

Evaluación de la dinámica demográfica y su vulnerabilidad en la Provincia del Chaco (Argentina)

Ana María H. FOSCHIATTI

Instituto de Geografía, Facultad de Humanidades.
Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) Argentina
amfoschiatti@hum.unne.edu.ar

Recibido: 4 de Noviembre de 2008

Aceptado: 12 de Mayo de 2009

RESUMEN

La provincia del Chaco, un área relegada de la República Argentina, históricamente, estuvo marcada por sucesivas crisis económicas que afectaron a la sociedad en su conjunto y a los habitantes en particular, transformando sus conductas y sus procesos demográficos y sociales. Por ello el propósito de este artículo es realizar el análisis de las variables demográficas más importantes (crecimiento, mortalidad, natalidad, fecundidad, migraciones) que afectaron a los hogares y a las personas. Asimismo se incorpora el tratamiento de la incidencia que tuvieron los cuatro procesos demográficos de larga duración en la dinámica demográfica, examinando como se concreta la capacidad de responder a los eventos riesgosos en las diferentes etapas transicionales, a partir de las variables relacionadas y de su impacto en la estructura demográfica.

Palabras claves: Vulnerabilidad-Dinámica demográfica-Estructura-Chaco-Argentina

Evaluation of demographic dynamics and Vulnerability in Chaco province (Argentina)

ABSTRACT

The province of the Chaco, an area relegated of the Republic Argentina, historically, was marked by successive economic crises that affected the society in his set and to the inhabitants especially, transforming your conducts and his demographic and social processes. For it the intention of this article is realizes the analysis of the most important demographic variables (growth, mortality, birthrate, fecundity, migrations) that affected the homes and the persons. Also the treatment of the incidence of the four demographic processes of long duration in demographic dynamics is gotten up, examining as the capacity takes shape to respond to the risky events in the different transitional stages to start off of the related variables and their impact in the demographic structure.

Key Words: Vulnerability-Demographic dynamics-Structure-Chaco-Argentina

Évaluation de la dynamique démographique et vulnérabilité dans la province du Chaco (l'Argentine)

RÉSUMÉ

La province du Chaco, une région reléguée de l'Argentine, historiquement, a été marquée par les crises économiques successives qui ont affecté la société dans son ensemble et particulièrement les habitants, la transformation de leur comportement et ses processus sociaux et démographiques. Par conséquent, l'objectif de ce papier est de réaliser l'analyse des plus importantes variables démographiques (croissance, mortalité, la fécondité, les migrations) qui a touché les foyers et les personnes. Aussi rejoint le traitement de l'incidence des quatre processus démographiques à long durée dans la dynamique de la population, compte tenu concrètes comme la capacité à réagir aux événements périlleux dans différents stades transitionnelles risque de variables rattachées et de leur impact sur la structure démographique.

Des mots clefs: Nord-est-Dynamique démographique-Vulnérabilité-Structure- Chaco-Argentine

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de *vulnerabilidad social* se corresponde con los grupos socialmente vulnerables y la mayoría de las veces se la involucra con la pobreza. Se la identifica por la existencia de algunos factores que predisponen a enfrentar situaciones adversas para el logro de la inserción social y el desarrollo personal y también por la presencia de atributos compartidos (edad, sexo) que originan riesgos o problemas comunes. Hace referencia al carácter de las estructuras sociales y al impacto que ellas provocan en la sociedad y en las personas en las distintas dimensiones de la vida social. Tiene “*dos componentes explicativos: por un lado, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida o las consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico o social de carácter traumático, y por otro, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento*” (Cfr. CEPAL, 2002).

La noción de *vulnerabilidad demográfica* se relaciona con un conjunto de comportamientos y características de los grupos humanos que explican las limitaciones y precariedades que aquejan a las personas y a las familias para desarrollarse. Su reducción contribuiría a disminuir sus desventajas sociales e impulsaría mayores opciones de vida y movilidad social, aunque no asegura cambios estructurales. La peculiar dinámica demográfica de los más vulnerables está caracterizada por patrones de mortalidad y fecundidad elevados, con índices de dependencia muy altos, los cuales generan diferentes conductas demográficas con situaciones que modifican constantemente los riesgos a los que se expone la población, por lo cual merece ser tomada en cuenta a la hora de esbozar intervenciones preventivas (Rodríguez Vignoli, 2000). El análisis de las variables de población adquiere importancia también, cuando se involucra con el problema de las desigualdades y con el crecimiento económico: así el crecimiento y la estructura de la población influyen sobre el nivel de consumo, los factores de la producción, el ingreso, el empleo y en la disponibilidad de los recursos de una sociedad. Por ello se requiere de la capacidad para producir un

diagnóstico de acuerdo al grado de vulnerabilidad (inseguridad y desprotección) y de las desigualdades económicas (pobreza).

Cuatro procesos de larga duración, que explican la dinámica de las poblaciones, configuran de manera decisiva el contexto demográfico pasado, presente y futuro. 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 a partir de ellos. Si bien los tres enunciados son importantes, el riesgo sólo puede explicarse mediante el comportamiento de las variables de población y, particularmente, por las transformaciones que ellas sufren a través del tiempo; los otros hechos son circunstanciales y dependen de las condiciones sociales del grupo. Esos procesos de cambios en el comportamiento son: la transición demográfica, *la transición urbana y de la movilidad*, *la segunda transición demográfica y la transición epidemiológica*.

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 cambios en la estructura familiar, la postergación de las iniciaciones nupciales y reproductivas (a veces definitivas) y 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 de conducta en el plano de la salud, las nuevas prácticas de nutrición, los avances en la medicina y las alteraciones socioambientales.

Teniendo en cuenta esos aspectos y desde el punto de vista geográfico, el principal objetivo de este trabajo es enunciar finalmente una *evaluación* del comportamiento de la dinámica demográfica y sus factores de vulnerabilidad en una provincia postergada de la República Argentina, que fue poblada recién a fines del siglo XIX. A través de la *descripción e interpretación* de variables demográficas, de la estructura y la trayectoria de los procesos transicionales que intervienen como elementos de vulnerabilidad en los hogares y en los habitantes, se consideran los espacios involucrados y el impacto de los mismos en las condiciones de vida de la población. Los principales aportes están centrados en la exposición de los factores demográficos y en las expresiones de la desigualdad y del deterioro social, como así en las propuestas y orientaciones metodológicas para su análisis.

2. LA VULNERABILIDAD ASOCIADA A LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Existen *factores de vulnerabilidad* relacionados con las características geográficas, económicas e institucionales de las sociedades y para analizarlos es necesario conocer las particularidades de la población, que se analiza, a través de las variables demográficas que estimulan la vulnerabilidad, o bien que plantean inseguridades provocando un impacto social en los procesos y estructuras demográficas¹. Esos componentes del crecimiento y la composición han variado constantemente en las diferentes épocas:

2.1. LA FECUNDIDAD

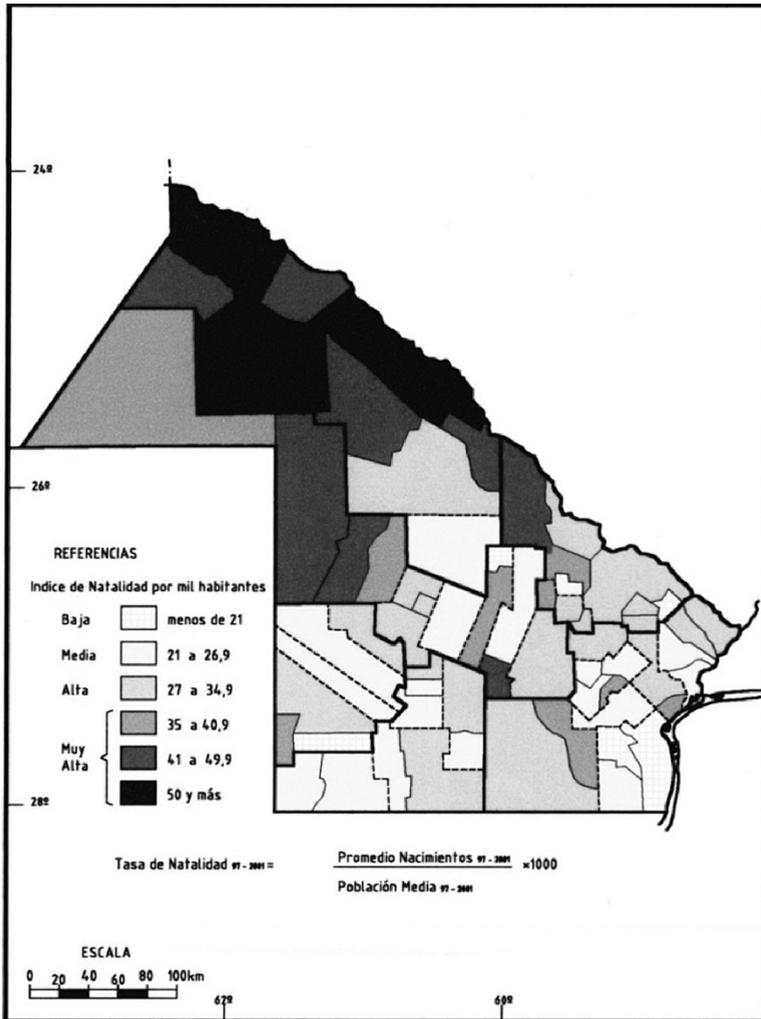
Fue alta al principio del siglo XX y significó un aporte importante al crecimiento de la población provincial, aunque limitada por los elevados valores de mortalidad. En la teoría de la transición demográfica, esta última y los factores que la estimulan, implican un cambio de la estructura social. Por lo tanto, si no ocurrieran esas transformaciones tampoco cambiaría la fecundidad. De todas maneras, en el largo plazo en las formas en que se organiza la sociedad y la economía, la baja mortalidad produce efectos demográficos tendientes a reducir la fecundidad en el presente. La amenaza se observa en algunos hechos que ocurren en los grupos más pobres como es el caso de la maternidad adolescente, la actitud pasiva y la sensación de impotencia que aísla a las jóvenes sin educación y sin asesoramiento, ni con la capacidad para comprender la planificación familiar, hechos que son cotidianos en la provincia que nos ocupa.

A fines del siglo pasado, la natalidad, aún presenta valores altos y muy elevados en las áreas del centro y oeste provincial, mientras que el oriente y sudoeste manifiestan valores medios y bajos, *Mapa N° 1*. Por su parte la *fecundidad general* es alta en las divisiones administrativas del oeste, a la vez que revela una fecundidad global de más de 4 hijos por mujer, característica que se hace extensiva a algunos departamentos del centro chaqueño. Esa localización se repite en la relación niños/mujeres: los máximos valores se presentan en las mismas jurisdicciones donde la fecundidad es alta, con una proporción de mujeres de 15 a 49 años inferior a 45%. *Mapa N° 2*.

Los máximos valores de estos últimos, a principios de este siglo, se encuentran en los departamentos más urbanizados y con ciudades importantes, aunque los índices de fecundidad general son inferiores a 100 (baja) y la Fecundidad global muestra cifras menores de 2,5 hijos por mujer. Sin embargo las áreas con mayores índices (más de 150 de TFG y más de 4 hijos por mujer) se corresponden con la existencia de menos de 45% de mujeres en edad de procrear. *Mapa N° 3*

¹ El comportamiento de las variables demográficas y su relación con la vulnerabilidad es tratada por Brown, Dennis A.V. (2002) *Vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe: examen de los factores sociales y demográficos que impiden un desarrollo equitativo con participación ciudadana en los albores del siglo XXI*. Serie Población y Desarrollo N°25, Santiago de Chile, CELADE, p. 19-21

Mapa 1. La natalidad en la provincia del Chaco. Años 1997 a 2001.

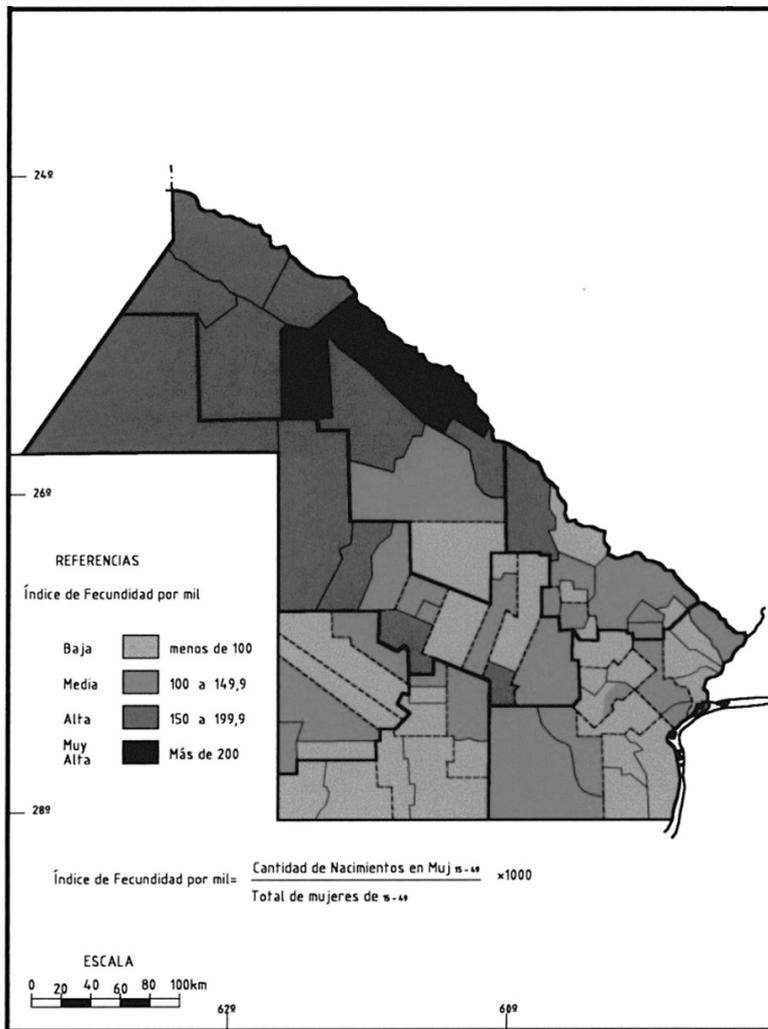


Fuente: Elaboración propia a partir de los anuarios de Estadísticas Vitales. 1997-98-99-2000-2001 Dirección de Estadísticas Sanitarias. Chaco

A partir de las crisis económicas que debió enfrentar la provincia desde mediados del siglo XX, del acelerado proceso de urbanización y la constante emigración, se modificó la manera de pensar de la sociedad, en la cual era importante tener una familia numerosa. Sin embargo los grupos menos favorecidos, sin instrucción suelen continuar con comportamientos reproductivos altos y con elevada fecundidad (comienzo de su vida reproductiva a edades más tempranas y mayor frecuencia de los nacimientos) constituyéndose en producto y causa de la pobreza. Comenzar la procreación a una edad precoz restringe a la mujer de las perspectivas de realiza-

ción personal y transmite esa situación a sus hijos convirtiendo la vulnerabilidad individual en una vulnerabilidad social (pobre desarrollo fisiológico, escolaridad incompleta, iniciación sexual precoz, delincuencia y paternidad temprana) (Foschiatti, 2006).

Mapa 2. La fecundidad general en la provincia del Chaco. Año 2001.



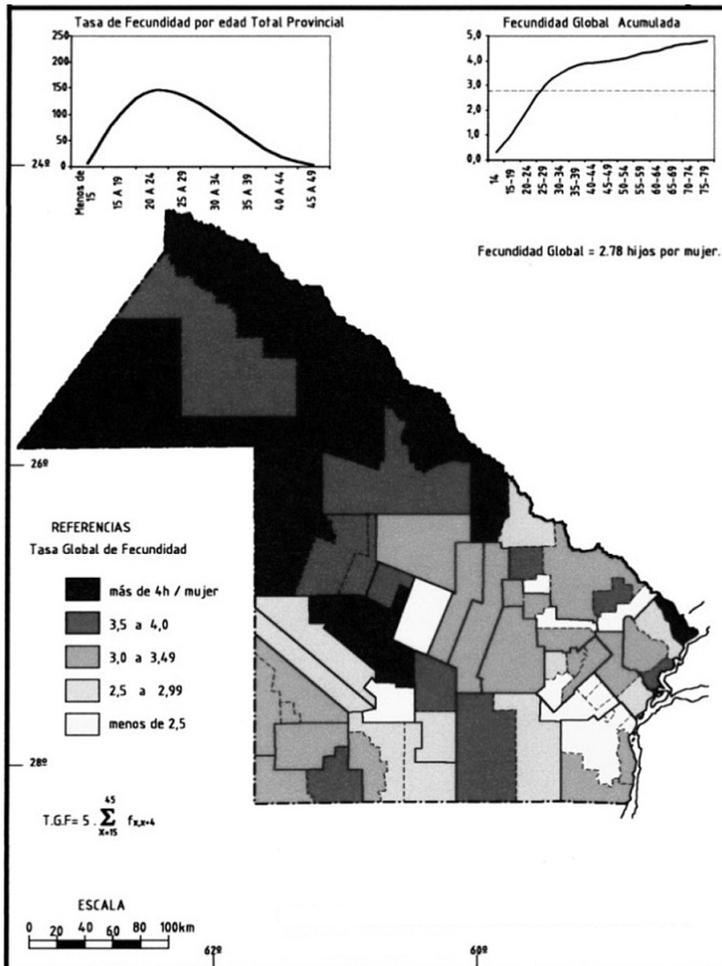
Fuente: Elaboración propia a partir de los anuarios de Estadísticas Vitales. 2001. Dirección de Estadísticas Sanitarias. Chaco. INDEC. Censo Nacional de Población 2001

2.2. LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD

Las altas tasas de principios del siglo XX, presentaron altibajos en la provincia debido a las malas condiciones de vida de la población, a la falta de políticas de

salud, al hacinamiento de las viviendas, a las condiciones insalubres, enfermedades respiratorias y gastrointestinales, entre otras. Posteriormente, con la aplicación de normas legales en materia de salud pública, se introdujeron mejoras en las condiciones sanitarias y con los adelantos en la medicina (aunque con efecto tardío en la región), se controlaron notablemente las enfermedades. A pesar de los logros alcanzados, se pueden seguir disminuyendo, especialmente, los niveles de la mortalidad infantil, advertencia sensible del estado de atención de la salud y de las condiciones de vida de la población.

Mapa 3. Chaco. Fecundidad global. Promedio de hijos por mujer. Año 2001.



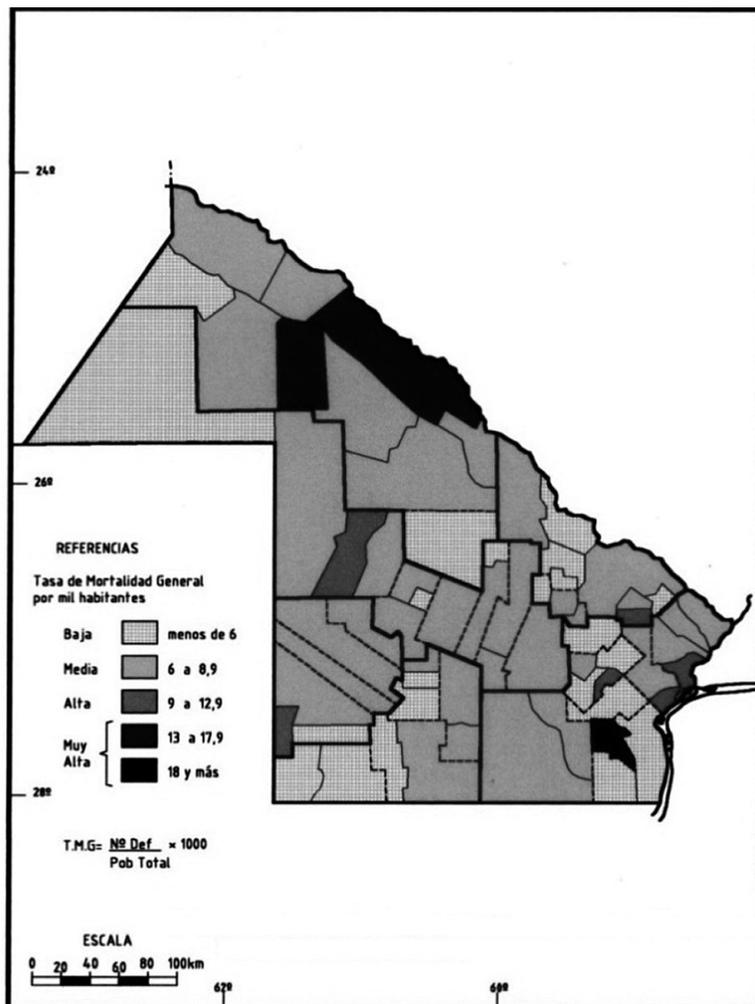
Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Población 2001 y Estadísticas Sanitarias 2001

Los indicadores que revelan las diferencias sanitarias son la *mortalidad* y la *morbilidad* de la población en los distintos estadios de la vida (infantil, niñez, adolescen-

cia, juventud, adultez y vejez). A pesar de la evidente baja en los valores de mortalidad infantil, la provincia del Chaco presentaba la tasa más alta del país (26.7 0 en 2002), seguido de Formosa con 25.50, Tucumán con 24.3 0 y Corrientes 23.80, como provincias alejadas y abandonadas de atención. *Mapa N° 4.*

Los índices de mortalidad tienen estrecha relación con la situación sanitaria de los pacientes. En el Chaco el 66,5% de la población carecía de cobertura de obra social o plan de salud y mutual; dicho valor fue superado en algunas áreas que alcanzaron el 75% en 2002. Sólo el 34,5% poseía obra social, localizada unas pocas áreas

Mapa 4. La mortalidad general en la provincia del Chaco.. Años 1997 a 2001.



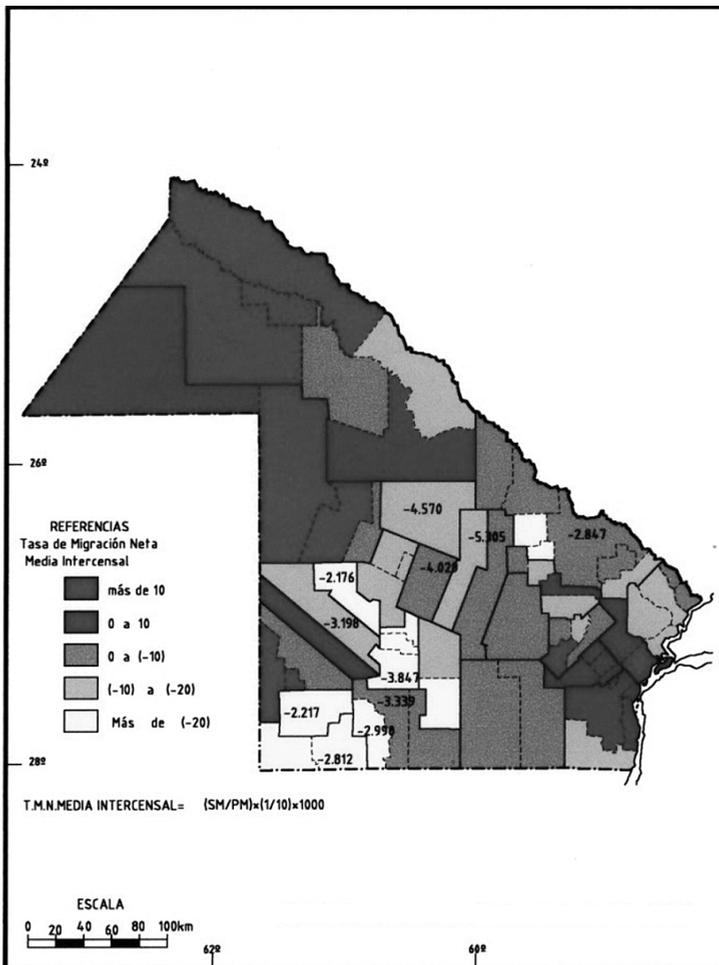
Fuente: Elaboración propia a partir de los anuarios de Estadísticas Vitales. 1997-98-99-2000-2001 Dirección de Estadísticas Sanitarias. Chaco

del oriente y algunos departamentos con actividades urbanas o rurales de importancia, que les permite contar con ese servicio.

2.3. LA MIGRACIÓN

Es un componente muy importante en el crecimiento de la población. La desigualdad en la distribución de los recursos, la pobreza y las políticas de desarrollo aplicadas a las áreas urbanas estimularon la emigración desde las áreas rurales. Generalmente las crisis en la agricultura, desde mediados del siglo XX, provocaron el éxodo desde el campo hacia los centros urbanos con el propósito de buscar trabajo y, ese movimiento produjo profundas consecuencias *demográficas* (crecimiento del tamaño de las ciudades, modificación de la estructura por edad y sexo de la población, incremento de las tasas de fecundidad y aumento de la densidad de la

Mapa 5. Chaco. Migración neta intercensal por municipios..1991-2001.



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Población 2001

población) y *sociales* (disparidades en las condiciones de vida y del mercado de trabajo) en las áreas metropolitanas receptoras y en las rurales de origen que quedaron en situación de vulnerabilidad (formación de asentamientos precarios, aumento del tamaño de los hogares y mayor carga de los servicios sociales).

Las migraciones entrañaron una serie de problemas de integración social y de tolerancia cultural en los lugares de destino, a la vez que expresan la inestabilidad, la precariedad y las dificultades que debieron enfrentar muchas familias que se transforman en ciudadanos muy vulnerables. Esta es una situación que se repite sistemáticamente en la provincia desde mediados del siglo pasado, fomentada por la inestabilidad laboral y las fluctuaciones cíclicas que sufrieron las principales actividades económicas (forestales, del cultivo del algodón y pampeanas), que dieron como resultado una expulsión demográfica durante todo el siglo de más de 300.000 personas.

Los últimos movimientos migratorios (1991-2001) presentan tres sectores diferenciados:

- El occidente con una tasa positiva de migración
- El oriente en los departamentos capital y aledaños en situación similar a la anterior, donde las áreas urbanas son más atractivas.
- Un sector central con un predominio de valores negativos como resultado de la emigración que afectó a la mayoría de los municipios en todo el período, algunos con valores muy importantes en cuanto a cantidad de personas que dejaron sus áreas de origen.

La tasa migratoria media intercensal en ese período (3,26‰) con una expulsión de casi 30.000 personas fuera de la provincia, tiene al sector central como al responsable principal de ese total del contingente. *Mapa N° 5.*

2.4. LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

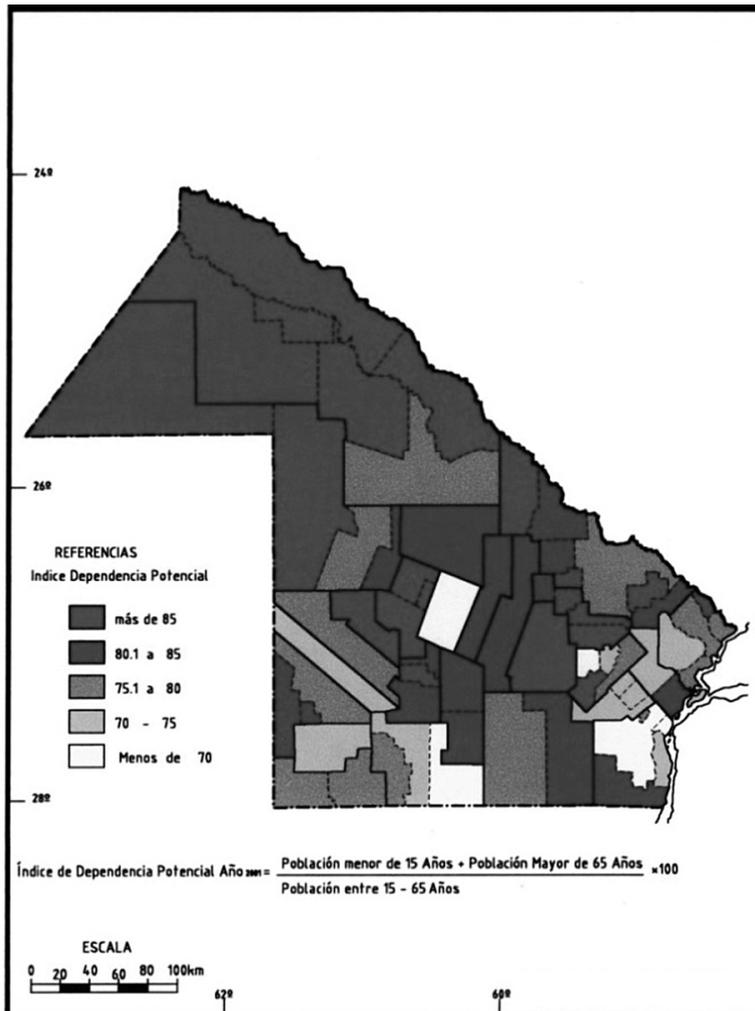
La principal manifestación de la vulnerabilidad de la *estructura de la población* es la dependencia demográfica (jóvenes y ancianos). Actualmente, la de estos últimos es importante en la provincia (12%), aunque está bastante lejos de las cifras que ostenta el mundo desarrollado (33%). La población que se desplaza es la que está en edad de trabajar y por ende los que permanecen en sus lugares de origen son los niños y los ancianos. Demográficamente ese movimiento está asociado al envejecimiento de la población en la comunidad de partida (principalmente la rural) que puede explicar la mayor incidencia, intensidad y gravedad de la pobreza. La alta relación de dependencia de los hogares rurales se agrava con la existencia de gran cantidad de población sin instrucción, hacinadas y con altas tasas de desempleo.

El *índice de dependencia* que relaciona también con la carga que representan los jóvenes y ancianos (población no activa) sobre los adultos (PEA) que alcanza al 73%. El sector occidental de la provincia expresa una mayor carga de pasivos sobre activos (más de 85%), principalmente del grupo de jóvenes, dada su estructura piramidal (torre Eiffel). El sector central con una carga entre 80 y 85% se corresponde con una estructura triangular, mientras que el área oriental con una dependencia

menor, con una composición en forma de campana y, en algunos casos, atípica tiene una carga menor, los valores oscilan entre 60% y 70%. Mapa N° 6.

El proceso de envejecimiento plantea riesgos en salud y seguridad social. Por lo tanto es de esperar que ese proceso esté acompañado de una transición epidemiológica, con cambios en la incidencia de las enfermedades asociada a las condiciones ambientales (infecciosas y transmisibles), hacia las endógenas o degenerativas es decir, las enfermedades que se originan en el deterioro de la propia fisiología. Esto se relaciona con la mejora de las condiciones de vida, con la aceptación de otros modos de vida, pero principalmente con la disminución de la fecundidad (Cfr. Chackiel, 2004,

Mapa 6. Chaco. Índice de dependencia potencial por municipios. Año 2001.



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Población 2001

58-61). Dicha situación hace necesaria la disponibilidad y reestructuración en la provincia, de servicios de salud de calidad en función de los requerimientos con costos accesibles, en la tercera y cuarta edad (entre los 60 y 74 años y a partir de los 75 en adelante, respectivamente), aunque la mayoría no está cubierta por obras sociales.

3. LA VULNERABILIDAD ASOCIADA A LOS PROCESOS DEMOGRÁFICOS

3.1. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

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 una modificación de la estructura etaria (envejecimiento demográfico). Se pueden detectar las siguientes etapas (Cfr. Rivadeneira, 2000, 22):

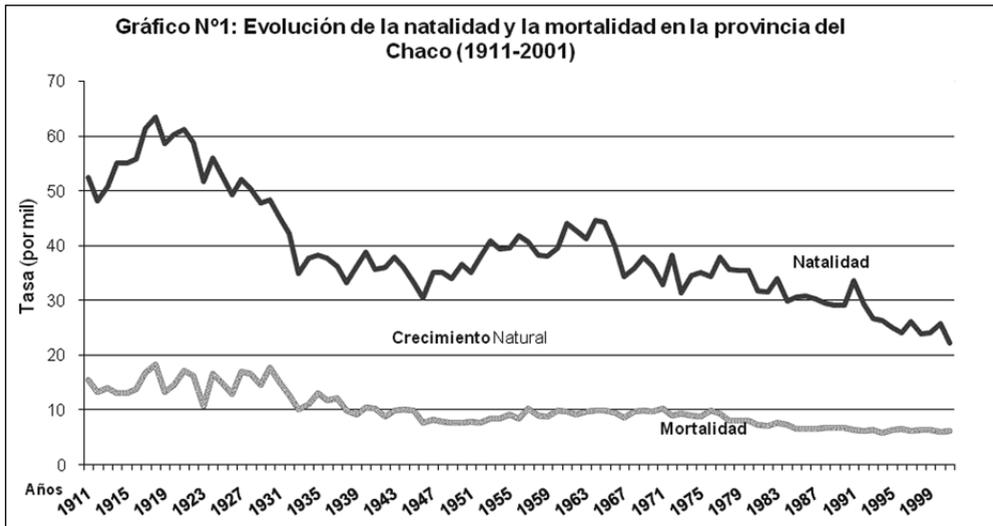
La primera etapa, de *transición incipiente*, se identifica por condiciones de pobreza con población predominantemente rural, deficiente acceso a los servicios sociales; con tasas de crecimiento natural del 2.5%, índice de natalidad y mortalidad elevado y sostenido y una alta proporción de niños y jóvenes.

En una segunda etapa, de *transición moderada*, si bien disminuye la mortalidad 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 esa mortalidad en descenso y de una natalidad elevada y firme 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 y se espera, que siga presentando una natalidad fuerte.

En la etapa de *plena transición* se registra un predominio urbano, una natalidad en descenso y una mortalidad también en disminución considerable debido a la joven estructura etaria y a las campañas de salud que se realizan. El crecimiento medio natural en esta fase es cercano al 2% anual.

Finalmente, se produce 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 resultado del descenso en los niveles de fecundidad.

En América Latina comenzó a descender la *mortalidad*, en primer lugar, con mayor intensidad desde 1930, para disminuir aún más a posteriori de la Segunda Guerra Mundial. Se alcanza un promedio de 52 años de eo y una tasa de mortalidad infantil de 127‰ a mediados del siglo XX. En las décadas siguientes se logró superar los 60 años de eo (1970) y los 70 años (2000) con una tasa de mortalidad infantil de 36‰ (Cfr. Chackiel y Schkolnik, 2003,11). Esta situación se condice con lo ocurrido en la Argentina y con algún retraso en sus regiones periféricas, como es el

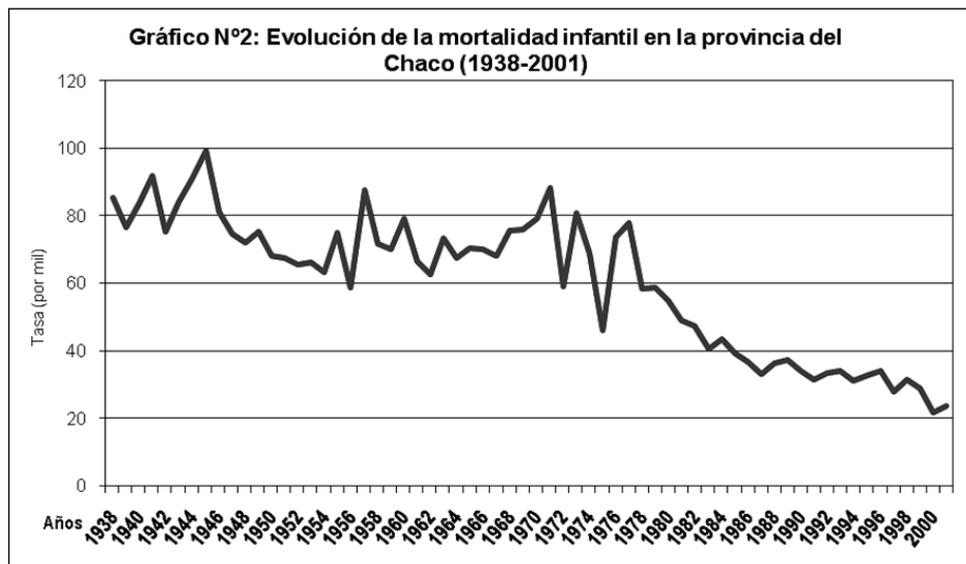


Fuente: Estadísticas vitales de la provincia del Chaco (ARG)

caso de la provincia del Chaco, que nos ocupa en este análisis, cuya ocupación efectiva se realiza a principios del siglo XX. *Gráfico N° 1*

La caída de los niveles de *fecundidad* en todos los casos fue posterior. A mediados del siglo XX 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, traducido en índices por debajo de los niveles de reemplazo, es la respuesta a la revolución anticonceptiva que dio comienzo en países europeos y luego se extiende al resto del mundo. Este hecho también tuvo su incidencia, aunque más tardía en la provincia del Chaco, que muestra valores en disminución muy importantes, desde la década del 70.

En conclusión, la rápida transición demográfica que se experimentó en los países en vías de desarrollo, como Argentina, modifica el perfil de los riesgos. Desde mediados del siglo XX se produjo el descenso de la fecundidad y de la mortalidad que marca una disminución del número de niños en los hogares, por el aumento del control sobre la salud y la reproducción de las personas, quedando atrás las amenazas de un elevado crecimiento aunque la población juvenil altamente vulnerable y sin protección no logra todavía abstraerse de problemas como el embarazo de las jóvenes. Este análisis puede ser completado con tres aseveraciones derivadas de esa situación aplicables también a la provincia del Chaco: 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 progreso de la misma no asegura la disminución de la vulnerabilidad social, pues existen numerosos riesgos que



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

escapan de la esfera demográfica, como tampoco se garantiza el logro de aspiraciones sociales y económicas de las personas en el Chaco (Foschiatti, 2006).

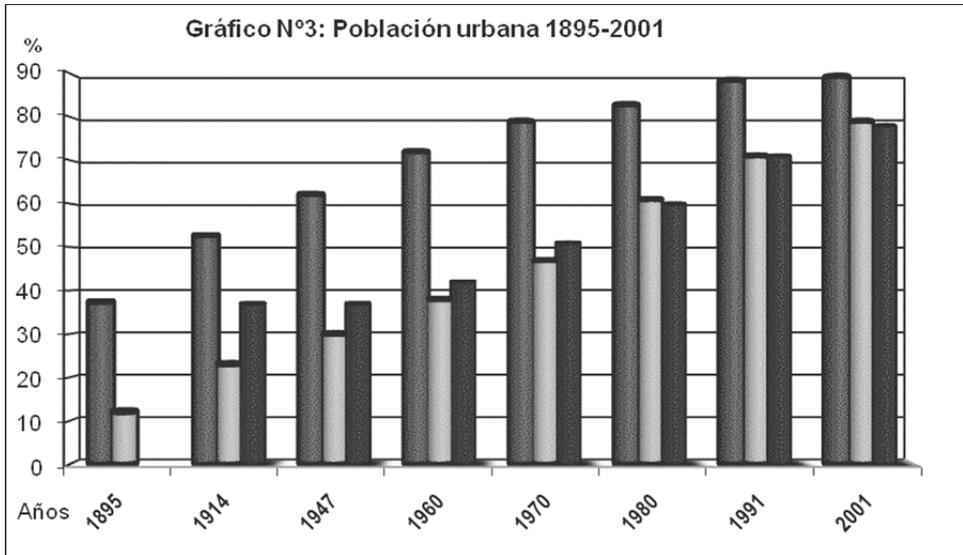
La mortalidad es un riesgo sociodemográfico que se debilita con el avance de la transición demográfica. Ello significa que se pueden evitar muertes por causas previsible y además, postergar la vida de las personas hasta el límite máximo que permite la capacidad humana y médica. En ese sentido la transición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

En ese sentido, 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. *Gráfico N° 2*

3.2. 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 rura-

les, 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 la ocupación y del comporta-



Fuente: INDEC. Censos nacionales de población (Arg)

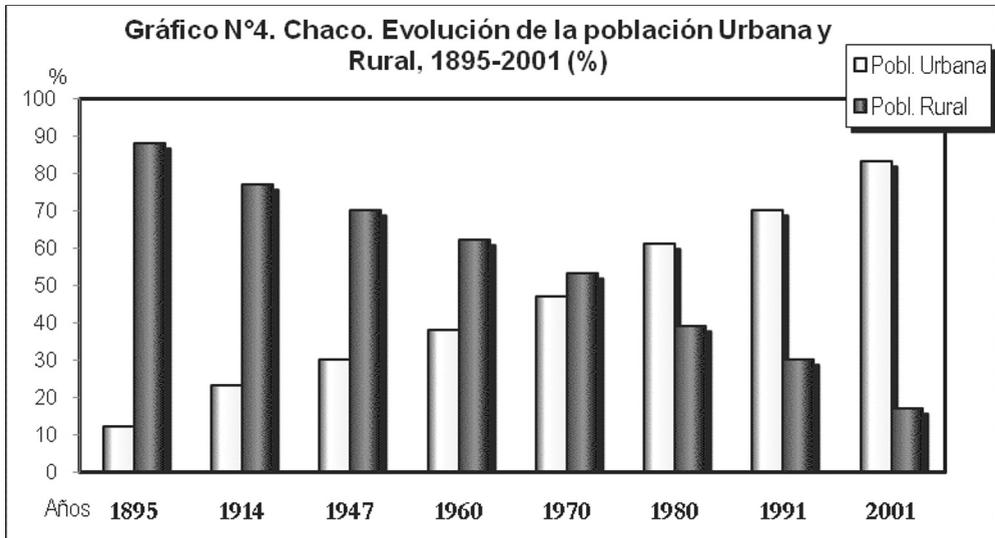
miento de las personas cuando se decide a buscar oportunidades para satisfacer sus propias necesidades (Zelinsky, 1971).

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 posterior, con mayoría urbana, es una de las más destacadas expresiones de los profundos cambios provocados por la distribución de la población. 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 las más urbanizadas 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 argentino los valores ascienden a 29% en 1947 y 78% en 2001, y dentro de esta región, en la provincia del Chaco, las cifras son de 30% y 83% respectivamente, acompañando al ritmo del crecimiento del país y de la región, superándola en el último censo. *Gráfico N° 3*

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 nuevo medio que los recibe. Ello se ve expresado claramente en la situación provincial, donde a partir de la década del 70 se invierten las proporciones de población urbana y rural. Gráfico N° 4

Por otra parte el despoblamiento del campo, en el Chaco, es otro riesgo que se debe enfrentar desde las etapas preliminares de la transición urbana, aunque la población rural se continúa desarrollando 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 algunos fenómenos como la criminalidad, la contaminación, la violencia, riesgos contingentes que pueden atenuarse (Busso, 2002, 38). Al mismo tiempo, y en etapas posteriores, se pueden promover aspectos positivos como el aumento de la población activa, producto de la selectividad migratoria, aunque la urbanización modifica el perfil de algunos riesgos sociodemográficos como la segregación residencial y el crecimiento desordenado, como es el caso de la ciudad capital: Resistencia.

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 urbanas precarias o expuestas a problemas ambientales, como se observa actualmente en las principales localidades provinciales, principalmente su capital, donde el sector sur se caracteriza por las ocupaciones informales y asentamientos espontáneos desprovistos de los servicios elemen-

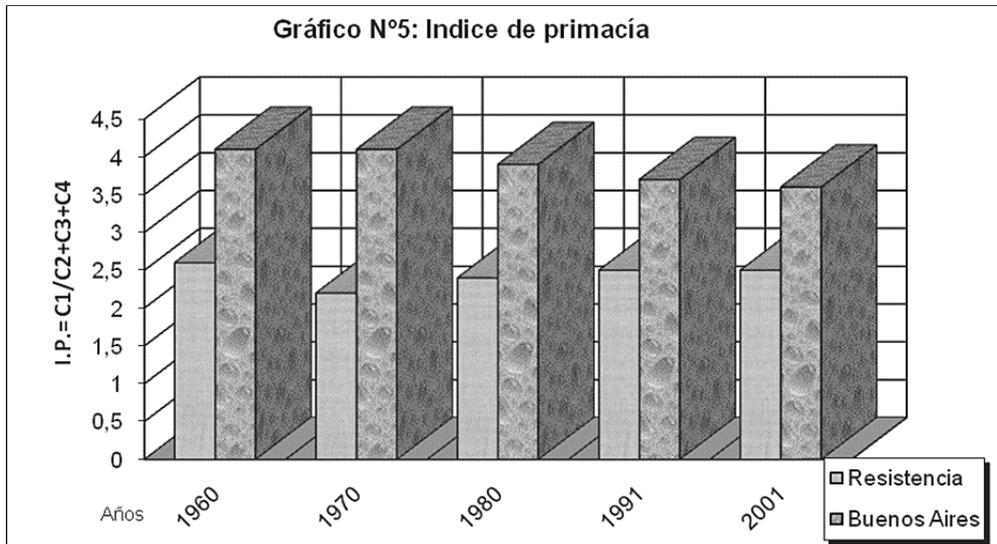


Fuente: INDEC. Censos nacionales de población (Arg)

tales. Varios de los riesgos urbanos se vinculan también con la organización de los *sistemas primados de ciudades* o ciudades grandes con predominio de riesgos relacionados con el emplazamiento y la movilidad dentro de las ciudades.

Asimismo, los recientes procesos de urbanización provincial acompañaron a las transformaciones en la estructura interna de los núcleos urbanos y en el sistema de ciudades. La mayoría de ellas se organizan internamente como espacios en permanente cambio donde conviven áreas centrales colapsadas y recientes periferias segregadas y marginales. Pero al mismo tiempo como lo expresa Zárata Martín, (1997) 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.

En numerosos sectores, el elevado incremento demográfico urbano fue acompañado por un proceso de redistribución, por una urbanización y una concentración urbana muy altas. En algunas ocasiones el responsable directo fue el importante crecimiento natural, aunque se puede afirmar que las migraciones rurales constituyen su componente y responsable fundamental. En ese sentido, un rasgo más sobresaliente de los países emergentes es el peso de las ciudades de grandes magnitudes, es



Fuente. Censos nacionales de población

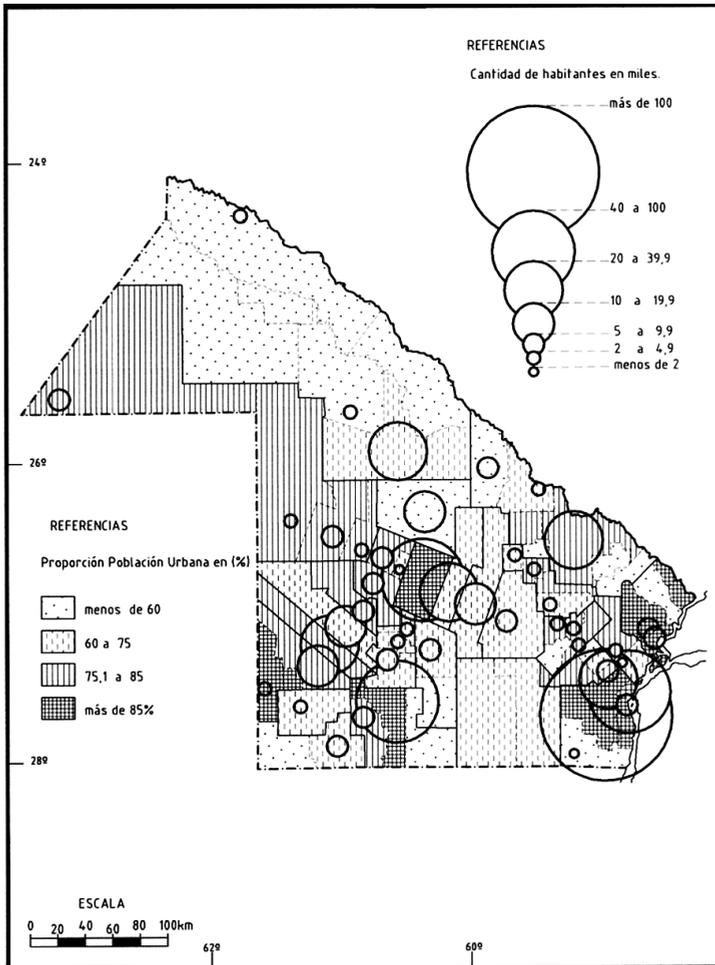
decir, la supremacía de las capitales en términos cuantitativos (Cfr. Ferrer Regales, 1992, 29). En ese sentido, la capital provincial ejerce supremacía desde mediados del siglo XX. *Gráfico N° 5*

En numerosos sistemas urbanos de América Latina se destacan las ciudades grandes y su presencia tiene orígenes históricos. En el año 2000 unas 49 ciudades tenían más de un millón de habitantes, 7 urbes superaban los 5 millones y 4 llegaron

a los 10 millones. Esa elevada concentración de población en las ciudades principales es un atributo de los sistemas urbanos de los países en vías de desarrollo (*primacía urbana*) (Cfr. Ferrer Regales, 1992, 29)

La preferencia urbana de los conquistadores provocó la fundación de ciudades con funciones de defensa y con poder político - económico. La evolución de la población de las ciudades fue acelerada y no cabe duda que ellas fueron protagonistas en el proceso de redistribución de la población a partir de la transferencia de personas del campo por procesos migratorios (Pinto da Cunha, 2002, 7). En ese sentido, el desarrollo urbano en la provincia se caracterizó hasta 1970 por un alto crecimiento demográfico, por una alta fecundidad y por la importante emigración del campo, 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 observaron algunos cam-

Mapa 7. Chaco.2001. Población urbana y por localidades.



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Población 2001

bios 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.

Con una definición imprecisa pues requiere de un sistema urbano de referencia, las ciudades intermedias son uno de los componentes más destacados y dinámicos del sistema urbano. 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.

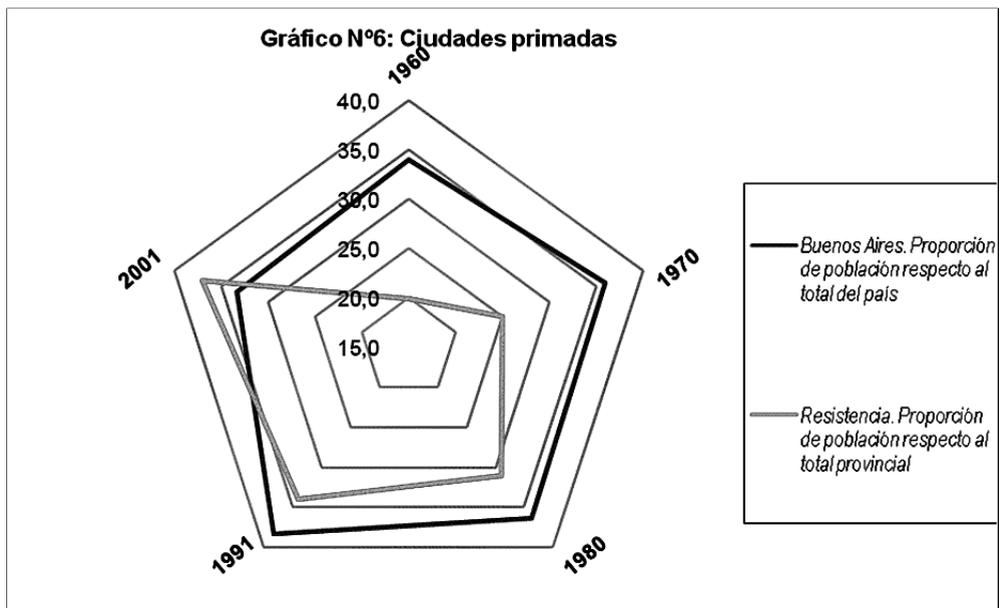
Resistencia, la capital de la provincia, alcanzó a los 361.118 habitantes (2001), aunque se erige en la capital regional más importante y junto a la vecina ciudad de Corrientes forman un núcleo que supera las 500.000 personas. Le sigue en importancia la ciudad de Pcia. R. Sáenz Peña que solo alcanza a un 21% de la población capitalina, un verdadero desequilibrio urbano, más aún si consideramos el resto del sistema. *Mapa N° 7*

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 aplicado². 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.

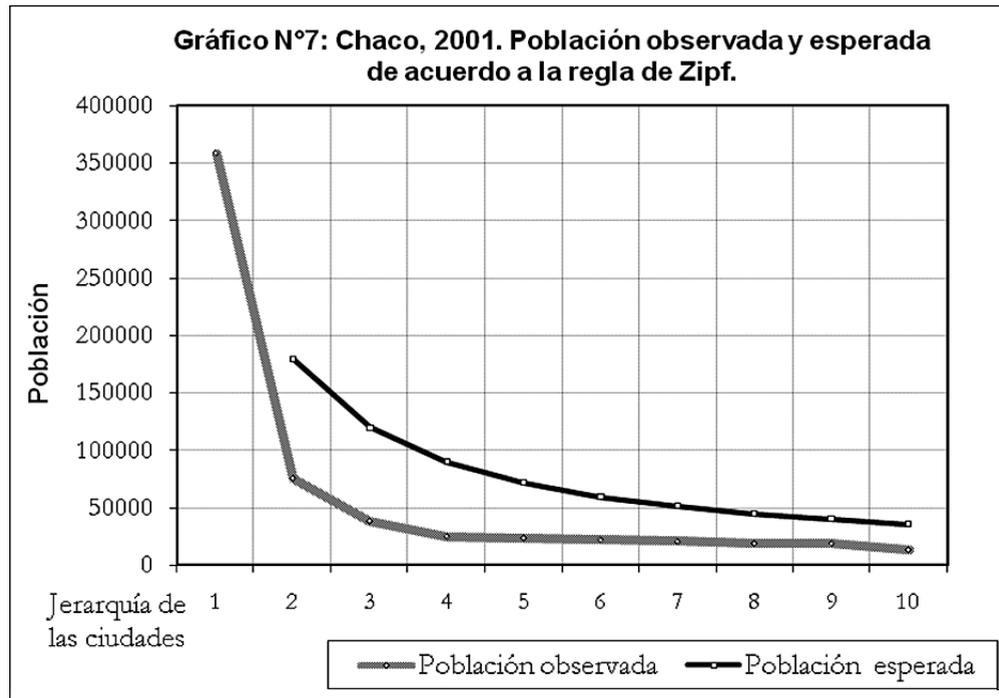
El análisis de las redes urbanas y de la organización interna de las ciudades permite concluir que la primacía urbana es el factor desencadenante de los desequilibrios espaciales. Además en el fenómeno del macrocefalismo que acentúa el papel hegemónico de las ciudades, ejercen una especie de colonialismo interno que dirige la vida de la provincia. *Gráficos N° 6 y 7*

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, tal es el caso de Resistencia. Estos elementos de orden económico junto

² 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. iii 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: Elaboración propia en base a los censos Nacionales de población



Fuente: Censo Nacional de población, 2001

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 ese gran conglomerado, colaborando así en la producción de la hiperurbanización (Foschiatti, 2006).

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 improductivas 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.), entre otros, temas candentes en Argentina y por ende en las provincias como la del Chaco.

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). Esta y otras situaciones explican que la transición urbana en la provincia es traumática para los grupos más vulnerables y ubicados en las periferias calientes, con la modalidad de ocupaciones ilegales, incluso en terrenos privados, como ocurre actualmente en Resistencia.

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 (Arriagada Luco, 2003.24) Es importante destacar, además, que la ampliación de las periferias urbanas, mucho más intensa que la de las áreas centrales, 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:

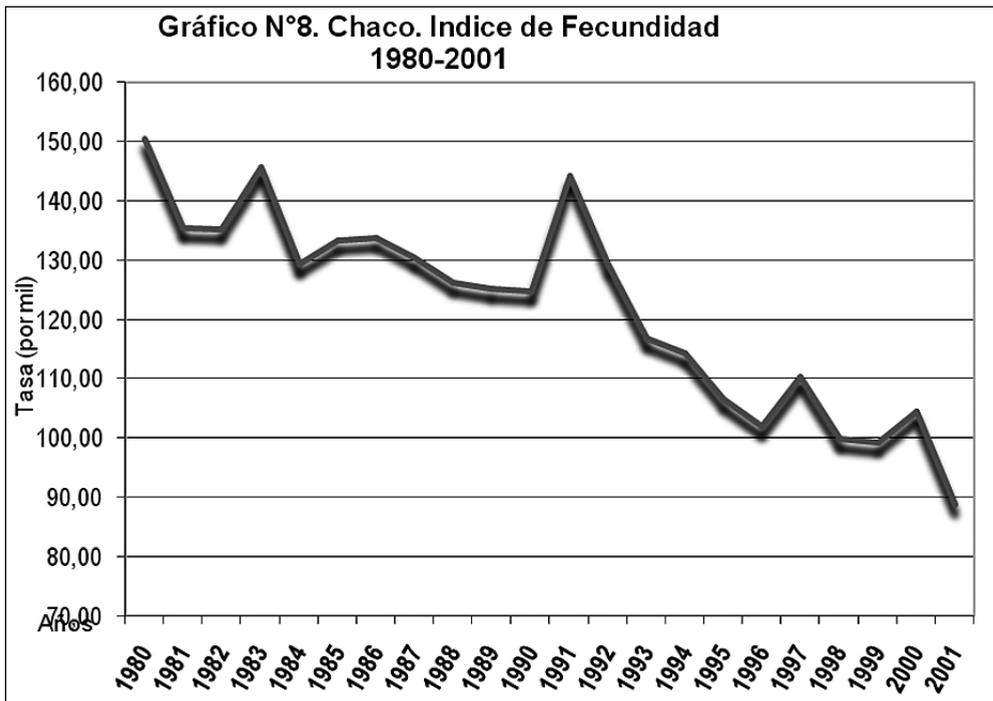
- A medida que avanzaron la *transición urbana* y la *transición demográfica* se transita hacia una reducción del crecimiento de las ciudades más grandes, aunque estas siguen conteniendo a gran parte de la población total y urbana. Se detiene el ritmo de la capital provincial, aunque su número aumenta.
- Las ciudades más grandes 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. En Resistencia ya no hay espacio en el área central, de allí el desplazamiento hacia otras áreas alejadas de centro.
- 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 con un bajo desarrollo socioeconómico, principalmente en los sectores periféricos de bajos recursos. Así, los serios problemas de dispersión y aislamiento continúa en las fases de transición más avanzadas.

3.3. LA SEGUNDA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Los cambios que están ocurriendo en el comportamiento de la fecundidad en los países desarrollados se incluyen en la llamada *segunda transición demográfica*. Esta implica las modificaciones en la estructura familiar, la postergación de las iniciaciones nupciales y reproductivas y la transformación de la institución matrimonial (más informal y frágil) acompañadas de un aumento de la edad de las uniones, de la procreación extramatrimonial, las disoluciones matrimoniales, que produjeron 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 (Chackiel, 2004, 15).

La llamada *segunda transición demográfica*³ 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 con su retraso o su avance.

³ 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.



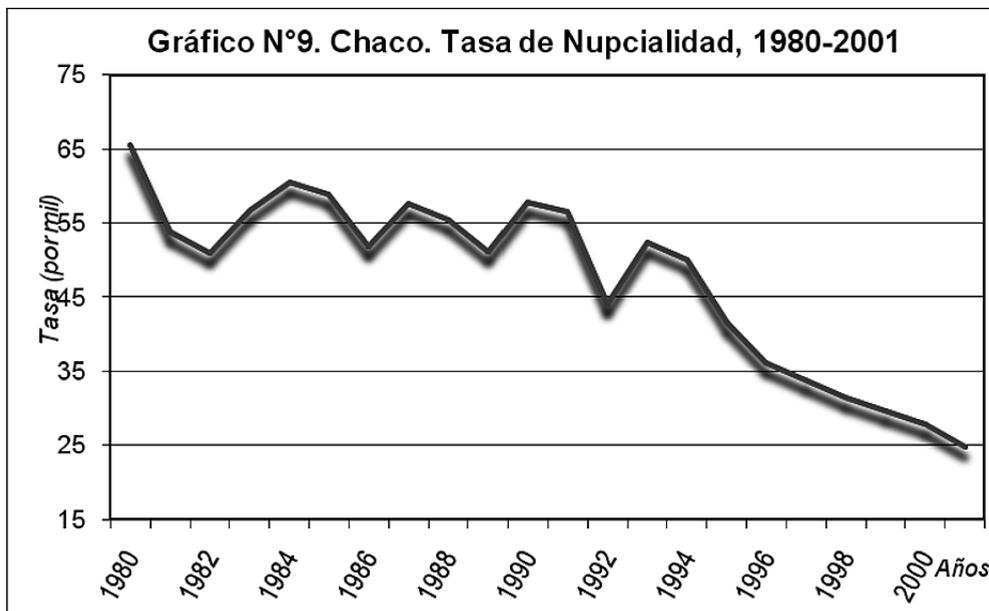
Fuente: INDEC. Censos nacionales de población, 1980, 1991 y 2001. Estadísticas vitales, 1980 a 2001

La alta *fecundidad* está asociada, generalmente, a los sectores con menores recursos, a los más pobres, con bajo nivel de instrucción y radicados en áreas rurales y urbanas marginales, entre los que se encuentran los aborígenes. Asimismo los que han logrado bajar los índices de fecundidad son las clases más acomodadas y los que tienen mayor instrucción, situación que le permite un mejor acceso a la información necesaria para la planificación familiar y a los medios para controlar la natalidad. El menor número de hijos deseados por las mujeres de condición social más baja 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 comunicación y a la generalización del uso de métodos anticonceptivos (Chackiel, 2004). En la provincia se advierte una disminución de la fecundidad y la natalidad en la última década del siglo XX (*Gráfico N° 8*), aunque existen diferencias en áreas 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), un incremento de la soltería, 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 edu-

cativa y de obtener una posición socioeconómica favorable para encarar esas etapas y 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 emergentes (Rodríguez Vignoli, 2001).

El mismo autor afirma que un aumento de las uniones ilegítimas, de los divorcios, separaciones, 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 realidades. 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 de eventos traumáticos. 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. Estos hechos y situaciones comienzan a hacerse visibles en la Argentina y en el Chaco desde las últimas décadas del siglo XX.



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

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.) *Gráfico N°9*

El tema de la maternidad adolescente tiene consecuencias adversas para las involucradas, pues esas mujeres se ven en la necesidad de asumir roles, improvisar deci-

siones para los cuales no están preparadas, todo lo cual va en desmedro de la estabilidad familiar y la crianza de los hijos. 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. Además la sociedad sufre la salida del sistema educativo de esos recursos humanos que están en pleno proceso de formación lo que implica mayor riesgo y vulnerabilidad y menor capacidad de respuesta y defensa (Rodríguez Vignoli, 2001, 5).

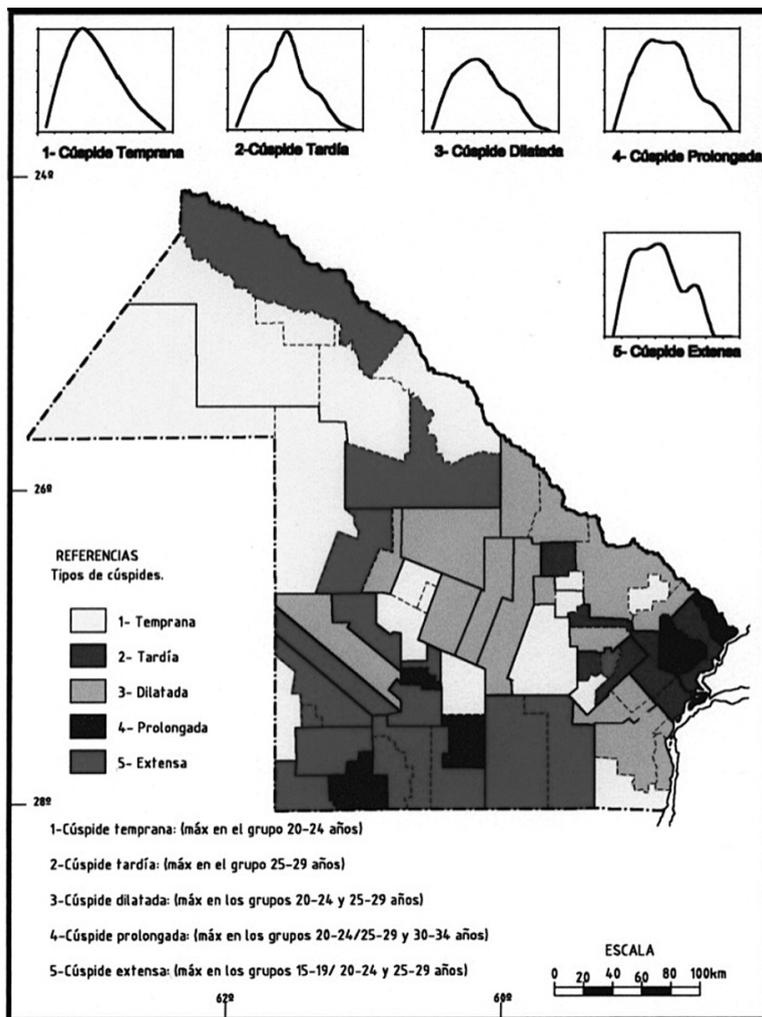
La educación es la principal herramienta de las sociedades modernas para promover y realzar el capital humano, como así lograr la integración de los jóvenes y adolescentes, de allí que las opciones de movilidad social dependen de la educación recibida y si esta es deficiente opera como un elemento de vulnerabilidad que debilita a los grupos humanos frente a las exigentes condiciones del mundo actual. Frente a esta realidad, el Chaco es una de las provincias con una alta proporción de analfabetismo y escasa instrucción. 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.

En ese orden de cosas y si se analiza la fecundidad por edad, en la provincia se observan cinco modelos de estructura de fecundidad (Foschiatti, 2006):

- 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 N° 8.

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

Mapa 8. Chaco. Tipos de estructuras de fecundidad por edad (según división municipal). Año 2001.



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Población 2001 y Estadísticas Sanitarias 2001

- 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. de los jóvenes urbanos pobres debido a la segregación residencial y a la restricción de los servicios básicos (Cfr. Foschiatti, 2007).

Resumiendo, el estudio de las variables de población se relacionan con los daños ambientales, la salud reproductiva, la localización de áreas marginales, los activos, los ingresos, los que a la vez 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 evaluar los siguientes aspectos: 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. Todo ello 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 (Cfr. CEPAL, 2002, 22-23).

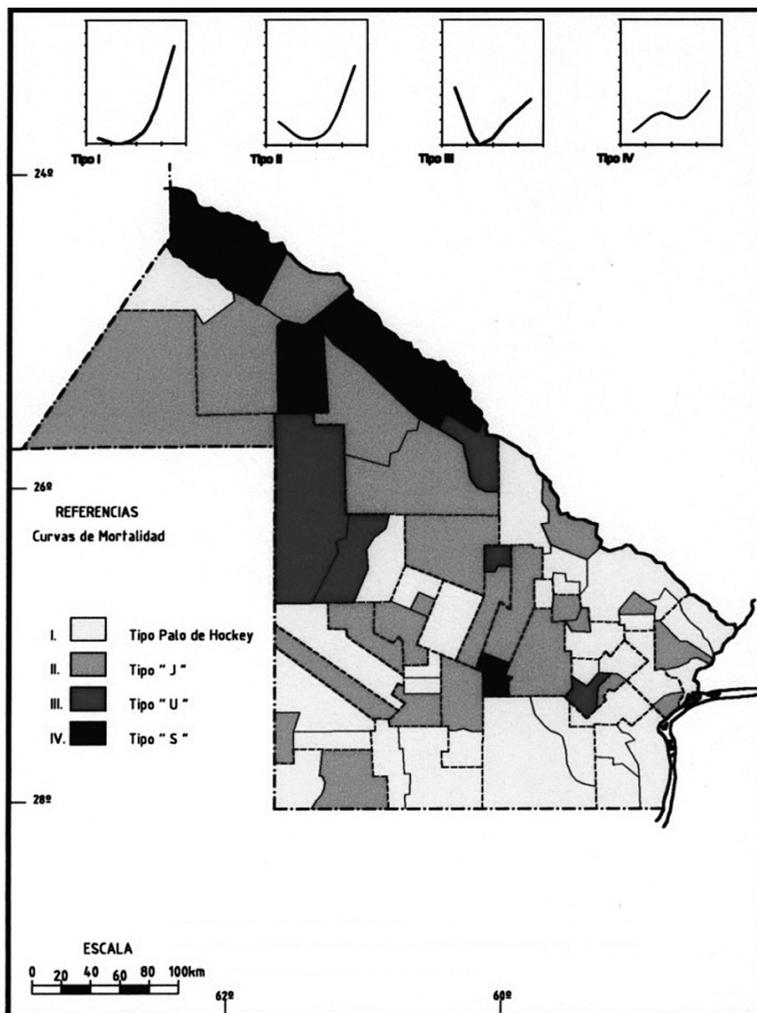
3.4. LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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 habían 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 (exposición a riesgos similares al de los hombres), como así el combate de enfermedades crónicas masculinas, reduzcan las diferencias (Chakiel, 2004, 62).

En relación a ello, la mortalidad general de la provincia presenta, actualmente, valores medios, aunque se observan algunos sectores con tasas altas, ubicadas en el occidente, *Mapa N° 4*. Revela 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 afectó 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.

Las muertes provocadas por anomalías congénitas y del período perinatal afectaron en su gran mayoría al grupo de 0 a 4 años. Las deficiencias de la nutrición provocaron 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

Mapa 9. Chaco. Mortalidad proporcional agrupada (según áreas programáticas). Año 2001.



Fuente: Elaboración propia a partir de los anuarios de Estadísticas Vitales 2001. Dirección de Estadísticas Sanitarias. Chaco

muchas veces difíciles de satisfacer. Las complicaciones del embarazo se vinculan en mayor medida al grupo mayor de 45 años (66%) y en segundo lugar al de 25-44 años con el 32% (Foschiatti, 2006).

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 disminuye la mortalidad y aumenta la esperanza de vida. Los cambios operados expresan la transición epidemiológica en la estructura de causas de muerte provincial. 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 los controles de la salud de los distintos grupos etarios de la población.

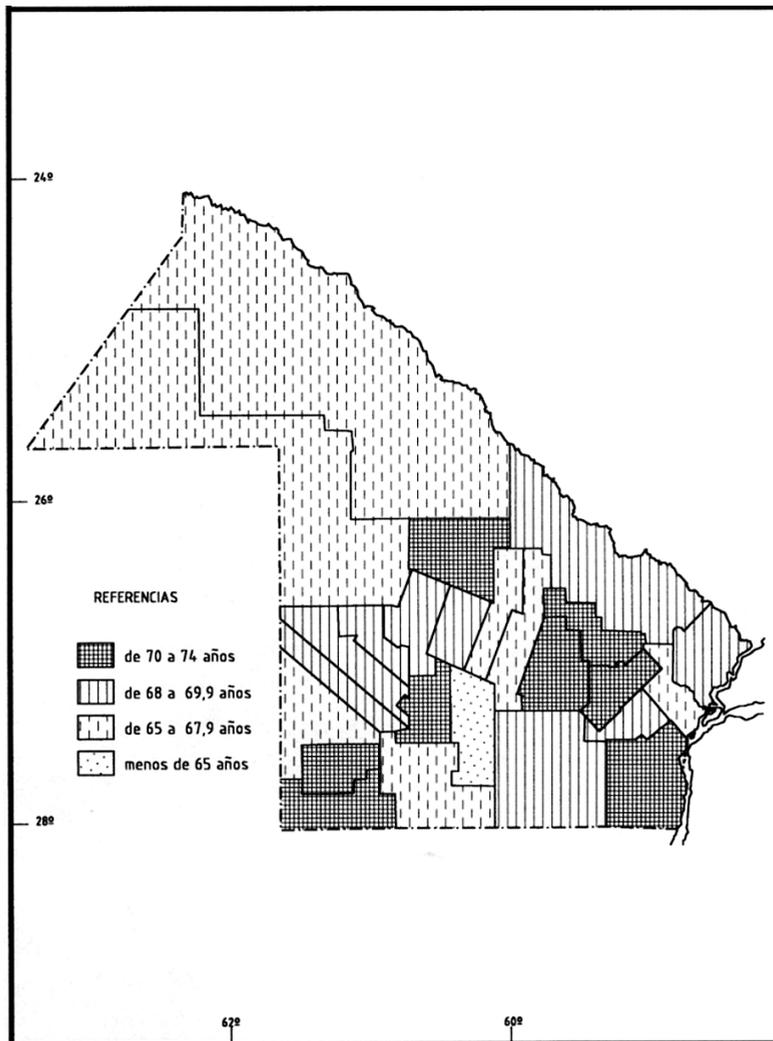
Las figuras o gráficos resultantes de la distribución de la mortalidad por edad muestran esas situaciones diferentes en la provincia⁴:

- 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° 9*.

Para explicar esos cambios en el campo de la salud y en estrecha relación con la *transición demográfica* Abdel Omram expuso y desarrolló la denominada teoría de la transición epidemiológica (Vera Bolaños, 2000). 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.

⁴ Las figuras resultantes analizadas corresponden a las curvas de mortalidad proporcional agrupada que reúnen la información de la mortalidad por grandes grupos de edades. Las mismas indican situaciones diferenciales según el comportamiento de las curvas (por ej, elevada mortalidad infantil, en la niñez, en las edades jóvenes y adultas o en la vejez). Su análisis permite determinar el tipo de mortalidad por edad predominante en el área analizada y discernir la incidencia de los diferentes factores que afectan a la población estudiada.

Mapa 10. Chaco. 1996-2001..Esperanza de vida



Fuente: Elaboración propia a partir del anuario de Estadísticas Vitales 1996. Censo Nacional de Población 2001

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. A pesar de esto hecho positivo, la elevada mortalidad infantil sigue manteniéndose en la provincia, en las áreas cuyas madres tienen escasa o nula instrucción.

Si bien en la provincia, se viven modificaciones profundas en el cambio de las causas de muerte, existen rebotes 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.

Para estudiar ese cambio de los patrones de salud y enfermedad A. Omram asegura que los cambios en la salud y en los patrones de enfermedades están estrechamente vinculados con la transición demográfica y el nivel socioeconómico de las sociedades⁵. 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 hombre⁶.

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 condiciones 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 pasó 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 (Chackiel, 2004, 50).

En la *transición epidemiológica*, aplicable a la situación de la provincia del Chaco, se pueden distinguir 4 fases:⁷

⁵ "...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.

⁶ Las 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).

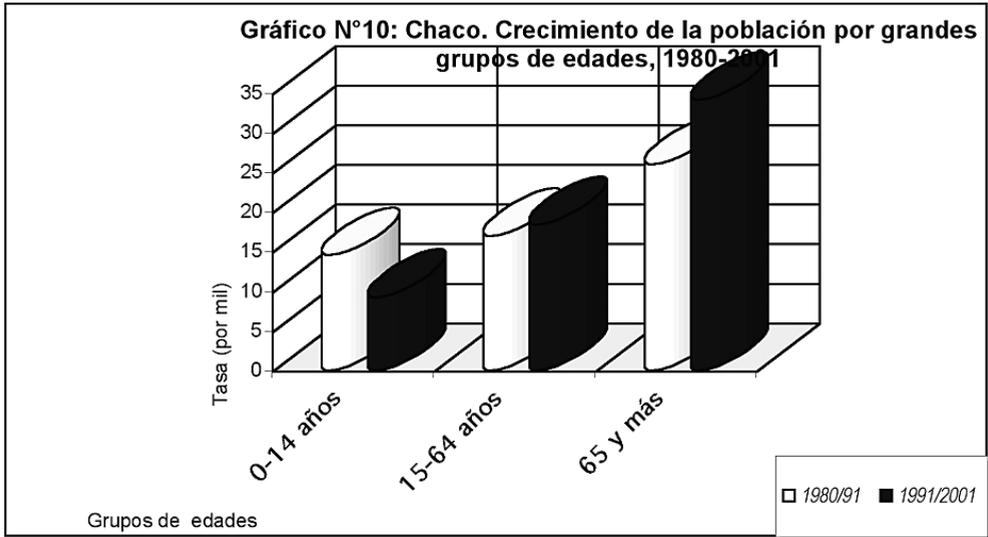
⁷ www.webmastersanitarios.org. *La transición epidemiológica*. 2004.

1. *Primera fase*: A principios del siglo XX, que comprende la epidemiología de las áreas 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 fueron poco frecuentes por los rasgos de la alimentación.
2. *Segunda fase*: Corresponde a los sectores 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, desde mediados del siglo pasado. Además aparecen en forma incipiente los factores de riesgo cardio-vasculares y aumenta la incidencia de la arteriosclerosis.
3. *Tercera fase*: Incluye a las áreas en transición desde la década del 70, 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 cardio-vasculares y accidentes cerebro-vasculares. Existe una mayor esperanza de vida y una disminución importante de las enfermedades infecciosas y de la nutrición.
4. *Cuarta fase*: Comprende a los sectores con mayor acceso a los avances médicos y donde se aplican medidas de educación sanitaria que ayudan a tomar conciencia a la población sobre el riesgo de las enfermedades cardio-vasculares. De esa manera se 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, actualmente, todavía existen diferencias entre las capas altas y bajas de la sociedad.

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 va cambiando paulatinamente.

A propósito de las particularidades del cambio y su variación temporal, (Vera Bolaños, 2000, 181-182) distingue tres modelos básicos de transición epidemiológica:



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de población 1960, 1970, 1980, 1991 y 2001

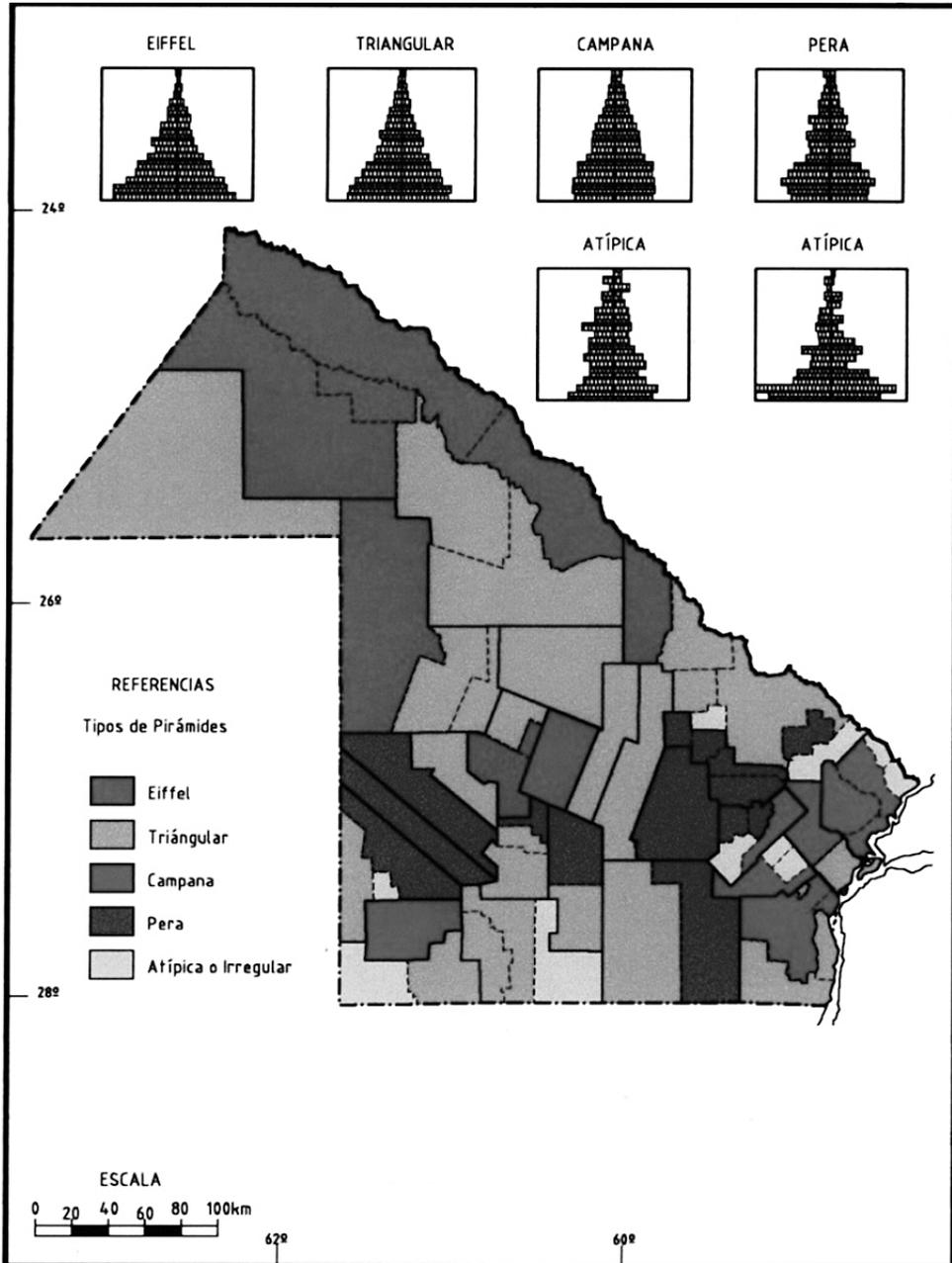
1. El *modelo oeste o clásico* que describe un cambio gradual de tasas de mortalidad altas (30‰) y natalidad alta (40 a 50‰) a tasa bajas 10 y 20‰ respectivamente, como consecuencia de las mejoras sociales, ambientales y económicas y a la práctica de métodos de control de la natalidad, donde poco tiene que ver los adelantos en la medicina, por lo menos en la etapa inicial.
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 modelo 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.

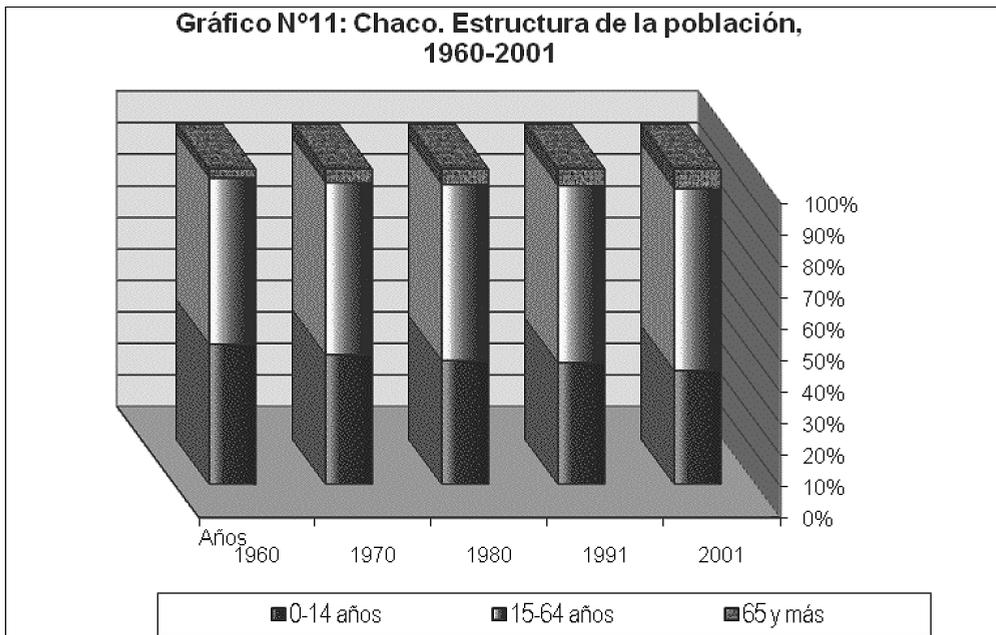
4. VULNERABILIDAD ASOCIADA A LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

El avance de las diversas transiciones atenúa algunos riesgos pero a la vez puede aumentar los existentes y generar otros nuevos, por ello es necesario conocer la conducta de su estructura demográfica. Las tasas de crecimiento de la población del Chaco

Mapa 11. Tipos de estructura de población según división municipal. Año 2001



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional de Población 2001



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de población 1980, 1991 y 2001

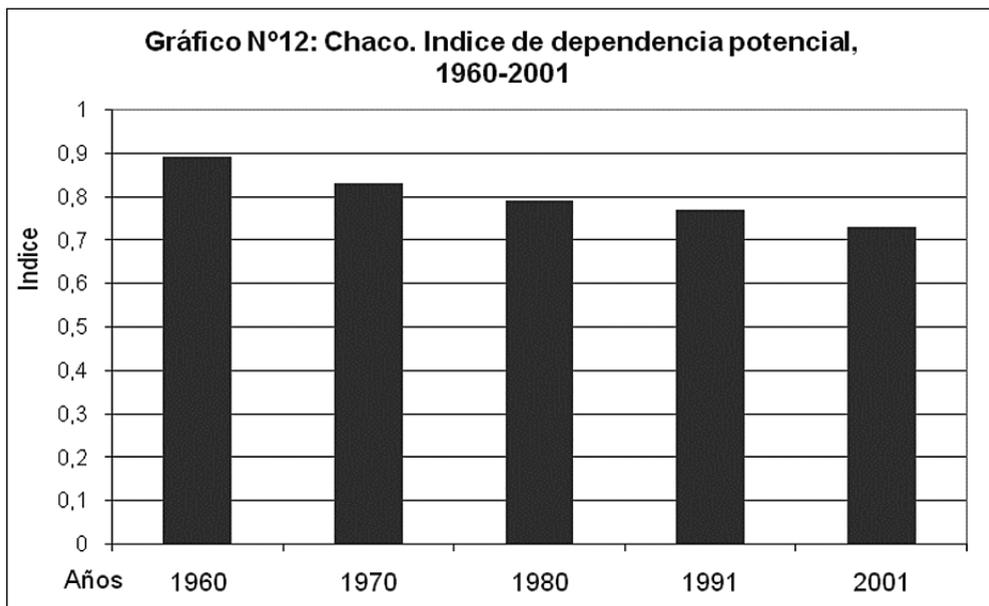
muestran diferencias en el análisis del total y por grupos de edades. Además no es uniforme en todo el ámbito provincial, lo cual supone algunos interrogantes sobre el futuro comportamiento regional en temas relacionadas con la edad media, la esperanza de vida, la fecundidad y la transformación de la estructura etaria. *Gráfico N° 10 y 11*

Los *nuevos riesgos* generados por el proceso de transición demográfica modifican la estructura por edad de la población, manifestándose a través de *la oscilación de las cohortes y el proceso de envejecimiento*.

El primero se origina en las variaciones del número de nacimientos que cambian el *tamaño de los grupos de edades* a medida que las cohortes avanzan en su ciclo vital. Es así que el descenso acelerado de la fecundidad causa grandes fluctuaciones en el tamaño de las mismas, especialmente cuando el descenso es irregular. Los riesgos que ello trae aparejado afectan a todas las comunidades que están en proceso de transición demográfica.

La clasificación tradicional que expresa la composición demográfica distingue tres tipos de pirámides de población: *Torre de Eiffel, campana y urna funeraria*. Rey Balmaceda, 1985, presenta una tipología más amplia donde es posible advertir una variedad más completa para el análisis: *pirámides rítmicas y arrítmicas*⁸.

⁸ Las primeras representan estructuras demográficas con un ritmo de disminución regular y sostenida, con una evidente simetría entre los sexos. Las arrítmicas implican estructuras con anomalías en los distintos grupos y entre los sexos. Ambas están afectadas por la natalidad, la mortalidad y los movimientos migratorios como así hechos extrademográficos que las definen.



Fuente. INDEC. Censos Nacionales de población

En los modelos rítmicos se consideran tres tipos de pirámides: *torre de Eiffel*, *triangular* y *campana* y las arrítmicas por cinco: *urna funeraria*, *rectangular* o *estacionaria*, *yunque*, *doble rectangular* y *atípica*. A estas se pueden agregar dos más: forma de pera y gota (Leib-Mertins) (Bolsi, 1993)⁹.

⁹ La pirámide *Torre de Eiffel* responde a una natalidad elevada, con una base dilatada. La disminución de la población a medida que avanzan las edades se realiza en forma rápida como producto de una mortalidad elevada, sobre todo en los niños. El grupo de pasivos transitorios es elevado mientras que el de pasivos definitivos es muy reducido. La pirámide *triangular* tiene una forma regular y compacta, con una base más restringida que la anterior y una disminución regular y constante a través de toda la figura. Responde a una natalidad y mortalidad media y el nivel de reemplazo es óptimo. La pirámide *campana* presenta una base más angosta que la anterior, resultado de una natalidad y mortalidad media a débiles. Se engrosa el grupo de activos, disminuyen los pasivos transitorios y aumentan los definitivos. La pirámide *urna funeraria* corresponde a sociedades maduras con natalidad y mortalidad débiles. Acusa un envejecimiento en la base con una elevada proporción de adultos y ancianos. La pirámide *rectangular* representa a poblaciones envejecidas y casi estacionarias con débil natalidad y mortalidad y casi nulo crecimiento natural. La pirámide *yunque* corresponde a poblaciones que han sufrido alteraciones por factores no demográficos. La pirámide *doble rectángulo* presenta una lata natalidad y mortalidad, pero su rasgo distintivo es la concentración pronunciada que sufre la población activa a partir de los primeros años por efecto de la emigración. La de forma de *pera* presenta una disminución muy importante en la base como consecuencia de una baja en la natalidad por efectos de métodos de control, ya que el resto de la estructura se comportan en forma simétrica y con disminución escalonada. La de forma de *gota* presenta un vaciamiento de las edades jóvenes que resulta una natalidad casi nula, con un engrosamiento en las edades adultas y viejas. Las pirámides *irregulares* o *atípicas* presentan una asimetría en los sexos y en las edades con profundas irregularidades y desequilibrios que impide su inclusión y clasificación precisa.

Muchos de esos tipos de pirámides se localizan en la provincia del Chaco como resultado de los efectos de los hechos demográficos. En el sector occidental hay un predominio de pirámide tipo torre de Eiffel (alta natalidad y mortalidad) y triangular; hacia el oriente hay áreas con pirámides maduras o campana, pera y atípica (alta incidencia de la baja natalidad y de los movimientos migratorios). Al sudoeste hay un predominio de pera, triangular y atípica. *Mapa N° 11.*

El segundo riesgo es el *envejecimiento* cuyas consecuencias adversas se hacen sentir sobre las variables económicas, las finanzas, el perfil epidemiológico y la estructura social. Este proceso está en marcha en muchas regiones e indica el aumento de la proporción y el volumen del grupo de población de 60 años y más. Aunque el envejecimiento cronológico es un riesgo inevitable, el demográfico puede manejarse mediante el control de los factores determinantes, como la fecundidad y las migraciones. Dicho manejo depende de la capacidad de respuesta de las comunidades afectadas, y por lo general las áreas más envejecidas tienen niveles más altos de desarrollo, aunque lejos del que presenta las áreas o países desarrollados y particularmente la provincia del Chaco.

En otro orden de cosas, el envejecimiento puede considerarse como un riesgo con perfiles específicos en los hogares y en las personas, afectados por las adversidades que impone el envejecimiento y vinculados con la pérdida de recursos, con el deterioro físico y mental en las etapas finales de la vida. Es decir que el aumento de la expectativa de vida es una señal alentadora para la población, tanto por su significado intrínseco personal como socioeconómico; sin embargo no siempre el aumento de la duración de la vida va acompañado de un aumento de la calidad de vida, pues es cada vez mayor la cantidad de hogares y personas que envejece en un contexto precario.

A escala provincial y más aún en los ambientes rurales alejados de las áreas urbanas, varias características y condiciones demográficas pueden ser consideradas riesgos a corto plazo. Así por ejemplo los grupos con mayores desventajas son los hogares con más niños, por lo tanto con mayor dependencia, mayor hacinamiento y viviendas precarias con déficit en los servicios, con localización en áreas desfavorables y expuestas a riesgos ambientales, menor esperanza de vida, incremento de la fecundidad no deseada.

La reducción de la tasa de crecimiento, el aumento de la edad media, el envejecimiento diseña el futuro panorama demográfico que a su vez incide en el crecimiento económico y en las condiciones de pobreza. Los cambios en los índices de dependencia producto del avance de la transición demográfica a mediano plazo genera el denominado “*bono demográfico*” u “*oportunidad demográfica*” que implica una relación más holgada entre la población activa e inactiva (mayor fuerza de trabajo disponible, ahorros, inversión). De esa manera se espera que en el país y la provincia, haya una reducción de las personas en edad no laboral, lo que implica mayor fuerza de trabajo, generación de ahorros, mejoras en la inversión y mayor ingreso por habitante, fenómenos que pueden influir positivamente en la región (Busso, 2002, 39). *Gráfico N° 12*

5. REFLEXIONES FINALES

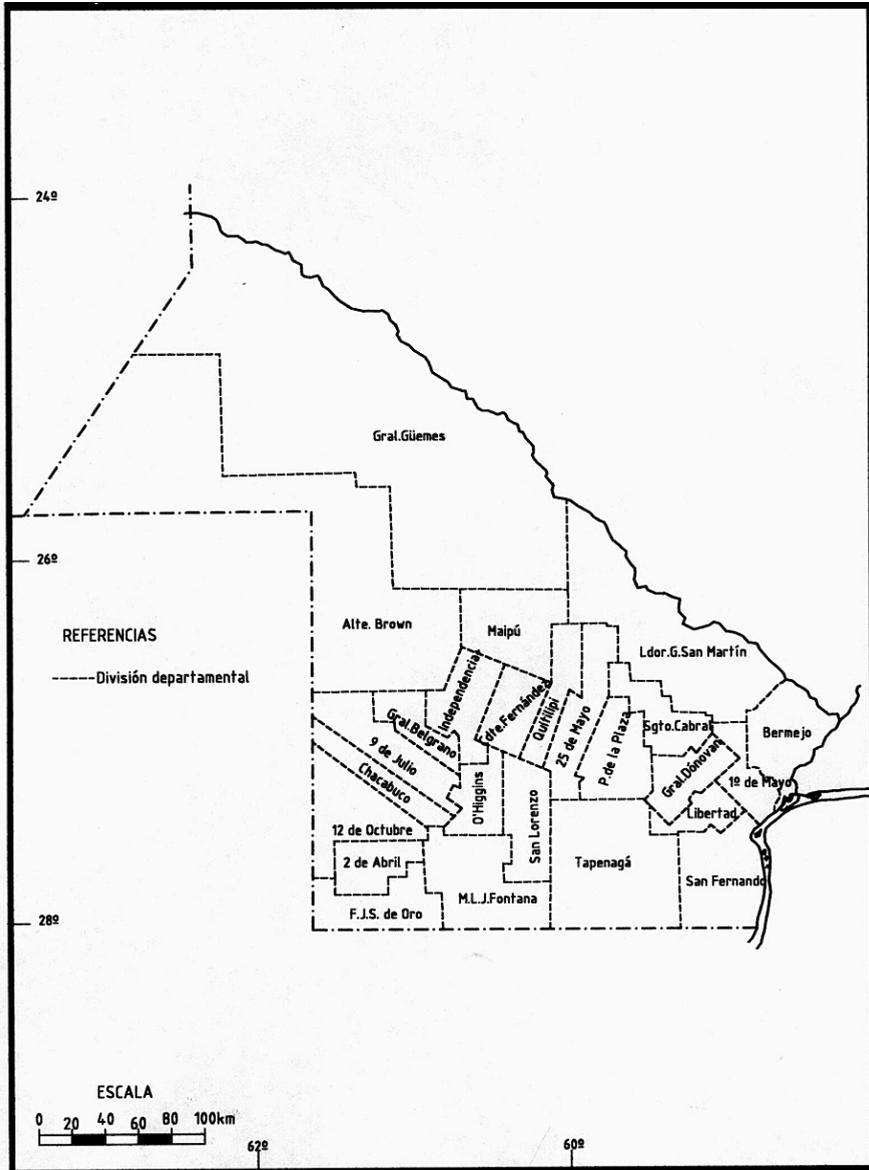
La noción de vulnerabilidad ayuda a comprender e identificar a los grupos humanos, hogares e individuos que por sus características comunes quedan expuestos a sufrir cambios significativos en su dinámica demográfica. Al mismo tiempo se relaciona con la línea conceptual de la marginación y la pobreza. La intensidad de esas relaciones es compleja, pues varían en función de los riesgos; no obstante ciertas

Cuadro n°1: Factores generadores de vulnerabilidad - CHACO 2001	%
Necesidades Básicas Insatisfechas	
Hogares	27.6
Población	33.0
Atributo de las personas	
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
Población entre 14 y 19 años con pareja	9.5
Mujeres entre 14 y 19 años con pareja	14.4
Población mayor de 10 años analfabeta (ambos sexos)	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.
Población mayor de 14 años (PEA)	51.0
PEA ocupada	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
Tamaño y estructura demográfica de las viviendas/hogares	
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
Hogares con Jefe mujer / Total de hogares	25.5
Hogares unipersonales mujeres/ Total de Hogares unipersonales	43.2
Hogares multipersonales mujeres/Total de Hogares multipersonales	23.1
Jefes de hogar de núcleo incompleto	
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
Características demográficas de la provincia	
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
Estructura por grandes grupos de edades	
0-14 años	36.1
15-65 años	57.8
Más de 65 años	6.1
Patrones de asentamiento territorial	
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

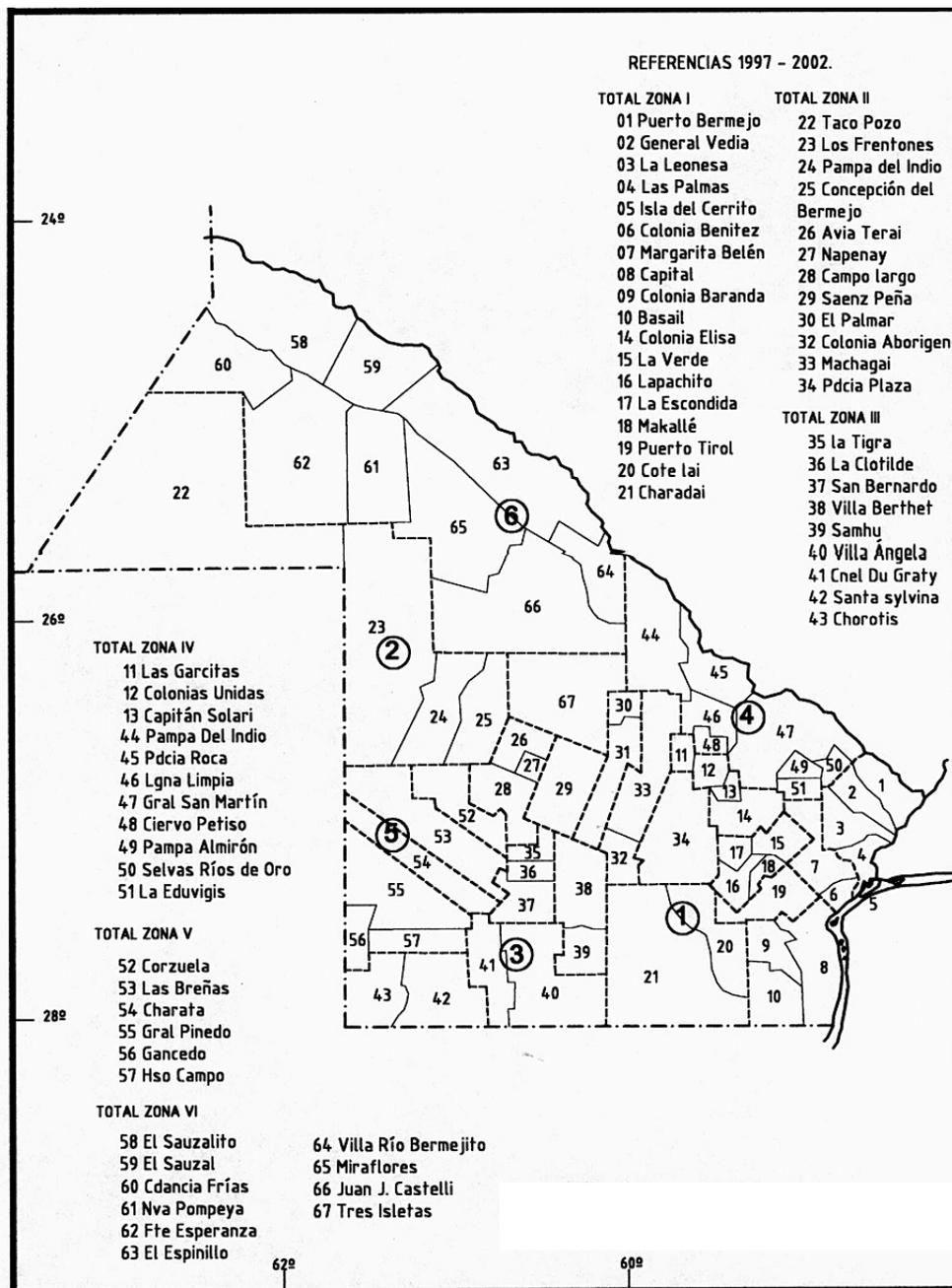
Fuente: Elaboración propia en base a los Censos Nacionales de Población y Estadísticas vitales

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.

Chaco 2001. División Departamental.

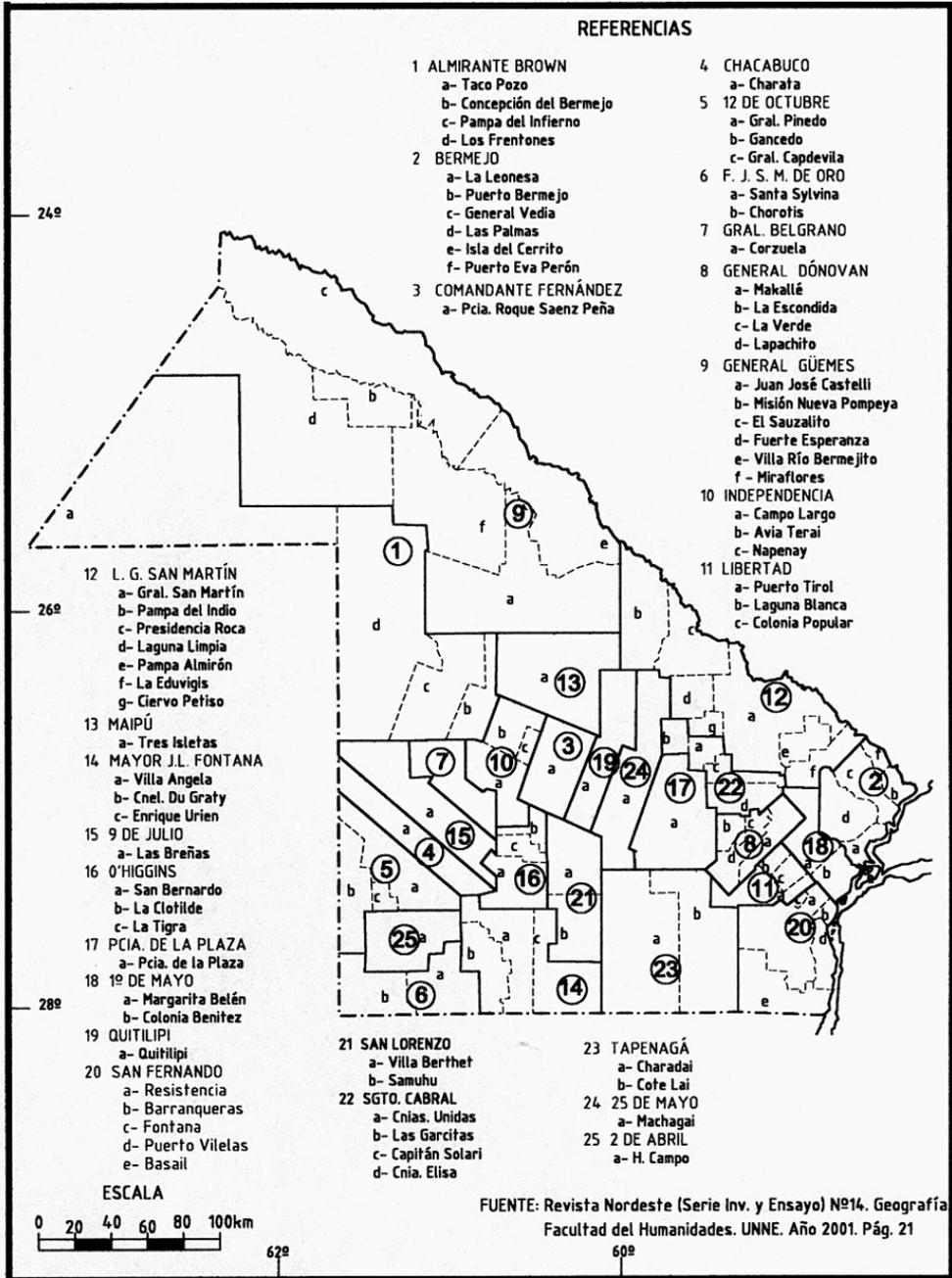


Chaco. Zonas-Áreas Programáticas.



Fuente. Elaboración propia a partir de los anuarios de Estadísticas Vitales 1997 a 2002. Dirección de Estadísticas Sanitarias. Chaco

Chaco. Áreas de influencia municipal



Fuente: Revista Nordeste (Serie Inv. y Ensayo) Nº 14. Geografía. Facultad de Humanidades. UNNE. Año 2001. Pág. 21

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, contempla el grado de avance de las etapas transicionales y la capacidad de respuesta ante los cambios que se presentan. En la provincia del Chaco hay una gran coincidencia en el comportamiento de las variables y procesos demográficos con su desarrollo económico y social. Aunque con un cierto retraso en su iniciación, las fases de la transición exhiben un comportamiento similar al de los países desarrollados, no obstante con cierta aceleración en su desarrollo, respecto de 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 provincial.

La vulnerabilidad de la dinámica demográfica en el Chaco interviene de manera compleja, vinculándose con las desventajas sociales las que dependen de la acción mutua de varios de sus elementos y no solo de uno de ellos. Por esa razón, para detectar sus síntomas en las estructuras y procesos demográficos se deben considerar la mayor parte de los antecedentes que la estimulan, o bien que plantean inseguridades provocando un impacto social en ellas.

Por ello, a partir del análisis realizado en este trabajo, se propone y expone para su evaluación, tomar en cuenta tres tipos de variables demográficas, relacionadas entre sí, 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*.

En el cuadro n°1 se reúnen esos indicadores demográficos y sociales que sintetizan los factores generadores de vulnerabilidad demográfica en la provincia del Chaco, en la actualidad, y en estrecha relación con la temática abordada.

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 recomen-

daciones, en base de la experiencia acumulada, e implementar políticas ambientales y sociales que mitiguen los riesgos.

ANEXO

Los siguientes mapas identifican las divisiones administrativas utilizadas a lo largo del trabajo (división departamental, división según áreas programáticas y división municipal).

6. BIBLIOGRAFÍA

- ARRIAGADA LUCO, CAMILO (2003) “La dinámica demográfica y el sector habitacional en América Latina”. En: Serie Población y Desarrollo, N°33, Santiago de Chile, CEPAL.
- BOLSI, A. (1993) Geografía de la población. Las estructuras demográficas, CEYNE, Buenos Aires
- BROWN, DENNIS A.V. (2002) “Vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe: examen de los factores sociales y demográficos que impiden un desarrollo equitativo con participación ciudadana en los albores del siglo XXI”. En: Serie Población y Desarrollo N°25, CELADE, Santiago de Chile.
- BUSSO, GUSTAVO (2002) “Vulnerabilidad sociodemográfica en Nicaragua: un desafío para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza”. En: Serie Población y Desarrollo, N°29, CELADE, Santiago de Chile.
- CEPAL (2002). “Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas”. Separata. Doc. Electrónico, San José (Costa Rica).
- CHACKIEL, JUAN Y SCHKOLNIK, SUSANA. (2003) “América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad”. En: 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”. En: Serie Población y Desarrollo, N°52, CEPAL, Santiago de Chile
- FERRER REGALES, MANUEL (1992). Los sistemas urbanos. N°4, Síntesis, Madrid.
- FOSCHIATTI, ANA M. (2006) Vulnerabilidad sociodemográfica del Chaco. EUDENE, Resistencia.
- FOSCHIATTI, ANA M. (2007) Aportes conceptuales y empíricos de la vulnerabilidad global. EUDENE, Resistencia.
- PINTO DA CUNHA, JOSÉ MARCOS (2002) “Urbanización, redistribución espacial de la población y transformaciones socioeconómicas en América Latina”. En: Serie Población y Desarrollo N°30, CELADE, Santiago de Chile.
- REY BALMACEDA, R.C., BARDOMÁS, SILVIA (1985) Estructuras de la población argentina y su distribución geográfica. PRIGEO, CONICET-OIKOS, Buenos Aires.
- RIVADENEIRA S, LUIS. (2000) “América Latina y el Caribe: crecimiento económico sostenido, población y desarrollo”. En: Serie Población y Desarrollo N°2, CELADE, Santiago de Chile.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, JORGE (2000). Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales. Serie 5, Población y desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, JORGE. (2001) “Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un

- marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes”. En: Serie Población y Desarrollo, N°17, CEPAL, Santiago de Chile.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, JORGE. (2002) “Distribución territorial de la población de América Latina: tendencias, interpretaciones y desafíos para las políticas públicas”. En: Serie Población y Desarrollo N°32, CELADE, Santiago de Chile.
- VERA BOLAÑOS, M. (2000) “Revisión crítica a la Teoría de la transición epidemiológica”. En: Papeles de población N°25, CIEAP/UAEM, México.
- ZÁRATE MARTÍN, ANTONIO (1997). Ciudad. Transporte y Territorio. UNED. Madrid.
- ZELINSKY, WILBURG (1971). The hypothesis of the mobility transition. *Geographical Review* 61: 219-249, Louisiana State University.