

Los procesos transicionales y su vulnerabilidad en la provincia del Chaco (Rca. Argentina)

Dra. Ana María H. Foschiatti

1. Introducción

La *vulnerabilidad sociodemográfica* se relaciona con un conjunto de comportamientos y características de los grupos humanos y explica las limitaciones y precariedades que aquejan a las personas y a las familias para desarrollarse. Reducirla contribuiría a disminuir las desventajas sociales e impulsaría mayor calidad de vida y movilidad social, aunque no asegura cambios estructurales. La peculiar dinámica demográfica de los más vulnerables, caracterizada por patrones de mortalidad y fecundidad elevados, con índices de dependencia muy altos y con diferentes conductas demográficas generadoras de comprometidas situaciones, modifican constantemente los riesgos sociodemográficos a los que se ve expuesta la población, por lo cual merece ser tenida en cuenta a la hora de esbozar colaboraciones preventivas.

Cuatro procesos de larga duración configuran de manera decisiva las condiciones demográficas pasadas, presentes y futuras. Estos se vinculan con la vulnerabilidad sociodemográfica por el hecho que de ellos se desprenden los rasgos actuales y los que probablemente influirán en el futuro para generar situaciones que impliquen algún riesgo. En la vulnerabilidad sociodemográfica se conjugan *sucesos riesgosos*, la *incapacidad para responder a los mismos* y la *inhabilidad para adaptarse* a la nueva situación generada. Si bien los tres enunciados son importantes, el riesgo sólo puede explicarse mediante el comportamiento de las variables de población y, particularmente, de los procesos de larga duración; los otros hechos son circunstanciales y dependen de las condiciones sociales del grupo. Esos procesos de cambios mencionados son: *la transición demográfica*, *la transición urbana* y *de la movilidad*, *la segunda transición demográfica* y *la transición epidemiológica*.

Teniendo en cuenta esos aspectos y desde el punto de vista geográfico el principal propósito de este trabajo es realizar el análisis de las variables demográficas más importantes (crecimiento, mortalidad, natalidad, fecundidad, migraciones) que afectaron a los hogares y a las personas e incidieron en la dinámica demográfica, examinando al mismo tiempo, como se concreta la respuesta a los eventos riesgosos en las diferentes etapas transicionales de larga duración. Los principales aportes están centrados en la exposición de los factores y expresiones de la desigualdad y del deterioro social como producto de la vulnerabilidad sociodemográfica, como así en las propuestas y orientaciones de políticas de mitigación en el espacio provincial.

2. Procesos transicionales y vulnerabilidad

La *transición demográfica* se caracteriza por el descenso sostenido de la natalidad y la mortalidad desde niveles altos a bajos, lo que se traduce a largo plazo en un cambio poblacional que se expresa, al finalizar el proceso, en un lento crecimiento de la población y en un cambio en la estructura etaria (envejecimiento demográfico). La *transición urbana* y *de la movilidad* consiste en el incremento acelerado de la proporción de la población urbana a lo que se agrega la incidencia de los movimientos migratorios dentro y fuera de las ciudades y los desplazamientos internacionales. Por otra parte, la *segunda transición demográfica* se caracteriza por los siguientes hechos: cambios en la estructura familiar, postergación de las iniciaciones nupciales y reproductivas (a veces definitivas) y a la transformación de la institución matrimonial (más informal y frágil). La *transición epidemiológica* transcurre casi en forma paralela a la transición demográfica e implica el reemplazo de enfermedades infecciosas y transmisibles (infecciosas y parasitarias) como causas de muerte, por las enfermedades degenerativas y no transmisibles (tumores, violencia), transformaciones que ocurren debido a cambios en el comportamiento en el plano de la salud, la nutrición, los avances en la medicina y las alteraciones socioambientales.

2.a. La transición demográfica

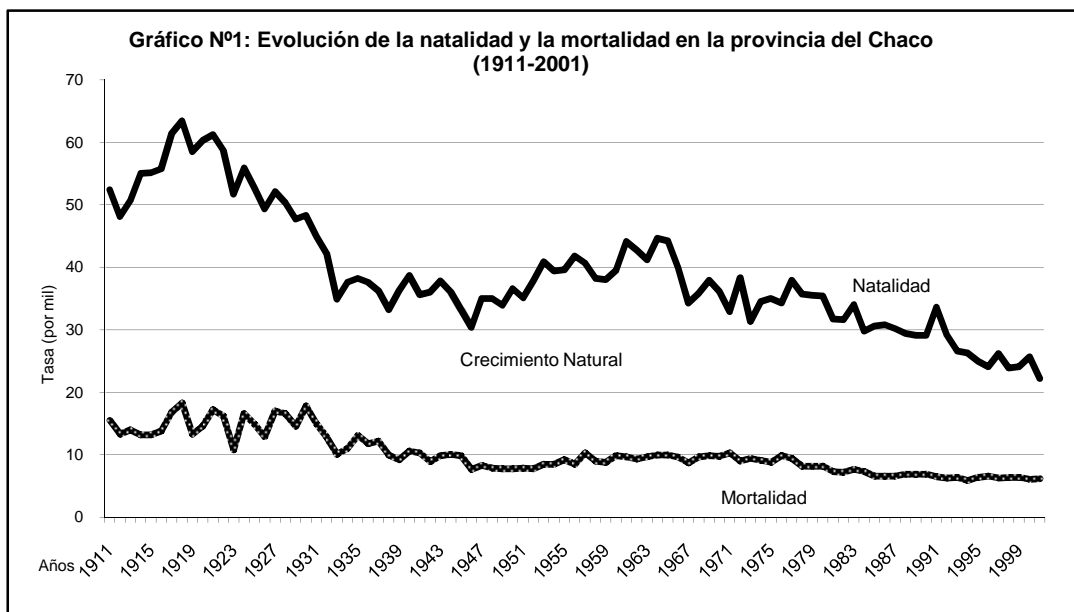
Se pueden detectar las siguientes etapas:

La primera etapa, de *transición incipiente*, se caracteriza por condiciones de pobreza con población predominantemente rural, deficiente acceso a los servicios sociales; con tasas de crecimiento natural del 2.5%, índices de natalidad y mortalidad elevados y sostenidos y una alta proporción de niños y jóvenes (Rivadeneira, 2000:22).

En una segunda etapa, de *transición moderada*, si bien la mortalidad disminuye con un leve rejuvenecimiento de la población y un aumento de los índices de dependencia, no registra el mismo comportamiento en la mayoría de la población rural y en aquellos segmentos sociales en situación de pobreza. Como resultado de una mortalidad en descenso y una natalidad elevada y sostenida se perciben tasas de crecimiento natural cercanas al 3% anual. Dado el importante volumen de población infantil y juvenil con respecto a la población total, es probable que se manifieste una natalidad elevada.

En la etapa de *plena transición* se registra un predominio urbano, una natalidad en descenso y una mortalidad que disminuye considerablemente debido a su joven estructura etaria y las campañas de salud realizadas. El crecimiento medio natural de estos sectores es cercano al 2% anual.

Finalmente, se presenta la etapa de *transición avanzada* con un grado de urbanización alto, tasas de crecimiento natural medias anuales del orden del 1%, natalidad baja y mortalidad moderada o baja. Algunas áreas se caracterizan por una importante proporción de población anciana, como producto del descenso en los niveles de fecundidad.



Fuente: Estadísticas vitales de la provincia del Chaco (ARG).

En el caso de América Latina, en primer lugar comenzó a descender la mortalidad, con mayor intensidad desde 1930, para disminuir aún más a posteriori de la Segunda Guerra Mundial. Alcanzó un promedio de 52 años de e_0 y una tasa de mortalidad infantil de 127 por mil a mediados del siglo XX. En las décadas siguientes se logró superar los 60 años de e_0 (1970) y los 70 años (2000) con una tasa de mortalidad infantil de 36 por mil (Chakiel, 2003:11). Esta situación se condice con lo ocurrido en la Argentina y con algún retraso en sus regiones periféricas, como es el caso de la provincia del Chaco, que nos ocupa en este análisis. *Gráfico N° 1*

La caída de los niveles de fecundidad fue posterior. A mediados del siglo fue de 6 hijos por mujer con tendencia ascendente, por efectos del descenso de la mortalidad y la mejora en las condiciones de salud, que exponía a la mujer a quedar embarazada a edades más avanzadas. Recién a partir de 1960 se produce un cambio más importante y en la actualidad llega a 2,7 hijos por mujer. Ese cambio es la respuesta a la revolución anticonceptiva que dio comienzo en países europeos, traducido en índices por debajo de los niveles de reemplazo, que luego se extiende al resto del mundo.

En conclusión, la rápida transición demográfica que se experimentó en los países en vías de desarrollo, modifica el perfil que adquieren los riesgos. Desde mediados del siglo XX se produjo el descenso de la fecundidad y de la mortalidad, marcando una disminución del número de niños en los hogares, es decir aumentó el control sobre la salud y la reproducción de las personas, quedando atrás las amenazas de un elevado crecimiento y de una población juvenil altamente vulnerable. Este análisis puede ser completado por tres aseveraciones derivadas de esa situación: a) con el avance de la transición no se atenúan todos los riesgos (maternidad adolescente) a la vez que emergen otros (envejecimiento), b) existen otros riesgos sociodemográficos que dependen de la transición urbana y de la segunda transición, c) el avance de la misma no asegura la disminución de la vulnerabilidad social, pues existen numerosos riesgos que escapan de la esfera demográfica, como tampoco se garantiza el logro de aspiraciones sociales y económicas de las personas.

La mortalidad es un riesgo sociodemográfico que se debilita con el avance de la transición demográfica. Ello significa que se pueden evitar muertes por causas previsibles y además, postergar la vida de las personas hasta el límite máximo que permite la capacidad humana y médica. En ese sentido la transición demográfica está estrechamente vinculada con la transición epidemiológica, aunque su avance no es sinónimo de desaparición de riesgos de morbimortalidad evitable, como se observa en numerosas áreas y regiones con profundas desigualdades. La vulnerabilidad no solo se manifiesta en la rápida diversificación de los grupos expuestos, sino en la complejidad socioeconómica que determina la posibilidad de prevenir las enfermedades y en la capacidad de respuesta y adaptación a ellas.

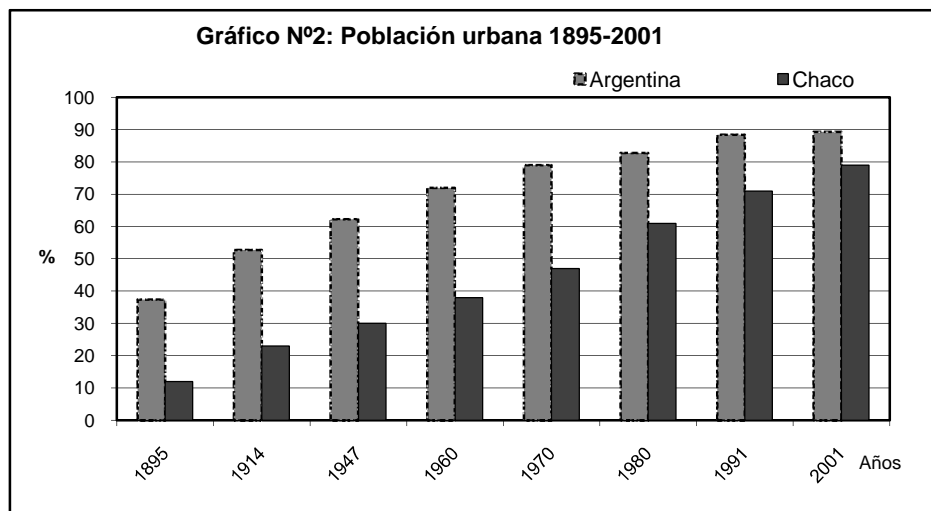
La mortalidad y los diversos grados de impedimentos que ocasionan los accidentes y los modos de violencia, no cambian con el avance de la transición demográfica, pues no existe una dependencia con ella. Muchos acontecimientos pueden prevenirse mediante las modificaciones a largo plazo de la conducta y de los factores culturales de los hogares y las personas como es el caso de la mortalidad en el primer año de vida. En la provincia es posible observar una tendencia decreciente, tanto en la mortalidad general como infantil, recién a partir de la década de 1980.

2.b. La transición urbana y de la movilidad

La *transición urbana* y de la *movilidad* se explica por el *aumento sostenido de la proporción de población urbana* y el estancamiento demográfico de las áreas rurales, acompañado por un *cambio de las conductas de movilidad* (traslado entre las ciudades y dentro de ellas). Por otra parte, la fecundidad, la mortalidad, las migraciones y las complejas interacciones entre población, medio ambiente y organización económica definen los patrones de distribución de la población y la ocupación del territorio. La migración forma parte de la historia de esa ocupación y del comportamiento de las personas cuando busca oportunidades para satisfacer sus necesidades.

La rápida urbanización y las elevadas proporciones de población viviendo en las ciudades son características inherentes al siglo XX. Por su importancia demográfica, sus causas y sus consecuencias, dicho fenómeno puede ser considerado como un proceso de redistribución espacial. El paso de una situación con predominio rural -hacia 1950- a otra con mayoría urbana es una de las más destacadas expresiones de los profundos cambios provocados por la redistribución espacial. A mediados del Siglo XX, en América Latina, la población urbana alcanzaba al 40%, mientras que en la segunda mitad del siglo esta situación consolida a la región como la más urbanizada del mundo con valores que superan el

75% a pesar de la desaceleración del ritmo de crecimiento de dicha población (Rodríguez Vignoli, 2002:25). A esta característica no escapa la Argentina donde los niveles de urbanización pasan de 62.2% en 1947 a 89.3% en 2001. En el Nordeste los valores ascienden a 29% en 1947 y 77% en 2001, mientras que en Chaco las cifras son de 30% y 83% respectivamente, acompañando al ritmo del crecimiento en el orden nacional y regional. *Gráfico N° 2*



Fuente: INDEC. Censos nacionales de población (ARG)

Los riesgos que se relacionan con las distintas etapas de la transición urbana y de la movilidad se sintetizan en las ideas de “*presión urbana*” y “*abandono rural*”. La migración rural-urbana encierra una serie de situaciones desfavorables tanto para las áreas urbanas como para los propios migrantes que deben soportar situaciones de incertidumbre y de fragilidad en su inserción al medio. *Gráfico N° 3*

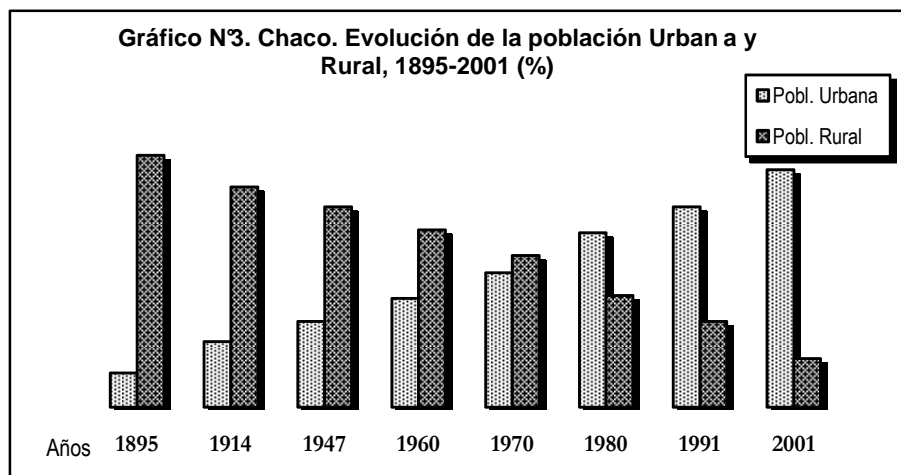
Por otra parte el despoblamiento del campo es otro riesgo que se debe enfrentar en las etapas iniciales de la transición urbana, aunque la población rural continúa incrementándose por un crecimiento natural más elevado. En etapas más avanzadas de esa transición se observa que los riesgos y problemas de la sociedad se “urbanizan” a través de la aparición de otros fenómenos como la criminalidad, la contaminación, la violencia, riesgos circunstanciales que pueden desaparecer. Al mismo tiempo, y en etapas posteriores se pueden promover aspectos positivos como el aumento de la población activa a causa de la selectividad migratoria, aunque la urbanización modifica el perfil de los riesgos sociales, generándose riesgos sociodemográficos como la segregación residencial y el crecimiento desordenado (Busso, 2002:38).

En síntesis, independientemente de la etapa en el proceso de transición urbana, la localización de la población conduce a la existencia de dos riesgos fundamentales: la *dispersión de la población rural* con la proliferación de ciudades de pequeño tamaño y la *instalación de las personas en áreas precarias* o expuestas a problemas ambientales.

Varios de los riesgos urbanos se vinculan con la organización de los *sistemas primados de ciudades* o ciudades grandes con predominio de riesgos sociodemográficos relacionados con la localización y la movilidad dentro de las ciudades.

Los procesos de urbanización recientes fueron acompañados por transformaciones en la estructura interna de los núcleos urbanos y del sistema de ciudades. La mayoría de ellas se estructuran internamente como espacios en permanente cambio donde se oponen áreas centrales colapsadas y periferias recientes segregadas y marginales. Pero al mismo tiempo las grandes áreas urbanas se constituyen en centros de decisión política y económica, de concentración de población, de movilidad, mientras que las de menor

tamaño se desenvuelven como núcleos de enlace y difusión de los flujos económicos, hacia el resto del territorio (Zárate, 1997:13).



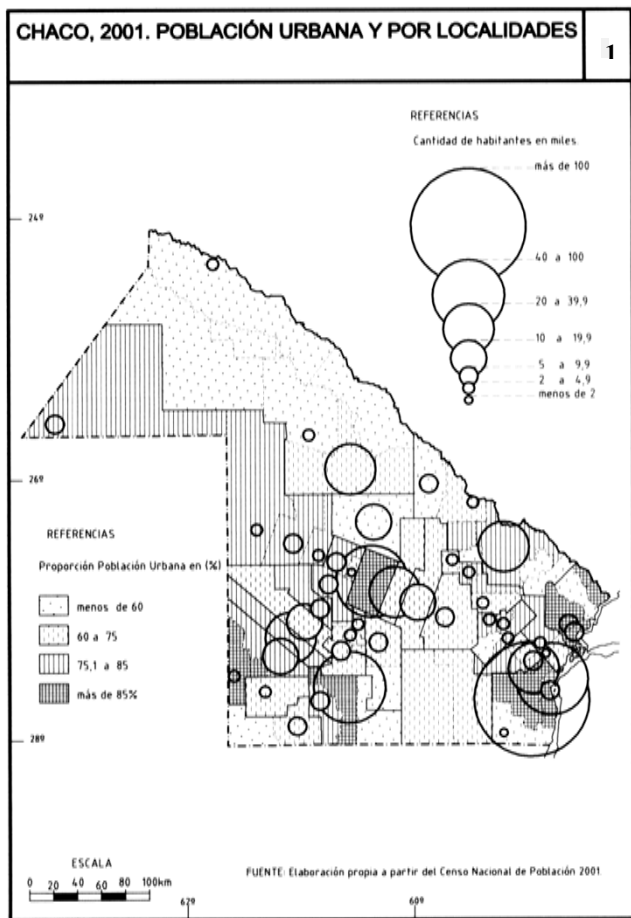
Fuente: INDEC. Censos nacionales de población (ARG)

En muchos países, el elevado incremento demográfico fue acompañado, por un proceso de redistribución, por una urbanización acelerada y una concentración urbana muy alta. En algunas ocasiones el responsable directo fue el importante crecimiento natural, aunque se asegura que la urbanización tiene en las migraciones rurales, su componente y responsable principal. En ese sentido, el rasgo más sobresaliente de los países subdesarrollados es el peso de la ciudad de grandes magnitudes, es decir, la supremacía de las capitales en términos cuantitativos.

En numerosos sistemas urbanos de América Latina sobresalen las ciudades grandes y su presencia tiene raíces históricas. La vocación urbana de los conquistadores provocó la fundación de ciudades con funciones de defensa y poder político - económico. En el año 2000 el número de ciudades de más de un millón de habitantes alcanzó a las 49; 7 de ellas superaban los 5 millones y 4 urbes los 10 millones. Asimismo la evolución de la población de las ciudades fue acelerada y no cabe duda que ellas jugaron un papel importante en el proceso de redistribución de la población a través de la transferencia de personas del campo a la ciudad por procesos migratorios. La elevada concentración de población en las ciudades principales es un atributo de los sistemas urbanos de los países subdesarrollados (*primacía urbana*) (Ferrer Regales, 1992:29).

El desarrollo urbano en el área se caracteriza hasta 1970 por un alto crecimiento demográfico debido a la alta fecundidad y a la importante migración campo-ciudad, la reclasificación de los espacios rurales y a la tendencia de la concentración de la población en las ciudades grandes. A partir de 1980 se observan algunos cambios debido a la disminución de los niveles de fecundidad y a la reducción de la migración rural, que permitieron la desconcentración de las áreas metropolitanas centrales y el incremento de las ciudades intermedias (Pinto da Cunha, 2002:7).

Con una definición imprecisa pues requiere de un sistema urbano de referencia, estas últimas ciudades son uno de los componentes más destacados y dinámicos del sistema urbano (entre 50 mil y un millón de habitantes). La cantidad de ciudades y la heterogeneidad de las mismas dificultan los análisis detallados, a la vez que son afectadas muy rápidamente por sucesos puntuales como inundaciones, instalación o cierre de industrias, flujos migratorios. En Argentina y en el Chaco en particular ese fenómeno se observa con suma claridad. *Mapa N°1*



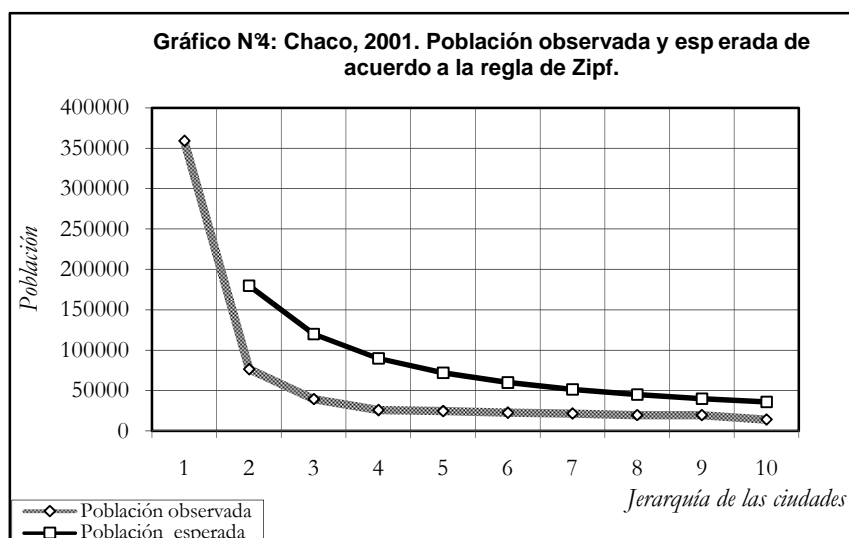
Resistencia, la capital de la provincia, albergó a 361.118 habitantes (2001), aunque se erige en la capital regional más importante y junto a la vecina ciudad de Corrientes forman un núcleo que supera las 500.000 personas. Le sigue en importancia la ciudad de Pcia. R. Sáenz Peña que solo alcanza a un 21% de la población capitalina, un verdadero desequilibrio urbano, más aún si consideramos el resto del sistema.
Mapa N° 1

La representación gráfica de la regla de Zipf permite expresar los modelos de distribución jerárquica dentro de los sistemas urbanos y su grado de adecuación a la distribución ideal o esperada que se plantea como la situación óptima. Los diagramas resultantes que expresan la situación, muestran un notorio desequilibrio entre los valores observados y los esperados, de acuerdo al modelo aplicado.¹ De todas maneras la distribución ideal de la regla expresa las condiciones óptimas que debería tener la jerarquía urbana para facilitar las relaciones entre las ciudades.

El análisis de las redes urbanas y de la organización interna de las ciudades permite concluir que la primacía urbana es el factor desencadenante de los desequilibrios espaciales. Además en el fenómeno del macrocefalismo se acentúa el papel hegemónico de las ciudades centrales que ejercer una especie de colonialismo interno, y dirigen la vida de la provincia. *Gráfico N° 4*

Existe la opinión que las ciudades más grandes, atraen a la población en un proceso de autoalimentación continuada. Ello se explica por las características propias de las grandes ciudades, dadas sus ventajas para la localización de actividades financieras, de servicios y bancarias, etc., generadas y aprovechadas en los conglomerados urbanos. Estos elementos de orden económico junto a los de naturaleza política y sociológica como lo son la maquinaria gubernamental, de los medios de comunicación, la convergencia de carreteras, la existencia de los recursos públicos necesarios en salud, educación, etc., determinan que la decisión de los migrantes potenciales se incline por esos grandes conglomerados, colaborando así en la producción de la hiperurbanización.

¹ La Relación Rango-tamaño es un instrumento de análisis e interpretación que permite comparar la distribución jerárquica de las ciudades de un sistema urbano en la realidad, con su distribución ideal. Parte de la relación inversa observada por Averbach (1913) y comprobada empíricamente por J.Q. Stewart y G.K. Zipf (1944) entre el orden de cualquier ciudad dentro de un conjunto urbano y su población, consiste en que la población de orden o "rango r" es de 1/n el tamaño de la población de la ciudad más poblada. La segunda ciudad posee 1/2 la población de la primera, la tercera 1/3, la cuarta 1/4 y así sucesivamente. De ese modo los tamaños de todas las ciudades aparecen vinculadas entre sí y ponen de manifiesto las interrelaciones existentes entre unas y otras. Según esta regla se puede determinar el peso demográfico de cualquier ciudad conociendo el rango o lugar dentro del sistema urbano y el número de habitantes de la primera aglomeración. ¹ Dividiendo la población de la ciudad mayor por el rango de otra cualquiera del sistema se obtiene la población esperada de esa ciudad cualquiera. Por ejemplo, la población de una ciudad de rango 6 sería seis veces menor que la de la ciudad mayor del sistema (1/6). Gutiérrez Puebla, Javier. *La ciudad y la organización regional*. Madrid, Cincel, 1984, 56-64.



Fuente: Censo Nacional de población, 2001

En otro orden de cosas el *despoblamiento de las áreas centrales*, la *segregación residencial* y la *ocupación de tierras suburbanas* expuestas a todo tipo de riesgos se relacionan con la conectividad y la precariedad de los servicios, entre otros. No es un fenómeno nuevo que el ritmo de crecimiento de las periferias urbanas es mucho más intenso que el de la zona central. Las fuerzas que conducen a esta situación están relacionadas con la saturación del espacio central, el elevado costo de los terrenos o la ocupación paulatina del centro por funciones productivas o comerciales. Pero esa expansión periférica difiere de las características de suburbanización de países desarrollados. Mientras en estos se deja la *zona central* para la instalación de actividades no residenciales y grupos pobres o segregados y las *áreas suburbanas* para grupos acomodados, en los países latinoamericanos son las *periferias ampliadas* las que albergan a los más pobres o a los migrantes rurales, que son los responsables de la ampliación de los suburbios.

La expansión se debe además a la demanda habitacional insatisfecha (invasiones, asentamientos espontáneos), a la erradicación forzosa de asentamientos, a programas de vivienda construidas donde los terrenos son más baratos, donde se acumulan deficiencias y postergaciones (nivel de vida inferior al promedio, equipamiento escaso, deficitaria accesibilidad y precariedad de los transportes, vulnerabilidad ambiental, riesgos naturales, gastos en desplazamientos, etc.).

La radicación precaria es una forma de hábitat generada por las dificultades para acceder a la propiedad de la tierra urbana (ocupación informal) en áreas con riesgo ambiental, en terrenos públicos con inseguridad de la tenencia, con déficit de los servicios básicos y riesgo sanitario, entre otros. Una gran proporción de los hogares tiene la combinación de dos factores de vulnerabilidad: un bajo nivel del jefe del hogar y alta dependencia económica, que implica también riesgo para la salud (Arriagada Luco, 2003:20-23).

El hacinamiento definido como el problema de sobrecarga del parque habitacional causado por el elevado número de habitantes en las viviendas respecto a la cantidad de habitaciones (tres o más personas por cuarto destinado a dormitorio) tiene los peores índices en esos sectores marginales. Es destacable notar que el hacinamiento es un factor que interfiere en la adquisición de capital educativo de las personas y favorece al crecimiento de la pobreza. La ampliación de las periferias urbanas es mucho más intensa que la de las áreas centrales, lo que marca un proceso de redistribución de la población a la vez que implica una transformación de carácter social, económico y político de ese ámbito geográfico.

En síntesis:

- A medida que avanzaron la *transición urbana* y la *transición demográfica* se transita hacia una reducción del ritmo de crecimiento de las ciudades más grandes, aunque estas siguen conteniendo a gran parte de la población total y urbana.
- Las mayores aglomeraciones muestran una expansión demográfica importante de las áreas periféricas, mientras las áreas centrales reducen su crecimiento. Ello no se debe a la reducción de la migración rural ni al descenso del crecimiento vegetativo, sino a los procesos de *redistribución* dentro de las ciudades de magnitud y complejidad crecientes.
- Actualmente y desde finales del siglo XX, en las urbes de mayor tamaño, el proceso de segregación residencial hacia las áreas alejadas es un denominador común.
- El proceso de transición urbana conlleva un descenso sostenido de la fecundidad y la mortalidad, aunque en las áreas con una fase incipiente de ese proceso se complica el panorama pues se registran altos niveles de crecimiento demográfico y rural con un bajo desarrollo socioeconómico.
- Los serios problemas de dispersión y aislamiento continúa en las fases de transición más avanzadas.

2.c. La segunda transición demográfica

Los cambios que están ocurriendo en el comportamiento de la fecundidad en los países desarrollados nos introducen a la llamada *segunda transición demográfica*. Esta implica las modificaciones en la estructura de las familias, el retraso de la reproducción y la transformación en informal y frágil de la institución matrimonial acompañadas de un aumento de la edad al casarse, uniones de hecho, procreación extramatrimonial, disoluciones matrimoniales, que produjo un descenso de la fecundidad a valores por debajo de los niveles de reemplazo (2,1 Hijos por mujer) y al crecimiento negativo en algunos países (Chakiel, 2004:15).

La llamada *segunda transición demográfica*² difiere de los otros dos procesos, pues es un fenómeno propio de los países desarrollados, aunque hay indicios parciales de su extensión al resto del mundo, generando riesgos sociodemográficos, asociados a su retraso o a su avance.

La alta *fecundidad* está asociada generalmente a los sectores con menores ingresos, los más pobres, de bajo nivel de instrucción y radicados en áreas rurales y urbanas marginales, entre los que se encuentran los aborígenes; mientras los que han logrado bajar los índices de fecundidad son los más acomodados y los de mayor instrucción, por tener mayor acceso a la información necesaria para planificar los nacimientos y a los medios para controlarlos. El menor número de hijos deseados por las mujeres de condición social más bajo está relacionado con los cambios culturales en cuanto al ideal de hijos, a las condiciones económicas adversas para la crianza y a la incorporación de la idea de familia más pequeña, influencia recibida a través de los medios de difusión. Al mismo tiempo la baja de la fecundidad está relacionada con el aumento del uso de métodos anticonceptivos. En la provincia se nota una disminución de la fecundidad y la natalidad en la última década del siglo XX, aunque existen diferencias en áreas más desprotegidas socialmente.

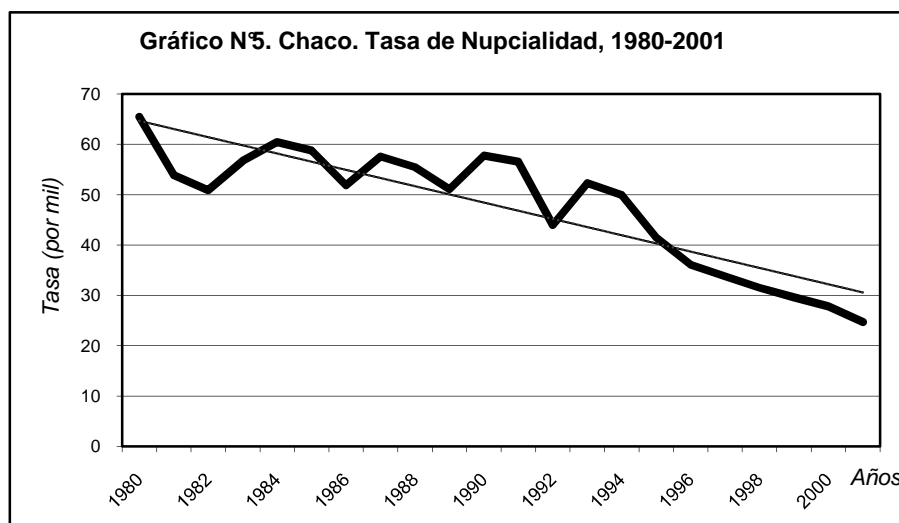
El fenómeno del *cambio de los comportamientos matrimoniales y reproductivos*, en los países desarrollados muestra índices de fecundidad muy inferiores al nivel de reemplazo (postransición demográfica clásica), incremento de la soltería, los nacimientos fuera del matrimonio, la postergación de las uniones y de la maternidad-paternidad hasta el momento de haber alcanzado un mínimo nivel de formación educativa y de obtener una posición socioeconómica favorable para encarar esas etapas y

² Esta expresión fue difundida por demógrafos europeos (Ron Lesthaeghe y Dirk van de Kaa –1986) para describir el conjunto de cambios en las conductas matrimoniales y reproductivas de Europa en la década de 1960.

acontecimientos de la vida. Es por ello que la población joven contrae matrimonio y tiene su primer hijo a edades significativamente mayores que sus pares de los países subdesarrollados.

Esto contempla también un aumento de las uniones ilegítimas, de los divorcios, separaciones, que implica dificultades en la crianza de los hijos, el abandono de la mujer propio de esos acontecimientos traumáticos, caracterizados además por cambios socioeconómicos y de género, que afectan a hogares con menor capacidad de respuesta o mayor vulnerabilidad frente a esas adversidades. Cualquiera sea el ámbito que se trate, la inestabilidad familiar genera problemas para los involucrados los que requieren aumentar su capacidad de respuesta frente a la posibilidad de ocurrencia. Tales cambios obedecen a una transformación cultural profunda, en la que la individualidad toma una posición central fundamentada en los valores postmodernos, en la conciencia materialista y en el logro de una mejor calidad de vida.

Las conductas reproductivas de los jóvenes surgen como elementos de vulnerabilidad, pues socialmente su comportamiento induce a un retraso de la *nupcialidad*, de la *reproducción* y de la *movilidad social*, pero culturalmente no se cuentan con los elementos necesarios para consolidarlos (educación, oportunidades de movilidad social, respeto a las normas, etc.) (Rodríguez Vignoli, 2003:5).
Gráfico N°5



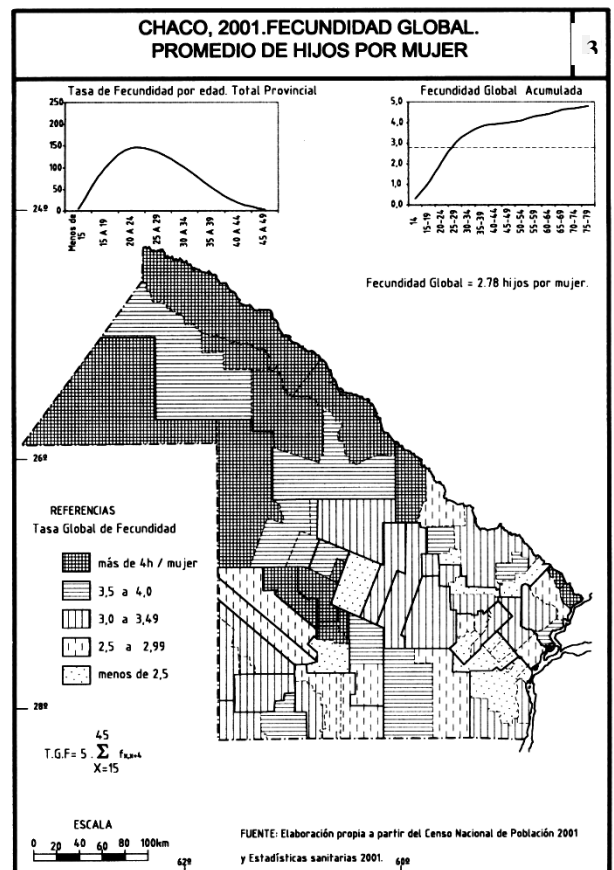
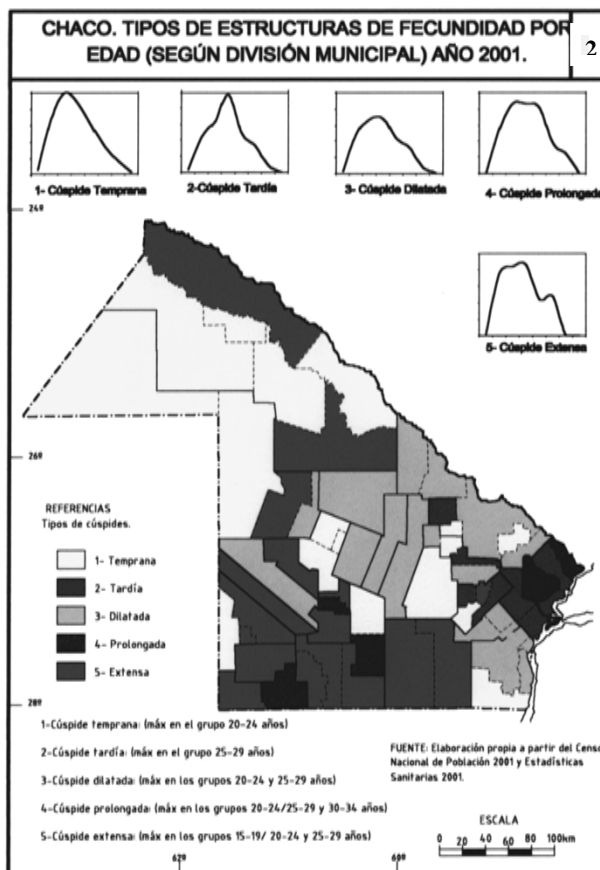
Fuente: Censos nacionales de población, 1980, 1991 y 2001 y Estadísticas vitales, 1980 a 2001

El tema de la maternidad adolescente tiene consecuencias adversas para las involucradas, pues esas mujeres se ven en la necesidad de asumir roles, improvisar decisiones para los cuales no están preparadas, todo lo cual va en desmedro de la estabilidad familiar y la crianza de los hijos. Además la sociedad sufre la salida del sistema educativo de los recursos humanos que están en pleno proceso de formación. Esa reproducción temprana es un riesgo relevante en numerosas áreas y obedece a patrones de conducta y normas socioculturales que implican distintas condiciones de vulnerabilidad. Esta elevada fecundidad adolescente es un componente demográfico de la pobreza que implica un cuadro de vulnerabilidad, pues ese riesgo afecta a los que poseen menor capacidad de respuesta y defensa.

En la provincia se observan cinco modelos de estructura de fecundidad:

- la *cúspide temprana* (mayor cantidad de nacimientos en relación al grupo de 20 a 24 años) predomina en el occidente de la provincia y algunos sectores del centro. Ello implica una alta natalidad debido al inicio de la reproducción a edades muy jóvenes.
- La *cúspide tardía* (25 a 29 años) es la menos difundida y se ubica en el oriente provincial correspondiéndose con una natalidad baja.

- La *cúspide dilatada* (20 a 29 años) predomina en el norte y oriente de la provincia. Presenta una natalidad media.
- La *cúspide extensa* (15 a 29 años) ocupa amplios sectores del centro y sur provincial. Respecto a la anterior hay un inicio del período reproductivo a edades adolescentes con mayores riesgos aunque la edad límite final es coincidente.
- La *cúspide prolongada* (20 a 34 años) es la menos difundida en algunas áreas dispersas. Estas dos últimas tienen valores medios y bajos de natalidad debido a la distribución de los nacimientos en un intervalo de edades relativamente extensos. *Mapa 2 y 3*



La educación es la principal herramienta de las sociedades modernas para promover y realzar el capital humano, como así lograr la integración de los jóvenes y adolescentes. Las opciones de movilidad social dependen de la educación recibida y si esta es deficiente opera como un elemento de vulnerabilidad que debilita a los grupos humanos frente a las exigentes condiciones del mundo actual. Pero no solamente se trata de desigualdades en la calidad, sino también en la cobertura y en que la formación educativa se complete. Es destacable el problema de la deserción escolar desde los niveles inferiores (educación básica) hasta los superiores, siendo más acentuado entre los más pobres como resultado de su incorporación temprana a los roles adultos, en particular los vinculados al sostenimiento familiar.

Actualmente, los jóvenes de estratos sociales bajos, tanto urbanos como rurales, están sometidos a procesos de vulnerabilidad debido a varios factores, entre otros:

- a. la falta de oferta laboral para personas con escasa instrucción que les garantice la cobertura de los servicios sociales y la estabilidad.
- b. La carencia de ofertas educativas de capacitación para adquirir nuevas destrezas o aptitudes.

- c. La falta de recursos familiares para contener a los jóvenes y proporcionarles alimentación, educación y formación.
- d. La estimulación social de la sexualidad temprana que no se condice con la educación y la capacitación para obtener comportamientos reproductivos y de prevención de enfermedades.
- e. Aislamiento de los jóvenes urbanos pobres debido a la segregación residencial y a la restricción de los servicios básicos.

Resumiendo, en las investigaciones llevadas a cabo sobre la vulnerabilidad socio-demográfica se utilizan enfoques centrados en la identificación de las desventajas sociales que ejercen efectos adversos sobre los hogares y las personas. La relación de las variables de población con los daños ambientales, la salud reproductiva, la localización de áreas marginales, los activos, los ingresos permiten examinar riesgos como la alta y temprana fecundidad, los elevados valores de dependencia demográfica, el aislamiento y la dispersión de la población. Así los riesgos de la segunda transición permiten tratar los siguientes ejes temáticos: 1. El *ciclo vital* de las personas que identifica a tramos de edades con mayor o menor vulnerabilidad (infancia, adolescencia, etapa reproductiva y laboral, adultez, vejez); 2. Los *derechos* de cada una de estas fases y 3. El *estadio* de transición demográfica que se relaciona con la segunda transición. Esto permite proponer cuatro indicadores de vulnerabilidad: a) las condiciones socioeconómicas relacionados con la salud de los niños, la educación de las madres, la calidad de las viviendas y los servicios básicos; b) la deserción escolar; c) el trabajo desprotegido y d) la falta de seguridad social (Cepal, 2002:22-23).

2.d. La transición epidemiológica

En el campo de la salud y en estrecha relación con la transición demográfica se expone y desarrolla la denominada teoría de la *transición epidemiológica*. Esta expresa el cambio de las características de la morbilidad, las causas de muertes y la distribución por edad de las defunciones. El proceso consiste en la disminución proporcional de las muertes ocasionadas por enfermedades perinatales y las transmisibles (infecciosas, parasitarias y respiratorias) dando paso a las crónicas y degenerativas (tumores, circulatorias) y las provocadas por causas externas (violencia, accidentes, traumatismos), transformaciones que ocurren debido a cambios en el comportamiento en el plano de la salud, la nutrición, avances en la medicina y alteraciones socioambientales. Asimismo hay un aumento proporcional de población adulta mayor y una baja de los niños.

Para estudiar el cambio de los patrones de salud y enfermedad Abdel Omram formuló la teoría de la *transición epidemiológica* donde asegura que los cambios en salud y los patrones de enfermedades están estrechamente vinculados con la transición demográfica y el nivel socioeconómico de las sociedades.³ Además plantea que *el desarrollo histórico de la mortalidad* se caracteriza por transcurrir por tres etapas diferentes: *la edad de la peste y el hambre, la edad de las pandemias retraídas y la edad de las enfermedades degenerativas y las causadas por el hombre.*⁴

³ "...aunque su tratamiento data desde sus estudios (1971), la terminología comienza a usarse en los diccionarios médicos hacia 1995. La premisa en esta teoría es que la mortalidad se constituye en un factor fundamental de la dinámica de la población y postula la transición de un patrón de causas de muerte por enfermedades infecciosas, con muy alta mortalidad, especialmente en edades jóvenes, a otro patrón dominado por las enfermedades degenerativas y las provocadas por la acción del hombre..." Vera Bolaños, Marta. (2000) *Revisión crítica a la Teoría de la transición epidemiológica*. Papeles de población N°25, CIEAP/UAEM, México, pág.180-181.

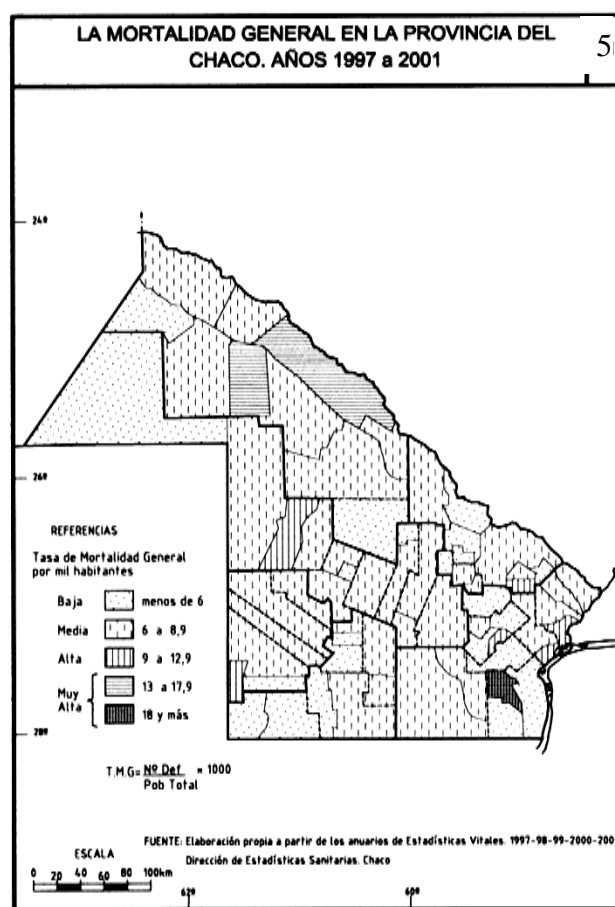
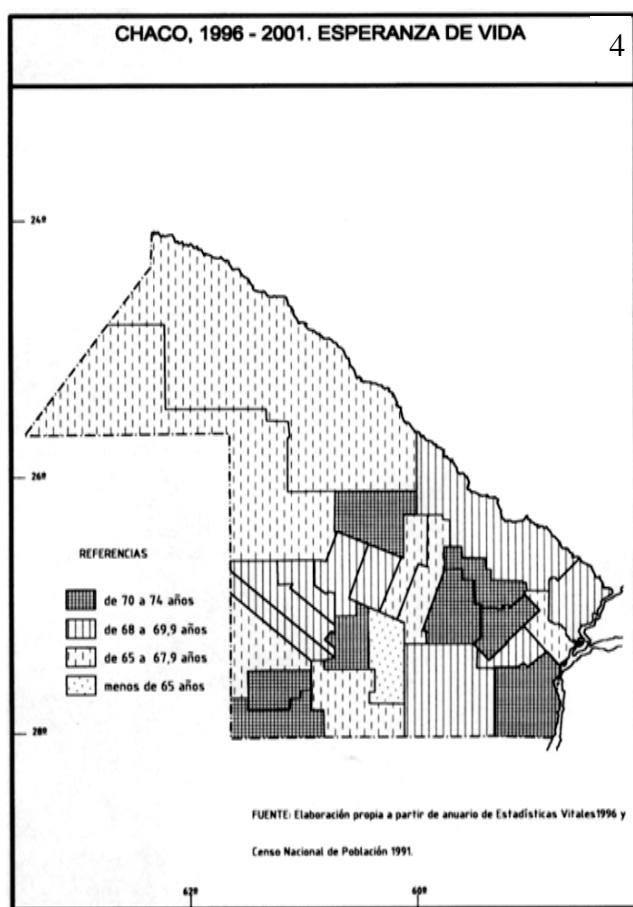
⁴Las etapas se caracterizan por: a) en la edad de la *peste y el hambre* la mortalidad es alta y fluctuante, lo que provoca un crecimiento escaso de la población. Además la esperanza de vida es baja (entre 20 y 40 años).

b) En la edad de las *pandemias retraídas* las crisis de la mortalidad se vuelven menos frecuentes y la esperanza de vida se incrementa (entre 30 y 50 años). El crecimiento demográfico es sostenido.

c) En la edad de las *enfermedades degenerativas y las producidas por el hombre*, la mortalidad es baja y estable; la esperanza de vida aumenta hasta alcanzar a más de 50 años. La fecundidad es el hecho decisivo para controlar el crecimiento de la población. Vera Bolaños, Marta. (2000:181).

Los adelantos en la medicina, la mayor cobertura de los servicios de salud y la mejora en las condiciones de vida de la población, produjeron bajas considerables en los niveles de *mortalidad*. En A. Latina esos cambios se inician en la primera mitad del siglo XX. Según datos proporcionados por Naciones Unidas en los últimos 50 años, se habrían ganado 20 años en promedio la esperanza de vida, aunque existen diferencias importantes entre los países. En todos ellos la mortalidad femenina es inferior a la masculina asociada a la incidencia diferencial por sexo de las enfermedades o circunstancias que causan las muertes (enfermedades cardiovasculares, violencia). La diferencia de esperanza de vida es de 6,5 años a favor de la mujer, aunque se espera que, la mayor participación de la misma en actividades fuera del hogar (que las expone a riesgos similares al de los hombres), como así el combate de enfermedades crónicas masculinas, reduzcan las diferencias (Chakiel, 2004:62).

La ganancia de años en la esperanza de vida está relacionada principalmente con el descenso de la mortalidad infantil y de la niñez a raíz de la menor incidencia de las enfermedades infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio. La elevada mortalidad infantil se registra en las poblaciones cuyas madres tienen escasa o no tienen instrucción. *Mapa N°4*.



Si bien se viven modificaciones profundas en el cambio de las causas de muerte, existen rebrotes de enfermedades que aparentemente estaban superadas, como es el caso de la década de los 90 con el surgimiento de epidemias de enfermedades transmisibles como el cólera, la malaria, el mal de chagas, el hantavirus, la tuberculosis y el dengue, tanto en áreas rurales como urbanas, ocasionadas por la permanencia de la pobreza, la falta de servicios básicos y el alto grado de hacinamiento (Foschiatti-Ramírez, 2000).

Las condiciones de *salud* inciden directamente sobre la productividad (ausentismo laboral, envejecimiento prematuro, disminución de la vida activa) al mismo tiempo que influyen en las circunstancias económicas (deterioro social e incremento de la pobreza). Un problema serio es el trabajo de los menores de 14 años, sector expuesto a factores de riesgo que derivan en cuadros patológicos que afectan las potencialidades futuras de la población activa (Rivadeneira, 2000:18).

La mejora de las condiciones de salud de las mujeres y de los niños contribuirá a disminuir la mortalidad materna e infantil y a reducir indirectamente los niveles de fecundidad (especialmente embarazo adolescente). De esa forma, la salud y la educación son factores gravitantes para lograr el mejoramiento de los recursos humanos, tendiente a elevar los niveles de productividad. Así por ejemplo, la tasa de mortalidad materna en Argentina paso de 56 muertes de madres cada mil nacimientos en 1988 a 35 en el año 2000. América Latina tenía en promedio en 1995, 190 muertes c/1000 nacidos (Chakiel, 2004:50).

En la *transición epidemiológica* se pueden distinguir 4 fases y en relación con la provincia se observa lo siguiente:⁵

1. *Primera fase*: comprende la epidemiología de los países más pobres, con un predominio de *enfermedades infecciosas y de la nutrición*, con mortalidad infantil muy alta, mortalidad general baja por causas cardio-vasculares y esperanza de vida de la población corta. Los procesos degenerativos son poco frecuentes por los rasgos de la alimentación. Esta etapa está superada a nivel general en la provincia, aunque existen sectores desprotegidos de la sociedad donde persisten las características dominantes de esta fase.

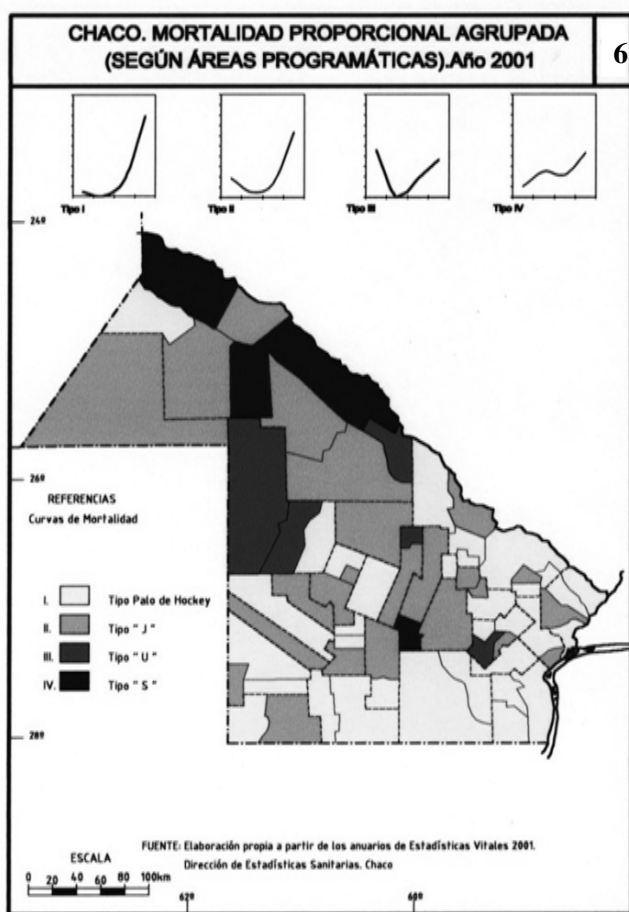
2. *Segunda fase*: Corresponde a los países en vías de desarrollo donde el mejor nivel socioeconómico se corresponde con *una mejora en la alimentación y en las condiciones higiénicas y sanitarias*, con lo cual disminuyen las enfermedades infecciosas (aunque con una importante prevalencia) y de la nutrición. Además aparecen en forma incipiente los factores de riesgo cardiovasculares y aumenta la incidencia de la arteriosclerosis. La mortalidad general de la provincia presenta valores medios, aunque se observan algunos sectores con tasas altas, ubicadas en el occidente. (*Mapa N° 5*). Presenta como primer motivo a las enfermedades del sistema circulatorio (25%), seguido de los tumores (18%) y las enfermedades infecciosas (10%). Si se analizan esas causas por grupo de edad, la primera afecta en un 95% a los mayores de 45 años y la mitad de ellas a los mayores de 75 años. Lo mismo ocurre con los tumores, enfermedades respiratorias y digestivas, entre otras.

3. *Tercera fase*: Incluye a los países en transición, donde el importante desarrollo económico acompaña a los *cambios en la nutrición* (alimentación rica en grasas, sal) y en el *estilo de vida* (vida sedentaria, aumento del estrés, la obesidad y el consumo de tabaco y alcohol). Ello conduce a la modificación de la distribución de las enfermedades, con mayores factores de riesgo cardiovasculares y accidentes cerebro-vasculares. Existe una mayor esperanza de vida y una disminución importante de las enfermedades infecciosas y de la nutrición. Las muertes provocadas por anomalías congénitas y del período perinatal afectan en su gran mayoría al grupo de 0 a 4 años. Las deficiencias de la nutrición provocan el 33% de las muertes en menores de 4 años y el 40% en mayores de 75 años, los dos grupos más vulnerables y con mayores necesidades alimentarias muchas veces difíciles de satisfacer. Las complicaciones del embarazo afectan en mayor medida al grupo mayor de 45 años (66%) y en segundo lugar al de 25-44 años con el 32%.

4. *Cuarta fase*: Comprende a los países más desarrollados con mayores avances en la investigación médica y con la aplicación de medidas de educación sanitaria que ayudan a tomar conciencia a la población sobre el riesgo de las enfermedades cardiovasculares. De esa manera se

⁵ www.webmastersanitarios.org. *La transición epidemiológica*. 2004.

disminuye el consumo de alimentos nocivos, se incentiva la práctica de los ejercicios físicos, se evita la obesidad, el estrés y el consumo de tabaco. Todo eso conlleva a la reducción de la morbilidad y mortalidad, como asimismo a la prolongación de la esperanza de vida. Sin embargo todavía existen diferencias entre las capas altas y bajas de esas sociedades. La edad es una variable importante, porque a ella se asocian distintos riesgos de muerte y la incidencia de ciertas enfermedades. Con el avance del mejoramiento de las condiciones de vida de las personas disminuyen la mortalidad y aumenta la esperanza de vida. Los cambios operados expresan la transición epidemiológica en la estructura de causas de muerte. En la medida que se controla la elevada mortalidad en la infancia asociada a causas infecciosas (diarreas, respiratoria agudas, inmunoprevisibles) junto a la desnutrición y causas perinatales, cobran progresiva importancia las enfermedades de las edades adultas como las cardiovasculares, las neoplasias y las violentas. Sin considerar los valores de los índices, la variedad de situaciones epidemiológicas que existen en las distintas áreas de la provincia implica que habrá que dar énfasis a diversos aspectos de la salud de los distintos grupos etarios de la población.



Las figuras resultantes de la distribución de la mortalidad por edad muestran situaciones diferentes en la provincia:

- En el oriente provincial y parte del sudoeste la figura predominante es la *tipo palo de hockey* que revela un control riguroso de la mortalidad en la infancia y juventud aumentando hacia las edades adultas y ancianas. Ello se superpone con una estructura etaria de forma triangular, pera o campana, es decir con un control estricto de la natalidad.
- En numerosos sectores del centro y occidente se presenta la figura *tipo J* que muestra como rasgo distintivo la existencia de una mortalidad infantil importante.
- La *tipo U* con una mortalidad infantil muy alta y muy similar a la registrada en las edades ancianas se localiza en algunos sectores del occidente y centro provincial
- La *tipo S* también se localiza en el sector occidental y representa un comportamiento de mortalidad similar en todas las edades. Estas tres últimas formas se corresponden con una estructura demográfica primitiva o Eiffel, y triangular con elevada natalidad. *Mapa N°6*

La *transición epidemiológica* no siempre se presenta estrictamente en estas cuatro fases, sino que existen otros determinantes, distintos del nivel socioeconómico, que pueden alterar y acentuar la incidencia de las enfermedades sobre la población y, de esa forma, la vulnerabilidad a contraerlas aunque parezcan superadas.

Durante la misma los cambios más profundos en salud y enfermedad ocurren entre los niños y las mujeres, por ser los grupos más vulnerables a esos procesos. El envejecimiento de la población también desempeña un rol importante en el cambio de perfil epidemiológico, porque son los adultos mayores los más vulnerables a las patologías crónicas y a las enfermedades degenerativas. Así, ante una mayor

esperanza de vida y una reducción de las enfermedades transmisibles y neonatales, la estructura epidemiológica y etaria va cambiando paulatinamente.

A propósito de las particularidades del cambio y su variación temporal, Vera Bolaños distinguen tres modelos básicos de transición epidemiológica (Vera Bolaños, 2000:182):

1. El *modelo oeste o clásico* que describe un cambio gradual de tasas de mortalidad altas (30 %) y natalidad alta (40 a 50 %) a tasa bajas 10 y 20 % respectivamente, como consecuencia de las mejoras sociales, ambientales y económicas y a la práctica de métodos de control de la natalidad, donde poco tiene que ver los adelantos en la medicina, por lo menos en las etapas iniciales.
2. El *modelo acelerado* tiene un comportamiento similar al anterior pero fue mucho más brusco el cambio debido a la trascendencia de la tecnología médica.
3. El *modelo tardío* presenta una mortalidad en descenso por efecto fundamental de la revolución médica en gran parte importada. La fecundidad tuvo un descenso tardío como consecuencia de la aplicación posterior de los métodos de control.

Este último puede ser asimilado a la provincia del Chaco donde las tasas de mortalidad a principios del siglo XX, de alrededor del 18 %, pasan a principios del siglo XXI al 6 % y la fecundidad disminuye muy fuertemente en la década del 30 y en forma lenta a partir de 1970.

3. Reflexiones finales

La noción de *vulnerabilidad* ayuda a comprender e identificar a los grupos humanos, hogares e individuos que por sus características comunes quedan expuestos a sufrir cambios significativos. Al mismo tiempo se relaciona con la línea conceptual de la marginación y la pobreza. La intensidad de esas relaciones es compleja, pues varían en función de los riesgos; no obstante ciertas características como la composición familiar, el equipamiento de las viviendas, la educación y la salud se vinculan con la posibilidad de estar expuestos a sufrir cierto grado de vulnerabilidad social.

Evidentemente los procesos de cambio de comportamiento de las variables demográficas, como así también, las transformaciones ocasionadas en las distintas transiciones, afectan a las poblaciones de manera diferente y de acuerdo con sus características sociales, económicas y ambientales. Es por ello que, de acuerdo al grado de vulnerabilidad global de los mismos, el análisis del comportamiento diferencial de los grupos humanos frente a los riesgos, debe contemplar la capacidad de respuesta ante ellos.

Cuanto mayor es el desarrollo socioeconómico en las áreas donde la transición está más avanzada, la vulnerabilidad sociodemográfica será menor, aunque si se analizan otros factores de problemática más compleja como los hogares con jefes mujeres, el envejecimiento, el subempleo, la desocupación se observarán que las desventajas sociales generan algún tipo de vulnerabilidad en buena parte de la población. El avance de las distintas transiciones reduce algunos riesgos, pero no impide que otros persistan y algunos nuevos aparezcan, es decir la inestabilidad que contiene la dinámica demográfica no termina con la supuesta estabilización de la población.

La vulnerabilidad interviene de manera compleja, con la totalidad de sus componentes o con sus alternativos. Además su vinculación con las desventajas sociales depende de la acción mutua de varios de sus elementos y no de uno solo de ellos. Por esa razón, para detectar los síntomas de la vulnerabilidad en las estructuras y procesos demográficos se deben considerar la mayor parte de los antecedentes. Se propone para su evaluación, en la provincia del Chaco, tomar en cuenta tres tipos de variables demográficas que interactúan con los factores sociales en las diferentes etapas transicionales (demográfica y urbana). El *primero* se relaciona con los *atributos de las personas* (edad, sexo, condición de actividad) el *segundo* con el *tamaño y la composición de los hogares* o viviendas (personas

integrantes, cantidad de niños, dependencia demográfica), y el *tercero* con las *características demográficas y de distribución de la población de la sociedad* en su conjunto (estructura, crecimiento), con los *patrones de asentamiento y las migraciones* (ver cuadro anexo).

Esa evaluación de la vulnerabilidad logra su doble propósito: por un lado reúne un conjunto de características de la población que generan desventajas sociales y, por otro, se asocia con otros factores que generan inconvenientes como es el caso de la pobreza, medida mediante las NBI, la disponibilidad de equipamiento y el nivel educativo del jefe del hogar, entre otros. El conocimiento del comportamiento diferencial de las distintas variables que afectan a los grupos humanos y la vulnerabilidad de los mismos frente a los hechos, permitirá esbozar estrategias sociales para conocer y mejorar las actitudes y prácticas de la población, como así formular recomendaciones, en base de la experiencia acumulada, e implementar políticas ambientales y sociales que mitiguen los riesgos.

Bibliografía

- Arriagada Luco, Camilo. (2003) *La dinámica demográfica y el sector habitacional en América Latina*. Serie Población y Desarrollo, N°33, Santiago de Chile, CEPAL.
- Busso, Gustavo (2002) *Vulnerabilidad. sociodemográfica en Nicaragua: un desafío para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza*. Serie Población y Desarrollo, N°29, Santiago de Chile CELADE.
- CEPAL (2002) *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones*. Brasilia (versión electrónica)
- Chackiel, Juan y Schkolnik, Susana. (2003) *América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad*. Serie Población y Desarrollo, N°42, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan. (2004) *La dinámica demográfica en América Latina*. Serie Población y Desarrollo, N°52, Santiago de Chile, CEPAL
- Ferrer Regales, Manuel (1992). *Los sistemas urbanos*. N°4, Madrid, Síntesis.
- Ana María Foschiatti y Mirta Liliana Ramírez (2000). *La esperanza de vida en los países subdesarrollados. El caso de la provincia del Chaco en la Rca. Argentina*. En: Revista Geográfica N°127, México, IPGH.
- Pinto da Cunha, José Marcos. (2002) *Urbanización, redistribución espacial de la población y transformaciones socioeconómicas en América Latina*. Serie Población y Desarrollo N°30, Santiago de Chile, CELADE.
- Rivadeneira S, Luis. (2000) *América Latina y el Caribe: crecimiento económico sostenido, población y desarrollo*. Serie Población y Desarrollo N°2, Santiago de Chile, CELADE.
- Rodríguez Vignoli, Jorge. (2002) *Distribución territorial de la población de América Latina: tendencias, interpretaciones y desafíos para las políticas públicas*. Serie Población y Desarrollo N°32, Santiago de Chile, CELADE.
- Rodríguez Vignoli, Jorge. (2001) *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*. Serie Población y Desarrollo, N°17, Santiago de Chile, CEPAL.
- Vera Bolaños, Marta. (2000) *Revisión crítica a la Teoría de la transición epidemiológica*. Papeles de población N°25, CIEAP/UAEM, México,
- Zárata Martín, Antonio (1997). *Ciudad. Transporte y Territorio*. Cuadernos de la UNED. Madrid, UNED.

ANEXO

<i>Factores generadores de vulnerabilidad - CHACO - 2001</i>	%
<i><u>Necesidades Básicas Insatisfechas</u></i>	
Hogares	27.6
Población	33.0
<i><u>Atributo de las personas</u></i>	
Jefe/a menor de 24 años	6.0
Jefe/a de 65 años y más	16.0
Adolescente con experiencia reproductiva (mujeres entre 15 y 19 años)	15.0
<i>Población entre 14 y 19 años con pareja</i>	9.5
Mujeres entre 14 y 19 años con pareja	14.4
<i>Población mayor de 10 años analfabeta (ambos sexos)</i>	8.0
Mujeres mayores de 10 años analfabeta/total de analfabetos	52.0
Población sin obra social y/o plan de salud privado	65.5
Mujeres mayores de 14 años con 5 o más hijos	20.0
Promedio de hijos por mujer	2.7 h/muj.
<i>Población mayor de 14 años (PEA)</i>	51.0
<i>PEA ocupada</i>	36.7
PEA desocupada	14.3
Jefes de hogar económicamente activos ocupados	81.0
Jefes de hogar económicamente activos desocupados	19.0
Población ocupada en actividades no productivas	67.4
<i><u>Tamaño y estructura demográfica de las viviendas/hogares</u></i>	
Más de 2 personas por cuarto	30.2
Con 7 o más miembros por vivienda	14.2
Dependencia demográfica	73.6
Carga de población por cada jefe de hogar	4.1 pers.
Población sin servicio sanitario (inodoro sin descarga y sin inodoro)	49.2
<i>Hogares con Jefe mujer / Total de hogares</i>	25.5
Hogares unipersonales mujeres/ Total de Hogares unipersonales	43.2
Hogares multipersonales mujeres/Total de Hogares multipersonales	23.1
<i><u>Jefes de hogar de núcleo incompleto</u></i>	
Jefe mujer con hijos y sin cónyuge/total de hogares monoparentales	80.4
Jefe varón con hijos y sin cónyuge/ total de hogares monoparentales	19.6
<i><u>Características demográficas de la provincia</u></i>	
Crecimiento Medio Anual intercensal (1991-2001)	1.58
Crecimiento Medio Anual intercensal urbano (1991-2001)	2.60
Crecimiento Medio Anual intercensal rural (1991-2001)	-1.65
<i><u>Estructura por grandes grupos de edades</u></i>	
0-14 años	36.1
15-65 años	57.8
Más de 65 años	6.1
<i><u>Patrones de asentamiento territorial</u></i>	
Población urbana (2001)	83.0
Población rural (2001)	17.0
Proporción población de la capital resp. al total provincial	36.5
Saldo migratorio (1991-2001)	-29.610 pers.
Tasa migratoria media intercensal (1991-2001)	-3.3 ‰
Tasa de natalidad (1997-2001)	24.4 ‰
Tasa de mortalidad general (1997-2001)	6.3 ‰
Tasa de mortalidad infantil (2002)	26.7 ‰
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (2002)	32.5 ‰
Tasa de mortalidad materna	15.9 ‰
Esperanza de vida	69.02 años

Fuente: Elaboración propia en base a los Censos Nacionales de Población y Estadísticas vitales