

# **Rezagos transicionales y vulnerabilidad social en la dinámica poblacional contemporánea. Argentina, 2001-2013.**

González, Leandro M. - Ribotta, Bruno - Santillán Pizarro, María M.

Cita:

González, Leandro M. - Ribotta, Bruno - Santillán Pizarro, María M. (2015). *Rezagos transicionales y vulnerabilidad social en la dinámica poblacional contemporánea. Argentina, 2001-2013. XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de la Población Argentina, Salta.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/leandro.m.gonzalez/74>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ptoh/0ov>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:  
<https://www.aacademica.org>.

### **XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, 16-18 de septiembre de 2015**

***“Rezagos transicionales y vulnerabilidad social en la dinámica poblacional contemporánea. Argentina, 2001-2013”.***

Leandro M. González (CIECS/ CONICET-UNC), [leandrogonzalez@yahoo.com.ar](mailto:leandrogonzalez@yahoo.com.ar)

Bruno Ribotta (CIECS/ CONICET-UNC), [brunoribo@yahoo.com.ar](mailto:brunoribo@yahoo.com.ar)

María Marta Santillán Pizarro (CIECS/CONICET-UNC), [mm\\_santillan@yahoo.com.ar](mailto:mm_santillan@yahoo.com.ar)

#### **Resumen:**

Este trabajo indaga sobre la dinámica demográfica registrada desde comienzos de siglo en Argentina, a fin de considerar las consecuencias sociales que produjo la crisis económica de 2001-2002. Para ello se recurre a la noción de rezago transicional para contrastar los diferentes perfiles poblacionales con diversas posiciones en la estratificación social, desde la perspectiva de la vulnerabilidad sociodemográfica. Se calculan los indicadores demográficos (esperanza de vida por sexo, tasa de mortalidad infantil, tasas de fecundidad global y adolescente, relaciones de dependencia y edades medianas) para los años censales 2001 y 2010, y para el último año en que se disponen de estadísticas vitales publicadas (2013), mediante una proyección. El área geográfica de referencia es la República Argentina en su totalidad y una provincia seleccionada por cada región: C.A. Buenos Aires (Región Metropolitana), Córdoba (Región Pampeana), Jujuy (Noroeste), Chaco (Noreste), San Juan (Cuyo) y Chubut (Patagonia).

Los resultados muestran en general una evolución positiva de los indicadores demográficos en todo el país aunque con persistencia de las diferencias estructurales entre regiones. El noreste argentino es la región con mayor rezago transicional del país, mientras que las restantes regiones del interior se concentran alrededor de los valores del total nacional y la ciudad capital registra un perfil mucho más avanzado. La esperanza de vida al nacimiento ha crecido en todas las jurisdicciones, con más intensidad en el sexo masculino que en el femenino, y con más rapidez en el período 2001-10. La fecundidad general registra una suave disminución, mientras que la fecundidad adolescente se muestra renuente al descenso. En términos generales, la población argentina ha experimentado un avance en su proceso de transición demográfica que coexiste con situaciones de rezago transicional: heterogeneidad

regional, incremento de la fecundidad adolescente y retrocesos transitorios en la mortalidad general e infantil.

Palabras clave: TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA – VULNERABILIDAD SOCIAL - ARGENTINA – DINÁMICA DEMOGRÁFICA – FECUNDIDAD - MORTALIDAD

## **1- INTRODUCCIÓN**

Este trabajo se propone indagar sobre la dinámica demográfica registrada desde comienzos de siglo en Argentina, a fin de considerar las consecuencias sociales que produjo la crisis económica de 2001-2002. Para ello se recurre al marco conceptual de la transición demográfica para contrastar los diferentes perfiles poblacionales con diversas posiciones en la estratificación social.

La noción de rezago transicional se emplea cuando se verifican indicadores demográficos propios de poblaciones antiguas o de bajo nivel socioeconómico, como la alta fecundidad general y de adolescentes, elevada mortalidad infantil, baja esperanza de vida, altas relaciones de dependencia, entre otras. En la región el término se encuentra mencionado en trabajos referidos a la dinámica demográfica de la pobreza, que en cierta medida discuten la hipótesis hacia la ‘convergencia’ de la transición demográfica en todos los sectores socioeconómicos. Al respecto son clásicos los artículos de Susana Schkolnik y Juan Chackiel (1997, 1998, 2003), que aplican la idea del rezago transicional especialmente al estudio de los diferenciales en la fecundidad:

“...el rezago en la transición demográfica se presenta en los estratos sociales bajos, que viven en condiciones de pobreza y tienen menor nivel de instrucción. Esta situación se da en las zonas rurales, donde la mayoría de la población vive en esas condiciones, en las poblaciones marginales urbanas y en las poblaciones indígenas, en las cuales la pobreza se une a las barreras culturales y lingüísticas que dificultan su acceso a la información sobre salud y planificación familiar” (Schkolnik y Chackiel, 1998: 13).

Si bien se trata de un concepto “clásico”, vuelve a hacerse presente más recientemente como parte de la teorización central u accesoria al análisis de las diferencias intra-país. A propósito de estudios sobre los diferenciales de la fecundidad, en el primer sentido se encuentra mencionado en informes sobre Guatemala (2008), y en el segundo, de Uruguay (Varela Petito y otros, 2008). Cabe destacar que ambos países presentan niveles de fecundidad y de pobreza muy diferentes (entre los más altos y los más bajos de América Latina, respectivamente).

Es importante señalar que el concepto de rezago debería distinguirse del correspondiente a “retroceso” transicional. Este último término es utilizado para dar cuenta

del retorno a una situación anterior en los indicadores demográficos, cuando se creía que dicha circunstancia no podría tener lugar dado el grado de avance en la transición demográfica. Al respecto, actualmente se investigan las razones que han llevado a la recuperación de la fecundidad en algunas de los países más desarrollados del mundo, más allá del aporte de la población inmigrante y de ciertos sesgos propios de las mediciones (Myrskylä, Kohler, Billari, 2009).

Rodríguez Vignoli (2001a: 47) afirma también que el rezago transicional es “*un factor debilitador de comunidades, hogares y personas, por ende, el hecho de (que) tal retraso sea propio de los grupos socioeconómicos más desaventajados y excluidos no hace sino reforzar sus condiciones de vulnerabilidad social*”. Aquí aparece la perspectiva de la vulnerabilidad social, que identifica el estado de exposición de personas, hogares y comunidades en riesgo de sufrir el deterioro de sus condiciones de vida frente a eventos sociales adversos. Las condiciones de riesgo pueden relacionarse a perfiles propios de las personas y/o a características del medio social en donde viven (CEPAL, 2002; Katzman, 1999; Busso, 1999).

Desde la CEPAL se propuso la noción específica de “vulnerabilidad sociodemográfica”, definida como “*un síndrome en el que se conjugan eventos sociodemográficos potencialmente adversos (riesgos), incapacidad para responder a la materialización del riesgo e inhabilidad para adaptarse activamente al nuevo cuadro generado por esta materialización*” (CEPAL, 2002a:7). De los tres componentes enunciados en esta definición sólo el primero (riesgos) puede describirse exclusivamente con las variables de población, especialmente los procesos demográficos de larga duración<sup>1</sup>. Los otros dos elementos son contingentes y dependen de factores esencialmente sociales. Cabe aclarar que los eventos demográficos no son riesgos en sí, salvo que sus efectos adversos comprometan el desempeño social o dificulten el ejercicio de derechos a las personas u hogares (CEPAL, 2002a: 7).<sup>2</sup>

Este trabajo se concentra en tres de los riesgos sociodemográficos tradicionales inherentes a situaciones de rezago en la transición demográfica: alta mortalidad, elevada fecundidad y

<sup>1</sup> En un trabajo previo Rodríguez Vignoli (2001b: 70) sostiene que la vulnerabilidad demográfica tiende a reducirse con la transición demográfica, pero no desaparece por completo: “*La prevalencia de la vulnerabilidad demográfica no implica que, a largo plazo, la transición demográfica asegure un abatimiento de la vulnerabilidad demográfica. Incluso más, (...) determinados componentes de la vulnerabilidad demográfica podrían aumentar su prevalencia en los estados más avanzados de la transición demográfica, es decir, en el marco de la 'segunda transición demográfica'*”.

<sup>2</sup> Susana Torrado (1995: 28) advierte sobre la relación entre eventos demográficos y escenarios macrosociales: “*En contextos de intensa movilidad estructural ascendente, los factores demográficos pueden quizás dificultar la promoción social pero no impedirla. En tanto que, en situaciones de movilidad estructural neutra o descendente, los factores demográficos pueden efectivamente convertirse en un escollo insalvable para el ascenso*”.

estructura etaria juvenil (CEPAL, 2002b: 31). Al presentar los resultados propios de cada uno de estos escenarios de riesgo se amplían las consideraciones conceptuales aplicables a los mismos.

## **2- METODOLOGÍA**

Para el análisis de la dinámica poblacional en el período propuesto se calculan los indicadores demográficos para los años censales (2001 y 2010) y para el último año en que se disponen de estadísticas vitales publicadas (2013). Para obtener los indicadores de este último año se construyen proyecciones a partir del programa RUPEX del Bureau of the Census, que permite actualizar la última población censada mediante la incorporación de registros de nacimientos y defunciones posteriores, a través del método de los componentes (Arriaga, 2001: 309-10).

El área geográfica de referencia es la República Argentina en su totalidad; para considerar sus diferencias regionales se selecciona una provincia testigo por cada región: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Región Metropolitana), Córdoba (Región Pampeana), Jujuy (Noroeste), Chaco (Noreste), San Juan (Cuyo) y Chubut (Patagonia). La selección de estas provincias no responde a un criterio sistemático, sino más bien a la búsqueda exploratoria de patrones poblacionales “típicos” de las regiones. De esta manera se busca describir contrastes de poblaciones al interior del país con economía de procesamiento de la información, a fin de servir de guía a futuras profundizaciones en el tema.

Respecto a las fuentes de datos, se emplean los resultados de los censos 2001 y 2010 ajustados por omisión censal (INDEC), y los registros de estadísticas vitales del período 2000-13 (Ministerio de Salud de la Nación). Sobre las áreas mencionadas se realiza el cálculo de los siguientes indicadores:

- Mortalidad: tasas de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacimiento por sexo.
- Fecundidad: tasas específicas de fecundidad y global de fecundidad.
- Estructura etaria: tasas de dependencia general, de niños y ancianos, edades medianas.

En primer lugar se definen las poblaciones base ajustando las poblaciones censadas por la omisión por sexo y edad, y luego por la fecha de referencia. En el caso del censo 2001, la omisión general fue estimada por INDEC en 2,75 por ciento (INDEC, 2005:5) y desglosada por sexo y grandes grupos (INDEC, 2004:10); para el censo 2010 la omisión nacional fue calculada en 2 por ciento y también desglosada por sexo y grupos etarios (INDEC, 2013a: 12). Las poblaciones provinciales fueron ajustadas por la omisión censal aplicada por INDEC

en las proyecciones provinciales oficiales (INDEC, 2013b: 7), y la estructura etaria fue ajustada por los porcentajes de omisión de la población nacional.

El segundo lugar se incorporan las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación: defunciones por sexo y grupo etario, nacimientos por sexo y grupo etario de las madres. Estos registros necesitan algunos ajustes correspondientes al registro del sexo y edad de las personas involucradas. En el caso de las defunciones, se distribuyeron proporcionalmente las defunciones sin edad especificada entre las defunciones con edad registrada, en cada sexo por separado. En las defunciones de menores de un año también se ajustaron proporcionalmente los casos que no registraron el sexo de los fallecidos, entre los casos con sexo registrado. A continuación se calcularon promedios trianuales de los fallecimientos por edad y sexo, a fin de reducir el efecto de oscilaciones aleatorias de los registros entre años calendarios. Finalmente las distribuciones promediadas fueron ajustadas en el programa RUPEX al promedio de fallecidos totales registrados por trienio.

Los nacimientos, por su parte, se ajustaron por declaración del sexo del recién nacido y edades desconocidas de las madres. En ambos casos se distribuyeron proporcionalmente de acuerdo a los nacimientos con sexo declarado, y a las edades registradas de las madres. De igual manera que con las defunciones, las distribuciones anuales de nacimientos corregidos de la manera señalada fueron ajustados al promedio trianual de nacimientos totales registrados, para reducir el efecto de las oscilaciones aleatorias en los registros.

En el caso de la migración, se calcula el saldo migratorio de cada jurisdicción mediante el procedimiento de la ecuación compensadora (diferencia entre crecimiento total y vegetativo). De esta manera se obtiene el saldo migratorio anual para el período 2001-10, y se estima la estructura etaria de los migrantes a partir de la información de población migrante en el período 1996-2001 por falta de información actualizada del censo 2010. Se supone que cada población continúa con el mismo ritmo migratorio 2001-10 luego del año 2010.

Para el análisis demográfico de la mortalidad se disponen de diversos indicadores. La tasa de mortalidad infantil ha sido ampliamente utilizada para evaluar el estado de salud y condiciones de vida de la población, por la alta correlación que presenta respecto al grado de desarrollo de la sociedad; su cálculo es sencillo pero sólo explica el nivel de mortalidad durante el primer año de vida. La esperanza de vida al nacimiento, por su parte, resume la

experiencia de mortalidad de una población desde el nacimiento hasta las últimas edades y permite las comparaciones entre distintas poblaciones.<sup>3</sup>

Para el análisis de la fecundidad se disponen de las tasas globales y específicas de fecundidad, que ofrecen un panorama del nivel y estructura etaria de la fecundidad de la población. Particular atención merece la evolución de las tasas de fecundidad adolescente (madres menores de 20 años). Las modificaciones que se registran en estos indicadores permiten apreciar los cambios en los patrones reproductivos de la población, influidos especialmente por la dinámica de los hogares y la participación de las mujeres en el sistema educativo y el mercado laboral.

Los indicadores demográficos que ofrece una proyección también son útiles para considerar las características estructurales de la población, como el grado de envejecimiento. Las relaciones de dependencia (total, de niños y ancianos), junto con la edad mediana, permiten evaluar el grado y velocidad del proceso de envejecimiento de la población.

### **3- RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos siguiendo los principales riesgos sociodemográficos asociados a rezagos transicionales: alta mortalidad, alta fecundidad y estructura etaria joven.

#### **3.1- Mortalidad**

El descenso del riesgo de fallecer de manera prematura implica un aumento de la esperanza de vida, favorece la progresiva expansión del derecho fundamental a la vida y prolonga los procesos de acumulación de los diferentes capitales de las personas (a través de la educación, la capacitación y la experiencia laboral).<sup>4</sup> El descenso de la mortalidad se

<sup>3</sup> Arriaga advierte que la esperanza de vida no es el indicador más adecuado para describir el cambio de la mortalidad a lo largo del tiempo sino los años de vida perdidos: “*Cuando se analiza el cambio de las esperanzas de vida al nacimiento, se está analizando cómo han cambiado los años de vida que una población vive como consecuencia de los niveles de la mortalidad, pero no necesariamente el cambio de la mortalidad. (...) Si bien los años de vida dependen del nivel de mortalidad, al comparar esperanzas de vida se compara el cambio que se ha producido en los años de vida por el cambio de mortalidad y no directamente el cambio de la mortalidad. (...) Analizar el cambio de la mortalidad utilizando esperanzas de vida no es aceptable, porque se estaría midiendo el cambio de los años de vida como consecuencia del cambio de la mortalidad. Comparar esperanzas de vida es comparar niveles de años de vida*” (Arriaga, 2014:95.97).

<sup>4</sup> Afirma Rodríguez Vignoli (2001:40): “*Como lo plantea Yáñez (2001, p. 5 y 6) cuando la vida es breve, los incentivos para que las personas hagan proyecciones de largo plazo son débiles; las probabilidades de una transmisión completa de las experiencias de una generación a otra son escasas; no hay estímulos para la realización de largos procesos de entrenamiento y educación antes de incorporarse al trabajo y hay poca disposición a renunciar a las rentas inmediatas (o a una parte de ellas) en pos de conseguir unas rentas mayores en el futuro*”.

relaciona directamente con la mejora de las condiciones generales de vida de la población y al cambio del perfil de morbimortalidad (CEPAL, 2002b: 31).<sup>5</sup>

El nivel de mortalidad diferencial de la totalidad del país y las provincias seleccionadas se expone a través de las esperanzas de vida al nacimiento por sexo y las tasas de mortalidad infantil. En primer lugar se ofrecen las esperanzas de vida al nacimiento obtenidas para los años 2001, 2010 y 2013 a partir de la actualización de la población argentina. Se recuerda que las defunciones por sexo y edad fueron promediadas por trienios, por lo que las esperanzas de vida de cada año calendario representan la experiencia del año de referencia y de los dos años circundantes. La excepción lo representa el año 2013, último período para el que se disponen de datos, cuya información no fue promediada con el año 2012. En los Cuadros 1 y 2, y los Gráficos 1 y 2 se presentan los valores obtenidos.

En primer lugar se puede observar que la esperanza de vida al nacimiento ha evolucionado favorablemente a lo largo de los años 2001-13 para ambos sexos. Si se comparan las esperanzas de vida del año 2013 con 2001, el incremento alcanza a 1,93 año para los varones y 1,03 para las mujeres. Si bien la población femenina cuenta con una esperanza de vida históricamente mayor a la masculina, la brecha se redujo levemente a lo largo del período: pasó de 7,42 años en 2001 a 6,52 en 2013. De esta manera la población masculina tuvo una ganancia más elevada en su esperanza de vida, lo que resulta favorable teniendo en cuenta la sobremortalidad que normalmente muestra respecto al sexo femenino.

En segundo lugar se diferencian los dos tramos temporales que se presentan en los cuadros y gráficos. El primero lo representa el período intercensal 2001-10, donde la esperanza de vida nacional crece más que en el lapso 2010-13 en términos de ganancia anual para la población masculina (0,18 y 0,09 año respectivamente), mientras que se mantiene casi constante para la población femenina. El primer período incluye la grave crisis socioeconómica de 2001-02 que llevó al 57,5 por ciento de la población cubierta por la Encuesta Permanente de Hogares por debajo de la línea de la pobreza, de los cuales el 27,5 por ciento estuvieron también bajo la línea de la indigencia (INDEC, 2003:1, medición del

<sup>5</sup> Por su parte Torrado (1995:10-11) sostiene: “*El más alto nivel de mortalidad de los carenciados sin duda determina, comparativamente, un mayor número de eventos que pueden favorecer la entrada o permanencia en la condición de pobreza, tales como la viudez, la orfandad, la pérdida prematura de parientes claves en las redes de solidaridad familiar (los abuelos, por ejemplo), etc. Lo mismo puede afirmarse de la mayor frecuencia de episodios que dejan secuelas de enfermedades crónicas o discapacidades permanentes. Todo lo cual —reforzado todavía por comportamientos individuales derivados de la propia condición de pobreza (desnutrición, higiene deficiente, prácticas pseudomedicas)—, determina una mayor y más precoz vulnerabilidad de los pobres a los avatares de la salud, la enfermedad y la muerte y, por ende, una menor capacidad de formular y sostener un proyecto de vida de largo plazo*”.

mes de octubre). La recuperación económica producida desde 2003 produjo una evidente mejora en las condiciones de vida de la población, y en particular en su salud, que se ven reflejadas en este indicador. El menor crecimiento en la etapa postcensal estaría relacionado con la mayor dificultad de reducir los niveles de mortalidad cuando ya se ha logrado un avance considerable, lo cual parece claro en el caso de las mujeres.

Cuadro 1: Esperanza de vida al nacimiento de la población masculina e incrementos. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.

Jurisdicción	Esperanza de vida (años)			Incremento	Incremento anual	
	2001	2010	2013	(años)	2001-10	2010-13
<b>ARGENTINA</b>	<b>70,56</b>	<b>72,21</b>	<b>72,49</b>	<b>1,93</b>	<b>0,18</b>	<b>0,09</b>
C.A.B.A.	72,47	74,52	75,36	2,89	0,23	0,28
Chaco	68,01	69,71	69,94	1,93	0,19	0,08
Chubut	70,15	72,31	72,47	2,32	0,24	0,05
Córdoba	71,50	72,70	72,90	1,40	0,13	0,07
Jujuy	69,94	71,54	71,67	1,73	0,18	0,04
San Juan	70,73	72,76	72,69	1,96	0,23	-0,02

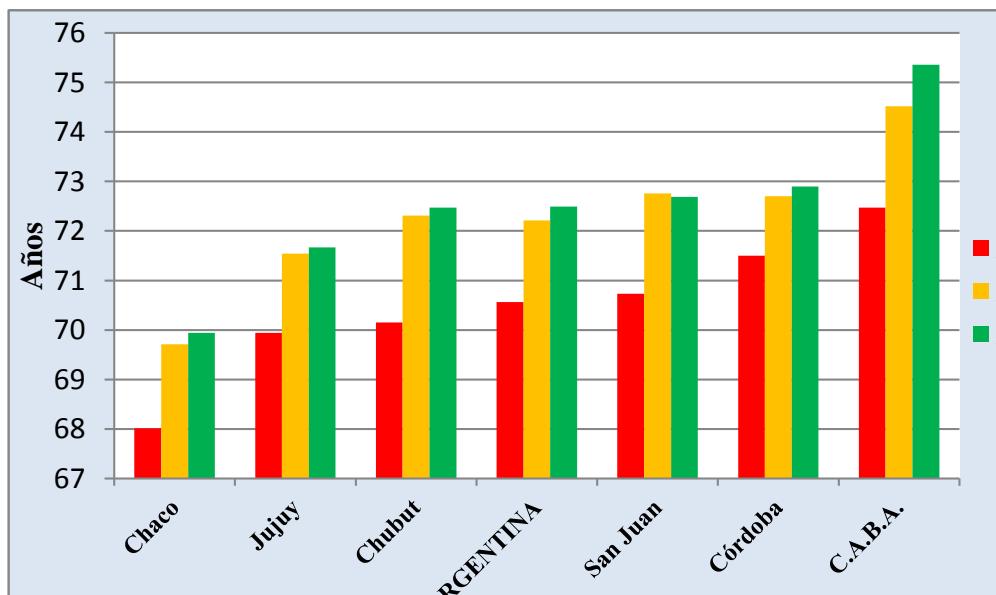
Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro 2: Esperanza de vida al nacimiento de la población femenina e incrementos. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.

Jurisdicción	Esperanza de vida (años)			Incremento	Incremento anual (años)	
	2001	2010	2013	(años)	2001-10	2010-13
<b>ARGENTINA</b>	<b>77,98</b>	<b>78,76</b>	<b>79,01</b>	<b>1,03</b>	<b>0,09</b>	<b>0,08</b>
C.A.B.A.	79,76	80,75	81,11	1,35	0,11	0,12
Chaco	75,27	76,43	77,50	2,23	0,13	0,36
Chubut	78,70	79,90	80,97	2,27	0,13	0,36
Córdoba	78,72	79,10	79,20	0,48	0,04	0,03
Jujuy	76,68	77,77	78,47	1,79	0,12	0,23
San Juan	76,54	77,75	78,32	1,78	0,13	0,19

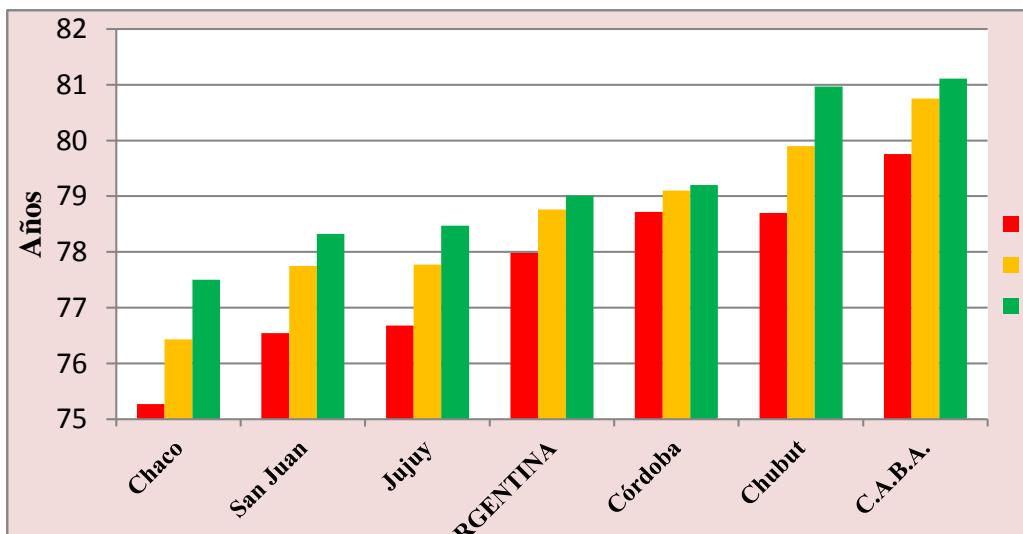
Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacimiento de la población masculina. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2: Esperanza de vida al nacimiento de la población femenina. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

En tercer lugar se analizan las diferencias regionales al interior del país. Se puede apreciar la persistencia de una notable “distancia” en términos de mortalidad entre la Ciudad de Buenos Aires y la mayoría de las provincias, especialmente con Chaco y Jujuy. La población porteña ha evidenciado un notable incremento de su esperanza de vida especialmente en los últimos tres años, que lleva a incrementar su diferencia con Chaco de 4,5

a 5,4 años<sup>6</sup>. Para la población femenina, la diferencia de esperanzas de vida es semejante en el nivel aunque descendente con el tiempo, ya que pasa de 4,5 a 3,6 años en los extremos del período analizado. Se destaca también que la provincia de Córdoba es la jurisdicción que menor incremento de esperanza de vida registra en ambos sexos; en cambio los mayores aumentos se observan entre los varones de CABA y Chubut, y las mujeres de Chubut y Chaco.

A continuación se consideran los niveles y evolución de la mortalidad infantil, la cual representa la tasa de mortalidad más influyente en el valor final de la esperanza de vida al nacimiento. En el Cuadro 3 y Gráfico 3 se consignan las tasas resultantes a partir de los promedios trianuales de nacimientos y defunciones infantiles registradas.

Se observa primeramente que la tasa de mortalidad infantil nacional ha experimentado una visible reducción a lo largo del período estudiado, la cual pasa de 16,8 a 10,9 por mil nacidos vivos, a un ritmo anual casi constante. Las diferencias regionales observadas en la esperanza de vida se reproducen en la mortalidad infantil, donde las provincias del noroeste y noreste se muestran más rezagadas en relación al resto del país. A pesar de ello se evidencia una notable disminución de las tasas especialmente en el período intercensal; mientras las tasas de Chaco y Jujuy duplicaban el nivel de mortalidad infantil de la ciudad de Buenos Aires, hacia 2013 muestran una notable cercanía. Se aprecia aquí que el ritmo de reducción de la tasa fue más acelerado en aquellas jurisdicciones de mayor mortalidad infantil inicial, como era de esperar. En el caso de la provincia de San Juan se registra un leve incremento en el año 2013 respecto a 2010 (equivalente al trienio 2009-11), que deberá ser revisado cuando se disponga de los registros del año 2014 para confirmar o bien ajustar este nivel.

---

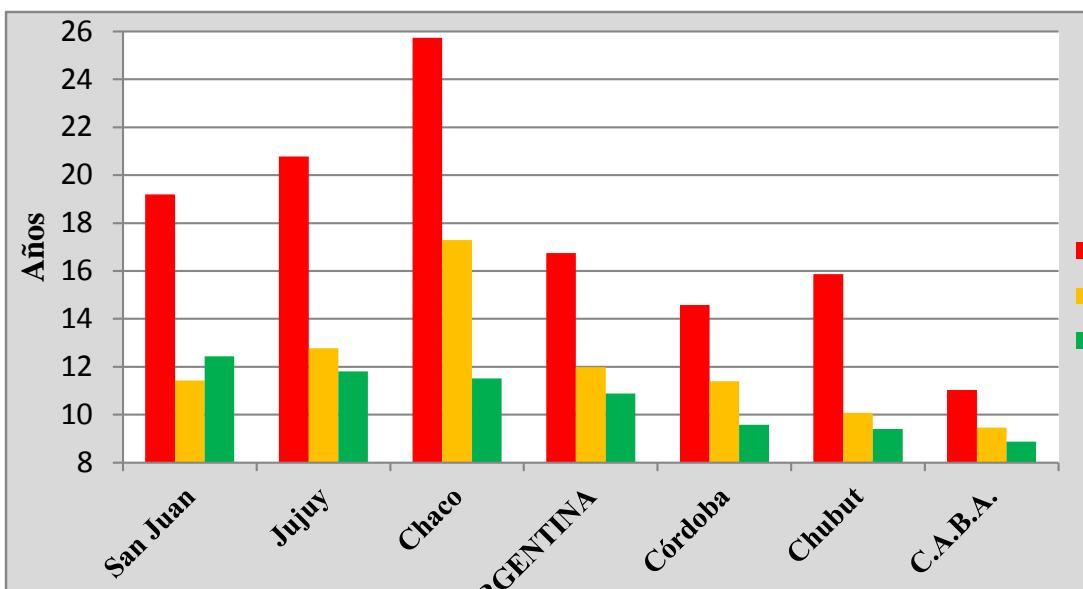
<sup>6</sup> El descenso de la esperanza de vida de la población masculina de San Juan en 2013 debería ser tomada con cautela, ya que para dicho año no se tomaron promedios con otros años como en los restantes puntos de tiempo considerados. La disposición de los futuros registros de defunciones de 2014 permitirán revisar este valor para confirmar o ajustar la tendencia.

Cuadro 3: Tasa de mortalidad infantil. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.

Jurisdicción	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)			Reducción (% N.V.)	Reducción anual (% N.V.)	
	2001	2010	2013		2001-13	2001-10
<b>ARGENTINA</b>	<b>16,8</b>	<b>12,0</b>	<b>10,9</b>	<b>-5,9</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,4</b>
C.A.B.A.	11,0	9,5	8,9	-2,2	-0,2	-0,2
Chaco	25,7	17,3	11,5	-14,2	-0,9	-1,9
Chubut	15,9	10,1	9,4	-6,5	-0,6	-0,2
Córdoba	14,6	11,4	9,6	-5,0	-0,4	-0,6
Jujuy	20,8	12,8	11,8	-9,0	-0,9	-0,3
San Juan	19,2	11,4	12,4	-6,8	-0,9	0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 3: Tasa de mortalidad infantil. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

### **3.2- Fecundidad**

El descenso de la fecundidad general puede interpretarse como un avance en el ejercicio del derecho reproductivo básico, que consiste en decidir libremente el número de hijos que se desea tener. También posibilita un papel más activo de la mujer en la sociedad, lo que produce avances en materia de recursos humanos y equidad social. En el ámbito de los hogares atenúa el costo de oportunidad de la crianza para los progenitores, contribuye a evitar la dispersión de los recursos financieros del hogar y favorece a una distribución más

equitativa del poder entre hombres y mujeres. Una menor fecundidad también reduce algunas amenazas a la salud de las mujeres, como embarazos en edades de riesgos e intervalos intergenésicos cortos, a la vez que facilita la compatibilización entre la trayectoria reproductiva con la trayectoria vital (acumulación de activos, inserción laboral y experimentación de roles) (CEPAL, 2002b: 31).<sup>7</sup>

En primer término se presentan las tasas globales de fecundidad para observar el nivel y evolución de la fecundidad reciente. En el Cuadro 4 y el Gráfico 4 se puede observar que la fecundidad en Argentina ha experimentado una leve disminución a lo largo del período analizado, de 2,45 a 2,3 hijos por mujer en 2001 y 2013 respectivamente, cuya reducción alcanza un 6 por ciento.

Al interior del país se aprecia una marcada diferencia en el nivel de la fecundidad hacia el año 2001, especialmente de las provincias de Chaco y Jujuy en relación a las restantes, y es donde particularmente se registran las mayores reducciones relativas hacia 2013 (22 y 19 por ciento respectivamente). La provincia de San Juan, que sigue en nivel de fecundidad, registra una leve disminución hacia 2010 y un incremento en 2013, lo que produce una merma total del 1 por ciento en todo el período. Entre las jurisdicciones con menor fecundidad, Córdoba y la ciudad de Buenos Aires, llama la atención el aumento transitorio registrado para el año 2010, que es revertido hacia el año 2013. Cabe recordar que los indicadores para este último año no están promediados con los años circundantes, por lo que es preciso aguardar la información de 2014 para confirmar esta tendencia.

---

<sup>7</sup> Afirma Rodríguez Vignoli (2001:40): “*El hecho de que (la) mayor fecundidad ocurra entre los pobres proporciona más sustento al planteamiento de las desventajas, pues los pocos recursos que tienen deben distribuirlos entre más individuos, y a la tesis de que tal comportamiento es uno de los eslabones de la perpetuación de la pobreza familiar. El otro hecho estilizado que abona las hipótesis de secuelas adversas de la alta fecundidad de los pobres es que en este segmento de la población se registran los índices más elevados de fecundidad no deseada, lo que ratifica que tal comportamiento está lejos de ser buscado racionalmente por sus eventuales ventajas*”.

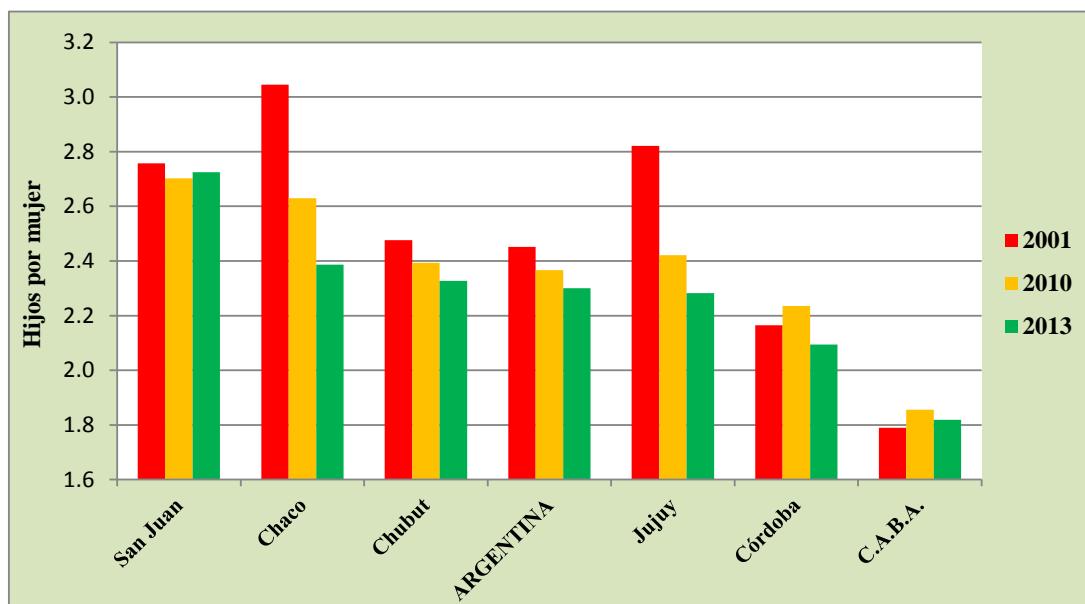
También Torrado (1995:17) sostiene: “*Una ineficaz regulación de la fecundidad (o sea, el tener hijos no deseados) es un elemento que puede favorecer la pobreza a través, entre otros, de los siguientes mecanismos: más nacimientos extra-matrimoniales; maternidad más precoz; escasa duración del intervalo entre nacimientos sucesivos (hecho que afecta la salud de la madre); nacimientos que, en el seno de una familia, incrementan la competencia por recursos ya escasos; en fin, recurso al aborto inducido como método de planificación familiar, una práctica fuertemente asociada a una mayor mortalidad materna*”.

Cuadro 4: Tasa global de fecundidad. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.

Jurisdicción	Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)			Incremento 2001-13
	2001	2010	2013	
<b>ARGENTINA</b>	<b>2,45</b>	<b>2,37</b>	<b>2,30</b>	<b>-6%</b>
C.A.B.A.	1,79	1,86	1,82	2%
Chaco	3,05	2,63	2,39	-22%
Chubut	2,48	2,39	2,33	-6%
Córdoba	2,16	2,24	2,09	-3%
Jujuy	2,82	2,42	2,28	-19%
San Juan	2,76	2,70	2,73	-1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 4: Tasa global de fecundidad. Argentina y provincias seleccionadas, 2001-2010-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

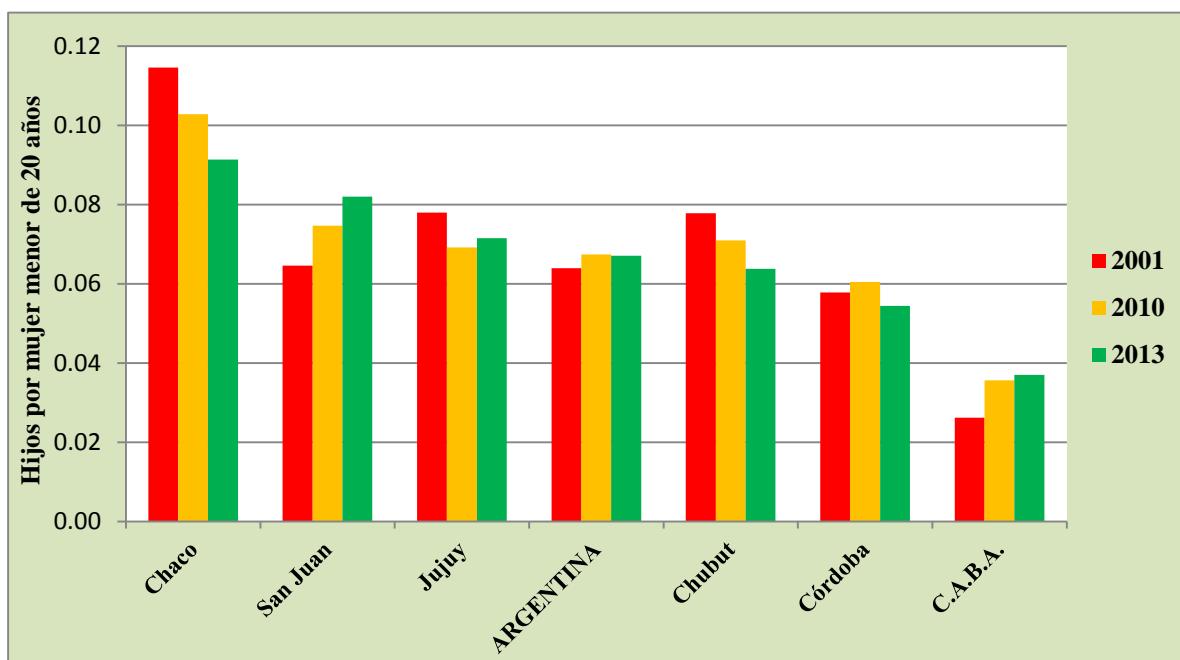
A continuación se considera la incidencia de la fecundidad en la adolescencia, ya que representa la edad de mayor riesgo para la salud de las mujeres y los niños recién nacidos. En el Cuadro 5 y el Gráfico 5 se ilustran las tasas específicas de fecundidad correspondientes a las mujeres menores de 20 años de edad. Puede observarse que para el total nacional la fecundidad adolescente se ha incrementado levemente entre los censos, con una suave disminución hacia 2013; el aumento total en el período analizado asciende al 5 por ciento.

Cuadro 5: Tasa específica de fecundidad adolescente (mujeres menores de 20 años).  
Argentina y provincias seleccionadas 2001-2010-2013.

<b>Jurisdicción</b>	<b>Tasa fecundidad adolescente</b> (hijos por mujer menor de 20 años)			<b>Incremento</b>
	<b>2001</b>	<b>2010</b>	<b>2013</b>	
<b>ARGENTINA</b>	<b>0,06397</b>	<b>0,06740</b>	<b>0,06706</b>	<b>5%</b>
C.A.B.A.	0,02622	0,03562	0,03704	41%
Chaco	0,11454	0,10283	0,09137	-20%
Chubut	0,07783	0,07096	0,06374	-18%
Córdoba	0,05780	0,06043	0,05445	-6%
Jujuy	0,07797	0,06922	0,07152	-8%
San Juan	0,06459	0,07464	0,08198	27%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 5: Tasa específica de fecundidad adolescente (mujeres menores de 20 años).  
Argentina y provincias seleccionadas 2001-2010-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Al interior del país se registran descensos continuos de la fecundidad adolescente en las provincias con mayores tasas iniciales, como Chaco y Chubut, y Jujuy con un suave repunte en 2013. También se observan incrementos sostenidos en San Juan y la ciudad de Buenos Aires, y aumento transitorio en Córdoba. Llama la atención la falta de un patrón claro de evolución de la fecundidad adolescente en relación con la ubicación en la transición demográfica y el grado de desarrollo social; parece responder más bien a la evolución de la

fecundidad general y la incidencia de factores culturales propios de los adolescentes actuales, como en Buenos Aires y Córdoba.

### **3.3- Estructura etaria**

Una estructura etaria con alta proporción de población juvenil e infantil representa un rezago transicional, dado que impone a la comunidad fuertes exigencias para atender a las necesidades de los niños en materia de salud y educación (CEPAL, 2002b: 32). Advierte Rodríguez Vignoli (2001: 42) que la abundancia de niños puede estar relacionada tanto con la mayor fecundidad de los pobres, como con la presencia abultada de adultos en edad reproductiva (poblaciones en transición), en ambos casos representan una carga para los potenciales sostenedores de las familias.

En este apartado se analiza el grado de avance en la dinámica demográfica de la población argentina y las provincias seleccionadas, a través de los indicadores estructurales de envejecimiento. En el Cuadro 6 y Gráfico 6 se consignan las relaciones de dependencia y la edad mediana a la fecha del último censo de población.

Puede observarse que las provincias de San Juan, Chaco y Jujuy presentan una mayor relación de dependencia total que el total nacional (superior a 58 dependientes por 100 activos), y edades medianas más jóvenes (menores de 28 años de edad). Esto ilustra una ubicación relativa más retrasada en la transición demográfica en relación al país y a las restantes provincias seleccionadas. Entre estas últimas se ve con claridad el incremento de la participación de la población anciana, aunque ello no produce todavía un aumento de la relación de dependencia total; se encontrarían transitando entonces el período del “bono demográfico”.

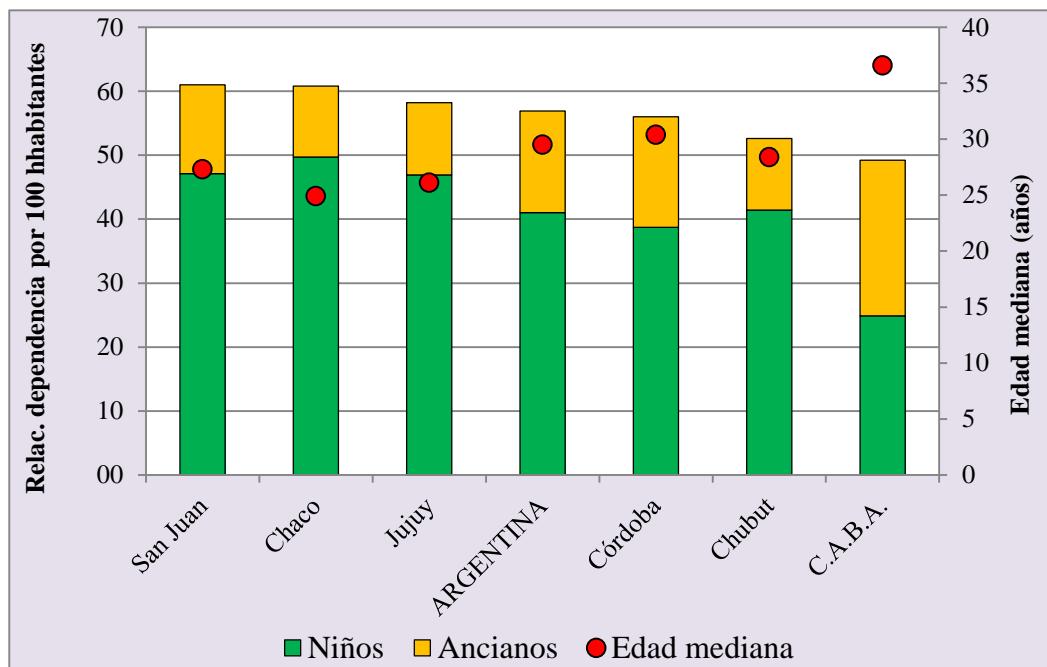
La ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción que claramente se encuentra más avanzada en la transición demográfica, con relaciones de dependencia de niños y ancianos muy semejantes entre sí. Su edad mediana es sensiblemente superior al valor nacional y al de la provincia de Córdoba (7 y 6 años respectivamente), lo que denota una estructura donde predomina la población adulta activa y en marcado proceso de envejecimiento. La presencia de una relación de dependencia total baja en comparación con el resto del país induce a pensar que la ciudad capital se encontraría en los últimos años del bono demográfico, dado que la fecundidad por debajo del remplazo y una extensa esperanza de vida provocará indefectiblemente un aumento de la dependencia de ancianos.

Cuadro 6: Relaciones de dependencia y edad mediana. Argentina y provincias seleccionadas 2010.

Jurisdicción	Relación de dependencia (por 100 habitantes)			Edad mediana (años)
	Total	Niños	Ancianos	
<b>ARGENTINA</b>	<b>56,8</b>	<b>41,0</b>	<b>15,9</b>	<b>29,5</b>
C.A.B.A.	49,3	24,9	24,3	36,6
Chaco	60,8	49,7	11,1	24,9
Chubut	52,6	41,4	11,2	28,4
Córdoba	56,0	38,7	17,3	30,4
Jujuy	58,2	46,9	11,3	26,1
San Juan	60,9	47,1	13,9	27,3

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo 2010 (INDEC).

Gráfico 6: Relaciones de dependencia y edad mediana. Argentina y provincias seleccionadas 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo 2010 (INDEC).

#### **4- CONCLUSIONES**

A lo largo de este trabajo se intenta ofrecer una aproximación a la evolución de los principales indicadores demográficos desde comienzos de siglo, para la República Argentina y una provincia elegida por cada región. Los marcos conceptuales elegidos son los de la transición demográfica y de la vulnerabilidad sociodemográfica, a partir del cual se

identifican situaciones de rezago transicional que denotan perfiles demográficos que representan obstáculos para la mejora de las condiciones de vida de la población. Se seleccionan así definiciones realizadas por los especialistas de CELADE (2001-2002) en los documentos institucionales sobre vulnerabilidad social, y también aportes provenientes de la noción de dinámica de la pobreza desarrollados por Susana Torrado (1995) entre otros autores.

En primer lugar, la metodología de cómputo de la información resulta dócil para la incorporación de fuentes provenientes tanto de censos de población como de registros de estadísticas vitales. El programa RUPEX es una herramienta apta para este trabajo y ofrece numerosos indicadores demográficos que posibilitan la actualización de la última población censada, a la vez que incorporar ajustes de omisión censal y de enumeración de hechos vitales. Aquí cabe la necesidad de advertir sobre los diferentes valores que adquieren los indicadores demográficos ajustados en comparación con las publicaciones de los organismos oficiales de estadística, especialmente cuando se promedian estadísticas vitales por trienios. Asimismo se deben interpretar con cautela los resultados que se obtienen del último año de estadísticas vitales publicadas, cuando no se la promedia con años previos, y particularmente en las jurisdicciones con menor magnitud poblacional.

En segundo lugar, los resultados muestran en general una evolución positiva de los indicadores demográficos en todo el país aunque con persistencia de las brechas estructurales entre regiones. Por ejemplo, las esperanzas de vida de la ciudad de Buenos Aires superan entre 3 y 5 años a las de la provincia de Chaco, y diferencias equivalentes se registran en la mortalidad infantil, la fecundidad general y adolescente. El noreste argentino se muestra como la región con mayor rezago transicional del país, mientras que las restantes regiones del interior se concentran alrededor de los valores del total nacional y la ciudad capital registra un perfil mucho más avanzado.<sup>8</sup>

En términos de mortalidad, la esperanza de vida al nacimiento ha crecido en todas las jurisdicciones, con más intensidad en el sexo masculino que en el femenino, y con más rapidez en el período 2001-10. Sólo la provincia de San Juan muestra un leve retroceso en los

<sup>8</sup> Gabriel Kessler, en un reciente libro sobre el período 2003-13, afirma que el país ha experimentado un avance importante en términos de equidad, aunque persisten núcleos de exclusión estructural: “Podríamos agrupar aquí a quienes permanecen excluidos o expulsados del sistema escolar; los que sufren ciertas ‘enfermedades catastróficas’ u otras graves sin adecuada cobertura o sin acceso a los servicios, quienes tienen las mayores dificultades de vivienda, los expulsados de sus tierras, los que sufren mayor violencia de distinto tipo y quienes viven en zonas relegadas, donde carencias de infraestructura y de oportunidades se retroalimentan (...) La mejora general de la situación no pareció repercutir en una disminución de las brechas de desarrollo, destacándose la particular situación desfavorable del Noroeste y, más claramente, del Noreste” (Kessler, 2014: 340).

varones para el año 2003, cuya tendencia deberá ser confirmada cuando se dispongan de los registros de hechos vitales de 2014. La mortalidad infantil muestra también un notable progreso en todo el país, particularmente en las provincias con mayores tasas relativas (Chaco, Jujuy y San Juan), a pesar de reproducirse las importantes diferencias regionales ya mencionadas.

En cuanto a la fecundidad general, la población nacional registra un suave descenso a lo largo del período estudiado, menor a lo esperado si se lo compara con la experiencia de los países vecinos. Se verifica que las provincias con mayores niveles de fecundidad inicial disminuyen de manera visible su tasa global (Chaco y Jujuy), mientras que las jurisdicciones con niveles más bajos incrementan la fecundidad hacia 2010 (Córdoba y ciudad de Buenos Aires).

Por su parte, la fecundidad adolescente se muestra renuente al descenso a nivel nacional con excepción de las provincias con tasas iniciales mayores (Chaco, Jujuy y Chubut). En Argentina se verifica un leve aumento del 5 por ciento a lo largo del período estudiado, con un ligero descenso hacia 2013, y llama la atención los incrementos verificados en las jurisdicciones con baja fecundidad adolescente en 2001 (ciudad de Buenos Aires) o moderada (Córdoba y San Juan). Ello está mostrando una de las formas de rezago transicional más resistente al cambio, y que sostiene situaciones de riesgo para la salud de las madres y niños, como también compromete el futuro económico de las mujeres jóvenes y sus familias.

Al tomar en cuenta la composición etaria de las jurisdicciones como resultado de la dinámica demográfica de las últimas décadas, se puede apreciar la disminución generalizada de las relaciones de dependencia de menores como fruto del proceso de envejecimiento. A pesar del suave descenso de la fecundidad y la extensión de la esperanza de vida en ambos sexos, Argentina se encuentra transitando su período de bono demográfico en todas las provincias estudiadas. La ciudad de Buenos Aires es la excepción a esta tendencia, dado el mayor envejecimiento que muestra su población desde hace décadas.

En síntesis se puede concluir que, en términos generales, la población argentina ha experimentado desde el año 2001 un avance en su proceso de transición demográfica que coexiste con situaciones de rezago transicional, y los riesgos que se asocian a las mismas.<sup>9</sup> Entre ellas se destacan:

---

<sup>9</sup> Sobre la persistencia de los riesgos afirma Kessler (2014: 342): “(Muchas) desigualdades entrañan situaciones de riesgo diferenciales, en la medida en que son más probables desenlaces trágicos o altamente perniciosos. Peores transportes no son solo un sufrimiento cotidiano y mayor tiempo consumido a diario, sino una mayor probabilidad de sufrir un accidente; caminos defectuosos pueden llevar a que en caso de una enfermedad no se llegue a los servicios de salud; la falta de obras en zonas inundables desembocará en tragedias; vivir en áreas

- La persistencia de la histórica heterogenidad regional: la región noreste (representada por la provincia de Chaco) se muestra como la más rezagada en términos de transición demográfica, la ciudad de Buenos Aires se diferencia como la población más envejecida del país y en plena etapa postransicional, y el resto del país se concentra en torno a los valores medios nacionales. En este contexto las regiones noroeste y Cuyo (representadas por las provincias de Jujuy y San Juan) se acercan a los promedios nacionales, cada una con sus particularidades y dinámicas demográficas que requieren ser revisadas con los futuros registros de estadísticas vitales.
- El incremento o amesetamiento de la fecundidad adolescente según la jurisdicción de que se trate.
- Los posibles retrocesos transitorios en la mortalidad general e infantil.

Estas conclusiones necesitan ser confrontadas con el cómputo de la información disponible para las restantes provincias, a fin de confirmar o corregir las tendencias observadas en las jurisdicciones aquí seleccionadas. Asimismo es indispensable el seguimiento de los indicadores de dinámica demográfica cuando se dispongan de nuevos registros de estadísticas vitales. También queda sentada la base para ampliar el análisis a otros indicadores, como la composición interna de la mortalidad infantil, la mortalidad materna, el cálculo de años de vida perdidos por edades y causas de las defunciones, y los saldos migratorios. A pesar de estos límites, se estima que el ejercicio es válido para describir la evolución contemporánea de la población argentina, en especial para evaluar las diferencias internas y sus respectivas dinámicas demográficas.

---

*altamente contaminadas causa más enfermedades; la concentración de homicidios y de presión policial en determinadas zonas incrementa la posibilidad de represión o de una muerte violenta para quienes las habitan. Esta faceta de la desigualdad conlleva la doble dimensión del riesgo. Una es objetiva y calculable: la mayor probabilidad de tener un percance trágico; la otra es subjetiva pero omnipresente: vivir con la experiencia de dicha amenaza que, aun si no se concretase, implica mayor nivel de estrés y de sufrimiento”.*

## **5- BIBLIOGRAFÍA**

ARRIAGA, Eduardo (2001): *El análisis de la población con microcomputadoras*. Córdoba: Doctorado en Demografía – Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

ARRIAGA, Eduardo (2014): *Análisis demográfico de la mortalidad*. Córdoba, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad – CONICET y UNC.

BUSSO, Gustavo (2001): “Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para América Latina y el Caribe a comienzos del siglo XXI”; CEPAL, Seminario Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, 20 y 21 de junio de 2001.

CEPAL (2002a): “Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones”; Santiago, CEPAL, LC/G.2170, marzo de 2002.

CEPAL (2002b): *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Santiago, CEPAL, LC/R.2086, abril de 2002.

INDEC (2003): Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos. Octubre de 2002. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Información de Prensa, 31/01/03, [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).

INDEC (2004): Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Serie Análisis Demográfico N° 30, [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).

INDEC (2013a): Estimaciones y proyecciones de población 2010-2014: total del país. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, INDEC, Serie Análisis Demográfico N° 35, noviembre de 2013,  
<http://www.indec.gov.ar/bajarPublicacion.asp?idc=315D12BBF07A21A30E3213E0A1FEC531164493724D4B464EF6483B2D52AF2714A9142D846B3D4F8E>

INDEC (2013b): Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2014. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, INDEC, Serie Análisis Demográfico N° 36, diciembre de 2013,  
<http://www.indec.gov.ar/bajarPublicacion.asp?idc=3139E02E3CE6FE3CB0E4058D4622311177BC14E7FF2C73D84FA41BDC30ECEC381493121B1D25181>

KAZTMAN, Rubén (1999): *Activos y Estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. Montevideo, CEPAL.

KESSLER, Gabriel (2014): *Controversias sobre la desigualdad. Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

RODRIGUEZ VIGNOLI, Jorge (2001a): “Vulnerabilidad demográfica en América Latina: ¿qué hay de nuevo?”; CEPAL, Seminario Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, 20 y 21 de junio de 2001.

RODRIGUEZ VIGNOLI, Jorge (2001b): “Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales”; CEPAL, Serie Población y Desarrollo No 5, septiembre de 2000.

SCHKOLNIK, Susana y CHACKIEL, Juan (1998). “América Latina: la transición demográfica en sectores rezagados”. Santiago, CEPAL, Revista Notas de Población 67-68, Vol.26.

MYRSKYLÄ, M., KOHLER, H., BILLARI, F.C. (2009). “Advances in Development Reverse Fertility Rate”, Nature, Vol. 460, (August 6, 2009), pp.741-743.

TORRADO, Susana (1995): “Vivir apurado para morirse joven: reflexiones sobre la transferencia intergeneracional de la pobreza”, en Revista Sociedad, N° 7, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, versión mimeográfica disponible en <http://www.ignaciiodarnaude.com/espiritualismo/Torrado,Vivir%20en%20apuros%20para%20morirse%20joven.doc> .

VARELA PETITO, Carmen; POLLERO, Raquel y FOSTIK, Ana (2008). “El descenso de la fecundidad en el Uruguay: cambios recientes en la desigualdad reproductiva”. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba (Argentina), del 24 al 26 de Septiembre de 2008.