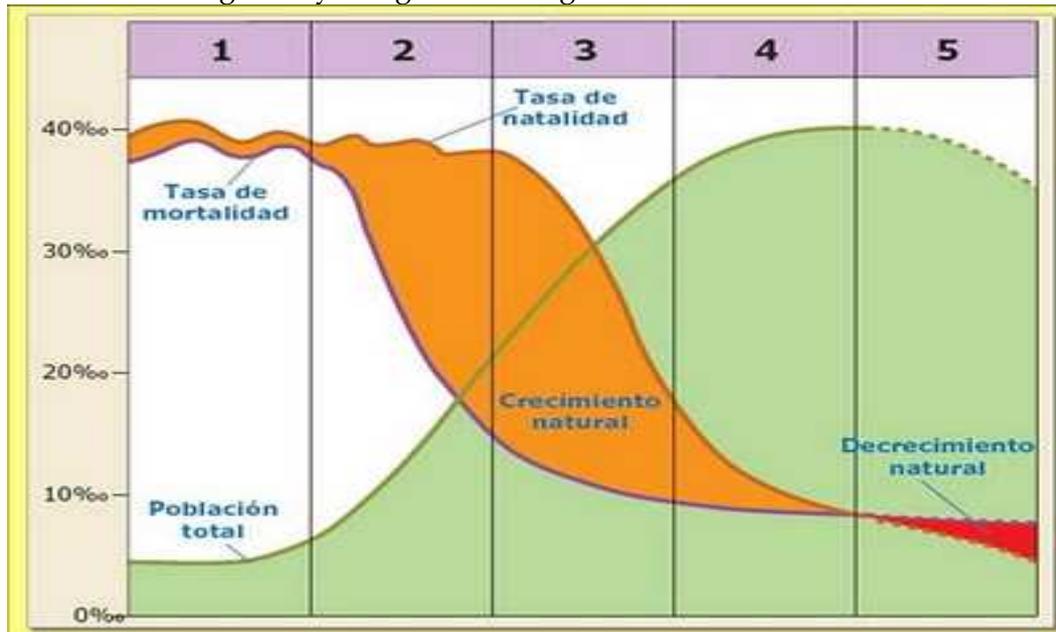


El movimiento natural de la población española: los regímenes demográficos.

El movimiento natural de la población es el crecimiento o decrecimiento de la población de un lugar por causas naturales, es decir, por el balance entre la natalidad (número de nacimientos en una población en un año) y la mortalidad (número de defunciones en una población en un año). Son una parte importante del crecimiento real de la población, aunque este crecimiento o decrecimiento está influido también por el **saldo migratorio*** (emigración o inmigración), es decir por los **movimientos espaciales*** de la población.

En la evolución del movimiento natural de la población española se distinguen tres etapas o **regímenes demográficos** a lo largo de los cuales la natalidad, la mortalidad y el crecimiento natural presentan rasgos homogéneos. Estas etapas son el régimen demográfico antiguo, la transición demográfica y el régimen demográfico moderno.



I.- EL RÉGIMEN DEMOGRÁFICO ANTIGUO

Se mantuvo en España hasta principios del siglo XX.

Se caracteriza por altas tasas de natalidad y mortalidad y un crecimiento natural bajo.

a) **La natalidad** presentaba valores elevados debido a dos causas fundamentales:

- El **predominio de una economía y una sociedad rurales**, en las que los hijos son una ayuda económica, pues empezaban a trabajar pronto ayudando a las labores del campo, eran muy baratos de mantener y aseguraban el porvenir de los padres, dado que no había seguros de accidentes, ni de jubilación.

- La **inexistencia de sistemas eficaces para controlar los nacimientos**; la única posibilidad era retrasar la edad del matrimonio en las coyunturas económicas de crisis, con el consiguiente acortamiento del período fértil de la mujer y el descenso del número de hijos.

b) **La mortalidad general** era alta y oscilante. Sus causas eran el bajo nivel de vida y las precarias condiciones médicas y sanitarias.

- La **dieta** alimenticia era **escasa**, por la baja productividad agraria, y **desequilibrada** por la falta de proteínas (el pan era el alimento básico y escaseaban la carne, la leche y los huevos). Como consecuencia, la mayoría de la población estaba malnutrida y debilitada.

- Las **enfermedades** infecciosas transmitidas a través del aire (tuberculosis, bronquitis, pulmonía, gripe) o de agua (diarreas) tenían grave incidencia. Esta se veía favorecida por el atraso de la medicina, el desconocimiento de las vías de transmisión de las enfermedades y la falta de higiene privada y pública (tardío establecimiento de servicios de agua potable, alcantarillado, recogida de basuras).

Además de la elevada mortalidad general, había momentos de **mortalidad catastrófica**, causada por *guerras, malas cosechas de cereales y epidemias*, como la de cólera que tuvo lugar en 1885.

- **La mortalidad infantil** también era alta, tanto la neonatal (en las cuatro primeras semanas) por defectos congénitos y problemas en el parto, como la postneonatal (entre las cuatro semanas y el año) por desnutrición e infecciones.

- **La esperanza de vida era baja**, debido, sobre todo, a la elevada mortalidad infantil y materna.

c) **Como resultado de las altas tasas de natalidad y de mortalidad, el crecimiento natural era bajo** y presentaba oscilaciones debidas a las crisis de sobremortalidad.

II.- LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El paso entre el régimen demográfico antiguo y el actual se llama transición demográfica.

Tuvo lugar **entre 1900 y 1975**.

Esta etapa se caracteriza por la disminución suave de la natalidad, un brusco descenso de la mortalidad y, en consecuencia, un elevado crecimiento natural.

a) La **natalidad descendió de forma suave y discontinua**, alternando períodos de mayor decrecimiento con otros de recuperación, en relación con los acontecimientos históricos.

- En los **años veinte** (1920-1930), la prosperidad económica permitió una recuperación de la natalidad.

- Entre **1930 y 1956** se reanudó el descenso, debido a la crisis económica de 1929 y la inestabilidad política de la Segunda República (1931-1936), a la Guerra Civil (1936-1939), que ocasionó subnatalidad; y a la situación de la posguerra (1940-1955), durante la cual se exiliaron miles de personas y hubo graves dificultades económicas derivadas de la política autárquica y del bloqueo internacional. Ello impidió la recuperación de los nacimientos que suele seguir a las guerras (salvo en el breve período de 1940-1941). La política pronatalista de Franco, que instituyó premios de natalidad y prohibió los anticonceptivos, no fue suficiente para compensar esta tendencia.

- Entre **1956 y 1965** tuvo lugar una recuperación de la natalidad que algunos autores interpretan como el *baby boom* posbélico retrasado, gracias al desarrollo económico que siguió a la ruptura del bloqueo internacional y al final de la autarquía.

- Los **últimos años del desarrollismo** (1965-1975), con la culminación de las migraciones del campo a la ciudad y los graves problemas de vivienda, trajeron consigo una nueva reducción del tamaño de la familia.

b) **La mortalidad general descendió notablemente y de forma constante** durante la transición demográfica, salvo dos repuntos por mortalidad catastrófica: la gripe de 1918 (una devastadora epidemia que provocó 300.000 muertos) y la Guerra Civil (1936-1939). El retroceso de la mortalidad se inicia más tarde que en otros países desarrollados. Las **causas** de este descenso fueron los avances médicos y sanitarios y la elevación del nivel de vida, educativo y cultural.

- Los **avances médicos y sanitarios** más destacados fueron las vacunas y la comercialización de los antibióticos (que supusieron la desaparición de la mortalidad catastrófica por epidemias a partir de la de gripe de 1918 y la reducción de las enfermedades infecciosas); la generalización de los nacimientos en clínicas, con la consiguiente disminución de la mortalidad femenina en el parto y posparto, la extensión de la sanidad pública (seguridad social); y la mejora de la higiene pública y privada (servicios urbanos de agua potable, alcantarillado y recogida de basuras).

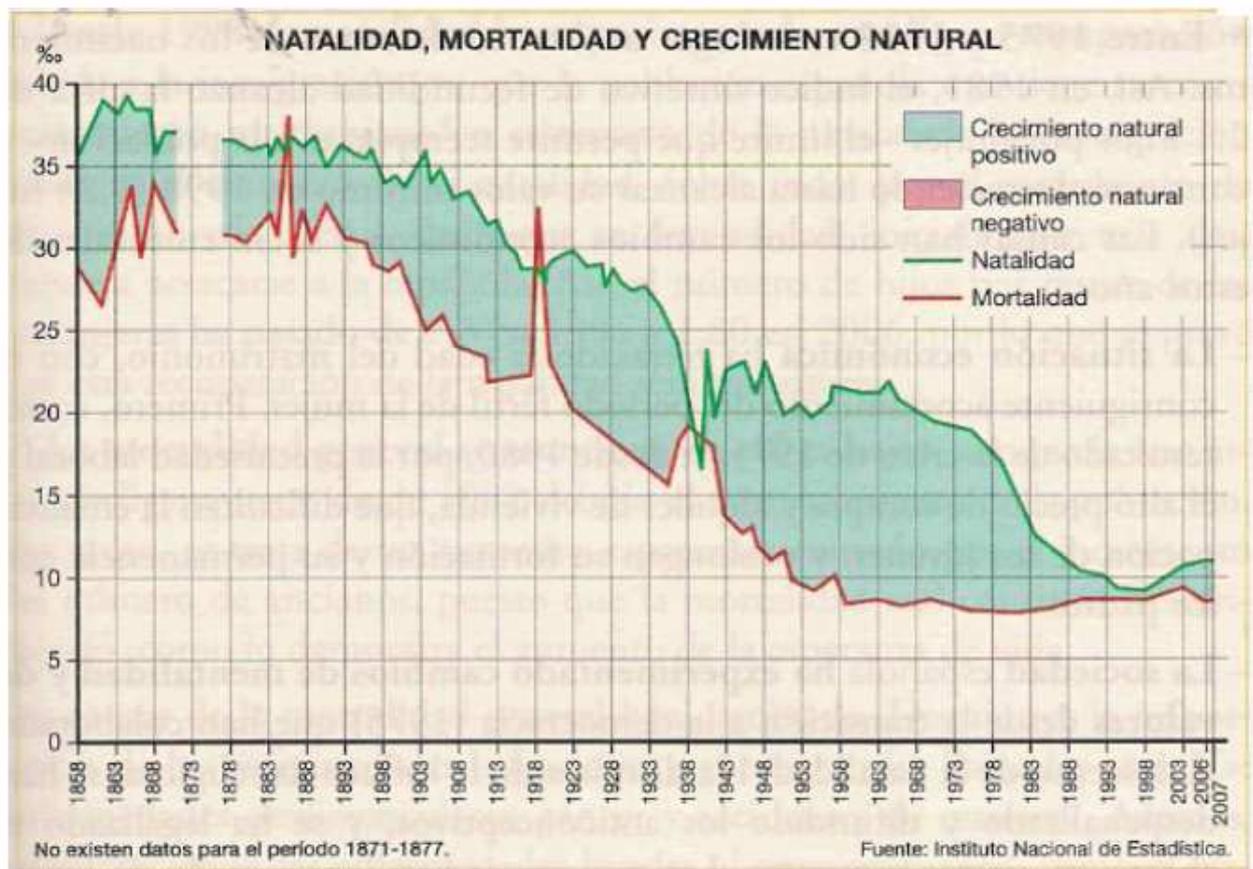
- El **aumento del nivel de vida** se manifestó en la mejora de la dieta: en la década de 1960 se superaron la malnutrición y la escasez de la posguerra.

- El **incremento del nivel educativo y cultural** llevó a intensificar la prevención y a abandonar costumbres tradicionales nocivas para la salud (tabaco, alcohol).

- La **mortalidad infantil** también decreció sobre todo la posneonatal causada por infecciones y desnutrición. Las causas fueron los progresos de la pediatría y de la alimentación infantil y la mejora del cuidado materno.

- La esperanza de vida se elevó, primero, por la reducción de la mortalidad infantil y materna, y, luego, por el descenso de la mortalidad en los adultos.

c) **Como consecuencia, el crecimiento natural de la transición fue alto**, especialmente entre 1920 y 1970, período en que la mortalidad descendió de manera considerable, mientras que la natalidad pasó por dos máximos separados por la Guerra Civil. Desde 1970, el crecimiento se recortó, al estabilizarse la mortalidad en cifras bajas y restablecerse el descenso de la natalidad.



III. EL RÉGIMEN DEMOGRÁFICO ACTUAL.

Se caracteriza por bajas tasas de natalidad (10'2 ‰ en 2011) y de mortalidad (8'4 ‰ en 2011) y por un escaso crecimiento natural. Se extiende desde 1975 hasta nuestros días.

España se presenta hoy como un país donde los índices de nupcialidad, natalidad, mortalidad y crecimiento natural son bajos. La transición demográfica parece haber entrado definitivamente en su recta final, acometida con una velocidad vertiginosa, especialmente en lo que al declive de la natalidad se refiere.

La tendencia a la reducción de las diferencias territoriales en el comportamiento ante la vida y la muerte constituye otro rasgo característico reciente, pero las desigualdades subsisten social y espacialmente, todavía de forma importante.

a) **La natalidad descendió** a partir de 1975 hasta situarse en cifras bajas.

En esta situación se distinguen dos momentos:

- Entre 1975 y 1998 tuvo lugar un *brusco descenso de los nacimientos*. Así, en 1981, el índice sintético de fecundidad alcanzó la cifra de 2.1 hijos por mujer – el límite que permite reemplazar a la población- y continuó decreciendo hasta alcanzar su valor mínimo en 1998 (1'24 hijos por mujer). Las causas han sido los cambios económicos y socio-culturales de estos años.
 - o **La situación económica** ha retrasado la edad del matrimonio, con el consiguiente acortamiento del período fértil de la mujer. Primero, como resultado de la crisis de 1975, y, desde 1980, por la precariedad laboral y el alto precio de compra y alquiler de vivienda, que dificultan la emancipación de los jóvenes, y prolongan su formación y su permanencia con los padres.
 - o **La sociedad española ha experimentado cambios de mentalidad y de valores** desde la transición a la democracia (1975) que han colaborado al descenso de la natalidad. Ha disminuido la influencia religiosa; se han despenalizado y difundido los anticonceptivos, y se ha legalizado el aborto mediante una ley de plazos. Las mujeres se han incorporado de forma creciente al trabajo fuera del hogar y retrasan la maternidad hasta consolidar su situación laboral, de modo que la mayoría de los nacimientos se producen en el grupo de los 30-34 años; y muchas mujeres tienen dificultades para conciliar la vida familiar y laboral, ante la escasez de guarderías a precios asequibles y el mantenimiento de comportamientos sexistas en el reparto de tareas domésticas y en el cuidado de los hijos. Ahora los hijos se han convertido en una carga económica, éstos ya no se consideran como seguro de vejez de los padres, ante el progreso de la protección social, sino que se aprecia su formación y bienestar, por lo que se prefiere tener menos y atenderlos mejor. Además, los gastos que ocasionan y la dedicación que requieren compiten con el deseo de los padres de disponer de más ingresos para el consumo y de más tiempo libre. La paternidad y la maternidad han dejado de ser el objetivo prioritario de muchas personas. Hoy día han ganado importancia las relaciones de pareja sobre las reproductoras y de cuidado de los hijos, y han surgido formas familiares distintas del matrimonio y menos prolíficas (cohabitación, hogares monoparentales de divorciados, maternidad en solitario), la soltería ya no está mal vista.
 - Desde 1998, la natalidad ha experimentado una ligera recuperación debida a la **inmigración**, ya que la población española mantiene su comportamiento malthusiano¹ o restrictivo de la natalidad. La inmigración colabora al aumento de la natalidad, sobre todo, por el incremento de las mujeres en edad fértil, dado que su fecundidad, inicialmente más alta, tiende a acercarse a la española. Así, el número de hijos por mujer de las extranjeras ha pasado de 2'3 en 1996 a 1'80 en 2006, por lo que se prevé que esta recuperación de la natalidad sea transitoria.
- b) La **mortalidad general se mantiene en cifras bajas**, aunque desde 1982 experimenta un ligero ascenso debido al envejecimiento de la población. Por tanto, se trata de un aumento “aparente” causado por el incremento del número de ancianos, puesto que la

¹ **Malthusianismo:** corriente ideológica que propone la reducción voluntaria de la natalidad. Su nombre proviene de Thomas Robert Malthus, economista y pastor anglicano, que en 1798 publicó su Ensayo sobre el principio de la población. En esta obra afirmaba que mientras que la población aumentaba en progresión geométrica (2-4-8-16...), la producción de alimentos crece solo en progresión aritmética (2-4-6-8...), por lo que es necesario controlar la natalidad mediante la abstinencia sexual y el retraso en la edad del matrimonio. En la actualidad, los **neomalthusianos** son partidarios del control voluntario de la natalidad, utilizando los métodos modernos.

mortalidad real continúa descendiendo, como lo demuestra el aumento de la esperanza de vida en las edades más avanzadas. Las causas de la mortalidad general han cambiado. Disminuye la importancia de las enfermedades infecciosas y aumentan las llamadas “tres C” (enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes de carreteras). Además, está creciendo la incidencia del Alzheimer o de la demencia senil, fruto del progresivo envejecimiento de la población y las llamadas “enfermedades sociales”, relacionadas con ciertos estilos de vida y hábitos sociales, como el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción.

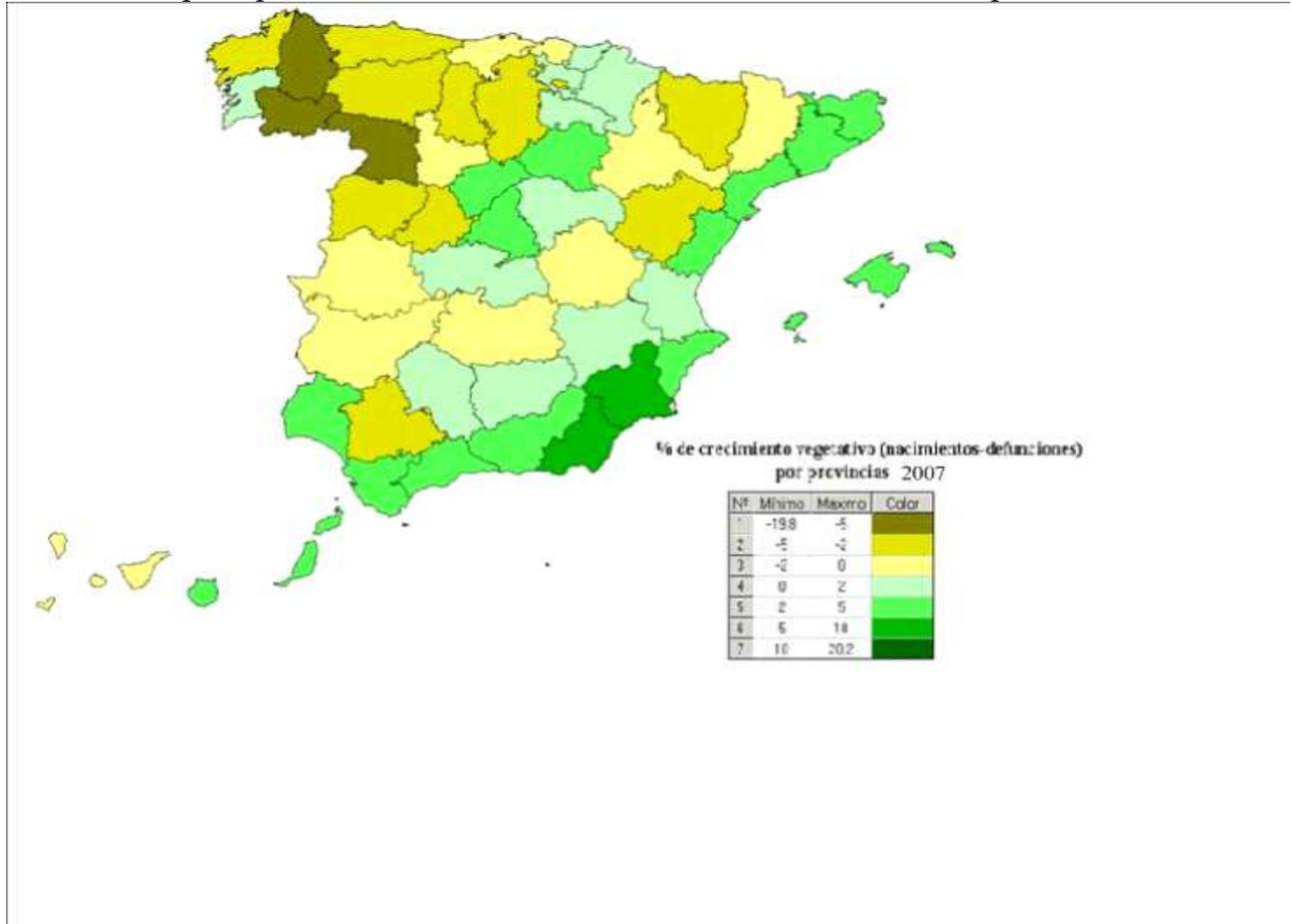
- Existen **variaciones geográficas** ante la muerte: las tasas brutas de la mortalidad reflejan a grandes rasgos las variaciones en la estructura por edades en las diferentes provincias, afectadas por movimientos migratorios de signo e intensidad variables. Los valores más altos corresponden a las provincias emigratorias (Lugo, Teruel, Zamora, Cuenca, etc.) y los valores más reducidos a las provincias de inmigración (Madrid, Barcelona, y las del P. Vasco).
- **La mortalidad infantil** es hoy muy baja y principalmente neonatal (complicaciones en el parto o malformaciones congénitas). Todavía tiene margen para reducirse gracias a los avances médicos. Los progresos en la lucha contra la muerte se aprecian mejor en la evolución de esta tasa de mortalidad infantil, ya que no influye la estructura de edades. Ha descendido durante todo el siglo XX y ahora es uno de los países con menor tasa infantil de mortalidad, menor del 2‰.
- **La esperanza de vida** ha aumentado considerablemente a lo largo del siglo XX, gracias a los progresos de la medicina. (1900 = 34'7 años; 1981 = 75'6 años, 2011 = 82 años). Sólo Suecia y Suiza superan a España.

No obstante, presenta diferencias entre sexos, los grupos de edad y el estatus social.

- **Por sexos**, la esperanza de vida es mayor para las mujeres (84,9 años, mientras que la de los hombres es de 78,9). Las mujeres tienen mayor fortaleza biológica por motivos hormonales e inmunológicos, sobre todo en las primeras edades de vida. En cambio, los hombres han tenido tradicionalmente un estilo de vida distinto que entraña mayor riesgo: más participación directa en las guerras; trabajos más duros, con mayor desgaste físico y probabilidad de accidentes; incidencia más alta de hábitos nocivos en exceso como el alcohol y el tabaco; hábitos alimentarios y de vida más desordenados; menor cuidado de su salud, y más accidentes en la carretera; aunque estas cifras tienden a reducirse.
- **Por edad**, las mayores ganancias en esperanza de vida desde 1975 se registran en el grupo de las personas más ancianas (70-80 años), y las menores en el grupo de los jóvenes (18 - 35 años). En estos últimos, las cifras se estancaron, e incluso decrecieron en el caso de los varones, durante la década de 1980, debido al incremento de los accidentes de carretera, la aparición y difusión del S.I.D.A. y la extensión de la drogadicción; aunque desde mediados de la década de 1990 la situación ha mejorado por la disminución de los accidentes y del sida (campañas de prevención y mejora de los tratamientos).
- **Por estatus social**, la esperanza de vida es más alta para las profesiones más cualificadas que tienen menor mortalidad laboral y para las clases sociales más adineradas ya que pueden acceder a más y mejores servicios sanitarios.

c) **El crecimiento natural en el régimen demográfico actual** descendió hasta 1998 debido a las bajas tasas de natalidad y mortalidad. Desde entonces, crece levemente debido a la ligera recuperación de la natalidad.

El crecimiento vegetativo no ha sido uniforme en las diferentes provincias españolas debido a la desigual evolución de la mortalidad y especialmente de la natalidad. Las distintas provincias han iniciado su transición demográfica en momentos diferentes. Con el paso del tiempo las diferencias se han ido acortando, pero todavía se observa una oposición norte-sur del crecimiento, que reproduce la situación de la natalidad en ambas zonas del país.



Las políticas demográficas* son las estrategias que desarrollan los Estados y otras instituciones públicas (Comunidades Autónomas, municipios...) para alcanzar un nivel de población óptimo; por ejemplo, fomentar la emigración en un momento de saturación demográfica o, al contrario, potenciar que las personas tengan más hijos para compensar tasas de natalidad bajas.

En España se vienen desarrollando algunas políticas de este último tipo desde hace algunos años, aunque con mucho retraso con respecto a otros países europeos, que intentan paliar el problema de la baja natalidad. En su mayor parte las políticas españolas van dirigidas a ayudar a las familias con hijos: el concepto de familia numerosa se ha reducido de cuatro a tres hijos. Las ayudas se concretan en desgravaciones en la declaración de la renta, prestaciones especiales de la Seguridad Social y en beneficios en materia de empleo (se aportan cantidades directas en el momento del nacimiento y durante los primeros años de vida de los bebés, se facilita un mayor período de baja maternal o paternal, etc. Sin embargo, España aún está lejos de llegar a la cobertura social concedida a las familias de otros países europeos.