

¿Transición epidemiológica o cambio epidemiológico. Transición demográfica o cambio demográfico en Venezuela?

Rómulo Orta C^(*).

Caracas, 2014

Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014

(*) Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina
romorta@gmail.com

Resumen.

La transición epidemiológica y demográfica ha sido asumida como una teoría con pretensiones universalistas. Aunque los cambios epidemiológicos y demográficos observados en las regiones identificadas como subdesarrolladas muestran resultados parecidos a los procesos transicionales ocurridos en los países capitalistas desarrollados esa pretensión universalista se topa en estas áreas subdesarrolladas con indicadores de que en ellas los cambios epidemiológicos y demográficos tienen diferencias en sus desarrollos históricos y en sus contextos sociales, económicos y políticos respecto a los de las regiones desarrolladas. El objetivo fundamental de este trabajo es el de analizar la aplicabilidad de la teoría de la transición epidemiológica y demográfica en la descripción, comprensión e interpretación de los cambios epidemiológicos y demográficos ocurridos en países como Venezuela. Se trata de una investigación basada en la consulta, revisión y procesamiento de la información contenida en documentos que tratan lo relativo a los procesos de cambios epidemiológicos y demográficos que tienden a ser cobijados desde la perspectiva transicional antes indicada.

Palabras clave: Epidemiología. Demografía. Transición.

El Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CELADE) ubica a Venezuela dentro del Grupo III de países de América Latina que estarían en una *etapa de plena transición demográfica*. La fase III ha sido caracterizada por el CELADE como una etapa con natalidad y mortalidad moderadas o bajas, lo que determina un crecimiento natural moderado (de 2 a 2.5 %), y la estructura por edades se mantendría todavía relativamente joven, aunque ha disminuido la relación de dependencia. En las investigaciones que venimos desarrollando desde la Comisión Científica de Salud Poblacional de la Asociación Venezolana de Estudios de Población (AVEPO) y desde la Cátedra de Salud Pública de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, de la Universidad Central de Venezuela, hemos advertido que nuestro país comienza a mostrar una estructura poblacional por edades clasificable como madura, según los parámetros clasificatorios del CELADE, porque el componente poblacional venezolano con edades comprendidas entre los 0 y 14 años constituía en 1960 el 45.7 de nuestra población total; en 2010 representaba el 29.5 por ciento.; sin que pueda afirmarse que para 2010, la población venezolana estuviese en la condición de población envejecida, dado que los habitantes con 65 o más años de edad alcanzaban un porcentaje igual a 5.6 %. Pero cabe anotar que en 1960, la población venezolana con edades iguales o por encima de los 65 años constituía el 2.5 por ciento de nuestra población total (Orta, Jelenkovic y López, 2013a: 262).

La tipología del CELADE es evolucionista, diferenciadora de etapas sucesivas y progresivas dentro de una visión unilineal y universalista de la transición demográfica. Contempla cuatro fases de la transición demográfica: *transición incipiente*, *transición moderada*, *en plena transición* y *transición avanzada*. Los países en fase incipiente tendrían alta natalidad y mortalidad, un crecimiento natural moderado, del 2.5 %, y estructura poblacional predominantemente joven, más de la mitad tiene menos de 15 años de edad. En el otro extremo estarían los países en fase avanzada, cuya natalidad y mortalidad serían moderadas o bajas, un crecimiento natural bajo, del 1 %, y una composición por edades *madura*, menos del 30 % de la población tendría menos de 15, aunque sin llegar todavía a la condición de *población envejecida* (BID/CEPAL/CELADE, 1996).

Citando a demógrafos que defienden la teoría de la transición demográfica en su versión desarrollista, etapista y evolutiva (Thompson, Blacker, Davis y Notestein), Heer muestra la sincronía que entre desarrollo económico y perfiles demográficos promueven las tesis de aquellos autores. Ellos –dice Heer- clasifican a las naciones del mundo en tres categorías:

Las naciones de la Clase I son naciones altamente industrializadas, con fecundidad mortalidad bajas y con escaso crecimiento demográfico, o ninguno) la naciones de la Clase II están iniciando su proceso de industrialización, su fecundidad está decreciendo, aunque todavía es elevada, su mortalidad está en rápido declive y, en resumidas cuentas, su tasa de crecimiento demográfico es elevada; las naciones de la Clase III todavía no están industrializadas, su fecundidad y su mortalidad son elevadas y su crecimiento demográfico es, en el mejor de los casos, sólo moderado (Heer, 1978: 108).

El objetivo propuesto a las clasificadas como naciones subdesarrolladas es el de avanzar hacia el logro de una situación transicional similar a la de los países altamente industrializados o desarrollados; para lo cual, aquellas atravesarían esas etapas hasta alcanzar la situación demográfica que caracteriza a estos.

Es esa vocación evolucionista unilineal, universalista, desarrollista, supuestamente neutra y no diferenciadora de la teoría de la transición demográfica la que ha creado los flancos que muestran las mayores debilidades de la misma. El cuestionamiento más severo a la teoría de la transición proviene de quienes argumentan que más que una teoría, ella es una descripción de sucesos históricos que se han producido con cierta regularidad en los países desarrollados, que ella interpreta coyunturas críticas que ocurrieron durante su evolución demográfica, y que por lo tanto, no constituye un sistema de relaciones lógicamente coherentes y abiertamente expresadas que permitan producir deducciones pertinentes y predicciones de hechos futuros (Naciones Unidas, 1978: 62-63).

.Las diferencias entre países desarrollados y subdesarrollados en lo concerniente a la transición demográfica son explicadas por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el CELADE fundamentalmente en función de magnitudes puramente físicas: la velocidad y el momento en que se inicia la reducción de la mortalidad y la fecundidad, lo cual incidirá sobre la magnitud y la velocidad con la que cambia la tasa de crecimiento demográfico; sin consideración alguna hacia los procesos históricos, sociales y económicos y las particularidades de estos en los contextos de la industrialización y la urbanización en el llamado Tercer Mundo. La CEPAL y el CELADE señalan que la transición demográfica es un proceso similar en sus características más manifiestas en todas las regiones del mundo, con diferencias que solo tienen que ver con el momento en el que el proceso transicional comienza y con el ritmo de los cambios que se dan en la fecundidad y la mortalidad y en otras variables intervinientes como el lugar de residencia, el estado nutricional y de la salud de la población, la planificación familiar y los patrones que operan para la formación de las uniones entre parejas (Banco Interamericano de Desarrollo/Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía, 1996).

Es decir, dichos organismos soslayan las diferencias fundamentales que hay entre los contextos sociales, políticos y económicos latinoamericanos y los de países en los que sucedieron procesos propios de las revoluciones burguesas en lo político, y de las revoluciones en los procesos industriales en lo económico. Procesos revolucionarios nunca experimentados en las regiones llamadas subdesarrolladas, en las que el capitalismo como modo de producción dominante fue el resultado más de imposiciones propias de la división internacional del trabajo propiciado mediante políticas imperiales antes que de procesos propiamente autóctonos.

Es consecuencia, la categoría *transición demográfica* es un invento, lo cual no significa que es una mentira, un mito. Lo que significa es que es una categoría histórica y contextual, referida a una dinámica demográfica que no es natural, tampoco inevitable; ni está supeditada sólo a factores como el momento de inicio y la velocidad de los cambios, sino que es un componente de la historia económica, social y cultural del capitalismo occidental desarrollado, en el cual muestra sus especificidades, y del denominado subdesarrollo, en el cual también mostraría sus particularidades. Como se diría desde una postura antropológica crítica, ese invento puede ser desinventado o reinventado de modos muy distintos.

Frenk ha expresado críticas a la visión evolucionista, etapista, secuencial y universal que se le ha dado a los procesos transicionales, sobre todo los epidemiológicos. En primer lugar, él es contrario a la idealización de la transición epidemiológica como un proceso cuyos resultados son exclusivamente favorables para las sociedades humanas, porque si bien ella ha significado la

reducción de la incidencia de las enfermedades infecciosas y el alargamiento de la vida humana, también es cierto que ha tenido lugar el incremento de las enfermedades no transmisibles y de las muertes debidas a causas externas, bien por accidentes bien por violencia, que entonces terminan siendo apreciadas como formas más civilizadas de morir, junto con severos problemas de contaminación ambiental, consumo de sustancias nocivas para la salud, alta prevalencia de accidentes y hechos violentos, y generalización de estilos de vida nada saludables (Frenk, 1993: 91).

Una muy importante recomendación que hace Frenk para los *países subdesarrollados* es que si bien deben superar el rezago epidemiológico representado por las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas relacionados con la reproducción, también han de evitar la repetición de los patrones dominantes en la morbimortalidad de los países desarrollados.

De acuerdo con lo apreciado mediante investigaciones que hemos adelantado, no hay duda alguna de que tales patrones de morbimortalidad se han reproducido en Venezuela y en otros países latinoamericanos y caribeños. En el caso de la Venezuela de inicios del siglo 21, país en situación de Bono Demográfico desde 2002 y hasta el año 2046, la mortalidad causada por homicidios y suicidios ocupa el primer lugar entre la población con edades de 15 a 24 años. Las otras cuatro primeras causas de muerte en ese grupo etario son Accidentes de todo tipo, Cáncer, Enfermedades del corazón y Enfermedad por VIH (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2000 y 2010) Mientras que el quinto objetivo de las Metas del Milenio, definidas por la Organización de las Naciones Unidas, indica que para 2015 deberá haberse registrado un descenso del 75 por ciento de la mortalidad materna, lo cierto es que en Venezuela ese objetivo no se logrará. En efecto para el año 2002 la tasa de mortalidad materna en Venezuela fue igual a 76.3 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos vivos ocurridos en ese año; en 2010, dicha tasa alcanzó una cifra igual a 69.7 muertes por 100 mil nacimientos vivos. Entre las madres con edades de 15 a 29 años, la tasa de mortalidad materna, en 2002, fue igual a 51.3 muertes por cada 100 mil nacimientos vivos; mientras que para 2010 subió a 54.5 muertes por 100 mil nacimientos vivos. Esas cifras de la mortalidad materna obligan a conocer cuál es el impacto que los factores causales de la mortalidad materna, directos e indirectos, ejercen sobre la mortalidad prematura femenina en aquel grupo etario. Según cifras proporcionadas por el Programa de las Naciones Unidas (PNUD), en Venezuela, en 1990, la tasa de mortalidad materna alcanzó un valor igual 58.9 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos vivos. Y para el año 2015, nuestro país deberá alcanzar una tasa igual 14.7 muertes por 100 mil. Sin embargo, los indicadores de mortalidad antes referidos señalan que Venezuela está muy lejos de lograr la meta de una reducción de la mortalidad materna en un 75 por ciento, para dar así cumplimiento a lo señalado en la Declaración de los Objetivos y Metas del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (Orta, Jelenkovic y López, 2013b: 4-5)

López, Jelenkovic y Orta investigaron la mortalidad prematura diferencial por causas de muerte en la población con edades consideradas económicamente activas, usando como indicador los Años de Vida Potenciales Perdidos, en Venezuela, entre los años 1996 y 2008. Las causas de mortalidad estudiadas fueron enfermedades infecciosas, enfermedades del corazón y muertes violentas. Esa investigación determinó que en 1996, la tasa de AVPP por enfermedades infecciosas entre las personas que al morir tenían de 25 a 44 años de edad fue igual a 8,65 AVPP por cada mil habitantes con esas edades; para el año 2008, esa cifra descendió a 7,79 AVPP por mil, pero a pesar de ese descenso, la tasa de AVPP por enfermedades infecciosas fue mayor que

la correspondiente a enfermedades del corazón.. Para esos mismos años límite, la tasa de AVPP por enfermedades del corazón fue respectivamente 6,37 y 6,62 AVPP por mil. Lo alarmante es que por homicidios y suicidios, la tasa de AVPP fue en 1996 igual a 25,3 AVPP por mil, pero en 2008 registró un valor de 66,8 AVPP por mil (López, Jelenkovic y Orta, 2011). Las cifras antes mostradas indican que es conveniente revisar los criterios clasificatorios de lo que se considera como *desarrollo*.

Frenk indica que la transición es un fenómeno mucho más complejo y diverso que incluye la coexistencia de etapas no secuenciales, lo cual se expresa en que en una misma población pueden yuxtaponerse patologías pre y postransicionales. También incluye las llamadas contratransiciones o movimientos de contraflujo que se manifiestan mediante el resurgimiento de enfermedades infecciosas del pasado, la aparición de nuevas enfermedades transmisibles y la agregación de procesos infecciosos a enfermedades crónicas no transmisibles que provocarían el debilitamiento de la respuesta inmune. El traslape de etapas y los contraflujos antes reseñados darían lugar a situaciones de transición prolongada caracterizadas por una gran incidencia de enfermedades infecciosas, sin arribar a un predominio de las enfermedades no transmisibles, así como también a situaciones de polarización epidemiológica respecto al tipo de enfermedades que padecen los diversos estratos sociales, algunos de ellos padecerían predominantemente enfermedades no transmisibles, mientras que otros enfermedades transmisibles (Frenk, 1998: 94-95). En ese mismo sentido son validas las advertencias de Cifuentes y Borja, del Instituto Nacional de Salud Pública de México, sobre la *superposición* de agentes infecciosos en momentos cuando la capacidad de los países para controlarlos muestra signos de declinación. Y que no debemos subestimar el hecho de que la superposición de transiciones es consecuencia de deficiencias de los sistemas de salud (Cifuentes y Borja, 1997: 6).

Entonces lo que salta a la vista es una realidad demográfica y epidemiológica compleja y variada, sin asideros en modelos teóricos evolucionistas, únicos y unilineales, que requiere un conocimiento más exhaustivo para el adecuado diseño y aplicación de políticas de salud que puedan efectivamente responder a tanta pluralidad epidemiológica. No obstante, desde importantes foros o conferencias internacionales lo que nos proponen son objetivos y metas que sólo tendrían sentido y coherencia en otras realidades presuntamente más uniformes.

Conviene formular algunas precisiones acerca de la conveniencia y rigurosidad científicas de esa teoría transicional cuando se aplica para dar cuenta de la variación histórica de las tendencias demográficas y epidemiológicas de Venezuela.

A partir de esa tesis transicional se han formulado planes y programas orientados desde la visión del llamado *modelo negativo*, que atribuye al crecimiento demográfico los retardos del desarrollo económico y social del denominado Tercer Mundo, por lo que las inconsistentemente denominadas políticas de población propugnadas por los organismos internacionales se reducen a la práctica de medidas antinatalistas, supuestamente integradas en presuntos programas de planificación familiar (Bolívar Chollet, 1984: 335-366).

Bolívar Chollet expone criticándolo que lo sustantivo del Modelo Negativo es que los recursos financieros, que en los *países subdesarrollados* deberían orientarse hacia las actividades e inversiones productivas generadoras de desarrollo, son dirigidos al mantenimiento y protección de contingentes poblacionales constituidos predominantemente por niños y jóvenes como

consecuencia del rápido crecimiento demográfico. En consecuencia, las políticas demográficas habrían de esforzarse por lograr la disminución del crecimiento poblacional (Bolívar Chollet, 1984: 359-361). Los contenidos de ese modelo negativo ya venían siendo expresados desde los años 60 del siglo 20, cuando la contabilidad de sus exequitas había establecido los costos que para el desarrollo implicaba el nacimiento de cada niño en el subdesarrollo. Por ejemplo, Enke estimó en 1967 que cada nacimiento evitado en un *país subdesarrollado* es igual a una o dos veces el ingreso anual por habitante, y que si se destinase un uno por ciento del presupuesto total para el desarrollo a la reducción de la natalidad, ese porcentaje sería tan eficaz como el 99 % restante a los efectos de aumentar el producto por habitante (Naciones Unidas, 1978: 677). Por su parte Demeny estimó que cuando la renta por habitante es de cien dólares, el valor de cada nacimiento evitado puede ser igual o mayor a los 125 dólares (Naciones Unidas, 1978: 677).

Siendo presidente del Banco Mundial, Wolfensohn reactualizó los contenidos del modelo negativo. Dijo que de no controlarse el crecimiento demográfico, el desarrollo de los países *menos adelantados* será una batalla perdida y los recursos ahorrados por dichas naciones sólo servirán para evitar la disminución del nivel de vida de sus habitantes. Igualmente afirmó que aún cuando en los últimos años se ha reducido el porcentaje de las personas que viven en situación de pobreza, el crecimiento demográfico mundial ha sido tan acelerado que el número absoluto de pobres ha continuado aumentando (Wolfensohn, 1999: 14-15)

Lo paradójico es que Wolfensohn pretendió desconocer el efecto retroalimentador que sobre la pobreza ejercen las mismas condiciones de pobreza generadas por el mismo modelo de desarrollo que auspicia el organismo que él presidió. Él describió cuantitativamente aquellas condiciones de la siguiente manera:

...hay 1.500 millones de personas que no tienen acceso a agua apta para el consumo y 2.000 millones que carecen de acceso a servicios de alcantarillado (...) Dos mil millones de personas sin acceso a servicios de electricidad (...) 3.000 millones de personas que sobreviven con menos de 2 dólares estadounidenses al día (...) una creciente desigualdad entre ricos y pobres (...) deterioro de los bosques a razón de un acre por segundo (...) 130 millones de niños que todavía no están escolarizados (...) 1.500 millones de personas sin suministro de agua potable y 2.000 millones sin servicios de alcantarillado (...) Para el año 2025 habrá que dar alimentos a otros 2.000 millones de personas, bajo condiciones de guerras, creciente desigualdad y la distorsión de los sistemas económicos y políticos, como lo revelan las crisis que sacuden desde Indonesia hasta la Federación de Rusia y desde América Latina hasta África. Además, la reducción de la asistencia oficial para el desarrollo y la inestabilidad que reina en los mercados financieros internacionales, constituyen otras más razones para preocuparse (Wolfensohn, 1999: 2).

Las diferencias contextuales e históricas evidencian la inconveniencia de aplicar categorías pretendidamente universales. Así es como los procesos más importantes relacionados con cambios significativos en el comportamiento demográfico, históricamente han tenido lugar en contextos marcados por transformaciones sociales y económicas trascendentales. Ejemplos de ello los tenemos en los casos de la Revolución del Neolítico, una de cuyas manifestaciones fue el crecimiento demográfico que acompañó a la revolución agrícola hace 10.000 años, y que como

fue indicado, los grupos humanos se hicieron más densos y numerosos en virtud de la mayor disponibilidad de alimentos que durante aquella se produjo, junto con los concomitantes descensos de la mortalidad y elevaciones de la natalidad. Bolívar Chollet señala que:

...los avances iniciales del Neolítico se proyectaron hacia formas tecnológicas mucho más sofisticadas, hasta el punto de impactar la base material para el mantenimiento y crecimiento de la población humana. Es el momento cuando se conjugan de manera más o menos clara la organización del trabajo colectivo para la explotación del suelo y de otros recursos, lo que sin duda alguna, debió generar un mayor crecimiento poblacional (Bolívar Chollet, 1984: 24-27).

La Revolución Agrícola del Neolítico consolidó un proceso iniciado desde el Protoneolítico, desde éste ya estaba en marcha el paso de la recolección de alimentos a su producción; en las vísperas de la Revolución Agrícola, entre los años 7.000 y 5.500 antes de Cristo, la población mundial fluctuaba entre 2 y 20 millones de personas, y luego, como consecuencia de dicha revolución ese tamaño poblacional fue sobrepasado, estimándose que el máximo histórico correspondiente a la fase agrícola de la humanidad oscilaba entre los 650 y los 850 millones de personas. Con la Revolución Industrial, alrededor de 1750, la población mundial comenzó a aumentar su tamaño, llegando en 1950 a una cifra cercana a los 1.600 millones de personas. Señala Cipolla que los diez milenios que más o menos separan el principio de la Revolución Agrícola de los inicios de la Industrial fueron testigos de un gran número de descubrimientos e innovaciones que aumentaron el control humano sobre las fuentes de energía (Cipolla, 1978: 47). Si la Revolución Agrícola fue el proceso en virtud del cual el hombre llegó a controlar e incrementar la gama de convertidores biológicos (plantas y animales), podemos considerar que la Revolución Industrial fue el proceso que permitió la explotación a gran escala de nuevas fuentes de energía por medio de convertidores inanimados (Cipolla, 1978: 57).

Significa entonces, que en determinados momentos y circunstancias del transcurrir histórico de la humanidad, el aumento de la producción y de la riqueza tuvo influencias sobre el crecimiento demográfico. Mientras que en nuestras circunstancias latinoamericanas, el crecimiento demográfico, antes que ser una consecuencia de mayor riqueza social, es el resultado, en buena medida, del incremento y la persistencia de la pobreza en todos los órdenes de la existencia de las poblaciones de las regiones tercermundistas. Mires sostiene la tesis de que en Latinoamérica y el Caribe la expansión de la pobreza no es la consecuencia directa de la falta de crecimiento económico, sino del propio crecimiento, en virtud de que aun habiendo sido la década de los 70 del siglo 20 un tiempo de altas tasas de crecimiento relativo en muchas naciones de la región, sin embargo los niveles de pobreza no se redujeron; por lo que Mires dice que es posible que los propios lineamientos para el desarrollo dieron lugar a ese hecho. Para hacer esa afirmación Mires se basa en datos proporcionados por la CEPAL que indican que hacia el final de los años 80, en América Latina teníamos 183 millones de personas pobres, 71 millones más que en 1970, luego de que entre 1950 y 1980 la economía latinoamericana registró un crecimiento promedio anual del 5,5 por ciento (Mires, 1993: 9-10).

En consecuencia, la transición demográfica y epidemiológica en los ahora llamados países desarrollados fue un proceso concomitante con su crecimiento y desarrollo social y económico. Mientras que las regiones subdesarrolladas no lo es. De allí la inconsecuencia e inconsistencia de atribuirle a procesos transicionales como los de los países altamente desarrollados los cambios

demográficos y epidemiológicos habidos en losw considerados como países subdesarrollados o *en vías de desarrollo*.

Altimir, desde la CEPAL, deja ver que el crecimiento económico puede tanto aumentar la desigualdad como no aumentarla. Él sostiene que los casos latinoamericanos en los cuales dicho crecimiento ha favorecido la igualdad han sido una situación mucho menos común que las experiencias en las cuales el crecimiento ha originado desigualdad. Informa Altimir que durante la aplicación de las políticas de ajuste económico que se adelantaron en América Latina desde la década de los años 80, hubo aumentos de la pobreza urbana, subutilización de la fuerza de trabajo urbana y enormes reducciones del ingreso por habitante y de los salarios reales en promedio, con la excepción de Colombia. En Venezuela, la recuperación parcial de la economía producida por los ajustes fue acompañada de nuevos incrementos de la pobreza urbana, de aceleración de la inflación y de contracción de los salarios reales (Altimir, 2008). Más recientemente en Venezuela, el gubernamental Instituto Nacional de Estadística mostró cifras de la Encuesta de Hogares por Muestreo que informan sobre un crecimiento de la cantidad de habitantes y hogares en condiciones de pobreza extrema en el segundo semestre de 2013 respecto al segundo semestre de 2012 (Instituto Nacional de Estadística, 2014), a pesar de que el precio del barril de petróleo venezolano ha rondado los cien dólares por barril, entre 2012 y 2013 (Ministerio del Poder Popular para la Energía y Minería, junio 2014)

El diagnóstico para los años 90 de una organización promotora del modelo de desarrollo occidental, como lo es el Banco Mundial, era muy similar al de un crítico implacable de ese modelo de desarrollo como lo es Mires. Apuntaba el Banco Mundial que:

... desde 1990 los indicadores de pobreza han mejorado muy lentamente, lo cual ha impedido alcanzar la meta de reducir a la mitad la proporción de la población que vive en condiciones de pobreza extrema, reducción que había sido establecida como una de las metas de desarrollo mundial para el año 2015. Se pronostica que el número de pobres pasará de 1.200 millones en 1987 a 1.500 millones para el año 2000. En varios países africanos, a pesar de que las tasas de aumento del PIB son superiores al crecimiento demográfico, no se han producido mejoras proporcionales en la disminución de la pobreza. En estos países la pobreza persiste, en parte porque no hay equidad en la distribución de los beneficios del crecimiento, y también porque la mala gestión pública disminuye el efecto que el crecimiento podría generar en la pobreza (Banco Mundial, 1999).

En fin, la tesis según la cual el logro de bajas tasas de mortalidad y natalidad, así como la elevación de la esperanza de vida y el predominio de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles y por violencia en el panorama epidemiológico serían las supremas manifestaciones del desarrollo y el abatimiento de la pobreza, no parece afianzarse en una realidad en la cual habiendo ocurrido tales cambios demográficos y epidemiológicos, los niveles de la miseria – forma extrema de la pobreza- se incrementan persistentemente, aún en condiciones de crecimiento económico. Y pensar que –como ha quedado evidenciado- el alcance transicional de tales condiciones epidemiológicas es la base fundamental de las políticas de desarrollo y población que se nos proponen desde ciertas agencias globalizadoras.

Conclusiones.

Vamos a finalizar poniendo de manifiesto que el paradigma de la modernidad está severamente cuestionado en sus elementos esenciales. Estos son:

1. El universalismo que supone que los cambios a nivel mundial apuntaban a un único modelo de desarrollo –el de los países desarrollados de la actualidad-, el cual debía ser propuesto y realizado en todas las regiones del mundo.
2. Su carácter teleológico que lleva a suponer que existe un destino final de los procesos de cambio de todos los países. Ese destino final son el crecimiento y el desarrollo propios de las naciones más industrializadas..
3. Su linealidad evolutiva, según la cual existe una sola dirección etapista que llevará a todas las naciones a pasar de lo tradicional a lo moderno.

Pensamos que la modernidad, así como sus consecuentes nociones de crecimiento, desarrollo y progreso, en sus significaciones concretas en los llamados países desarrollados, y sus correspondientes e ineludibles transiciones y consecuencias sobre diversos ámbitos, no son las únicas opciones para el desarrollo, crecimiento y progreso de América Latina.

Bibliografía.

Altimir, Oscar (2008), “Distribución del ingreso e incidencia de la pobreza a lo largo del ajuste”, en: *REVISTA DE LA CEPAL*, Santiago de Chile, número 96. Diciembre, pp. 95-119, en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/34916/RVE96Completa.pdf>

Banco Interamericano de Desarrollo/Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (1996), *La transición demográfica en América Latina. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*, Chile.

Banco Mundial (1999), *Building poverty reduction strategies in developing countries*, en <http://WWW.WORLDBANK.ORG>

Bolívar Chollet, Miguel (1984), *Capitalismo y población*, Caracas, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.

Cifuentes Enrique y V. Borja A. (1997), “Las nuevas epidemias”, ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México, 1997.

Cipolla, Carlos M. (1978), *Historia económica de la población mundial*, España, Editorial Crítica.

Frenk, Julio: (1993.), *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, México, F.C.E.

Heer, David M. (1978), “El desarrollo económico y la transición de la fecundidad”, en: Glass D.V. y otros: *Población y cambio social (Estudios de Demografía Histórica)*, Madrid, EditorialTecnos, pp. 108-121).

Instituto Nacional de Estadística *Pobreza por línea de ingreso 1997-2013*, en http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=104&Itemid=45 .

Ministerio del Poder Popular para la Energía y Minería (junio de 2014), Precios del petróleo, en www.menpet.gob.ve/secciones.php?option=view&idS=45 .

López M., Rubén, Jelenkovic A. Diana y Orta C., Rómulo (2011), “Años de Vida Potenciales Perdidos por enfermedades infecciosas, enfermedades del corazón, y muertes violentas, durante el lapso 1996-2008, en Venezuela”, ponencia presentada en el V Encuentro Nacional de Demógrafos y Estudiosos de la Población, Caracas, Universidad Central de Venezuela, 29 al 30 de noviembre de 2011, en www.somosavepo.org.ve

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2000 y 2010), Anuarios de Mortalidad, Caracas, en www.mpps.gob.ve

Mires, Fernando (1993), *El discurso de la miseria*, Nueva Sociedad, Caracas.

Orta C., Rómulo. Jelenkovic, Diana y López M., Rubén (2013a), “La mortalidad prematura en Venezuela es una deuda social más del Estado. Sus indicadores demográficos y epidemiológicos para el período 2000-2008”, en Freitez L., Anitza (ed.), *Después de 200 años. Presente y futuro de la población venezolana*, Caracas, Asociación Venezolana de Estudios de la Población (AVEPO).

Orta C., Rómulo, Jelenkovic A. Diana y López M. Rubén (2013b), “MORTALIDAD MATERNA MEDIDA A TRAVÉS DE LAS TASAS DE MORTALIDAD Y LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALES PÉRDIDOS EN LA POBLACIÓN CON EDADES ENTRE 15 Y 29 AÑOS Y SEGÚN CAUSAS DE MUERTE. VENEZUELA. 2000-2010”, ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional de Demógrafos y Estudiosos de la Población, Caracas, Universidad Católica Andrés Bello, 3 al 4 de diciembre de 2013.

Naciones Unidas (1978), *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*, Nueva York vol. I.

Wolfensohn, J. (1999), *A Proposal for a Comprehensive Development Framework* , en http://web.worldbank.org/archive/website01013/WEB/0_CO-87.HTM .