍA:		
India Británica		1,194	Australia	1861-1932	2,913
Cabo Verde	1901-27	30	Fiji	1881-1926	79
Japón		518	Hawái	1911-31	216
Santa Helena	1896-1924	12	Nueva Caledonia	1896-1932	32
			Nueva Zelanda	1851-1932	594
			ÁFRICA:		
			Mauricio	1836-1932	573
			Seychelles	1901-32	12
			África del Sur	1881-1932	852
Gran Total		53,450	Gran Total		59,187

Tomado y traducido de: Hauser, Philip M., and Duncan, Otis Dudley - *Study of Population*, Page 522, The University of Chicago Press.

¹ Fuente: A. M. Carr-Saunders (1936, p 49).

² 1846-1932, si no se ha anotado otra fecha.

³ 1821-1932, si no se ha anotado otra fecha.

Cuadro Nº 5

**POBLACION ESTIMADA DE LOS DISTINTOS CONTINENTES Y DEL MUNDO EN
LOS AÑOS 1900, 1925 Y 1950 Y PROYECCIONES, A BASE DE HIPOTESIS INTER-
MEDIAS, PARA LOS AÑOS 1975 Y 2000 (EN MILLONES DE HABITANTES)**

<i>Año</i>	<i>Mundo^a</i>	<i>África</i>	<i>América del Norte^b</i>	<i>América Latina^c</i>	<i>Asia^d</i>	<i>Europa incluida la URSS</i>	<i>Oceanía</i>
1900	1 550	120	81	63	857	423	6
1925	1 907	147	126	99	1 020	505	10
1950	2 497	199	168	163	1 380	574	13
1975	3 828	303	240	303	2 210	751	21
2000	6 267	517	312	592	3 870	847	29

a) Cifras redondeadas al millón más próximo.

b) Es decir, América al norte de México.

c) Es decir, América al sur de los Estados Unidos.

d) Excluida la parte asiática de la URSS.

Fuente: Naciones Unidas, *El Futuro Crecimiento de la Población Mundial*, Pág. 25.

Cuadro Nº 6

ESTIMACION DE LA POBLACION DE CHILE AL 30 DE JUNIO DE 1960 Y
PROYECCION HASTA 30 DE JUNIO DE 2000

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
	(En miles)								
Hombres									
0- 4	612	661	758	864	969	1 079	1 189	1 299	1 406
5- 9	514	597	648	748	855	961	1 073	1 185	1 295
10-14	430	511	594	646	746	854	960	1 072	1 184
15-19	365	427	508	592	644	744	852	959	1 071
20-24	323	361	423	504	588	641	742	850	957
25-29	282	317	355	418	499	584	638	739	847
30-34	251	276	311	350	412	494	579	633	735
35-39	219	244	269	304	343	406	487	573	628
40-44	187	211	236	261	297	336	398	479	565
45-49	160	178	202	227	252	287	326	388	469
50-54	139	150	168	191	216	241	276	314	375
55-59	115	127	138	155	178	202	226	260	298
60-64	89	101	112	123	139	161	184	207	240
65-69	65	73	84	95	105	120	139	160	182
70-74	41	49	56	66	75	83	96	113	131
75-79	24	28	34	39	47	54	61	71	84
80 y +	19	22	25	31	37	44	51	58	68
Total	3 853	4 333	4 921	5 614	6 402	7 291	8 277	9 360	10 535
Mujeres									
0- 4	608	641	734	833	932	1 037	1 141	1 244	1 346
5- 9	510	595	631	726	827	928	1 033	1 138	1 242
10-14	435	499	593	629	724	826	927	1 032	1 137
15-19	372	433	497	591	628	723	825	926	1 031
20-24	325	369	430	495	589	626	722	824	924
25-29	286	321	365	427	492	587	624	720	822
30-34	266	282	317	362	423	489	584	622	717
35-39	236	260	278	313	358	419	485	580	618
40-44	201	230	255	273	308	353	415	481	576
45-49	171	195	224	249	267	302	347	409	475
50-54	144	166	189	217	242	260	295	340	400
55-59	119	136	157	180	207	232	250	285	329
60-64	96	109	126	146	168	194	219	237	270
65-69	73	84	96	112	131	152	176	200	217
70-74	50	60	69	80	94	111	130	152	173
75-79	32	37	45	53	62	73	87	102	119
80 y +	32	36	42	49	58	68	80	95	112
Total	3 956	4 453	5 048	5 735	6 510	7 380	8 340	9 387	10 508
Gran Total	7 791	8 786	9 969	11 349	12 912	14 671	16 617	18 747	21 043

Fuente: Alvarez, Leonel, "Proyección de la población de Chile por sexo y grupos de edad, 1960-2000", Centro Latinoamericano de Demografía, Inédito.