

Sincronicidades entre la transición sanitaria y la segunda transición demográfica en Argentina durante la primera década del siglo XXI

Synchronicities between the Health Transition and the Second Demographic Transition in Argentina during the First Decade of the 21st Century

Javiera Fanta

Orcid: 0000-0001-6176-1776

javiera.fanta@gmail.com

Universidad de Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

Natalia Tumas

Orcid: 0000-0003-4730-6624

natalia.tumas@unc.edu.ar

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

Resumen

Este trabajo analiza los procesos de la transición sanitaria (TS) y de la segunda transición demográfica (STD) en Argentina durante la primera década del milenio actual. A partir de la revisión de literatura especializada y utilizando bases de datos oficiales, se proponen indicadores empíricos para su evaluación y se examinan las articulaciones entre ambos procesos. En total, se seleccionaron y describieron 31 indicadores considerados *proxy* de estos procesos, para las 23 provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Posteriormente se realizó un análisis de clúster jerárquico y aglomerativo, siguiendo el método de Ward. Se identificaron cuatro clústeres de jurisdicciones

Palabras clave

Segunda transición demográfica
Transición sanitaria
Sociodemografía
Determinantes sociales
Clústeres
Argentina

argentinas, cuya distribución fue valorada espacialmente. Los clústeres presentaron diferentes grados de avance en ambas transiciones. Los hallazgos muestran que en el país existe un gradiente socioeconómico en la conformación de los clústeres, y que la sincronidad entre la STD y la TS se expresa a escala espacial y social.

Abstract

This work analyzes the health transition (HT) and the second demographic transition (SDT) processes in Argentina during the first decade of the current millennium. On the basis of specialized literature and official databases, this article proposes empirical indicators for the assessment of both transitions and examines the underlying links between them. Overall, 31 *proxy* indicators were selected and described for the 23 Argentine provinces and the Autonomous City of Buenos Aires. A hierarchical cluster analysis was developed, following the Ward method. Four clusters of Argentine jurisdictions were identified, and their distribution was spatially analyzed. The clusters presented different levels of progression in both transitions. The findings show that there is a socioeconomic gradient in the configuration of the clusters and that the synchronicity between the SDT and the HT is expressed at the social and space scale.

Keywords

Second demographic transition
Health transition
Social demography
Social determinants
Clusters
Argentina

Recibido: 31/03/2020
Aceptado: 18/06/2020

Introducción

En el ámbito de la demografía, la producción teórica ha estado fundamentalmente acotada al desarrollo de la teoría de la transición demográfica (Zaidi y Morgan, 2017). Tan solo en las últimas décadas del siglo XX, la literatura especializada comenzó a ofrecer nuevos marcos explicativos para dar cuenta de los cambios ocurridos en los componentes poblacionales. En este sentido, la segunda transición demográfica (STD) constituye en la actualidad un enfoque teórico de referencia para el análisis del comportamiento de la fecundidad, la nupcialidad y los arreglos familiares en contextos diversos, incluidos los países de la región de América Latina y el Caribe (ALyC) (Esteve, Lesthaeghe y López-Gay, 2012; Laplante, Castro-Martín, Cortina y Martín García, 2015; Liu, Esteve y Treviño, 2017; Quilodrán, 2008).

El desarrollo conceptual relativo a las transformaciones en los patrones de mortalidad y morbilidad, en cambio, ha sido menos profuso dentro de la disciplina sociodemográfica. La transición de estos componentes en los últimos veinte años ha sido abordada principalmente a partir de la teoría de la transición sanitaria (TS), perspectiva que conjuga el estudio de las transformaciones del sistema de salud y de los riesgos a los que están expuestas las poblaciones (Bernabeu Mestre y Robles González, 2000).

En el período reciente, Argentina ha experimentado importantes transformaciones demográficas y de salud, que pueden interpretarse a la luz de las teorías de la STD y TS. Durante la primera década del siglo XXI, este país se encontraba en una etapa de envejecimiento avanzado con relación a los países de ALyC. En efecto, hacia 2010 las personas de 65 años y más representaban 10,2% de la población total, mientras que en la región el promedio se ubicaba en 6,9% (CEPAL, 2019). Los niveles de fecundidad, en tanto, expresaban una alta heterogeneidad interna, con promedios jurisdiccionales que oscilaban en el orden de 1,9 a 2,8 hijos por mujer en 2010 (INDEC, 2013). Simultáneamente, en el marco del proceso de TS, se fue modificando la oferta de servicios de salud e infraestructura sanitaria, a través de la inclusión progresiva de tecnología para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y el refuerzo de la estrategia de atención primaria de la salud (Ballesteros, 2017; Cendali y Pozo, 2008). Además, fue transformándose la exposición poblacional a riesgos, mediante el incremento de sedentarismo y de obesidad, y la mayor exposición a plaguicidas, entre otros aspectos (Lepori, Mitre y Nassetta, 2013; Tafani, Chiesa, Caminati y Gaspio, 2013).

Celton y Arriaga (1995) dan cuenta de ciertas articulaciones entre los procesos sociodemográficos y sanitarios, al señalar que tanto el envejecimiento poblacional como los avances en la medicina fueron factores subyacentes a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas en torno a 1940. Más específicamente, la difusión de normas higiénicas, la introducción de sulfamida y penicilina, la provisión de agua corriente y la implementación de cloacas fueron importantes factores involucrados en este decrecimiento. Posteriormente, el descenso de la mortalidad por estas causas estuvo ligado más a los procesos de urbanización y desarrollo socioeconómico. En efecto, a partir de 1960 comienzan a predominar causas de muerte provocadas por enfermedades no transmisibles (ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares y cáncer) y a partir de 1980, los accidentes y causas violentas ganan protagonismo entre las causas de muerte. La mortalidad por estas causas se vincula a

ciertos riesgos relacionados tanto a las condiciones del entorno de las personas (las condiciones de trabajo, la contaminación ambiental y el aumento de tráfico) como a los riesgos que surgen de comportamientos individuales (el hábito de fumar, el consumo de alcohol y hábitos alimentarios poco saludables).

La literatura científica reporta ciertos indicadores de estas transiciones, algunos de los cuales son transversales a ambos procesos (Bernabeu Mestre y Robles González, 2000; Lesthaeghe y Neidert, 2006; Sobotka, 2008). Sin embargo, estos suelen remitir a contextos de países con mayor desarrollo relativo, lo que impide dar debida cuenta de la dinámica de estas transiciones en el contexto regional, y particularmente en el argentino. A su vez, si bien se reconoce que la STD y la TS operan simultáneamente, poco se ha indagado respecto de sus articulaciones a nivel subnacional desde una mirada integral.

Ante esto, cabe preguntarse: ¿cuáles son los principales indicadores empíricos de estos procesos en la población argentina? ¿Cómo se articulan la TS y STD en el país durante el período reciente y qué características subyacen a las interacciones entre ambos procesos? En este marco, el siguiente artículo tiene como objetivos: (i) identificar indicadores empíricos para la valoración de la TS y la STD disponibles en las fuentes de datos oficiales, y (ii) examinar cómo se articulan ambos procesos en Argentina en el período reciente (2005-2013).

Antecedentes teóricos

Segunda transición demográfica

El concepto de STD fue introducido por Lesthaeghe y Van de Kaa en la década de 1980, tras reconocer una serie de cambios en los patrones de nupcialidad, vinculados con la caída de la fecundidad en los países del norte de Europa desde la década de 1970. Entre las transformaciones más notables, los autores registraron la tendencia a alcanzar niveles de fecundidad por debajo del umbral de reemplazo (establecido convencionalmente en 2,1 hijos por mujer) y aumentos en la edad a la primera unión, la tasa de divorcio, la nuliparidad voluntaria y las uniones consensuales como alternativa al matrimonio (Lesthaeghe, 2014; Sobotka, 2008). Existe consenso en que el uso de métodos anticonceptivos modernos, en particular de la píldora anticonceptiva y el dispositivo intrauterino

(DIU), contribuyó sustancialmente a generar estos cambios a través de la postergación y disminución de la fecundidad dentro de uniones ya establecidas (Lesthaeghe, 2014).

En ALyC, la modalidad adoptada por la STD difiere respecto de la señalada, entre otras cosas debido a la coexistencia, desde la época colonial, del matrimonio con las uniones de hecho; además, el ingreso a la primera unión conserva, en términos globales, un calendario temprano, con uniones caracterizadas por su gran estabilidad temporal (Quilodrán, 2008). Junto con esto, la abrupta caída promedio en los niveles de fecundidad registrada desde mediados de 1960 no estuvo asociada con el retraso en la edad al primer/a hijo/a ni con la desuniversalización de la maternidad (Esteve y Flórez-Paredes, 2014; Rosero-Bixby, Castro-Martín y Martín-García, 2009). Solo recientemente la bibliografía especializada ha documentado la existencia de nuevas pautas de nupcialidad y formación familiar, con patrones más tardíos, menos estables y mayor proporción de uniones consensuales (Esteve, Lesthaegue y López-Gay, 2012), junto con una postergación en el calendario de la maternidad y un porcentaje incremental de mujeres nulíparas, respectivamente (Cavenaghi y Alves, 2013).

En el contexto argentino, específicamente, se han evidenciado transformaciones en las últimas décadas en torno a las pautas de nupcialidad y formación de las familias, acompañadas por una disminución generalizada de la fecundidad. Al respecto, Binstock et al. (2016) reconocen un patrón de postergación en la entrada a la primera unión. Sin embargo, el cambio más importante se refiere a la modalidad de las uniones y, en menor medida, al *tempo* de su formación. El ingreso a la vida conyugal a través del matrimonio constituye una excepción tanto para varones como para mujeres de generaciones más jóvenes, característica que se manifiesta expresamente en la Ciudad de Buenos Aires. Así, la unión libre ha comenzado a asentarse como principal modalidad vincular, lo que a su vez podría asociarse con el retraso en la edad al matrimonio (Binstock y Cabella, 2011). Se debe advertir, no obstante, que esta postergación no se da de manera generalizada en la población, sino que principalmente en mujeres con nivel educativo elevado (Binstock, Cabella, Salinas y López-Colás, 2016). En este sentido, Argentina no es ajena al contexto regional y, como tal, la cohabitación puede ser percibida como el equivalente al matrimonio en los sectores populares. Es por ello que no sería correcto afirmar que estas transformaciones se asocian con una tendencia

incremental a la secularización de las uniones, como sí ocurre en los países de Europa.

También ha sido documentada la postergación del calendario reproductivo de las mujeres argentinas (Binstock, 2010). En línea con lo anterior, el cambio más notable respecto de la transición a la maternidad no es el retraso de la edad al primer/a hijo/a, sino el contexto conyugal en que se produce. A partir de datos muestrales correspondientes a aglomerados urbanos¹, Binstock (2010) advierte que la mayoría de las mujeres (87%) nacidas antes de la década de 1960 tuvo a su primer hijo dentro de un matrimonio legal, y solo 1 de cada 10 dentro de una unión consensual. Como contrapartida, de las mujeres nacidas en las décadas de 1960 y 1970 solo la mitad estaba casada al tener al primer hijo, 1 de cada 3 cohabitaba con su pareja y 15% mantenía una relación de noviazgo sin unión.

Existe consenso en que estas transformaciones, aunque heterogéneas, se asocian con factores sociales y culturales y con el propio avance de la STD. Así, la creciente heterogeneidad en las formas familiares responde a una modernización de los vínculos sociales, relacionada con la expansión educativa y la participación creciente de las mujeres en el mercado de trabajo. En efecto, a escala nacional se registró un alza sostenida de la población económicamente activa (PEA) femenina desde 1960 hasta los inicios del actual milenio, vinculada a la ampliación del sector de servicios, especialmente en las grandes ciudades (Otero, 2006). Sin embargo, no se debe desconocer que estos cambios también son el resultado de las crisis y los elevados niveles de desigualdad que persisten en el país y en la región al día de hoy (Cerrutti y Binstock, 2009). En este sentido, el aumento en las tasas de actividad femenina puede ser interpretado como indicador de autonomía en determinados escenarios, mientras que en otros —como es el caso de muchos procesos migratorios encabezados por mujeres— responde a estrategias familiares de supervivencia (Sassen, 2003). Asimismo, existen antecedentes (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015; Domínguez Amorós, Muñiz y Rubilar Donoso, 2019) que muestran que el incremento de la participación de las mujeres en el mercado profundiza procesos de desigualdad en otros ámbitos, específicamente con relación a la distribución del uso del tiempo dentro de la unidad familiar, las obligaciones de cuidado de personas dependientes y otras tareas que sustentan la reproducción de la vida.

¹ Encuesta Actitudes familiares e ideario del desarrollo 2008. Ver Binstock (2010).

Transición sanitaria

En el marco de la teoría de la TS, las causas de enfermedad o muerte son entendidas como el producto de distintos acontecimientos biológicos, socioeconómicos, culturales, ambientales y políticos, relacionados con los determinantes del proceso de salud, enfermedad y atención de las poblaciones (Bernabeu Mestre, Robles González y Benavides, 1996; Caldwell, 1990).

El concepto de TS podría considerarse, según algunos autores (Bernabeu Mestre y Robles González, 2000), como una ampliación del concepto de transición epidemiológica. Esto es porque la transición epidemiológica describe las modificaciones en los patrones de mortalidad de las poblaciones, mientras que la TS explica las transformaciones comportamentales y de organización del sistema sanitario que acontecen en forma simultánea a los cambios en la mortalidad (Bernabeu Mestre y Robles González, 2000; Caldwell, 1990; Frenk, Bobadilla, Stern, Frejka y Lozano, 1991). Además, la TS considera que el estado de salud de las poblaciones está influenciado tanto por la posición social y los comportamientos de las personas, como por determinantes más amplios como el desarrollo social y la equidad (Caldwell, 1990).

Bernabeu Mestre y Robles González (2000) han contribuido de manera significativa a desarrollar la teoría de la TS. De acuerdo a estos autores, la TS debe concebirse como un marco conceptual global y dinámico, en el que pueden describirse y contextualizarse los efectos de los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones. Para estos autores, la teoría de la TS incluye dos grandes procesos: la transición de riesgos y la transición de la atención sanitaria, según se plantea a continuación.

En el marco de la *transición de riesgos* se describen los cambios producidos desde una situación inicial de riesgos “tradicionales” (tales como el agua contaminada) a riesgos “modernos” (tales como la contaminación ambiental y la modificación de estilos de vida), aspectos que se enmarcan en el contexto de los procesos de urbanización e industrialización (Smith, 1997). Conforme lo señalan Kjellström y Rosentock (1990), mientras que en los países desarrollados los denominados riesgos tradicionales son reemplazados por los riesgos modernos, en los países en desarrollo estos se superponen.

En el eje de la *transición de la atención sanitaria* se describe el proceso de transformación de la respuesta colectiva e individual ante las

problemáticas de salud. Más específicamente, describe las modificaciones en la organización del sistema de salud para el suministro de servicios (Frenk et al., 1991). Esta transición se encuentra, entonces, estrechamente vinculada al desarrollo social, tecnológico y económico.

Se ha señalado que la operacionalización del concepto de transición de la atención sanitaria presenta algunos problemas, dada la falta de consenso sobre ciertas definiciones y medidas (Bernabeu Mestre y Robles González, 2000). No obstante, la mortalidad infantil ha sido destacada como indicador válido, puesto que además de ser fácil de medir, su comportamiento está relacionado tanto a exposición a riesgos, como a factores del sistema de salud y a condiciones socioeconómicas. La estatura es otra variable que ha sido propuesta como indicador de TS, dado que brinda información sobre el estado nutricional en la infancia y es marcador de algunas enfermedades en la adultez, y a su vez se relaciona a factores ambientales y sociales (Bernabeu Mestre y Robles González, 2000).

Sumado a lo anterior, se ha señalado que las mejoras en el saneamiento y la nutrición favorecieron la reducción del riesgo tradicional, y que los cambios en los estilos de vida tendrían un papel fundamental en los denominados riesgos modernos (Smith, 1997, Caldwell, 1990). Además, la transición de la atención sanitaria implica transformaciones en el sistema de salud, incluyendo la adopción de nuevas tecnologías y cambios en la configuración de la oferta y demanda de servicios, cuestiones estas estrechamente ligadas a las condiciones socioeconómicas. Así, indicadores que involucran estos aspectos podrían dar cuenta también de la TS.

Articulaciones entre la segunda transición demográfica y la transición sanitaria

En términos procedimentales, tanto la STD como la TS están supeditadas al desarrollo de factores contextuales y coadyuvan a su mutuo desenvolvimiento, en la medida que las condiciones del sistema sanitario, así como el estado de salud de una población, influyen su reproducción. Si bien esta relación no es lineal, las interrelaciones entre ambos procesos pueden describirse como sigue.

Al inicio, la disminución de la mortalidad en una determinada población se da a expensas, principalmente, de la reducción de las causas infecciosas. Esto deriva en una mayor sobrevivencia que, a su vez, incrementa la exposición a factores de riesgo de enfermedades no transmisibles

(ENT) y lesiones, con el consecuente aumento de la contribución relativa de la morbimortalidad por ENT. El descenso en la mortalidad, conjugado con la disminución de la fecundidad, afecta la estructura por edad y repercute en el perfil demográfico. A su vez, esto impacta en el perfil de morbilidad, dado que la mayor proporción de población en edades avanzadas incrementa la prevalencia de las patologías no transmisibles (Frenk et al., 1991).

Por otro lado, un aspecto sanitario como la irrupción de los métodos anticonceptivos modernos —fenómeno que en los países de ALyC se produjo en la década de 1960—, dio lugar al control de la reproducción y, por extensión, a la disminución en los niveles promedio de la fecundidad, característica clave en el desarrollo de la STD. Lo anterior devino en nuevas pautas de comportamiento sexual y nupcial, entre las que destacan: el ejercicio de la sexualidad desvinculada del matrimonio (Bozón, 2003); una secularización creciente de las uniones —característica más evidente en los países europeos que latinoamericanos, aunque no exclusiva de estos— (Esteve, Lesthaeghe y López-Gay, 2012); y el debilitamiento del vínculo temporal, tradicionalmente simultáneo, entre la formación de las uniones y la llegada de los hijos (Van de Kaa, 1987). Estos aspectos, al articularse con un aumento relativo en la calidad y la prolongación de vida como resultado de las mejoras en las condiciones de salud, permitieron configurar un escenario propicio para la generación de cambios ideacionales en la población (Van de Kaa, 2002; Lesthaeghe, 2014). Entre estas transformaciones, destaca la tendencia de los individuos a priorizar la autonomía individual y la autorrealización, características que a su vez determinan nuevos patrones de nupcialidad y formación de las familias, y que constituyen ámbitos de incumbencia de la teoría de la STD.

Metodología

A fin de establecer indicadores empíricos para la valoración de la TS y la STD, se examinaron antecedentes a partir de: (i) publicaciones científicas arbitradas e indexadas, utilizando términos clave en los sistemas de información en línea SCOPUS y SciELO; y (ii) bases de microdatos y estimaciones publicadas por organismos oficiales, correspondientes al período de estudio (2005-2013). El lapso temporal seleccionado obedece a la disponibilidad de fuentes estadísticas destinadas a medir los componentes involucrados en la STD y TS.

Dentro de las fuentes de datos examinadas se encuentran el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (2011-2012), la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005), la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2009, 2013a), estimaciones y proyecciones elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2013b), Estadísticas Vitales 2010 (Ministerio de Salud, 2011) e índices ambientales propuestos por Velázquez y Celemín (2013) en su trabajo "La calidad ambiental en la Argentina. Análisis regional y departamental".

La revisión bibliográfica y el análisis de bases de datos condujo a seleccionar 31 indicadores para el estudio y valoración de las correspondientes transiciones, cuya definición, operacionalización y fuentes se detallan en el Anexo 1. La selección de los indicadores se realizó en base a los criterios de disponibilidad de fuentes de información oficial, accesibilidad a microdatos y posibilidad de desagregación a escala provincial.

Puesto que, según advierte la literatura científica, existen factores convergentes a ambas transiciones, se determinó un grupo de indicadores transversales a ambos procesos. Así, los indicadores resultantes fueron distribuidos en tres grandes dimensiones, según se señala a continuación, y descritos para las 23 provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): (1) indicadores sociodemográficos (convergentes a ambas transiciones), (2) indicadores de STD e (3) indicadores de TS.

Con relación al segundo objetivo de investigación, se realizó como primer paso un análisis descriptivo que involucró el cálculo de medidas resumen para los indicadores seleccionados. Luego, fue explorada y graficada la distribución de los indicadores seleccionados de STD y TS, según terciles de indicadores sociodemográficos seleccionados.

Posteriormente, se realizó un análisis de clúster ($n=24$, 23 provincias y CABA) de tipo jerárquico y aglomerativo, siguiendo el método de Ward. El método de Ward, o método de mínima varianza, agrupa las unidades de observación con la mínima variabilidad intraclústeres, creando así grupos relativamente homogéneos. Dada la naturaleza del método, y a fin de unificar las unidades de medida, las variables fueron estandarizadas en el análisis de clústeres efectuado.

El número de aglomerados se estableció en virtud del análisis de dendograma, la similitud de los indicadores considerados y los antecedentes

bibliográficos en esta materia. Para determinar si los indicadores de STD y TS diferían de manera significativa entre los clústeres establecidos, se realizó un análisis de la varianza (ANOVA).

Adicionalmente, se ilustró la distribución espacial de los clústeres identificados y del tamaño poblacional de las jurisdicciones en un mapa temático a escala provincial. Para ello se empleó la aplicación ArcMap del software ArcGIS 10.5.

Resultados

La Tabla 1 presenta los indicadores sociodemográficos, de STD y de TS seleccionados, con sus correspondientes medidas resumen (media, desviación estándar, valores mínimos y máximos). Con relación al primer grupo de indicadores, derivados de la última ronda censal, se observa que 11,4% ($\pm 4,6$) de los hogares del país vivía en 2010 en condiciones de pobreza, determinada por la presencia de al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI). Este indicador se refiere a los hogares que no logran reunir en forma relativamente estable los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. Por otro lado, 84,9% ($\pm 7,4$) del total de hogares del país se ubicaba en áreas urbanas (>2000 habitantes).

Además, el 16,2% ($\pm 3,7$) de las mujeres y 10,7% ($\pm 4,2$) de los varones de 25 años y más completaron estudios superiores (terciarios o universitarios). La tasa de empleo masculina promedio fue de 72,4% (± 4), en tanto que la tasa femenina fue considerablemente menor, 48,4% ($\pm 6,4$), aspecto que expresa la persistente brecha de género con relación a la participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Tabla 1).

En cuanto a los indicadores de STD, el porcentaje de mujeres sin hijos al término de su período fértil (40-49 años) fue de 8,8% ($\pm 2,9$). De acuerdo a los antecedentes disponibles (Fanta y Sacco, 2018), Argentina presenta uno de los niveles más elevados de nuliparidad a escala regional, aspecto que responde a una tendencia incremental de este componente, cuyo aumento es consistente con características propias del avance de la STD (Esteve, Lesthaeghe, López-Gay y García-Román, 2016). Por su parte, el porcentaje de uniones consensuales se ubicó alrededor de 40%, tanto en varones como mujeres, mientras que el porcentaje de divorcios entre las personas de 18 años y más fue de 5,6% ($\pm 1,4$) en la población masculina y 6,4% ($\pm 1,6$) en la femenina. La diferencia por sexo en cuanto

a los resultados de este último indicador podría explicarse a partir de la mayor tendencia que tienen los varones a formar nuevas uniones tras la disolución de un matrimonio anterior (Tabla 1; Binstock, 2010).

La mayoría de la población femenina en edad fértil (15-49 años) reportó la utilización de métodos anticonceptivos modernos (53,8%, $\pm 8,9$). La heterogeneidad interjurisdiccional de este indicador provee evidencia sobre la desigualdad de acceso a insumos para garantizar la planificación familiar en el conjunto de la población. En relación con la reproducción adolescente, el promedio de las mujeres entre 15 y 19 años que han tenido hijos/as nacidos/as vivos/as se ubicó en 13,6% ($\pm 2,4$) a escala nacional (Tabla 1). Este resultado es coincidente con otros hallazgos que destacan el elevado porcentaje de madres adolescentes en el país con respecto a otros países de la región; en efecto, Binstock (2016) muestra que Argentina es, dentro de la subregión del Cono Sur, el país con la cifra más alta de este indicador. Este resultado, además, se enmarca en la paradoja que caracteriza a ALyC, referente a la rápida y abrupta caída de la fecundidad global, pero a la resistente baja de la fecundidad adolescente (Rodríguez Vignoli, 2014).

En relación con los indicadores de envejecimiento poblacional, el promedio de personas de 80 años o más se ubicó en 1,9% ($\pm 0,9$) en 2010. Por otro lado, el índice de dependencia potencial de padres expresa que por cada 100 personas de 50 a 64 años (potenciales hijos/as), existen aproximadamente 14 personas de 80 años o más (potenciales padres/madres). Este indicador resulta útil para evaluar la heterogeneidad en el nivel de envejecimiento de la población. En efecto, los resultados de la Tabla 1 muestran que los valores de esta variable oscilan en el orden de 5 a 30,4 por cien.

Con referencia a los indicadores de TS, la tasa de mortalidad infantil fue de 11,9 ($\pm 2,7$) defunciones cada mil nacidos/as vivos/as en 2010. Además, se destaca que para el año 2010 39,6% ($\pm 11,2$) de la población masculina y 36,3% ($\pm 10,8$) de la población femenina no contaban con cobertura de salud, en tanto que 20,9% ($\pm 4,5$) de los adultos/as declaró tener una salud general regular o mala. En cuanto a los controles de salud, entre 70% y 80% de la población general reportó haber tenido algún control de presión arterial, colesterol o glucemia. Por su parte, 20,4% ($\pm 7,8$) de la población se realizó algún estudio de rastreo de cáncer de colon, en tanto que 56,7% ($\pm 11,5$) y un 66,4 ($\pm 9,1$) de las mujeres indicó haberse realizado mamografías y Papanicolau, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1
Medidas resumen de indicadores sociodemográficos, de
segunda transición demográfica y transición sanitaria
seleccionados. Argentina (total país), 2005-2013

Indicadores	Media	Desvío estándar	Mínimo	Máximo
Sociodemográficos				
Hogares con NBI (%)	11,4	4,6	3,8	19,7
Población urbana (%)	84,9	7,4	71,9	100,0
Población masculina con estudios superiores completos (%)	10,7	4,2	6,8	29,1
Población femenina con estudios superiores completos (%)	16,2	3,7	12,5	31,5
Tasa de empleo, varones (%)	72,4	4,0	65,2	80,0
Tasa de empleo, mujeres (%)	48,4	6,4	40,2	62,6
Segunda transición demográfica				
Tasa global de fecundidad	2,4	0,2	1,9	2,8
Nuliparidad al término de la vida fértil (%)	8,8	2,9	5,9	21,3
Edad media al primer hijo/a (años)	22,3	0,8	21,5	25,3
Uniones consensuales, varones (%)	40,7	6,4	28,3	54,0
Uniones consensuales, mujeres (%)	41,3	6,5	28,7	54,8
Divorcio en población de 18 años y más, varones (%)	5,6	1,4	3,5	8,3
Divorcio en población de 18 años y más, mujeres (%)	6,4	1,6	4,1	9,8
Reproducción en la adolescencia (%)	13,6	2,4	5,9	18,2
Uso de métodos anticonceptivos modernos (%)	53,8	8,9	38,8	70,9
Índice de dependencia potencial de padres	14,3	4,9	5,0	30,4
Población de 80 y más años (%)	1,9	0,9	0,7	5,1
Transición sanitaria				
Tasa de mortalidad infantil (%)	11,9	2,7	7,0	17,8
Acortamiento en niños/as (%)	8,0	1,9	4,6	11,2
Varones sin cobertura de salud (%)	39,6	11,2	18,2	60,1
Mujeres sin cobertura de salud (%)	36,3	10,8	15,7	55,8
Control de la presión arterial de adultos/as (%)	79,9	3,7	72,6	88,4

Continúa

Tabla 1 (continuación)

Indicadores	Media	Desvío estándar	Mínimo	Máximo
Control de colesterol de adultos/as (%)	73,7	6,3	60,9	87,9
Control de glucemia de adultos/as (%)	72,2	6,8	61,5	83,5
Realización de mamografías (%)	56,7	11,5	39,6	79,8
Realización de Papanicolaou (%)	66,4	9,1	48,1	83,1
Realización de algún estudio de rastreo de cáncer de colon (%)	20,4	7,7	10,2	47,5
Salud autopercebida como regular o mala en adultos/as (%)	20,9	4,5	13,9	28,9
Acceso a red cloacal (%)	56,6	20,8	19,7	99,0
Acceso a agua de red (%)	88,7	7,8	71,9	99,6
Índice de contaminación por plaguicidas (valor absoluto, en una escala de 0 a 10)	1,8	1,4	0,0	5,0
Índice de contaminación ambiental (valor absoluto, en una escala de 0 a 10)	6,6	0,5	5,4	7,4
Obesidad en adultos/as (%)	19,8	2,5	14,8	24,5
Nivel de actividad física bajo en adultos/as (%)	55,1	7,8	35,4	72,5
Consumo de alcohol regular de riesgo en adultos/as (%)	7,1	1,5	4,9	10,4
Consumo adecuado de frutas/verduras al día en adultos/as (%)	4,2	1,3	1,7	6,7
Consumo de tabaco en adultos/as (%)	25,8	3,0	20,3	31,0

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011-2012; Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005; Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2009, 2013a); Estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2013b); Estadísticas Vitales 2010; Velázquez y Celemin (2013).

Sumado a lo anterior, para el año 2010 en Argentina un 88,7% ($\pm 7,8$) de los hogares presentaba agua de red, mientras que el 56,6% ($\pm 20,8$) tenía desagüe del inodoro conectado a la red pública cloacal. En cuanto a la contaminación ambiental, el índice nacional presentó un promedio de 6,6 ($\pm 0,5$) y, específicamente, la contaminación por plaguicidas un índice medio de 1,8 ($\pm 1,4$) (en una escala de 0 a 10, para ambos indicadores). Al considerar los indicadores del estilo de vida, se destaca que 19,8% ($\pm 2,5$) de la población adulta presentó obesidad y la mayoría nivel de

actividad física bajo (55,1%, $\pm 7,8$). Por último, 25,8% (± 3) de la población adulta consume o ha consumido tabaco, 7,1 % ($\pm 1,5$) presentó consumo de alcohol de riesgo y 4,2% ($\pm 1,3$) tuvo un consumo de frutas y verduras adecuado (Tabla 1).

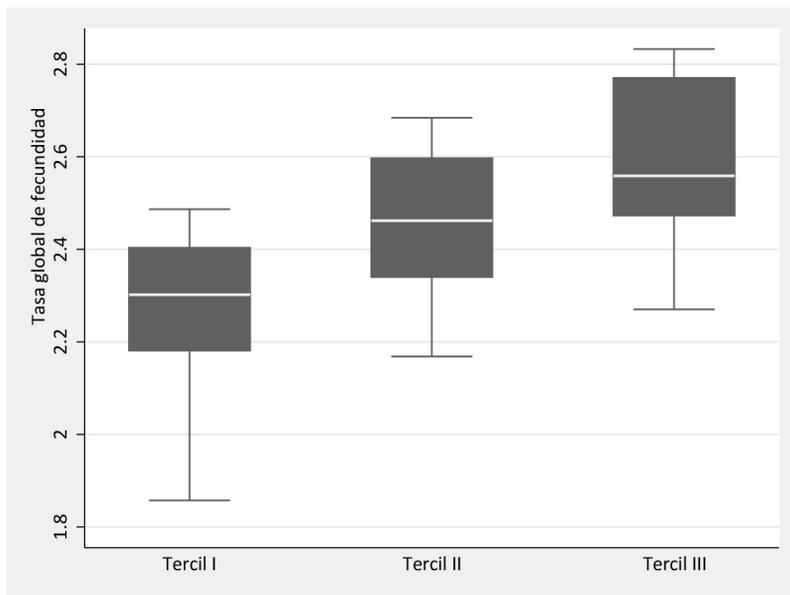
Con el propósito de explorar la distribución socioeconómica de los procesos de STD y TS en la población, se construyeron diagramas de cajas según terciles de la proporción de hogares con NBI y de la proporción de hogares en áreas urbanas, presentados en las Figuras 1 y 2.

Al analizar la distribución de indicadores seleccionados de STD, puede observarse que la tasa global de fecundidad (TGF) sigue un gradiente social, con los valores más bajos correspondientes a las jurisdicciones con menores niveles relativos de pobreza (tercil inferior de NBI) y los valores más elevados en el conjunto de provincias más desfavorecidas socioeconómicamente (tercil superior de NBI; Figura 1A). Si examinamos la distribución de la TGF en torno al nivel de urbanización, se aprecia que las provincias con mayores porcentajes de hogares en áreas urbanas (tercil III) presentan las menores tasas, al tiempo que expresan el mayor grado de heterogeneidad (Figura 1B). Esto obedece a que el tercer tercil reúne a jurisdicciones que han alcanzado niveles bajos y muy bajos de fecundidad; entre estas últimas, destaca la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuya TGF fue de 1,9 en 2010, resultado que se aleja notablemente del resto de las provincias. En efecto, la provincia que le sigue en menor nivel de fecundidad global es Santa Fe, con un promedio de 2,1 hijos por mujer.

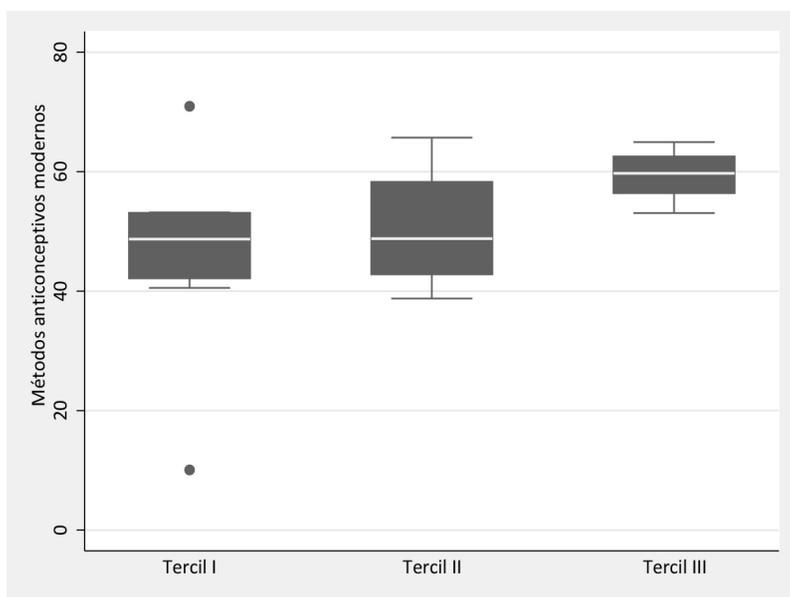
Por su parte, los resultados muestran que en las jurisdicciones con porcentajes más elevados de NBI (tercil III), el índice de dependencia potencial de padres es comparativamente menor al exhibido en aquellas provincias con menores niveles de pobreza (tercil I; Figura 1C). Se observa, además, que en las jurisdicciones con mayor grado de urbanización (tercil III) aumenta la variabilidad de este indicador, y expresa resultados más homogéneos en los conjuntos de provincias menos urbanizadas (Figura 1D). Por último, en relación con la distribución del uso de métodos anticonceptivos modernos, se observa que su prevalencia disminuye a medida que aumenta el nivel de pobreza (Figura 1E), y que aumenta a medida que se incrementa la proporción de hogares urbanos (Figura 1F).

Figura 1
 Distribución de indicadores seleccionados de segunda transición demográfica según necesidades básicas insatisfechas (NBI) y urbanización. Argentina, 2010-2012

A. Tasa global de fecundidad por terciles de NBI



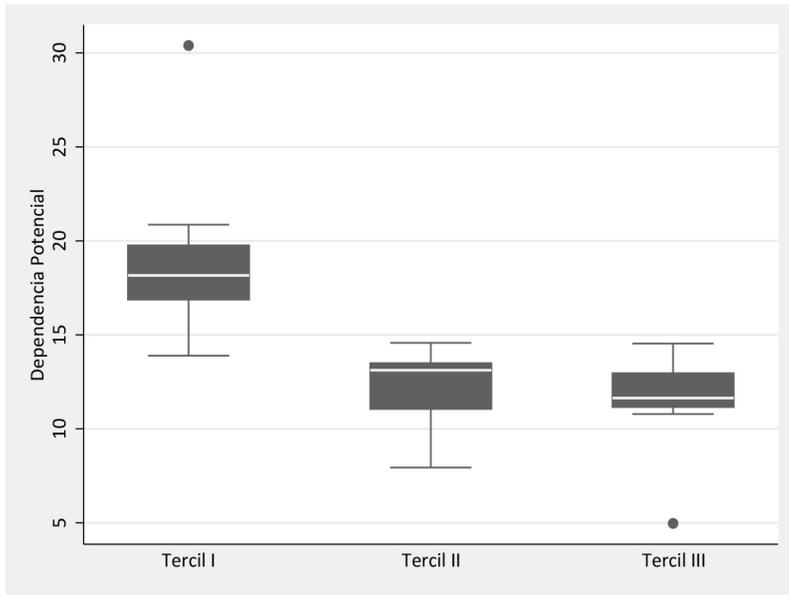
B. Tasa global de fecundidad por terciles de urbanización



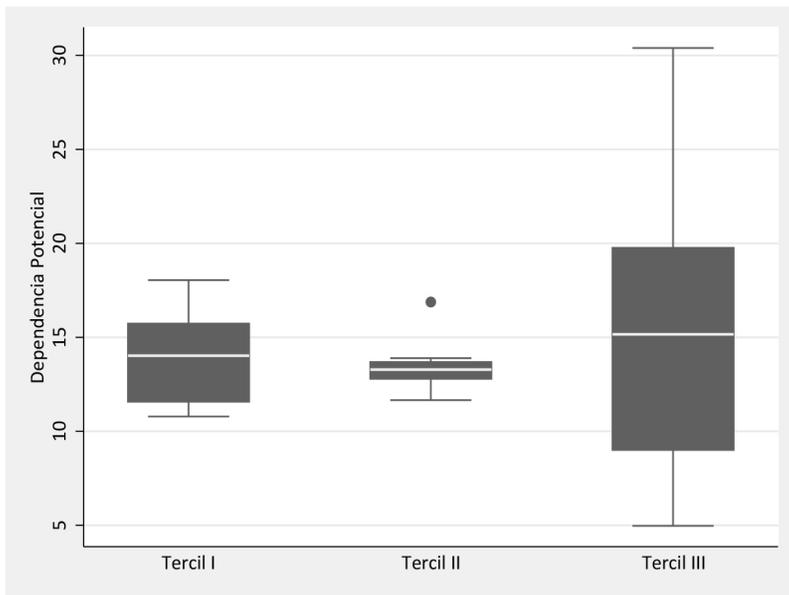
Continúa

Figura 1 (continuación)

C. Índice de dependencia potencial de padres por terciles de NBI



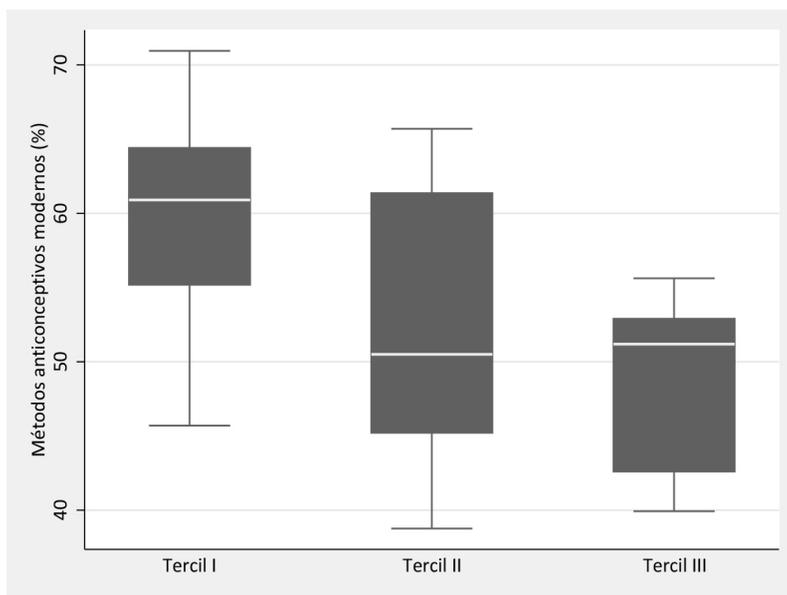
D. Índice de dependencia potencial de padres por terciles de urbanización



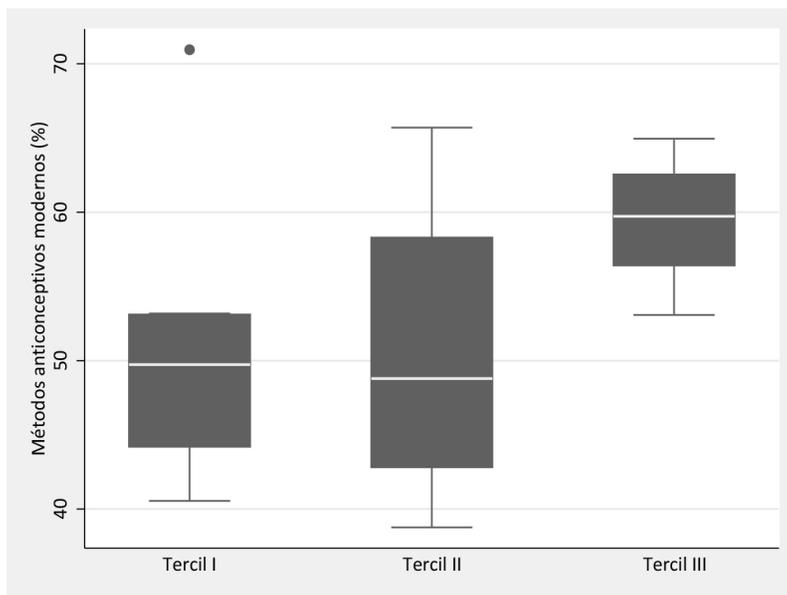
Continúa

Figura 1 (continuación)

E. Uso de métodos anticonceptivos modernos por terciles de NBI



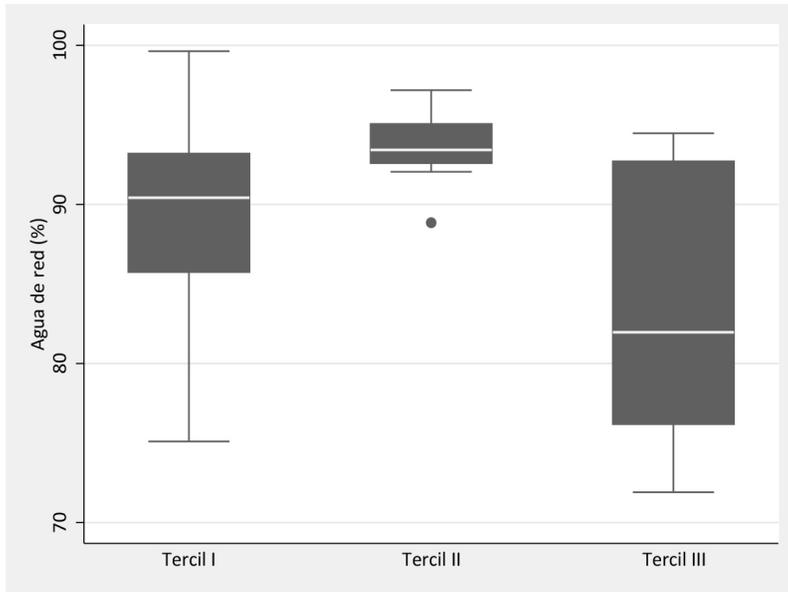
F. Uso de métodos anticonceptivos modernos por terciles de urbanización



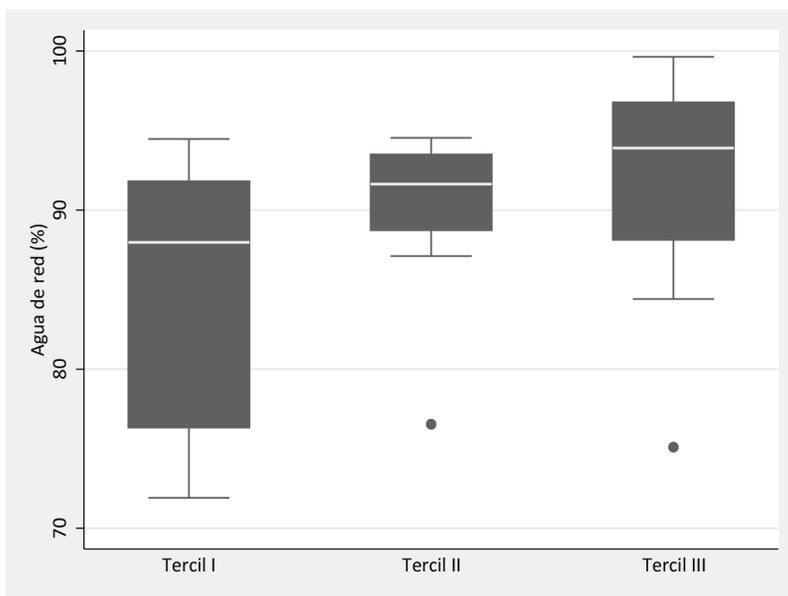
Fuente: Elaboración propia con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011-2012; Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2009, 2013a); Estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2013b); Velázquez y Celemín (2013).

Figura 2
Distribución de indicadores seleccionados de transición sanitaria, según necesidades básicas insatisfechas (NBI) y urbanización. Argentina, 2009-2013

A. Hogares con agua de red por terciles de NBI



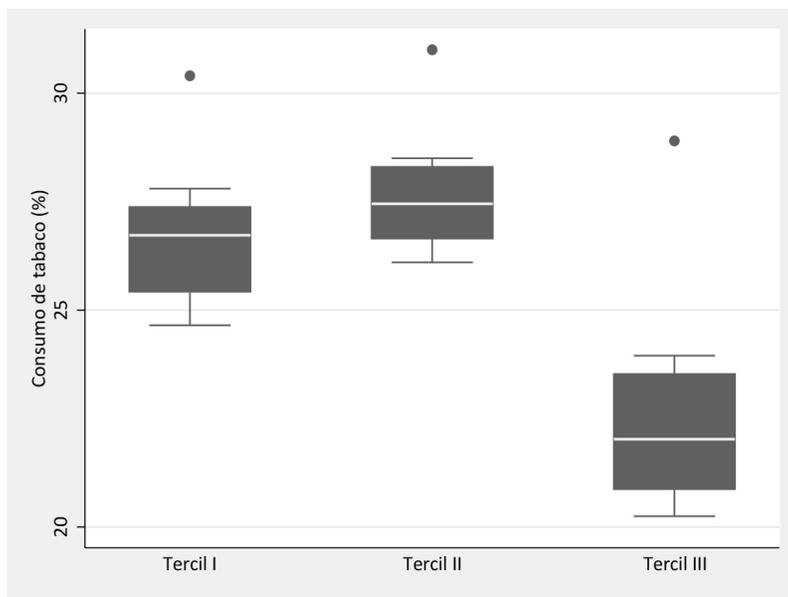
B. Hogares con agua de red por terciles de urbanización



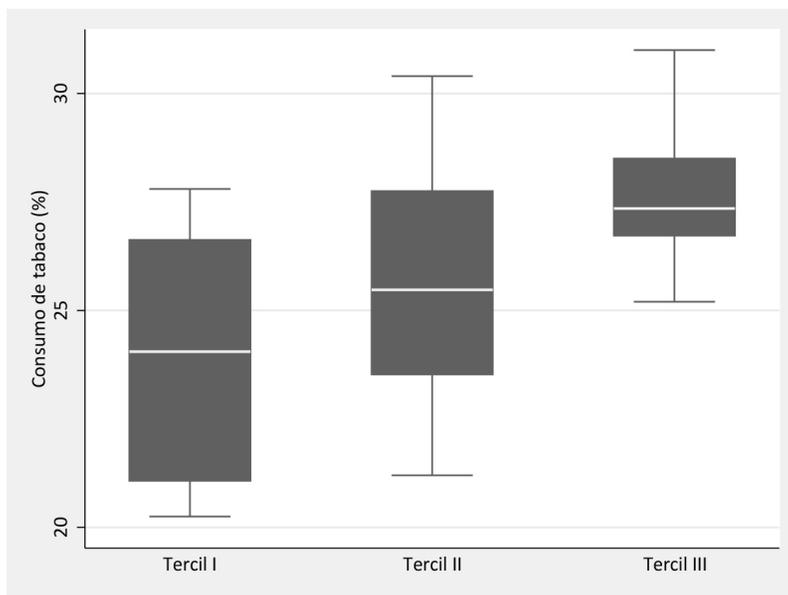
Continúa

Figura 2 (continuación)

C. Consumo de tabaco por terciles de NBI



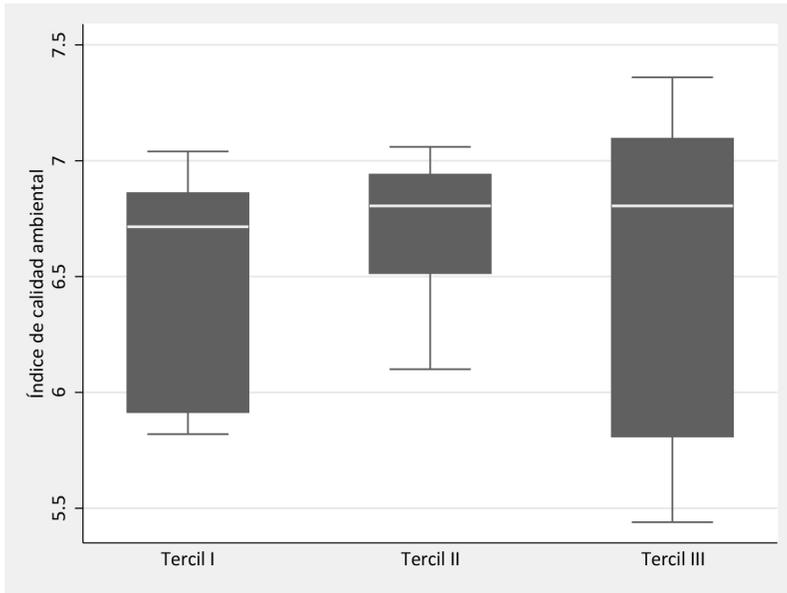
D. Consumo de tabaco por terciles de urbanización



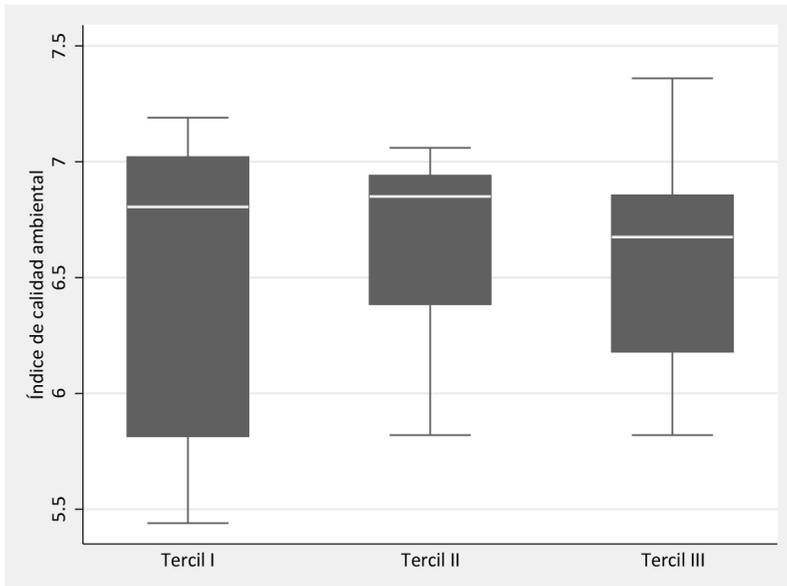
Continúa

Figura 2 (continuación)

E. Índice de calidad ambiental por terciles de NBI



F. Índice de calidad ambiental por terciles de urbanización



Fuente: Elaboración propia con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011-2012; Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2009, 2013a); Estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2013b); Velázquez y Celemin (2013).

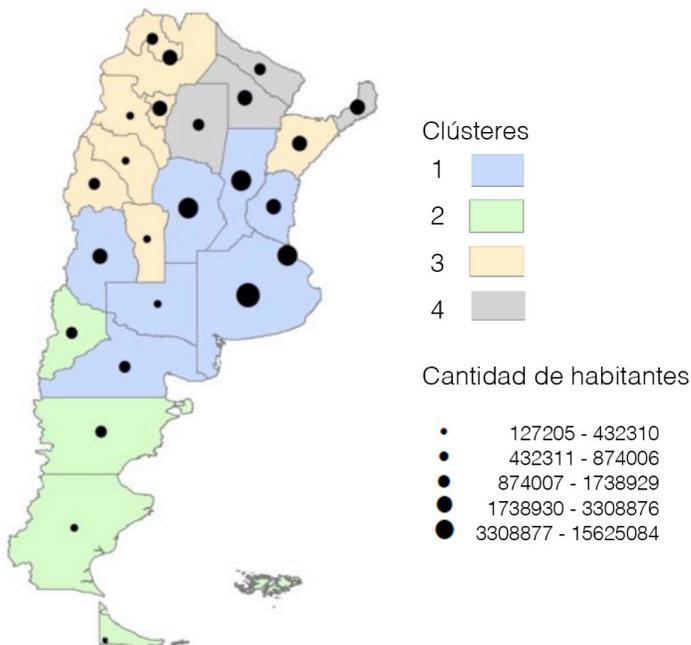
Con referencia a la distribución de los indicadores seleccionados de TS, se observa que la frecuencia de hogares con agua de red es menor, a la vez que muy variable, en el grupo de provincias con mayor nivel de pobreza relativa (tercil superior de NBI) y con menor grado de urbanización (tercil inferior; Figuras 2A y 2B, respectivamente). El consumo de tabaco, en tanto, es notoriamente menos prevalente en aquellas provincias más desfavorecidas socioeconómicamente (tercil III de NBI; Figura 2C), y relativamente menos prevalente en las provincias menos urbanizadas (tercil I de hogares en áreas urbanas; Figura 2D). Por último, la distribución del índice de calidad ambiental se muestra relativamente uniforme en torno a los indicadores sociodemográficos considerados; no obstante, se advierte una mayor variabilidad en el grupo de provincias con mayores niveles de NBI (tercil III) y menor proporción de hogares urbanos (tercil I; Figuras 2E y 2F, respectivamente).

Como puede advertirse en el mapa expuesto en la Figura 3, se identificaron un total de cuatro clústeres o agrupamientos de provincias argentinas. El primer agrupamiento (clúster 1) incluyó a las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, Río Negro y Santa Fe. En este clúster se ubica la jurisdicción con mayor volumen poblacional en la Argentina, la Provincia de Buenos Aires, al tiempo que incluye provincias con menor cantidad de habitantes (como las provincias de Entre Ríos y Río Negro). El clúster 2 comprende a la CABA, Chubut, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego. En tanto capital del país, el tamaño poblacional de la CABA es notablemente mayor al que poseen las provincias de este clúster ubicadas en la zona sur del país. Por su parte, el tercer agrupamiento (clúster 3) incluye a Catamarca, Corrientes, Jujuy, La Rioja, Salta, San Juan, San Luis y Tucumán; mientras que el cuarto (clúster 4), a las provincias de Formosa, Chaco, Misiones y Santiago del Estero. El volumen de población que poseen las jurisdicciones incluidas en estos dos últimos clústeres es, en general, relativamente bajo y no supera 1 millón 800 mil habitantes por provincia.

Al analizar la distribución espacial de los clústeres de STD y TS derivados del análisis (Figura 3), es posible advertir que los aglomerados identificados se configuran en general, aunque no exclusivamente, de acuerdo a las grandes regiones del país. Así, el primer clúster (1) reúne a la mayoría de las provincias que conforman la denominada región Pampeana (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y La Pampa), además de Mendoza (perteneciente a la Región Cuyo) y Río Negro (ubicada al norte de la región Patagónica). El clúster 2 aglutina a las provincias con mejor

desempeño relativo promedio en los indicadores de STD y TS seleccionados. En este aglomerado se encuentran la CABA y cuatro de las cinco provincias comprendidas por la región Patagónica (Chubut, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego). El clúster 3, en tanto, incluye al mayor número de jurisdicciones (8) y es algo más heterogéneo en su conformación espacial. Aquí están comprendidas cinco de las seis provincias de la región Noroeste argentino (NOA; Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca y La Rioja) y dos de las tres provincias que componen la región Cuyo (San Juan y San Luis), además la provincia de Corrientes, ubicada en la región del Noreste argentino (NEA). Finalmente, el clúster 4 abarca tres de las cuatro provincias del NEA (Formosa, Misiones, Chaco), junto con Santiago del Estero, perteneciente a la región NOA.

Figura 3
Distribución espacial de los clústeres de segunda transición demográfica y transición sanitaria identificados, y del tamaño poblacional de las jurisdicciones. Argentina, 2005-2013



*La magnitud de los círculos es proporcional al tamaño poblacional de las jurisdicciones. Se representan los quintiles de la distribución proporcional al tamaño de los círculos.
Fuente: Elaboración propia con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011-2012; Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005; Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2009, 2013a); Estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2013b), Estadísticas Vitales 2010; Velázquez y Celemín (2013).

Por otro lado, la Tabla 2 presenta los clústeres identificados con sus correspondientes valores medios de indicadores sociales, de STD y TS. Al contrastar los valores medios de los indicadores entre los clústeres identificados, se advierten diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para el porcentaje de hogares con NBI, porcentaje de hogares que residen en áreas urbanas y población femenina con estudios superiores completos (Tabla 2).

Tabla 2
Valores promedio de indicadores de transición
sanitaria y segunda transición demográfica, según
clústeres identificados. Argentina, 2005-2013

Indicadores	Clústeres			
	1 (n=7)	2 (n=5)	3 (n=8)	4 (n=4)
Sociodemográficos				
Hogares con NBI (%)*	7,1	9,4	13,1	17,8
Población urbana (%)*	86,0	94,5	81,5	77,9
Población masculina con estudios superiores completos (%)	10,8	14,8	9,5	8,0
Población femenina con estudios superiores completos (%)*	16,5	19,8	15,2	13,2
Tasa de empleo, varones (%)	74,5	77,2	69,9	67,7
Tasa de empleo, mujeres (%)	49,4	57,8	45,1	41,3
Segunda transición demográfica				
Tasa global de fecundidad	2,3	2,3	2,5	2,7
Nuliparidad al término de la vida fértil (%)	8,7	10,3	8,9	7,2
Edad media al primer hijo/a (años)	22,5	22,8	22,0	22,0
Uniones consensuales, varones (%)*	35,7	40,3	41,9	47,5
Uniones consensuales, mujeres (%)*	36,2	40,7	42,6	48,4
Divorcio en población de 18 años y más, varones (%)*	6,4	7,2	4,8	3,9
Divorcio en población de 18 años y más, mujeres (%)*	7,3	8,3	5,3	4,5
Reproducción en la adolescencia (%)*	13,0	11,5	13,7	17,0
Uso de métodos anticonceptivos modernos (%)*	62,7	58,0	44,9	50,8
Índice de dependencia potencial de padres	17,6	13,1	13,2	12,2
Población de 80 y más años (%)	2,3	2,2	1,5	1,7

Continúa

Tabla 2 (continuación)

Indicadores	Clústeres			
	1 (n=7)	2 (n=5)	3 (n=8)	4 (n=4)
Transición sanitaria				
Tasa de mortalidad infantil*	10,4	9,1	13,4	14,9
Acortamiento en niños/as (%)*	7,1	7,0	8,3	10,2
Varones sin cobertura de salud (%)*	36,1	25,0	44,0	55,6
Mujeres sin cobertura de salud (%)*	32,4	22,3	40,7	51,6
Control de la presión arterial de adultos/as (%)*	81,3	82,3	78,8	76,5
Control de colesterol de adultos/as (%)*	77,3	80,1	70,0	67,2
Control de glucemia de adultos/as (%)*	77,1	78,1	68,0	64,7
Realización de mamografía (%)*	62,9	69,5	50,2	42,9
Realización de Papanicolaou (%)*	70,9	76,1	59,8	59,5
Realización de algún estudio de rastreo de cáncer de colon en adultos/as (%)*	22,1	29,1	15,9	15,8
Salud autopercebida como regular o mala en adultos/as (%)*	18,0	16,0	24,3	25,2
Acceso a red cloacal (%)*	56,8	85,5	53,5	26,7
Acceso a agua de red (%)*	87,3	96,2	92	75,3
Índice de contaminación por plaguicidas (valor absoluto, en una escala de 0 a 10)	2,8	1,0	1,2	2,4
Índice de contaminación ambiental (valor absoluto, en una escala de 0 a 10)*	6,3	6,8	6,9	6,1
Obesidad en adultos/as (%)	19,3	21,0	20,2	18,8
Nivel de actividad física bajo en adultos/as (%)	56,3	54,5	50,8	62,4
Consumo de alcohol regular de riesgo en adultos/as (%)	8,0	7,2	6,2	7,4
Consumo adecuado de frutas/verduras al día en adultos/as (%)*	4,6	5,3	3,4	3,8
Consumo de tabaco en adultos/as (%)*	26,5	28,2	25,8	21,4

*Diferencias estadísticamente significativas a un $\alpha=0,05$.

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011-2012; Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005; Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2009, 2013a); Estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2013b), Estadísticas Vitales 2010; Velázquez y Celemín (2013).

En cuanto a la STD, los clústeres 1 y 2 presentan características que indican estadios más avanzados en este proceso transicional en comparación a los clústeres 3 y 4. En este sentido, se evidencian diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los clústeres para el uso de métodos anticonceptivos modernos, el porcentaje de uniones consensuales de ambos sexos, el porcentaje de divorcio en la población femenina y masculina de 18 años y más, y la reproducción en la adolescencia (Tabla 2).

Numerosos indicadores de transición sanitaria presentaron también diferencias considerables entre clústeres (Tabla 2). La tasa de mortalidad infantil, así como la salud percibida como regular o mala fue notablemente superior en los clústeres 3 y 4 ($p < 0,05$). Por su parte, el porcentaje de población femenina y masculina sin cobertura de salud fue significativamente menor en el clúster 2. También se evidenciaron diferencias significativas ($p < 0,05$) para los indicadores referidos a control de la presión arterial, de colesterol, de glucemia, así como en la realización de mamografías, Papanicolau y estudios de rastreo de cáncer de colon. En términos generales, los resultados de estos últimos indicadores expresaron mayor prevalencia en los clústeres 1 y 2. Además, se evidenciaron diferencias significativas ($p < 0,05$) para los indicadores de acceso a red cloacal y acceso a agua de red (en ambos casos, mayor prevalencia en clúster 2), acortamiento en niños/as (mayor prevalencia en el clúster 4), índice de contaminación ambiental (mayor prevalencia en clústeres 2 y 3), consumo adecuado de frutas/verduras al día en adultos/as y consumo de tabaco en adultos/as (mayor prevalencia en clústeres 1 y 2, para ambos indicadores; Tabla 2).

Conclusión y consideraciones finales

Los hallazgos de este estudio ponen en evidencia que en la Argentina de la primera década del siglo XXI existe un gradiente socioeconómico en la conformación de perfiles sociodemográficos y sanitarios, a saber: los clústeres 1 y 2 presentan la situación más favorable en materia de indicadores sociales, mientras que los clústeres 3 y 4, presentan condiciones notablemente más adversas. Este gradiente se expresa también en los procesos de STD y TS, al exhibir los clústeres 1 y 2 características más avanzadas de estas transiciones, mientras que los clústeres 3 y 4 revelan escenarios transicionales más rezagados, conforme los indicadores considerados.

El agrupamiento descrito posee, en general, un correlato espacial y es consistente con las heterogeneidades referentes al desarrollo social y económico que se expresan al interior del país. Las jurisdicciones comprendidas en el clúster 1 se distribuyen, en términos globales, en la zona céntrica del país, al tiempo que su desempeño en variables como el porcentaje de empleo registrado, nivel de pobreza y porcentaje de analfabetismo se ubican por encima de los promedios nacionales (CAC, 2019).

Con relación al clúster 2, las provincias comprendidas en este aglomerado tienden a exhibir los indicadores más elevados de desarrollo social y económico del país, entre ellos, los porcentajes más bajos de empleo informal, los niveles de PBI per cápita anual más altos y los mejores resultados de desarrollo humano (CAC, 2019), aspectos que condicionan la estructura social de la población y, por extensión, las condiciones y calidad de vida. Se debe destacar que en la región Patagónica —cuyas provincias se ubican mayormente en este clúster—, se encuentra el polo petrolífero del país, lo que explica el elevado desarrollo comparativo de estas jurisdicciones. Por su parte, la CABA, capital nacional, se ha distinguido históricamente por encabezar los niveles de desarrollo social y económico en Argentina. Además, la literatura advierte sobre el incipiente inicio de la transición demográfica en esta jurisdicción respecto del resto del país (Otero, 2006), característica que sin dudas condiciona el desenvolvimiento de otros procesos transicionales, como es el caso de la STD y la TS.

Las provincias que integran el clúster 3 se distribuyen principalmente en la región NOA y, en segundo término, en la región Cuyo. El NOA tiende a exhibir menores niveles de desarrollo relativo respecto de los promedios nacionales y sus niveles de fecundidad y mortalidad infantil presentan, en general, resultados por sobre la media nacional. La región Cuyo, en tanto, tiende a comportarse en consistencia con los totales nacionales, por ejemplo, en lo que respecta a los niveles promedio de NBI (CAC, 2019).

Por otro lado, es reconocido que las provincias que componen la región NEA —incluidas en su mayoría, aunque no exclusivamente en el clúster 4— son las más rezagadas en términos de desarrollo social y económico. Además, desde el punto de vista sociodemográfico, la fecundidad y mortalidad (incluida la infantil) presentan un descenso más tardío y mantienen niveles por encima de la media nacional (Otero, 2006).

Los hallazgos descritos confirman la existencia de una articulación y sincronía entre la STD y TS, así como también entre estas y ciertas variables socioeconómicas, y la distribución espacial. La coexistencia de procesos transicionales, su simultaneidad y heterogeneidad ha sido también advertida en nuestro país en otros estudios, para el caso de las transiciones demográfica (Otero, 2006; Pantelides, 2006), epidemiológica y nutricional (Nicolau y Pujol, 2011; Tumas, Pou y Díaz, 2019).

En general, las transiciones poblacionales suelen ser analizadas desde una perspectiva diacrónica, siendo menos frecuente una mirada sincrónica de las mismas. Los resultados presentados en este trabajo, proveen antecedentes acerca de la pertinencia de esta perspectiva a la hora de analizar procesos transicionales, siendo las dimensiones social y espacial matrices propicias para su valoración, más allá de la dimensión temporal.

Si bien aún es pronto para sacar conclusiones sobre la reciente pandemia desatada por el COVID-19, se debe reconocer que este fenómeno tendrá impacto en los procesos aquí estudiados y que algunos aspectos de las transiciones examinadas se pondrán en discusión. Por una parte, se trata de una enfermedad transmisible que, hasta el momento de la elaboración de este trabajo, registraba 6.588.761 casos confirmados y 388.416 muertes a nivel global (Dong y Gardner, 2020), con la consecuente contribución al incremento de la morbilidad y mortalidad por estas causas, fundamentalmente entre los grupos poblacionales más envejecidos. Por otro lado, las consecuencias socioeconómicas son múltiples (Nicola et al., 2020) y ejercen mayor impacto en los grupos y contextos sociales más desfavorecidos (Ahmed, Amhed, Pissarides y Stiglitz, 2020). Dada la estrecha relación entre la STD y TS con factores socioeconómicos, es de esperar que ambos procesos se vean influenciados también mediante esta vía, y que incluso algunas sincronías evidenciadas entre estas dimensiones se modifiquen.

Sumado a lo anterior, el COVID-19 afecta con mayor severidad a los grupos poblacionales más envejecidos (aspecto clave en la STD), y ocasiona una profunda crisis en los sistemas de salud y modificaciones en los estilos de vida, aspectos clave en la TS. Por último, debe considerarse el efecto de esta situación inédita en las percepciones y sentimientos de las personas, dado que son eslabones clave en los comportamientos vinculados a la salud. En este sentido Johnson y colaboradores (2020) evidenciaron que la población argentina manifiesta con frecuencia sentimientos

de incertidumbre, miedo y angustia, pero también responsabilidad y cuidado. Las autoras advirtieron también desigualdades sociales y de género en el impacto del COVID-19 en la salud mental en Argentina.

Con relación a las limitaciones de este trabajo, se reconoce que las fuentes de datos utilizadas corresponden a diferentes períodos temporales, y que los indicadores empleados en el análisis son variables *proxy* a las dimensiones de los procesos transicionales. No obstante, se trata de la mejor aproximación factible de lograr, considerando la disponibilidad de fuentes de datos a nivel nacional con desagregación provincial. Además, la carencia de una perspectiva longitudinal que complemente nuestro análisis acota las posibilidades para entender las articulaciones entre STD y TS a través del tiempo.

Finalmente, resulta relevante considerar que los hallazgos de este trabajo referidos a las articulaciones que revisten la sincronidad de procesos sociales, demográficos y sanitarios en Argentina, pueden constituirse insumos valiosos para la definición de políticas poblacionales y de salud. Si bien existe consenso en que no es posible definir un modelo único de STD ni de TS —esto, debido a que varían las condiciones temporoespaciales en las que estas se producen, así como también las prácticas, normas y creencias que enmarcan dichos procesos—, pareciera existir un acuerdo acerca de que los avances en ciertos indicadores de desarrollo (como el nivel educativo, socioeconómico y de urbanización) efectivamente acompañan, sincronizan y, en algunos casos, aceleran el desenvolvimiento de ambos tipos de transición. En consideración de ello, las medidas tendientes a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población argentina con criterios de equidad, deberían tener en cuenta la red de vinculaciones entre estos procesos. Un enfoque intersectorial que articule acciones de sectores diversos (económico, ambiental, social, educativo, sanitario, entre otros) es recomendable a la hora de diseñar respuestas a este tipo de procesos multifactoriales y sincrónicos. En este sentido, la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a la que Argentina se adhiere puede constituir un marco propicio para articular los subsistemas involucrados en las configuraciones de estos procesos sociales, demográficos y de salud.

Anexo

Anexo 1 Indicadores sociodemográficos, de segunda transición demográfica y de transición sanitaria seleccionados, según definición operacional y fuente de datos analizada

Indicadores	Definición	Fuente
Sociodemográficos		
Hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) (%)	<p>Porcentaje de hogares con al menos una NBI. Las NBI incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -NBI1: Vivienda de tipo inconveniente (vivienda de inquilinato, precaria u otro tipo) -NBI2: Viviendas sin cuarto de baño -NBI3: Hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto) -NBI4: Hogares con niños en edad escolar (6 a 12 años) que no asisten a la escuela -NBI5: Hogares con 4 o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe de hogar tiene bajo nivel de educación (2 años o menos en el nivel primario) 	Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda (CNPHV) 2010, Cuestionario Básico
Población urbana (%)	Población en localidades de 2.000 o más habitantes	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Población masculina con estudios superiores completos (%)	Porcentaje de personas de 25 años y más que completaron estudios terciarios o universitarios, varones	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Población femenina con estudios superiores completos (%)	Porcentaje de personas de 25 años y más que completaron estudios terciarios o universitarios, mujeres	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Tasa de empleo, varones (%)	Porcentaje de la población ocupada con respecto de la población de 14 años y más, varones	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Tasa de empleo, mujeres (%)	Porcentaje de la población ocupada con respecto de la población de 14 años y más, mujeres	CNPHV 2010, Cuestionario Básico

Continúa

Anexo 1 (continuación)

Indicadores	Definición	Fuente
Segunda transición demográfica		
Tasa global de fecundidad	Número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas al riesgo de mortalidad desde el nacimiento hasta el término de su período fértil	Proyecciones elaboradas en base a resultados del CNPHV 2010 (INDEC)
Nuliparidad al término de la vida fértil (%)	Porcentaje de mujeres de 40-49 años sin hijos sobre el total de mujeres de esa edad en la población de referencia	CNPHV 2010, Cuestionario Ampliado
Edad media al primer hijo/a (años)	Edad promedio al primer nacimiento de las mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos	MICS 2011-12 (UNICEF)
Uniones consensuales, varones (%)	Porcentaje de personas en unión consensual o de hecho respecto del total de uniones/matrimonios, mujeres	CNPHV 2010, Cuestionario Ampliado
Uniones consensuales, mujeres (%)	Porcentaje de personas en unión consensual o de hecho respecto del total de uniones/matrimonios, varones	CNPHV 2010, Cuestionario Ampliado
Divorcio en población de 18 años y más, varones (%)	Porcentaje de personas de 18 años y más divorciadas o separadas legalmente sobre el total de la población de 18 años y más, varones	CNPHV 2010, Cuestionario Ampliado
Divorcio en población de 18 años y más, mujeres (%)	Porcentaje de personas de 18 años y más divorciadas o separadas legalmente sobre el total de la población de 18 años y más, mujeres	CNPHV 2010, Cuestionario Ampliado
Reproducción en la adolescencia (%)	Porcentaje de adolescentes mujeres de 15-19 años que han tenido hijos nacidos vivos	CNPHV 2010, Cuestionario Ampliado
Uso de métodos anticonceptivos modernos (%)	Porcentaje de mujeres en edad fértil (15-49 años) que utilizan métodos anticonceptivos modernos sobre el total de mujeres de esa edad en la población	MICS 2011-12 (UNICEF)
Índice de dependencia potencial de padres	Cantidad de personas de 80 años y más (adultos mayores) por cada 100 personas de 50 a 64 años (potenciales hijos de las personas en edades extremas)	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Población de 80 y más años (%)	Porcentaje de personas de 80 años y más sobre el total de la población. Se establece la edad de 80 años para delimitar a la población en edad muy avanzada	CNPHV 2010, Cuestionario Básico

Continúa

Indicadores	Definición	Fuente
Transición sanitaria		
Tasa de mortalidad infantil (%)	Cociente entre el número de muertes de menores de un año ocurridas en la población de un área geográfica durante un año calendario, y los nacidos vivos en esa área durante el mismo período	Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2011). Estadísticas Vitales. Información Básica 2010
Acortamiento en niños/as (%)	Porcentaje de niños/as con estatura menor a -2 desviaciones estándares de la media para su sexo y edad	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2005
Varones sin cobertura de salud (%)	Porcentaje de varones sin cobertura de salud (tenencia de una obra social, un plan de salud privado o mutual o prepaga)	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Mujeres sin cobertura de salud (%)	Porcentaje de mujeres sin cobertura de salud (tenencia de una obra social, un plan de salud privado o mutual o prepaga)	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Control de la presión arterial de adultos/as (%)	Porcentaje de personas adultas que se controlaron la presión arterial en los últimos dos años	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2009 y 2013 (promedio)
Control de colesterol de adultos/as (%)	Porcentaje de personas adultas que se controlaron su colesterol alguna vez	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Control de glucemia de adultos/as (%)	Porcentaje de personas adultas que se controlaron su glucemia alguna vez	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Realización de mamografía en mujeres (%)	Porcentaje de mujeres de 50 a 70 años que se realizaron alguna mamografía en los últimos dos años	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Realización de Papanicolaou (%)	Porcentaje de mujeres de 25 a 65 años que se realizaron Papanicolaou en los últimos dos años	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Realización de algún estudio de rastreo de cáncer de colon (%)	Porcentaje de personas adultas de 50 a 75 años que se realizaron algún estudio para la detección de pólipos o cáncer de colon	ENFR 2013
Salud autopercebida como regular o mala, adultos de ambos sexos (%)	Porcentaje de personas adultas que declaran percibir su salud como regular o mala	ENFR 2009 y 2013 (promedio)

Continúa

Anexo 1 (continuación)

Indicadores	Definición	Fuente
Acceso a red cloacal (%)	Porcentaje de hogares con desagüe de inodoro a red pública cloacal	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Acceso a agua de red (%)	Porcentaje de hogares con disponibilidad de agua de red	CNPHV 2010, Cuestionario Básico
Índice de contaminación por plaguicidas (valor absoluto, en una escala de 0 a 10)	Índice obtenido a partir de la reclasificación de indicadores del Mapa de Riesgo Ambiental de la Niñez, presentado en el Atlas del Riesgo Ambiental de la Niñez de Argentina (Defensoría del Pueblo de la Nación, 2009)	Velázquez, G. y Celemín, J. P. (2010). "La calidad ambiental en la Argentina. Análisis regional y departamental"
Índice de contaminación ambiental (valor absoluto, en una escala de 0 a 10)	Índice obtenido a partir de una combinación ponderada de recursos recreativos de base natural (30%), recursos recreativos socialmente construidos (30%) y problemas ambientales (40%)	Velázquez, G. y Celemín, J. P. (2010). "La calidad ambiental en la Argentina. Análisis regional y departamental"
Obesidad en adultos/as (%)	Porcentaje de personas adultas con índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m ²	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Nivel de actividad física baja en adultos/as (%)	Porcentaje de personas adultas con nivel de actividad física baja (sin actividad reportada o no incluido en niveles moderado o alto)	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Consumo de alcohol regular de riesgo en adultos/as (%)	Porcentaje de varones o mujeres que consumieron más de 2 tragos promedio por día o de 1 trago promedio por día en los últimos 30 días, respectivamente	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Consumo adecuado de frutas/verduras al día en adultos/as (%)	Porcentaje de personas adultas que consumen al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras en una semana típica	ENFR 2009 y 2013 (promedio)
Consumo de tabaco en adultos/as (%)	Porcentaje de personas adultas que fumaron alguna vez en su vida, independientemente de que hayan continuado fumando o no	ENFR 2009 y 2013 (promedio)

Referencias

- Ahmed, F., Ahmed, N. E., Pissarides, C. y Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health*, 5(5), e240. doi: 10.1016/s2468-2667(20)30085-2
- Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. *Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales*, 4(6), 169-174.
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2015). Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado. Los tiempos del bienestar social. En K. Batthyány. (Ed.), *Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay* (pp. 45-86). Montevideo: Doble Clic.
- Banco Mundial (2019). *World Bank Open Data*. Recuperado de <https://data.worldbank.org/>
- Bernabeu Mestre, J. B. y Robles González, E. (2000). Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. *Política y Sociedad*, (35), 45-54.
- Bernabeu Mestre, J., Robles González, E. y Benavides, F. G. (1996). La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Revista de Demografía Histórica*, 14(1), 117-142.
- Binstock, G. (2010). Tendencias sobre la convivencia, matrimonio y maternidad en áreas urbanas de Argentina. *Revista Latinoamericana de Población*, 4(6), 129-146. doi: 10.31406/relap2010.v4.i1.n6.7
- Binstock, G. (2016). *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: apuntes para la construcción de una agenda común*. Buenos Aires: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Binstock, G. y Cabella, W. (2011). La nupcialidad en el Cono Sur: evolución reciente en la formación de uniones en Argentina, Chile y Uruguay. En G. Binstock y J. Melo Vieira. (Coords.), *Nupcialidad y familia en la América Latina actual* (pp. 35-60). Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7133/S1001052_es.pdf

- Binstock, G., Cabella, W., Salinas, V. y López-Colás, J. (2016). The rise of cohabitation in the Southern Cone. En A. Esteve y R. Lesthaeghe. (Eds.), *Cohabitation and marriage in the Americas: Geo-historical legacies and new trends* (pp. 247-268). Berna: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-31442-6
- Bozón, M. (2003). À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. *Population et Sociétés*, (391).
- CAC (Cámara Argentina de Comercio y Servicios) (2019). *Estudio sobre asimetrías regionales en Argentina*. Recuperado de <https://url2.cl/6TVl2>
- Caldwell, J. C. (1990). Introductory thoughts on health transition. *What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health*. Canberra: Australian National University.
- Cavenaghi, S. y Alves, J. E. (2013). *Childlessness in Brazil: Socioeconomic and regional diversity*. Trabajo presentado en la XXVII International Population Conference, International Union for the Scientific Study of Population, Busan, 26 al 30 de agosto. Recuperado de https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/ChildlessNessBrazil_Final.pdf
- Celton, D. y Arriaga, E. (1995). *Años de vida perdidos por causas de muerte en la Provincia de Córdoba*. Seminario Evolución Futura de la Mortalidad. Santiago de Chile: Celade. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21337/D-18911.03_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cendali, F. y Pozo, L. (2008). Políticas de salud pública en Argentina: comparación de dos modelos. V *Jornadas de Sociología de la UNLP 2008. Memoria Académica*. La Plata, Argentina. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2019). *Bases de datos y publicaciones estadísticas*. Recuperado de https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e

- Cerrutti, M. S. y Binstock, G. (2009). *Familias latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Defensoría del Pueblo de la Nación (2009). *Atlas del Riesgo Ambiental de la Niñez de Argentina*. Buenos Aires: OPS, Unicef, OIT, PNUD, Defensoría del Pueblo de la Nación.
- Domínguez Amorós, M., Muñiz, L. y Rubilar Donoso, G. (2019). El trabajo doméstico y de cuidados en las parejas de doble ingreso. Análisis Comparativo entre España, Argentina y Chile. *Papers. Revista de Sociología*, 104(2), 337-374. doi: 10.5565/rev/papers.2576
- Dong, E., Du, H. y Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infectious Diseases*, 20(5):533-534. doi: 10.1016/s1473-3099(20)30120-1
- Esteve, A. y Flórez-Paredes, E. (2014). Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas. *Notas de Población*, 41(99), 39-66. doi: 10.18356/84fbd9c-es
- Esteve, A., Lesthaeghe, R. y López-Gay, A. (2012). The Latin American cohabitation boom, 1970-2007. *Population and Development Review*, 38(1), 55-81. doi: 10.1111/j.1728-4457.2012.00472.x
- Esteve, A., Lesthaeghe, R. J., López-Gay, A. y García-Román, J. (2016). The rise of cohabitation in Latin America and the Caribbean, 1970–2011. En A. Esteve y R. Lesthaeghe. (Eds.), *Cohabitation and marriage in the Americas: Geo-historical legacies and new trends* (pp. 25-57). Berna: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-31442-6
- Fanta, J. y Sacco, N. (2018). Tendencias de nuliparidad definitiva en países de América Latina y el Caribe: ¿hacia la desuniversalización de la maternidad? *Coyuntura Demográfica*, (13), 25-31.
- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Frejka, T. y Lozano, R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1(1), 21-38.
- Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., Kunst, A., Harper, S., Guthold, R., Rekve, D., Tursan d'Espaignet, E. Naidoo, N. y Chatterji, S. (2012). Socio-economic inequalities in risk factors for non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: Results from the World Health Survey. *BMC Public Health*, 12(1), 912. doi: 10.1186/1471-2458-12-912

- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2009). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2>
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-6>
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2013a). *Proyecciones y estimaciones. Indicadores demográficos*. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2013b). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2>
- Johnson, M. C., Saletti, L., y Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10472020
- Kjellström, T. y Rosenstock, L. (1990). The role of environmental and occupational hazards in the adult health transition. *World Health Statistics Quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 43(3), 188-196.
- Laplante, B., Castro-Martín, T., Cortina, C. y Martín-García, T. (2015). Child-bearing within marriage and consensual union in Latin America, 1980–2010. *Population and Development Review*, 41(1), 85-108. doi: 10.1111/j.1728-4457.2015.00027.x
- Lepori, E. C. V., Mitre, G. B. y Nassetta, M. (2013). Situación actual de la contaminación por plaguicidas en Argentina. *Revista Internacional de Contaminación Ambiental*, 29, 25-43.
- Lesthaeghe, R. (2014). The second demographic transition: A concise overview of its development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(51), 18112-18115. doi: 10.1073/pnas.1420441111
- Lesthaeghe, R. J. y Neidert, L. (2006). The second demographic transition in the United States: Exception or textbook example? *Population and Development Review*, 32(4), 669-698. doi: 10.1111/j.1728-4457.2006.00146.x

- Liu, C., Esteve, A. y Treviño, R. (2017). Female-headed households and living conditions in Latin America. *World Development*, 90, 311-328. doi: 10.1016/j.worlddev.2016.10.008
- Ministerio de Salud de la Nación (2007). *Primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005. Documento de resultados 2007*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://cesni-biblioteca.org/archivos/ennys.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Estadísticas Vitales. Información Básica 2010. Serie, 5* (54). Buenos Aires, Argentina: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M. y Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: A review. *International Journal of Surgery*, 78, 185-193. doi: 10.1016/j.ijisu.2020.04.018
- Nicolau, R. y Pujol, J. (2011). Aspectos políticos y científicos del modelo de la transición nutricional: evaluación crítica y nuevos desarrollos. *Documentos del Trabajo de la Sociedad Española de Historia Agraria*. DT-SEHA, (11), 5.
- Otero, H. (2006) *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna 1869-1914*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Pantelides, E. A. (2006). La transición de la fecundidad en la Argentina 1869-1947. *Cuadernos del Centro de Estudios de Población*, (54). Buenos Aires: Cenep.
- Quilodrán, J. (2008). *Hacia la instalación de un modelo de nupcialidad post transicional en América Latina*. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba, 24-26 de septiembre. Recuperado de http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_168.pdf
- Rodríguez Vignoli, J. (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. *Documentos de Proyectos*, (605). Santiago de Chile: CEPAL /UNFPA.

- Rosero-Bixby, L., Castro-Martín, T. y Martín-García, T. (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? *Demographic Research*, 20(9), 169-194. doi:10.4054/DemRes.2009.20.9
- Sassen, S. (2003). *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Smith, K. R. (1997). Development, health, and the environmental risk transition. En O. S. Shahi, B. S. Levy, A. Binger, T. Kjellström y R. Lawrence. (Eds.), *International perspectives on environment, development, and health: Towards a sustainable world* (pp. 51-62). Nueva York: Springer.
- Sobotka, T. (2008). The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe. En T. Frejka, J. M. Hoem, T. Sobotka y L. Toulemon. (Eds.), *Childbearing trends and policies in Europe* (pp. 171-224). *Demographic-Research Special Collection*, (7). doi:10.4054/DemRes.2008.19.8
- Tafari, R., Chiesa, G., Caminati, R. y Gaspio, N. (2013). Factores de riesgo y determinantes de la salud. *Revista de Salud Pública*, 17(3), 53-68. doi: 10.31052/1853.1180
- Tumas, N., Pou, S. A. y Díaz, M. D. P. (2017). Inequidades en salud: análisis sociodemográfico y espacial del cáncer de mama en mujeres de Córdoba, Argentina. *Gaceta Sanitaria*, (31), 396-403. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.12.011
- Van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, 42(1), 1-59.
- Van de Kaa, D. J. (2002). *The idea of a Second Demographic Transition in industrialized countries*. Documento presentado en el Sixth Welfare Policy Seminar, National Institute of Population and Social Security. Tokio, 29 de enero. Recuperado de http://websv.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/population/2003_4/Kaa.pdf
- Velázquez, G. y Celemín, J. P. (2013). *La calidad ambiental en la Argentina. Análisis regional y departamental (c.2010)*. Tandil: CIG.
- Zaidi, B. y Morgan, S. P. (2017). The second demographic transition theory: A review and appraisal. *Annual Review of Sociology*, (43), 473-492. doi: 0.1146/annurev-soc-060116-053442