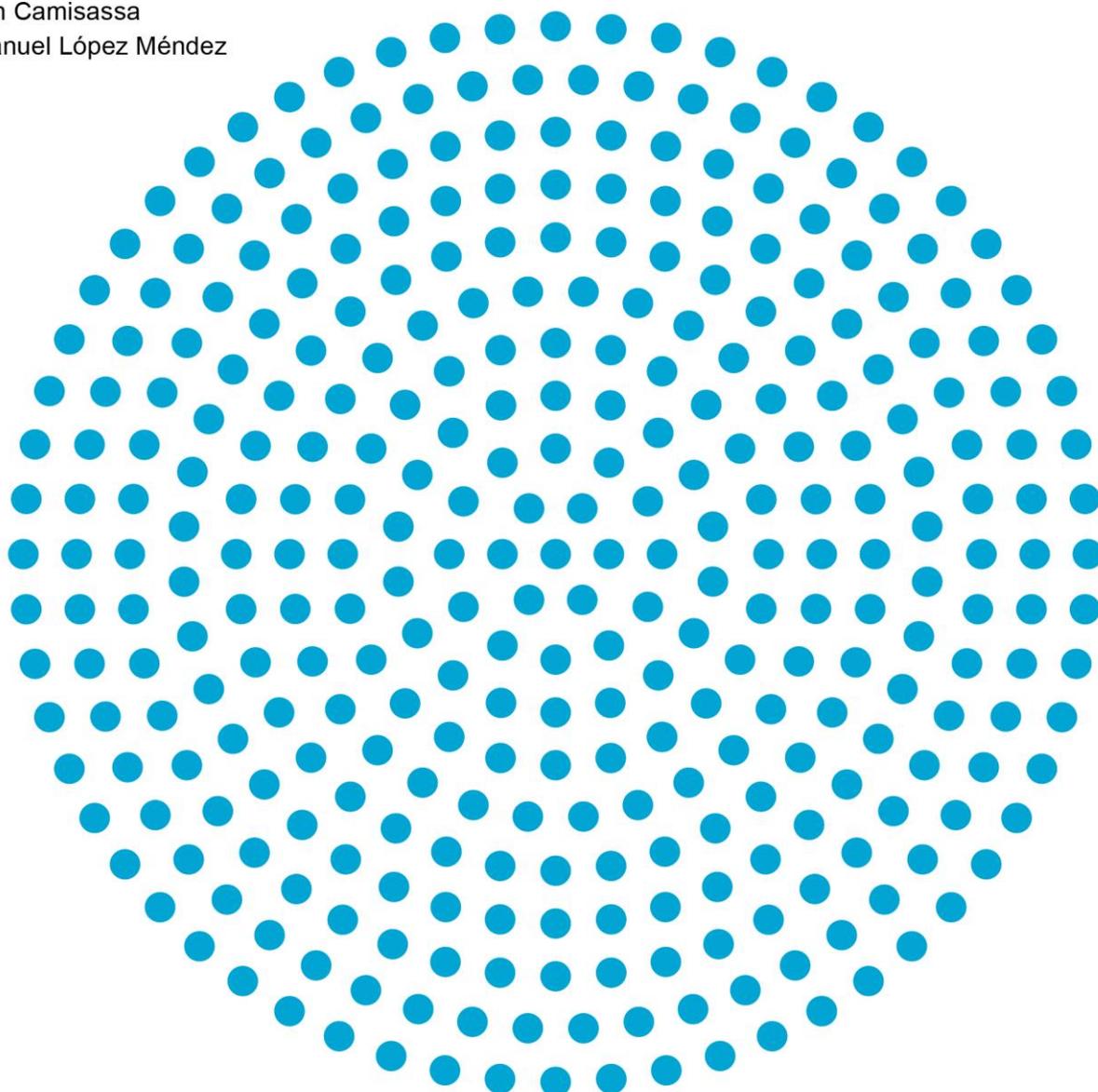


PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Odisea demográfica

Tendencias demográficas en Argentina: insumos claves para el diseño del bienestar social

Rafael Rofman
Carola della Paolera
Juan Camisassa
Emanuel López Méndez





El uso de un lenguaje que no discrimine, que no reproduzca estereotipos sexistas y que permita visibilizar todos los géneros es una preocupación de quienes trabajaron en este documento. Dado que no hay acuerdo sobre la manera de hacerlo en castellano, se consideraron aquí tres criterios a fines de hacer un uso más justo y preciso del lenguaje: 1) evitar expresiones discriminatorias, 2) visibilizar el género cuando la situación comunicativa y el mensaje lo requieren para una comprensión correcta y, 3) no visibilizarlo cuando no resulta necesario.

Resumen

En los últimos 30 años, aún en períodos de crecimiento económico, Argentina no ha logrado reducir la incidencia de la pobreza por debajo del 25%. En otras palabras, durante las últimas tres décadas, siempre hubo al menos un cuarto de la población que vivió en la pobreza. La pobreza implica vulneraciones en múltiples dimensiones (ingresos, educación, vivienda, etc.) y una política efectiva enfocada en este desafío demanda la adopción de medidas en diversos campos, como la macroeconomía, los mercados de trabajo, la educación, el cuidado y otras políticas sociales.

Habitualmente, en Argentina, estos temas son debatidos con un foco marcado en encontrar soluciones de corto plazo a los problemas, lo que dificulta cristalizar mejoras significativas y sostenibles. A esto se suma el hecho de que es habitual que una dimensión tan relevante como las anteriores sea ignorada: la dinámica demográfica. La evolución de la población, en tamaño y estructura etaria, es un factor determinante en las tendencias de mediano y largo plazo, tanto en lo que refiere a las posibilidades de desarrollo económico como a las condiciones de bienestar social, la equidad y la incidencia de pobreza.

Este documento analiza los recientes cambios demográficos en Argentina para enfatizar el rol que tiene la demografía en las perspectivas económicas y sociales del país, respondiendo a cuatro preguntas: ¿de dónde venimos?, ¿por qué cambió la tendencia en la fecundidad en el último quinquenio y qué significa esto para la reducción de la pobreza?, ¿en dónde estamos hoy? y ¿hacia dónde vamos?

¿De dónde venimos? En Argentina, la esperanza de vida al nacer mostró una tendencia ascendente desde fines del siglo XIX hasta hoy, con niveles cercanos a los de países más desarrollados y superiores al promedio de la región. La fecundidad, en cambio, presentó una trayectoria particular. Las proyecciones poblacionales más actuales (ONU, 2022) muestran que si consideramos los 49 países y territorios de América Latina y el Caribe, incluyendo territorios que no son estados nacionales (las Islas Vírgenes Británicas, Bonaire y Saint Marteen, entre otros), en 1950 Argentina era el segundo país con la tasa global de fecundidad más baja. Sin embargo, la tendencia al descenso se estancó desde mediados del siglo pasado y recién se reinició –aunque a un ritmo bajo– a mediados de la década de los 90. En 2015 había 33 países y territorios con niveles de fecundidad menores que el de Argentina (ONU, 2022). A partir de 2014 los niveles de fecundidad comenzaron a disminuir abrupta y significativamente. Entre 2014 y 2020, la tasa global de fecundidad bajó un 34%, el descenso más pronunciado desde que existen registros anuales de esta variable en Argentina. La tendencia a la baja fue aún más acelerada (-55%) en las adolescentes, dato no menor puesto que los embarazos en edades tempranas son, en su mayoría, no intencionales. Además, los diferenciales por condición socioeconómica o regiones también tendieron a disminuir.

¿Por qué cambió la tendencia en la fecundidad en el último quinquenio y qué significado tiene para el objetivo de reducir de la pobreza? Los posibles dinamizadores de esta tendencia pueden ser identificados al separarlos en dos categorías interdependientes: cambios en las preferencias, conductas sociales y culturales, y cambios en accesibilidad a tecnologías modernas de anticoncepción. En este sentido, el auge de movimientos feministas en la segunda década de los 2000 parecería haber influido en conductas y preferencias, a la vez que motorizó la ampliación del acceso a derechos sexuales y reproductivos. Al mismo tiempo, la introducción y distribución masiva de un nuevo tipo de anticonceptivo de larga duración (el implante subdérmico) habría tenido un impacto considerable, motorizado por la ampliación de la ESI y el subsecuente incremento en su demanda. El descenso de la fecundidad general y, más particularmente, de la fecundidad adolescente es

doblemente positivo: refleja los logros alcanzados en el acceso a derechos sexuales y reproductivos –lo que permitió una baja importante en los embarazos no deseados– y tiene un rol crítico en la autonomía económica de las mujeres y en la reducción de la vulnerabilidad social.

¿En dónde estamos hoy? La pandemia provocó cambios en la mortalidad y la fecundidad. Si bien la evidencia disponible al día de hoy respecto a los niveles de mortalidad a causa del COVID-19 es heterogénea, en las estimaciones y proyecciones de población publicadas en 2022, la División de Población de Naciones Unidas estima que entre 2020 y 2021 se habrían producido unas 90.000 muertes adicionales a las esperables, que podrían atribuirse a la pandemia. Esto implica una reducción temporal de la expectativa de vida al nacer de casi 2 años en ese período, que se recupera rápidamente a partir de 2023. En relación a la fecundidad, los datos de nacimientos en Argentina correspondientes al 2021 aún no están disponibles para evaluar el impacto que la pandemia pueda haber tenido.

Se puede plantear la hipótesis de que ésta tuvo un efecto a la baja si se considera que hubo menos interacción social y que es posible que algunas personas hayan pospuesto la planificación de embarazos dadas las incertidumbres generadas por la situación sanitaria. Sin embargo, también puede plantearse una hipótesis en el sentido contrario si se considera que hubo mayores dificultades de acceso a métodos anticonceptivos y a información sobre derechos sexuales y reproductivos. La evidencia en otros países, en los últimos meses de 2020 y primeros meses de 2021, indica que el efecto a la baja de la fecundidad primó. En cambio, los meses siguientes muestran una recuperación de los niveles de fecundidad prepandemia. Para el caso argentino puede suponerse que la pandemia tuvo un efecto similar. Sin embargo, habrá que esperar a que la información de nacimientos esté disponible para confirmarlo.

¿Hacia dónde vamos? Las tendencias demográficas observadas dan cuenta de que el país está atravesando una situación conocida como “bono demográfico”, caracterizada por una elevada proporción de la población en edad de trabajar frente a una población dependiente infantil que disminuye y una proporción de personas mayores aún no muy grande. Este fenómeno arroja un escenario en el que la población activa es considerablemente mayor a la inactiva, lo que puede funcionar como aliciente para maximizar los recursos generados en el país, mejorando las condiciones para el sustento de más políticas redistributivas. Ratificando dicha tendencia, actualizaciones recientes de proyecciones poblacionales de Naciones Unidas muestran que el bono demográfico será más profundo (es decir, con tasas de dependencia aún menores) pero también más corto de lo esperado hasta ahora. La ventana de oportunidad abierta por el escenario demográfico actual es muy valiosa puesto que hoy tenemos una proporción baja de personas dependientes con respecto a personas en edad de trabajar. Sin embargo, el bono demográfico es sólo eso: una oportunidad. Para aprovecharlo, se requiere de inversiones estratégicas en capital físico y humano, a fin de aumentar la productividad de la economía. Además, es menester diseñar políticas públicas que sean consistentes con la dinámica poblacional esperada. Por ejemplo, teniendo en cuenta la reducción en las tasas de fecundidad, hoy sabemos que la población de niños/as menores de 5 años en 2025 será algo inferior a los 3 millones (ONU, 2022), cuando las proyecciones basadas en el Censo 2010 indicaban que habría aproximadamente 3.6 millones (INDEC, 2022; INDEC, 2012), por lo que la planificación de políticas de cuidados o primera infancia deberían adaptarse a esta nueva realidad. Así, las discusiones sobre temas previsionales, de cuidados, educación, regulación laboral o perfiles productivos deberían incorporar una dimensión de mediano y largo plazo que considere estos cambios en la población.

Presentación

Este documento es parte del proyecto conjunto del Programa de Protección Social de CIPPEC, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que tiene el objetivo de estudiar los cambios demográficos y sus efectos en las condiciones de vida de las personas y en las políticas sociales. La información que reúne esta publicación es producto de un trabajo llevado a cabo en 2022. Reducir la pobreza teniendo en cuenta a la transición demográfica conforma una de las prioridades de la iniciativa institucional Democracia 40 (40D) de CIPPEC.

Índice

Introducción	6
¿De dónde venimos? Tendencias demográficas en Argentina entre 1950 y 2020	8
¿Por qué cambió la tendencia en la fecundidad en el último quinquenio en Argentina? Oportunidades para la igualdad de género y la reducción de la pobreza.....	17
Pobreza, género y demografía: ¿cuál es el nexo?	23
¿En dónde estamos hoy? Los efectos de la pandemia sobre la demografía	25
¿A dónde vamos? Posibles escenarios demográficos en el futuro	30
Bibliografía	33
Acerca de los autores y la autora	37

Índice de tablas y gráficos

GRÁFICO 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer (1950-2020)	9
GRÁFICO 2a. Tasa global de fecundidad (1950-2020)	10
GRÁFICO 2b. Tasa de fecundidad en niñas y adolescentes de 15 a 19 años (1950-2020)	11
GRÁFICO 3. Evolución de la tasa global de fecundidad en Argentina (2005-2020)	12
GRÁFICO 4. Evolución tasa global de fecundidad y fecundidad adolescente en Argentina (2010-2020)	13
GRÁFICO 5. Tasa de migración neta en Argentina (1950 a 2020)	15
GRÁFICO 6. Distribución de población por grupos de edad (%), mujeres y varones, Nigeria, Argentina e Italia (2015)	16
GRÁFICO 7. Tasa de dependencia en Argentina (1950-2100)	17
GRÁFICO 8. Tasa de actividad de las mujeres por grupos de edad (primeros trimestres de 2004 a 2019 (31 aglomerados)	19
GRÁFICO 9. Políticas públicas de derechos sexuales y reproductivos seleccionadas (2002-2022)	23
GRÁFICO 10. Posibles impactos a corto plazo de la pandemia sobre la fecundidad en Argentina	26
GRÁFICO 11. Nacimientos vivos por mes en Chile, España y EEUU (2017-2021)	29
GRÁFICO 12. Tasa de dependencia total proyectada en Argentina, según escenarios alternativos (2010-2100)	31
GRÁFICO 13. Población menor a 15 años en Argentina, según escenarios alternativos (2010-2100)	31
TABLA 1. Tasa de fecundidad adolescente (hijos/as cada 1.000 niñas y adolescentes de 10 a 19 años).	14

Introducción

La reducción de la pobreza es, a la vez, un requisito indispensable para avanzar en un sendero de desarrollo económico con mayor equidad social y una consecuencia de las mejoras que se logren en ese sendero. En efecto, el crecimiento económico, la equidad y el bienestar de la población tienden a mejorar (o empeorar) en forma conjunta, por lo que uno de los grandes desafíos de las próximas décadas para Argentina es lograr una mejora sostenida en los distintos frentes en forma simultánea.

La alta incidencia de la pobreza y su persistencia es una de las principales deudas pendientes del país, que se vio agravada con la crisis provocada por el COVID-19. En los últimos 30 años, aún en períodos de crecimiento económico, Argentina nunca logró perforar un piso de 25% de personas en situación de pobreza (Gasparini et al., 2019). Al primer semestre de 2022, el 36.5% de la población no pudo alcanzar los ingresos suficientes para cubrir una canasta básica de bienes y servicios (INDEC, 2022).

La pobreza se concentra en hogares con niños/as y adolescentes. Esto sucede por dos razones principales. La primera se vincula con la proporción de perceptores de ingresos presentes en el hogar: más niños/as implican un mayor número de miembros en el hogar que dependen de la misma fuente de ingresos, y en consecuencia un menor ingreso per cápita (Gasparini, 2022). En otras palabras, dado que los ingresos per cápita se calculan por hogar, las personas adultas en estos hogares deben alcanzar ingresos más altos para cubrir las necesidades básicas propias y de sus hijos/as en relación a aquellos que no tienen hijos/as. La segunda se vincula con el tiempo que los padres y, especialmente, las madres dedican para cuidar a sus hijos/as, lo que genera obstáculos en su formación profesional e inserción laboral y, por ende, en el acceso a ingresos (Caro Sachetti y Camisassa, 2021). De esta forma, la agenda de igualdad de género dialoga estrechamente con el objetivo de la reducción de la pobreza: la desigualdad económica de género agudiza las vulneraciones de los hogares y refuerza la reproducción intergeneracional de la pobreza (Díaz Langou et al., 2019).

Si bien la participación laboral de las mujeres aumentó desde la década de los 70, ésta se estancó a partir de los 2000 y actualmente persiste una brecha significativa: alrededor del 50% de las mujeres mayores de 14 años participa del mercado laboral, frente al 69% de los varones (EPH, 2022). Esta brecha se acentúa en los hogares vulnerables (della Paolera, Biondi y Petrone, 2019) y se vincula con problemas estructurales que se presentan en diversas dimensiones como el cuidado, la educación, el trabajo y la salud. Además de menores tasas de participación, las mujeres enfrentan mayores obstáculos para insertarse en empleos más productivos (“paredes de cristal”) y para acceder a puestos de alta jerarquía (“techos de cristal”), impactando en sus ingresos que resultan más bajos en relación a aquellos de sus pares varones (Díaz Langou et al., 2019).

Avanzar en objetivos como reducir la pobreza, mejorar la equidad o alcanzar la igualdad de género requiere de una estrategia de política pública sostenida en el tiempo. Su diseño y planificación debe responder a un criterio de priorización que reconozca las urgencias coyunturales, pero también considere un horizonte que incorpore lineamientos para el mediano y largo plazo. El primer paso para avanzar en ese sentido es comprender los cambios que está atravesando la población.

Las variables demográficas son determinantes en la distribución del ingreso: las sociedades con menor convergencia de la fecundidad entre estratos socioeconómicos tienden a reproducir la pobreza intergeneracionalmente. A modo de ejemplo, si las parejas de menores recursos tienen, en promedio, más hijos que las demás, las brechas

de ingresos entre ellas se multiplicarán, dado que más niños/as implican menores ingresos per cápita en el hogar y mayores barreras para la participación laboral de las personas adultas (sobre todo de las madres) (Gasparini, 2022). Esto evidencia que una estrategia exitosa para abordar la pobreza y la desigualdad de género en el corto, mediano y largo plazo requiere conocer las características y los cambios de la estructura de la población en el territorio del país.

Reducir la pobreza demanda la adopción de políticas específicas en diversos campos, como la macroeconomía, los mercados de trabajo, la educación, la salud, las políticas de género y otras dimensiones de las políticas sociales. Estos temas son debatidos habitualmente en Argentina con un fuerte foco en los problemas de corto plazo que dificultan mejoras significativas y sostenibles. A esto debe agregarse que es habitual que una dimensión tan relevante como las anteriores sea ignorada: la dinámica demográfica. La evolución de la población, en tamaño y estructura etaria, es un factor determinante en las tendencias de mediano y largo plazo, tanto en lo que se refiere a las posibilidades de desarrollo económico como a las condiciones de bienestar social, la equidad y la incidencia de pobreza u otros indicadores similares.

Este documento propone analizar el diagnóstico de los recientes cambios demográficos en Argentina y sus determinantes para abordar el rol que la demografía tiene en las perspectivas económicas y sociales del país¹. A fin de presentar el contexto de la dinámica de la población en el mediano plazo, se comienza describiendo la evolución de las principales variables demográficas desde 1950 en adelante. En segundo lugar, se describen algunos cambios recientes, discutiendo su dinámica y posibles causas, con foco en la fecundidad, dado que parece haber tenido un brusco cambio de régimen a partir de 2015. En tercer lugar, se analiza el potencial impacto que la pandemia y las medidas sanitarias adoptadas durante 2020 y 2021 podrían haber tenido sobre las principales variables demográficas. Por último, el cuarto apartado esboza los posibles escenarios de población en el mediano y largo plazo y sus implicancias para el desempeño económico y social en el futuro. Así, se busca abrir una discusión sobre las oportunidades y desafíos que los cambios demográficos brindan para promover el crecimiento, acelerar la reducción de la pobreza y potenciar la igualdad de género en el corto y mediano plazo.

¹ Este documento conforma el primer producto en el marco del proyecto conjunto de CIPPEC, UNFPA y UNICEF. Un segundo documento retomará este diagnóstico para abordar la discusión sobre las políticas públicas en el contexto de transición demográfica.

¿De dónde venimos? Tendencias demográficas en Argentina entre 1950 y 2020

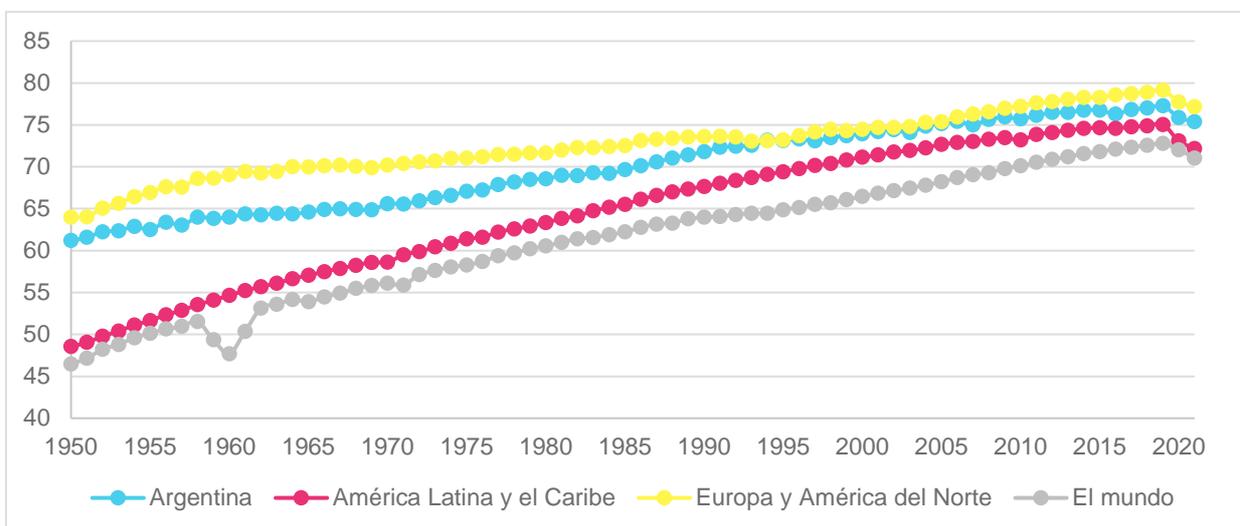
Estudiar los cambios en una población en un área geográfica implica observar tres variables clave: cuánto viven las personas (mortalidad), cuántos hijos/as tienen (fecundidad) y cuántas personas entran y salen (migraciones). Estas variables han sido el objeto de estudios de demógrafos/as por décadas, con distintos niveles de complejidad y atención. La mortalidad, la fecundidad y las migraciones ocurren, en distintos grados, por una combinación de eventos de nivel macro, que pueden ser considerados como inevitables y/o como resultado de decisiones individuales. Al mismo tiempo, las preferencias y decisiones tanto sociales como individuales para cada una de las tres variables tienen distintos niveles de heterogeneidad. Así, la muerte es un evento inevitable, que puede ser (hasta cierto punto) pospuesto mediante acciones colectivas o individuales y al que, casi siempre, tanto las sociedades como los individuos prefieren reducirlo al máximo posible. La fecundidad, por su parte, es evitable y es la consecuencia de un conjunto de determinantes incluyendo la autonomía corporal o reproductiva, que muchas veces está determinada por pautas sociales y culturales que rigen una sociedad en un momento dado. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad no existieron medios efectivos ni esfuerzos sistemáticos por reducir la fecundidad, y recién en los últimos 250 años se empezaron a registrar acciones conscientes para limitar el número de hijos/as. Por otro lado, si bien parecería que la mayoría de las sociedades e individuos prefieren controlar su fecundidad con el fin de reducirla es posible encontrar casos en los que, por distintas razones, se busque aumentar el número de nacimientos, a nivel de la sociedad o en hogares específicos. Finalmente, las migraciones son movimientos de personas que se originan en distintas causas (sociales, económicas, climáticas, culturales). En general, las personas no migran si no toman individualmente la decisión explícita de hacerlo y las motivaciones para hacerlo (o no) cambian permanentemente entre individuos, grupos sociales y momentos históricos. Este apartado describe lo sucedido en estas tres variables clave en Argentina desde mediados del siglo XX hasta 2020.

Para observar cómo fue evolucionando el nivel de mortalidad en una población, puede utilizarse el indicador de la esperanza de vida al nacer, que aproxima la idea del número de años que, en promedio, se espera viva cada generación². A diferencia de las tasas brutas de mortalidad, este indicador no se ve afectado por cambios en la estructura etaria de la población (Gragnotati et al., 2015). En Argentina, la esperanza de vida al nacer mostró una tendencia ascendente desde fines del siglo XIX hasta hoy (con una caída como consecuencia de la pandemia del COVID-19 en 2020-21), con niveles cercanos a los de países más desarrollados. De esta forma, la reducción de mortalidad se inició antes que en el resto de la mayoría de los países latinoamericanos (**GRÁFICO 1**). La esperanza de vida al nacer pasó de ser de alrededor 33 años de edad en 1883 a niveles cercanos a los 60 años en 1950 y a más de 73 años a partir de los 2000, alcanzando un nivel superior a los 77 años en 2019 (ONU, 2022). El descenso de los niveles de mortalidad en Argentina se vincula con la temprana modernización de su sociedad (a diferencia de los demás países de la región), sus altos niveles de urbanización y la expansión de la educación formal (Gragnotati et al., 2015). Como puede observarse en el **GRÁFICO 1**, la reducción de la mortalidad en Argentina

² Estrictamente, la esperanza de vida al nacer mide los años que, en promedio, vivirían los miembros de una generación nacida en el momento de la medición si las condiciones de mortalidad vigentes a ese momento se mantienen sin cambios a lo largo de su vida (Suzuki y Fantom, 2013).

siguió, desde mediados del siglo pasado, una suave trayectoria que llevó a una situación de convergencia con el resto de la región y la mayoría de los países del mundo.

GRÁFICO 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer (1950-2020)



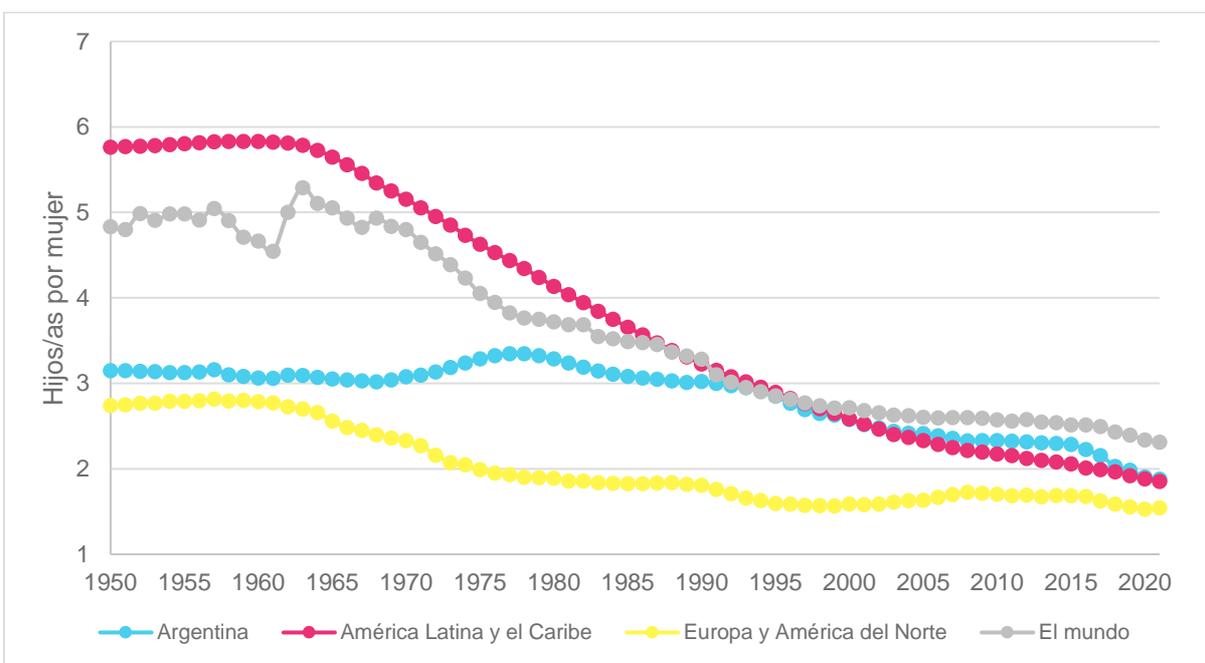
Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas (2022).

La fecundidad, por su lado, presenta una trayectoria particular. Argentina inició su proceso de descenso de la fecundidad tempranamente, entre fines del siglo XIX y principios del XX. Sin embargo, esta tendencia se estancó desde mediados del siglo pasado, y sólo se reinició, aunque con poca intensidad, a mediados de la década de los 90 (**GRÁFICO 2a**). En 1950, entre 49 países o territorios de América Latina y el Caribe³, Argentina (con 3,15 hijos por mujer) era el segundo país con más baja tasa de fecundidad (detrás de Uruguay) mientras que en 2015 se ubicaba por detrás de 33 países y territorios de la región. Desde 1950 hasta 1990, la fecundidad se mantuvo estable en un nivel de alrededor tres hijos/as por mujer. De hecho, el país tuvo un pequeño “baby boom” en la segunda mitad de década de los 70, en contraposición con las tendencias regionales y globales (**GRÁFICO 2a**). Este “baby boom” coincide con un periodo de implementación de políticas pronatalistas vigentes entre 1974 y principios de los años 80 (Felitti, 2008). A partir de la década de los 90, la tasa de fecundidad retoma su descenso, aunque a un ritmo suave, lo que llevó a que en la primera década de los 2000 el país tenga una tasa de fecundidad mayor que el promedio de la región latinoamericana. De esta forma, entre 2005 y 2010, en Argentina la tasa global de fecundidad media fue de 2,37 hijos/as por mujer mientras que en América Latina y el Caribe fue de 2,26 hijos/as por mujer. La diferencia en relación a otros países se advierte aún con más claridad si se considera únicamente la fecundidad de las niñas y adolescentes de 15 a 19 años. Entre 1950 y 2015 esta tasa disminuyó un 51% a nivel mundial y un 40% en América Latina. En cambio, en

³ Este listado incluye 16 territorios que no son estados nacionales (como las Islas Vírgenes Británicas, Bonaire, Saint Marteen y otros).

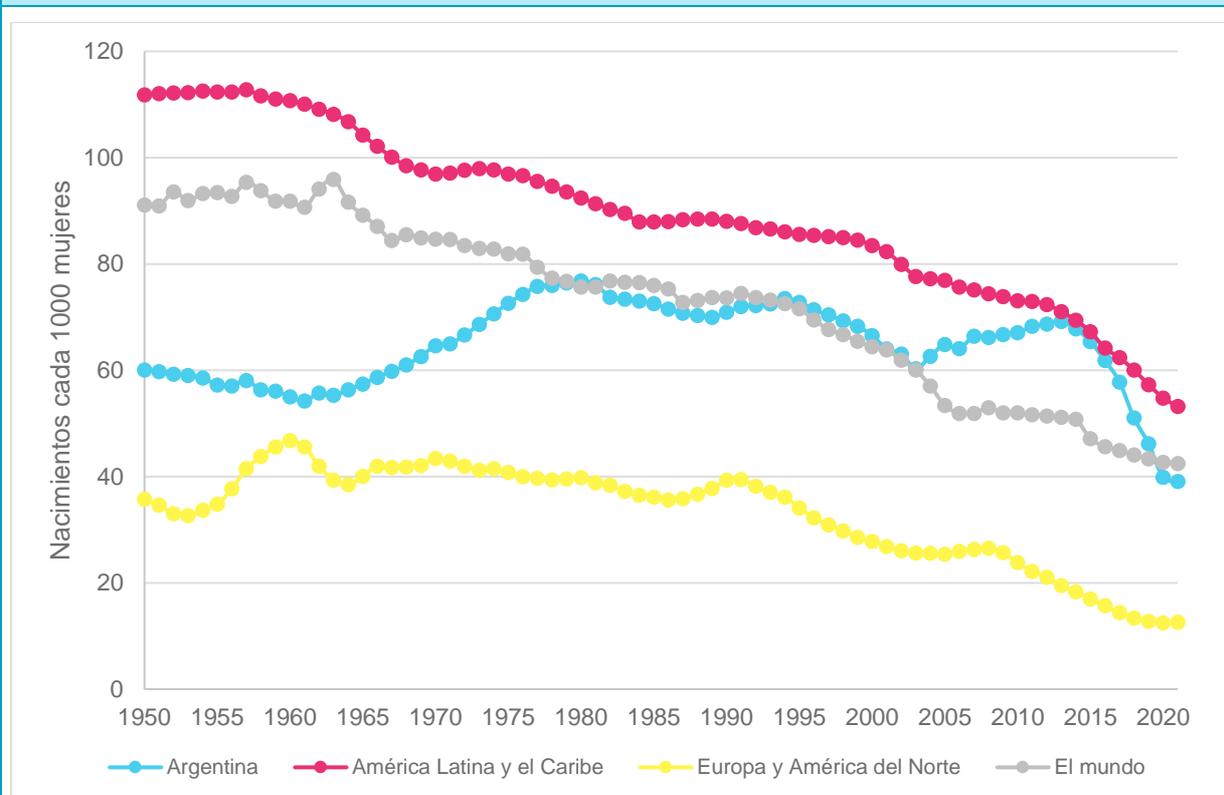
Argentina aumentó un 2% (GRÁFICO 2b). A partir de esa fecha, como se muestra a continuación, esta dinámica se modifica.

GRÁFICO 2a. Tasa global de fecundidad (1950-2020)



Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas (2022).

GRÁFICO 2b. Tasa de fecundidad en niñas y adolescentes de 15 a 19 años (1950-2020)

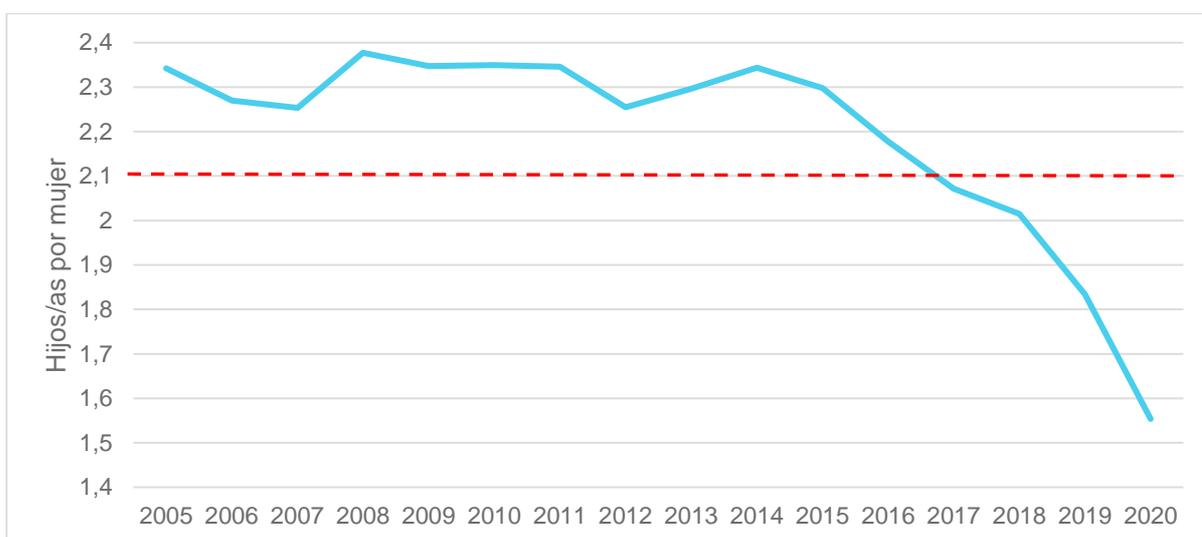


Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas (2022).

La dinámica en la evolución de las tasas de fecundidad cambió significativamente a partir de 2014. La tasa global de fecundidad en Argentina bajó un 34% entre 2014 y 2020 (**GRÁFICO 3**). Este descenso fue el más pronunciado desde que existen registros anuales de esta variable y llevó sus valores a los niveles más bajos de la historia. Además, la tendencia declinante parecería haberse acelerado desde 2019, cuando, por primera vez, la tasa global de fecundidad de Argentina estuvo por debajo de los dos hijos/as por mujer, es decir que fue inferior la tasa de reemplazo⁴ (**GRÁFICO 3**).

⁴ El nivel de reemplazo de la tasa global de fecundidad refiere al nivel de fecundidad necesario para que la población alcance la estabilidad en el tiempo (sin tener en cuenta las migraciones). Para ello es necesario que las mujeres tengan en promedio 2.1 hijos/as. El valor es 2.1 y no 2 hijos por mujer, pues existe una regularidad estadística que demuestra que nacen 105 varones cada 100 mujeres.

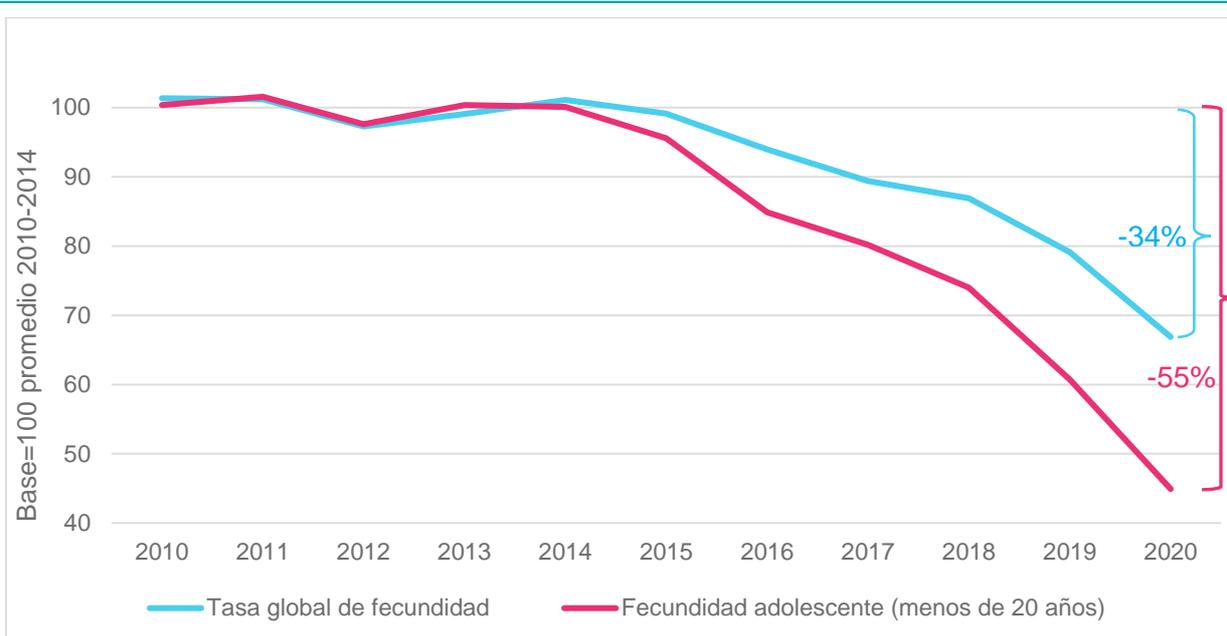
GRÁFICO 3. Evolución de la tasa global de fecundidad en Argentina (2005-2020)



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Naciones Unidas (2019)

El descenso de la fecundidad fue más rápido entre las niñas y adolescentes menores de 20 años (fecundidad adolescente), dato particularmente importante considerando el estancamiento observado en los 60 años previos. Mientras que en los primeros años de este siglo cerca de un 15% de los nacimientos correspondían a niñas y adolescentes menores de 20 años, en 2020 este porcentaje disminuyó a menos del 10% (DEIS, 2014-2022). En efecto, los descensos observados en este último quinquenio no han sido homogéneos entre distintos grupos de población. En las niñas y adolescentes menores de 20 años el descenso fue de un 55% entre 2014 y 2020 mientras, como se mencionó antes, para el total de las mujeres el descenso fue de 34% (**GRÁFICO 4**). Además, la caída fue mayor (58%) en la fecundidad adolescente temprana (niñas menores de 15 años).

GRÁFICO 4. Evolución tasa global de fecundidad y fecundidad adolescente en Argentina (2010-2020)



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Naciones Unidas (2020)

Los datos disponibles parecen indicar que el efecto también fue más fuerte entre las mujeres con menos educación: mientras que en 2014 un 26% del total de nacimientos correspondían a mujeres que no habían accedido a la educación secundaria (y un 5% a menores de 20 años con ese nivel educativo), esos porcentajes disminuyeron al 15% (y 2% entre las adolescentes) en 2020 (DEIS, 2014-2022). Por otro lado, y en la misma dirección, la cantidad de nacimientos de mujeres que no finalizaron el secundario entre 2014 a 2020 cayó un 47% mientras que los de mujeres con educación secundaria finalizada se redujeron más levemente, un 23% (DEIS, 2014-2022).

Si bien parte de esta declinación podría deberse a un aumento en los niveles educativos en la población (no es posible discriminar este efecto con los datos disponibles), los datos de la Encuesta Permanente de Hogares muestran que estos cambios han sido menores. El porcentaje de mujeres de 20 a 29 años de edad que no finalizó el nivel secundario pasó del 30% en 2014 al 25% en 2021, una disminución mucho más suave que la de los nacimientos en mujeres de este grupo (EPH, 2014 y 2021). Esto significaría, teniendo en cuenta que por lo general quienes acceden a menos nivel de educación viven en hogares con más bajos ingresos, que las tasas de fecundidad de las mujeres de estratos socioeconómicos bajos están convergiendo con aquellas de estratos socioeconómicos medios y altos.

En tercer lugar, los cambios observados en la fecundidad global desde 2014 presentan diferencias en el territorio. Hasta 2018 las mayores caídas se observaban en las regiones donde ya era más baja la fecundidad (Buenos Aires y las provincias patagónicas, pampeanas y cuyanas), pero entre 2018 y 2020, también se acelera el descenso en las provincias del NOA y NEA. La disminución en la fecundidad en niñas y adolescentes menores de 20 años parece haber seguido un patrón territorial similar, aunque con algunas diferencias. Las bajas fueron inicialmente leves en el norte del país y en las provincias pampeanas (2014-2017) y muy rápidas en Cuyo y la Patagonia.

Entre 2018 y 2020, la caída se aceleró en todo el territorio, con valores similares entre las diferentes regiones (2018-2020) (**TABLA 1**).

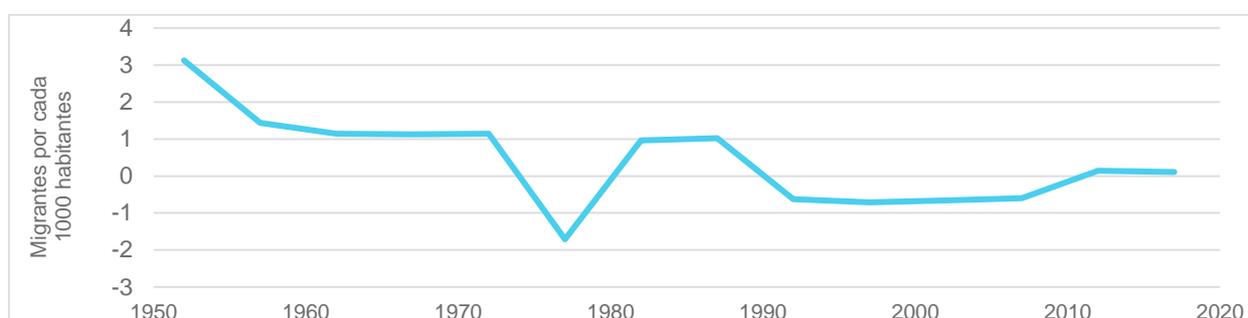
TABLA 1. Tasa de fecundidad adolescente (hijos/as cada 1000 niñas y adolescentes de 10 a 19 años). Nivel en 2020 y variaciones desde 2014, por región.

	Tasa de fecundidad adolescente en 2020	Cambios entre 2014 y 2017	Cambios entre 2018 y 2020
Total país	15,2	-20%	-39%
Patagonia	12,1	-29%	-37%
Pampeana*	13,1	-19%	-39%
Cuyo	15,3	-30%	-37%
NOA	18,1	-16%	-43%
NEA	28,2	-11%	-34%

Fuente: elaboración propia en base a la EPH, Estadísticas Vitales (Ministerio de Salud de la Nación) y proyecciones de población de INDEC.
Nota:* incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba y La Pampa.

Como se mencionó al inicio de este apartado, la tercera variable relevante para analizar la evolución de la población son las migraciones. En Argentina la migración internacional fue importante para explicar la evolución de la población en las tres primeras décadas del siglo XX, pero luego se desaceleró significativamente, sobre todo pasada la etapa post segunda guerra mundial (Gragnotati et al., 2015). Ya a partir de la década del 60, la inmigración era más modesta, con inmigrantes en su mayoría de países vecinos, compensada con la emigración de argentinos/as, que se dirigían principalmente a países más desarrollados de Europa y/o los Estados Unidos (Gragnotati et al., 2015). Esta tendencia se mantiene hasta hoy y, por lo tanto, los efectos migratorios netos no parecen tener un rol determinante en términos demográficos. De hecho, la tasa de migración neta, que refiere al balance que existe entre la inmigración y la emigración, hacia final del siglo pasado y en las primeras décadas del actual ha sostenido niveles casi nulos (**GRÁFICO 5**).

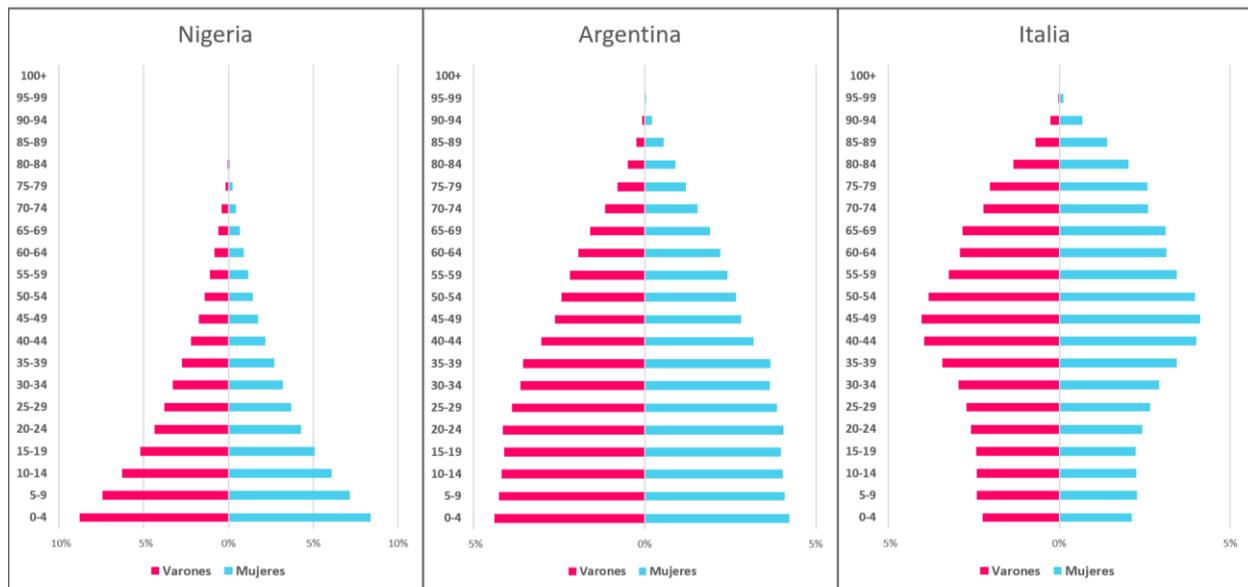
GRÁFICO 5. Tasa de migración neta en Argentina (1950 a 2020)



Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas (2019)

Los cambios ocurridos en la mortalidad y la fecundidad en el país desembocan en un proceso de envejecimiento poblacional. En 1950 la proporción de adultos con más de 65 años en el país era de 4% mientras que en 2015 alcanzaba al 11%. La fuerte caída de la tasa de fecundidad en este último lustro acelerará este proceso de envejecimiento de la estructura de edades de la población. La estructura por edad de la población argentina se encuentra en el presente en un punto intermedio entre una estructura joven y una estructura envejecida. El **GRÁFICO 6** muestra la representación gráfica de distintas estructuras poblacionales con los ejemplos de Nigeria, Argentina e Italia. Una estructura poblacional joven, como la de Nigeria, se caracteriza por una forma triangular o piramidal, donde los grupos etarios más jóvenes son los más numerosos y hay menor cantidad de población a medida que aumenta la edad (Gragnotatti, et.al., 2015). En contraposición, el ejemplo de Italia muestra una estructura poblacional envejecida que se representa por una forma más rectangular y en casos extremos de pirámide invertida, donde hay menos población perteneciente a los grupos etarios más jóvenes y cantidades crecientes a medida que se avanza en las edades.

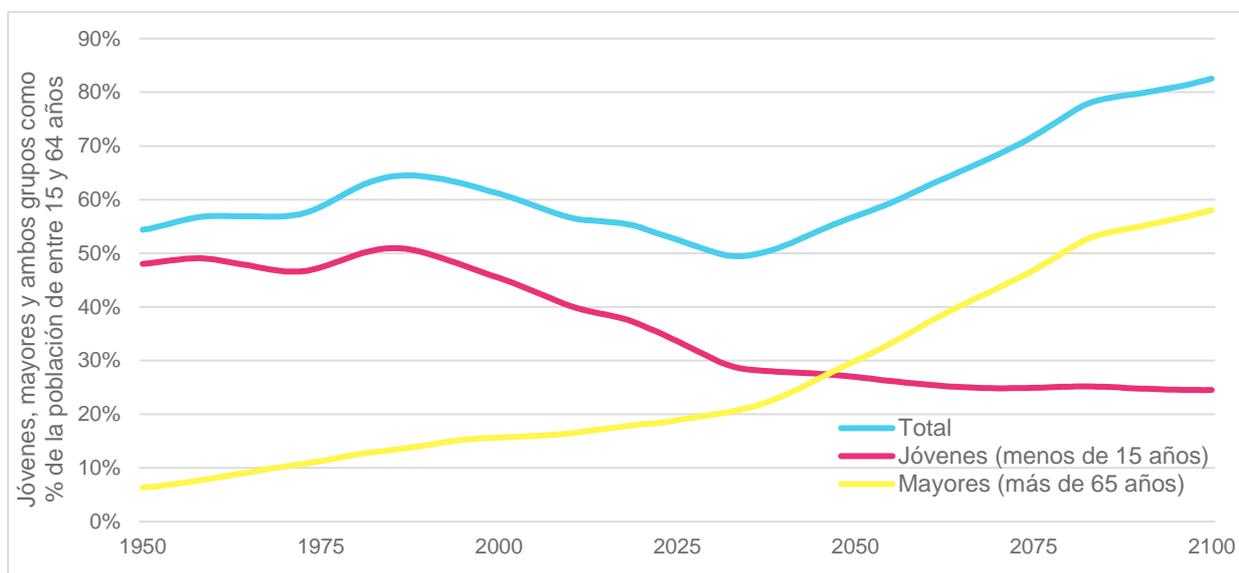
GRÁFICO 6. Distribución de población (%) por grupos de edad, mujeres y varones en Nigeria, Argentina e Italia (2015)



Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas 2019.

Como consecuencia de esta transición demográfica, se genera un momento en el cual disminuye la proporción de población en edades más jóvenes y aún no hay una gran proporción de población adulta mayor en edades de retiro, por lo que se maximiza la relación entre la cantidad de población en edad de trabajar y la cantidad de población de edades no laborales. A esta situación se la conoce como “bono demográfico”. Tomando las estimaciones y proyecciones de población preparadas por Naciones Unidas (2022) se puede observar cómo la tasa de dependencia de mayores (esto es, la proporción entre población mayor de 65 años y población de entre 15 y 64 años) ha crecido en forma sostenida desde mediados del siglo pasado y se espera continúe la tendencia en el futuro. Mientras tanto, la tasa de dependencia de jóvenes (la proporción de menores de 15 años respecto a la población de entre 15 y 64 años) se mantuvo muy estable hasta mediados de los años 90, cuando comenzó un suave proceso de disminución. Al considerar la dependencia total (la suma de las dos tasas mencionadas) se advierte con claridad el fenómeno del bono demográfico: a partir de principios de la década de 1990 (cuando los nacidos entre 1975 y 1980 comenzaron a integrarse a la población “adulta”) se produjo una disminución en la tasa de dependencia, que se espera continúe hasta llegar a un mínimo alrededor de los años 2037 o 2038 (**GRÁFICO 7**). Esta menor presión demográfica sobre la población en edad productiva se ha presentado como una oportunidad para aumentar la riqueza en las sociedades permitiendo encarar la etapa posterior de envejecimiento con mejores condiciones.

GRÁFICO 7. Tasa de dependencia en Argentina (1950-2100)



Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas 2022.

¿Por qué cambió la tendencia en la fecundidad en el último quinquenio en Argentina? Oportunidades para la igualdad de género y la reducción de la pobreza

Analizar cómo y por qué cambia la demografía de las poblaciones es objeto de estudio de distintas disciplinas e involucra la generación de numerosas teorías que se vienen formulando en los últimos dos siglos (Hauser y Dudley Duncan, 1975). La transición demográfica es un proceso por el cual las poblaciones pasan de un régimen demográfico caracterizado por la alta mortalidad y fecundidad a uno con bajos niveles en ambos indicadores. Esta transición está asociada al desarrollo económico y social, que impacta sobre múltiples aspectos de la organización social, como la adopción de medidas de salud pública, cambios en los modelos de producción hacia sistemas basados en mercados de trabajo asalariado y cambios en la dinámica interna de las familias (por ejemplo, en los roles y equilibrios de poder entre los distintos miembros de los hogares). Si bien la disminución en las tasas de mortalidad y fecundidad fue señalada por distintos autores desde principios del siglo pasado, los primeros intentos de formular una explicación de este proceso son de mediados del siglo, cuando Notestein (1945) la asoció a la modernización de las sociedades. Mientras que la reducción de la mortalidad puede ser explicada sin demasiada dificultad (ya que se

vincula a mejoras en salud pública y nutrición), el descenso de la fecundidad ha sido objeto de estudio y controversias por décadas. El desafío es que, como en otros procesos sociales, es necesario explicar la vinculación entre los fenómenos macrosociales y los comportamientos individuales, que no son homogéneos ni ocurren en forma simultánea en distintos países. Por ello, existe una amplia literatura desde la sociología, la antropología y la economía que propone distintas teorías.

Más allá de la robustez de cada una de ellas para explicar el proceso de reducción de fecundidad, es claro que es necesario que existan (y sean accesibles) tecnologías anticonceptivas efectivas, que las personas deseen utilizarlas, y que haya un acceso seguro para la interrupción voluntaria de los embarazos.

El caso argentino: ¿qué hay detrás de los cambios de la fecundidad en el último quinquenio?

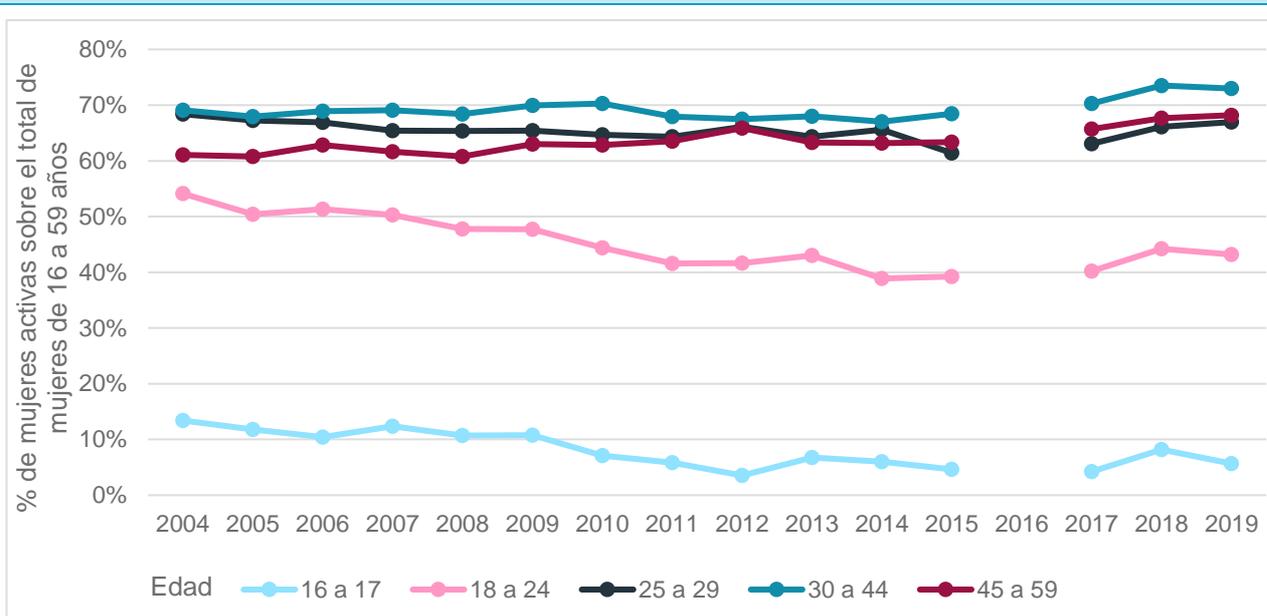
La fuerte caída de la fecundidad y, especialmente, de la fecundidad adolescente durante el último quinquenio es la principal novedad en cuanto a las tendencias demográficas de mediano y largo plazo en Argentina. No es posible aislar un único factor que explique esta caída. Sin embargo, se pueden identificar algunos posibles dinamizadores de esta tendencia, separándolos en dos categorías que se vinculan entre sí: cambios en accesibilidad a tecnologías modernas de anticoncepción, y cambios en las preferencias, conductas sociales y culturales. Como se verá a continuación, estos factores –que pueden darse en forma autónoma o como resultado de intervenciones de política pública– fueron acumulándose y retroalimentándose entre sí con el correr de los años, incrementando el acceso a derechos sexuales y reproductivos en todo el territorio.

Por un lado, en este período se produjo un importante cambio en cuanto al acceso de tecnologías de anticoncepción. En 2012 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica autorizó, mediante su disposición 4400, la comercialización de implantes subcutáneos anticonceptivos. La distribución y aplicación de estos implantes comenzó lentamente, pero se aceleró en 2014 cuando se incorporó al programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, inicialmente en forma restringida orientada a niñas y adolescentes de 15 a 19 años sin obra social o prepaga que hubieran tenido al menos un evento obstétrico⁵ y que residieran en jurisdicciones que presentaban las mayores tasas de fecundidad adolescente (Ministerio de Salud, sf). A partir de 2015, se extendió este insumo a todas las mujeres de 15 a 24 años en todas las jurisdicciones, sin obra social o prepaga, independientemente de si tuvieron o no un evento obstétrico (Ministerio de Salud, sf).

Por otro lado, los cambios en las preferencias de las personas se vinculan a impactos del desarrollo económico, cambios en la organización interna de las familias, o cambios en la cultura que impactan en las decisiones de las mujeres en edad fértil. Las hipótesis referidas al rol de cambios económicos no parecen tener demasiado poder explicativo en este caso. El período relevante (menos de cinco años) no es suficientemente prolongado para que se verifiquen cambios estructurales profundos en la economía y el mercado laboral en Argentina. Adicionalmente, la información disponible no muestra que se hayan producido transformaciones rápidas en el mercado laboral en estos años: la tasa de actividad de las mujeres en edad reproductiva no tuvo grandes cambios entre 2010 y 2019 (**GRÁFICO 8**). Además, si bien los ingresos tuvieron aumentos y caídas que siguieron la dinámica macroeconómica del país, no parece haber una tendencia clara que pueda asociarse a la fecundidad.

⁵ Parto, cesárea o aborto.

GRÁFICO 8. Tasa de actividad de las mujeres por grupos de edad, (primeros trimestres de 2004 a 2019) (31 aglomerados)



Fuente: elaboración en base a Díaz Langou, G., De León, G., Florito, J., Caro Sachetti, F., Biondi, A. & Karczmarczyk, M. (2019); datos de la EPH.

Nota: se toma el dato correspondiente al primer trimestre de cada año por lo que no se cuenta con información de la EPH para 2016. La utilización de la franja etaria 16-59 años responde a que, según el marco legal argentino, la edad mínima para trabajar es de 16 años y la edad de retiro para las mujeres es de 60 años.

Los cambios sociales y culturales parecen haber sido más importantes como factores que han incidido, sobre todo al tener en cuenta el auge de movimientos feministas en la segunda década de los 2000. Este documento se enfoca en analizar los cambios vinculados a derechos sexuales y reproductivos en ese periodo a pesar de que, como es evidente, son el resultado de una lucha por ampliarlos que se inició bien anteriormente por diversos movimientos de derechos humanos y grupos de la sociedad civil.

Durante la segunda década de los 2000 puede decirse que se gestó una nueva ola de feminismo en Argentina, conocida como la “cuarta ola”⁶. Si bien la definición identitaria de esta ola está conformándose aún, se caracteriza por tener motorizadores que incluyeron a la lucha contra la violencia machista y la agenda pendiente en temas de paridad (Monge, 2018; Miyares, 2018; Barrancos, 2014). Un hito que marcó el inicio de este proceso fue la consolidación de movimientos como el de “Ni una Menos” que surge en Argentina en 2015 en contra de la violencia machista y que luego se expande a otros países del mundo. Estos movimientos encuentran una continuidad en la lucha

⁶ Los cortes temporales de las olas feministas y su respectiva interpretación varían, pero es posible esbozar algunas generalizaciones basadas en grandes tendencias que acontecieron, por lo general, en una proporción relevante de países de occidente. La primera ola del feminismo puede definirse como el periodo entre finales del siglo XVIII y mediados del XIX, donde en el contexto de nuevas ideas de la Ilustración y la Revolución Francesa surgieron reflexiones y visiones críticas sobre los privilegios masculinos, por ejemplo, en términos de acceso a la educación y derechos (Monge, 2018; ; Gómez Yepes et al., 2019). La segunda ola, desde mediados del siglo XIX hasta la década de los 50 del siglo XX, se caracterizó por la lucha por el sufragio y la igualdad en derechos civiles y políticos (Gómez Yepes et al., 2019). La tercera ola inició en los años 60 en los Estados Unidos (se denomina como la segunda ola en el feminismo de los Estados Unidos), sumando nuevas reivindicaciones vinculadas a las discriminaciones, al rol asignado a la mujer en la sociedad, la familia, el trabajo y el acceso a derechos sexuales y reproductivos, entre otras (womenhistory.org, sf). Se estima que la cuarta ola del feminismo surgió a partir de la segunda década del siglo XXI.

por la ampliación de derechos sexuales y reproductivos y más particularmente el derecho al aborto legal y gratuito (Monge, 2018; Miyares, 2018; Barrancos, 2014).

Los reclamos para ampliar los derechos sexuales y reproductivos de estos movimientos no solo traccionaron la voluntad política de abordar más estas cuestiones, sino que también impactaron en la difusión de información en el debate público y redes sociales sobre los métodos anticonceptivos, los estereotipos de género y los efectos de la maternidad no intencional respecto a la autonomía de las mujeres, entre otras. Por ejemplo, es posible plantear la hipótesis de que la elevada visibilidad que obtuvieron algunos de los debates como el del aborto, permitieron de forma indirecta aumentar el conocimiento y la discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos en diversos públicos y, más particularmente, en el de los/as jóvenes. En este sentido, la difusión de información en medios de comunicación y redes sociales sobre temas de la igualdad de géneros, las consecuencias del embarazo no intencional, alternativas de vida alejadas de los estereotipos de género y la relevancia de la educación sexual integral, entre otros, podrían haber tenido un impacto relevante sobre las preferencias de muchas mujeres adultas, jóvenes y adolescentes.

Los resultados de la puja por garantizar derechos sexuales y reproductivos se ven, en parte, plasmados en leyes y políticas que se consolidaron y robustecieron en los últimos años. En las últimas dos décadas se produjeron avances importantes en el acceso a dispositivos anticonceptivos a través de medidas de política pública. En la década de los 90 se había avanzado en la aprobación de leyes de salud reproductiva en varias provincias⁷ que, por lo general, incluían los objetivos de provisión de métodos de anticoncepción y de información en consejerías (UNFPA, 2011). Este tipo de medidas se potenciaron sobre todo en el segundo quinquenio de los años 90, siguiendo a los acuerdos internacionales en los que participó Argentina logrados en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en 1994 y en la V Cumbre Mundial de la Mujer en 1995 (Aizenberg et al., 2003). Sin embargo, las leyes provinciales en ese momento eran heterogéneas y tenían diferentes grados de implementación y presupuesto asignado (Aizenberg et al., 2003). En 2002 se sancionó la Ley 25.675 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), actualmente, y desde 2018, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR). Este Programa apunta a promover el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva, estableciendo la existencia de obligaciones estatales en esa materia (Cattaneo y Suarez, 2017; CELS, 2016).

Pueden distinguirse tres etapas que el PNSSyPR atraviesa desde su creación (Cattaneo y Suarez, 2017; UNFPA 2011): una etapa inicial, desde 2003 a 2006, caracterizada por las compras nacionales de insumos anticonceptivos para su distribución. Esta distribución se dirigía principalmente a quienes no tuvieran cobertura de salud privada dado que, desde 2004, los métodos anticonceptivos se incluyeron en el Programa Médico Obligatorio (PMO) (Ley 25.673), garantizando así su cobertura por obras sociales y prepagas nacionales (UNFPA, 2011). De 2006 a 2010 el programa pasó a una etapa de institucionalización en la cual se aumentó la adquisición y distribución nacional de una variedad de métodos anticonceptivos a través del Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos⁸ (2007) (Cattaneo y Suárez, 2017). Además de la distribución de métodos anticonceptivos se fue ampliando también la distribución de otros insumos que son relevantes para facilitar la toma de decisiones

⁷ Chaco Ley provincial N° 4276 (1996); Mendoza Ley provincial N° 6433 (1996); Neuquén Ley provincial N° 2222 (1997); Misiones Decreto N° 92/98 (1998); Jujuy Ley provincial N° 5133 (1999); Chubut Ley provincial N° 4545 (1999); San Juan Resolución 628/00 (2000); CABA Ley provincial N° 418 (2000); Río Negro Ley provincial N° 3450 (2000); Santa Fe Ley provincial N° 11888 (2001); La Pampa Ley provincial N° 1363 (2001); Tierra del Fuego Ley provincial N° 509 (2001); La Rioja Ley provincial N° 7049 (2002) (UNFPA, 2011).

⁸ Los métodos que se ofrecían en un primer momento consistieron en anticonceptivos hormonales orales, inyectables, anticonceptivos orales hormonales para uso durante la lactancia, dispositivo intrauterino o DIU (cobre) y preservativos. Más adelante, se fueron incorporando otros métodos y se consolidó la distribución de los insumos a través de la logística del Programa Remediar + Redes (actualmente CUS Medicamentos) (Cattaneo y Suarez, 2017).

tempranamente. Por ejemplo, en el marco de la DSSyR, desde 2011 se distribuyen test de embarazo aunque con variaciones anuales muy altas en sus cantidades, alcanzando un mínimo de 173.310 en 2014 y un máximo de 790.110 en 2015 (DSSyR, 2022c). En 2010 se creó la línea 0800 de Salud Sexual y, a partir de ese año hasta 2015, el PNSSyPR entra en una etapa de consolidación y ampliación obteniendo mayor capacidad de gestión territorial, ampliando la provisión de anticonceptivos en el territorio y apuntando a mejorar la calidad de los servicios (Cattaneo y Suarez, 2017).

A partir de 2014 se incorporó el implante subdérmico o subdermal a la canasta de insumos anticonceptivos del PNSSyPR. Esto es particularmente relevante dada la evidencia que existe en la región sobre el impacto de este tipo de medidas en la reducción de fecundidad. Un estudio publicado por el UNFPA sobre este proceso en Uruguay⁹ atribuyó la baja en la fecundidad a una política proactiva de acceso a métodos anticonceptivos, en particular la difusión de implantes subdérmicos que parece explicar parte de la tendencia de reducción observada allí entre 2015 y 2018 (aunque no su totalidad). Sin embargo, es menester tener en cuenta que solo a partir de 2019, a través de Resolución 2922/2019, se suman al PMO el implante subdérmico, el Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel (SIU o dispositivo intrauterino-DIU hormonal¹⁰) y el DIU de Cobre, incluyendo sus colocaciones y extracciones¹¹ al PMO, logrando recién en ese momento su cobertura al 100% por todos los subsistemas de salud en Argentina.

En cuanto a la dimensión social y cultural, la Ley nacional 26.150 dio inicio al Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) (2006) estableciendo la obligatoriedad de la enseñanza de los contenidos de la ESI en todos los niveles educativos, en los establecimientos públicos, de gestión estatal y privada.

Por otro lado, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) abarca un conjunto de actividades focalizadas en el acceso de la población adolescente a sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la provisión de métodos anticonceptivos, la oferta de información y el trabajo territorial con jóvenes que pasan por servicios públicos de obstetricia. El Plan integra a nivel territorial dispositivos de tres programas existentes (la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva ex Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral y la Dirección de Adolescencias y Juventudes ex Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia) y acciones de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), acompañando con medidas que se realizan al nivel provincial y nacional (della Paolera et al., 2019). Si bien el mismo puede haber contribuido a la reducción de la fecundidad entre adolescentes, es importante notar que su lanzamiento fue a mediados de 2017 y su implementación efectiva recién comenzó en 2018, por lo que no podría haber tenido efectos sobre los cambios en tendencias observados hasta 2019.

Un factor que sí puede haber tenido una injerencia previa al Plan ENIA radica en la mejora en las condiciones de acceso de adolescentes al sistema de salud. El programa SUMAR, que promueve un acceso de calidad a los servicios de salud para quienes no poseen cobertura formal, constituye una política esencial en ese sentido. Este acceso al sistema de salud muchas veces es una condición necesaria para acceder a métodos anticonceptivos; además, dentro de este programa, existen prestaciones específicas de salud sexual para adolescentes (DSSyR, 2022a). Otras medidas relevantes para garantizar los derechos sexuales y reproductivos que se llevaron a cabo en estas últimas

⁹ "Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018". UNFPA y Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Montevideo, 2019.

¹⁰ La resolución aclara el tipo de composición de DIU hormonal a ser cubierta indicando que cada inserto intrauterino contiene: levonorgestrel 52.00 mg. Esto resulta en el hecho de que solo se cubre un tipo de DIU hormonal, que es el que tiene elevados niveles de hormonas mientras que existe otro tipo con menos dosis hormonal (13 mg) que es el recomendado para mujeres jóvenes nulíparas (es decir, que no han parido) que no se incorpora aún al PMO.

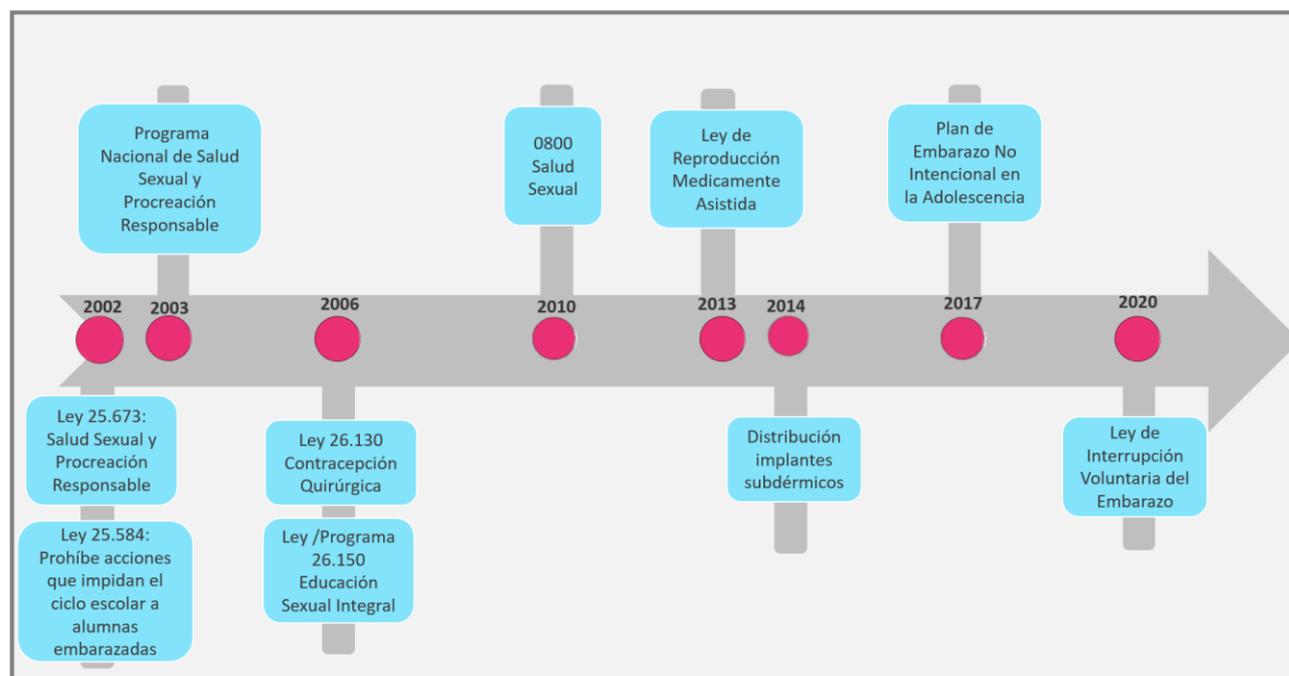
¹¹ El DIU de cobre sí estaba incluido antes en el PMO pero sin la colocación y la extracción en consideración.

dos décadas incluyen a la Ley nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica (2006) que incorporó la posibilidad de acceder de manera gratuita a la ligadura tubaria (o ligadura de trompas) y la vasectomía, y la Ley de Reproducción Medicamente Asistida (2013).

Finalmente, entre 2007 y 2019, bajo la dirección de Salud Sexual y Reproductiva se avanzó en generar protocolos y guías para asegurar la atención integral de los abortos no punibles apuntando a que se realicen respetando estándares de calidad, confidencialidad y competencia técnica e informativa (Ministerio de Salud Nación, 2010; Fundación Huésped, sf). En 2012 la Corte Suprema dictó sentencia en el caso FAL que fija la interpretación al Artículo 86, inciso 2 del Código Penal, sosteniendo que este establece que no es punible el aborto en todos los casos de violación, independientemente de la situación mental de la persona gestante violada. A su vez, este fallo habilitó una interpretación socialmente más amplia de la causal salud del Artículo 86. Estos avances, junto al derecho a la confidencialidad y al secreto médico, permitieron que algunos centros mejoren la provisión de información y habilitaron prácticas de interrupción legal del embarazo (ILE). Así es como por ejemplo en 2015 el Protocolo ILE del Ministerio de Salud retoma lineamientos del fallo en su formulación (Fundación Huésped, sf). En esta misma línea, a partir de 2019 el Estado Nacional avanzó en la distribución de misoprostol en el marco del ex Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, entregando 9941 tratamientos (12 comp.) en 2019 y 18.560 en 2020. Con anterioridad, las provincias de Santa Fe (2013) y Río Negro (2014) habían comenzado a fabricar misoprostol en laboratorios públicos.

El proyecto de Ley de Interrupción Voluntario del Embarazo (IVE) se presenta en 2018 y es tratado por primera vez en el poder legislativo. Es aprobado en Cámara de Diputados pero no en el Senado. Es recién en diciembre de 2020 que la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) 27.610 se sancionó por el Congreso Nacional, siendo promulgada en enero 2021 (**GRÁFICO 9**). Durante ese año, en el marco de la DNSSR, el Estado Nacional incrementó casi un 400% la distribución de misoprostol con respecto al año anterior (pasando de 18.560 tratamientos a 74.057).

GRÁFICO 9. Políticas públicas de derechos sexuales y reproductivos seleccionadas (2002-2022)



Fuente: elaboración propia.

Nota: no se incorporan todas las leyes/programas del período vinculadas con los derechos sexuales y reproductivos si no que se presentan aquellas identificadas y detalladas en esta nota.

Pobreza, género y demografía: ¿cuál es el nexo?

El descenso de la fecundidad general y, más particularmente, de la tasa de fecundidad adolescente es doblemente positivo. Por un lado, da cuenta de los avances logrados en el acceso a derechos sexuales y reproductivos; por el otro, presenta una ventana de oportunidad para potenciar la reducción de la pobreza y ampliar la igualdad de género, sobre todo teniendo en cuenta que la caída fue particularmente fuerte en mujeres jóvenes, quienes en su mayoría tienen embarazos no intencionales¹².

Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza pueden considerarse en dos sentidos (Gomez et al., 2011). Por un lado, la maternidad en edades tempranas genera mayores barreras para finalizar los estudios y acceder a empleos de calidad, aumentando las posibilidades de encontrarse en situación de pobreza crónica (della Paolera, Biondi y Petrone, 2019). Los/as jóvenes que no han logrado aún su autonomía económica y/o finalizado su recorrido educativo cuando tienen su primer/a hijo/a deben llevar a cabo tareas de cuidado y, por lo tanto, tienen menos recursos para afrontar las demandas de la vida educativa y laboral. Por lo general, las responsabilidades de cuidado son absorbidas principalmente por las mujeres, impactando significativamente en el desarrollo de sus trayectorias educativas, laborales y económicas (De León, 2017). La Encuesta Nacional de Juventud, realizada

¹² Casi 7 de cada 10 de niñas y adolescentes que tuvieron un/a hijo/a en el promedio de años consolidados (2010-2014) no había buscado ese embarazo (SIP-G, 2015).

en 2014, muestra que el 70% de los/as jóvenes de 15 a 29 años que tiene hijos/as no estudia, mientras esta cifra alcanza al 30% en la población de jóvenes sin hijos/as. Entre quienes no estudian, un cuarto no lo hace porque cuida a sus hijos/as (De León, 2017). Por lo tanto, tanto prevenir el embarazo no intencional como fortalecer las políticas de cuidado son particularmente relevantes para promover vehículos que permitan el desarrollo pleno de las personas en las distintas etapas de su vida (della Paolera, Biondi y Petrone, 2019).

Por otro lado, puede observarse al embarazo en la adolescencia no como causa sino también como consecuencia de la vulneración de derechos esenciales como el acceso a la educación y la salud de calidad, que dificultan la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad (Gómez et al., 2011, della Paolera, Biondi y Petrone, 2019; UNFPA, 2020). Para ilustrar esta observación puede destacarse que el embarazo en la adolescencia está asociado con la deserción escolar, como causa pero también como consecuencia de ese proceso. En este sentido, en determinados casos las niñas y adolescentes abandonan los estudios y luego quedan embarazadas con el fin de completar un proyecto de vida que quedó trunco (De León, 2017). Binstock, Fernández, Ibarlucía y Zamberlin (2008) encuentran evidencia en esta línea al estudiar los resultados de una encuesta realizada entre 2003 y 2004 en 14 establecimientos de salud públicos del país a niñas y adolescentes de 15 a 19 años que habían tenido un/a hijo/a recientemente. Allí encuentran que casi la mitad (44,5%) ya había abandonado la escuela al momento de su embarazo y que, entre aquellas que estaban estudiando al momento de él, hubo elevados niveles de abandono: seis de cada diez dejaron sus estudios en los meses siguientes.

La maternidad en la adolescencia impacta también en la prematurez, morbimortalidad y el desarrollo futuro de los/as niño/as. Reducir el embarazo no intencional en la adolescencia es fundamental para evitar la reproducción intergeneracional de la pobreza (della Paolera, Biondi y Petrone, 2019) puesto que, como se mencionó, tiene impactos positivos sobre la trayectoria educativa y laboral de las mujeres y por lo tanto sobre los ingresos totales de su hogar, lo que posibilita una reducción de la pobreza. Las situaciones de desigualdad reproductiva (por las que las mujeres más vulnerables tienen más hijos/as a edades más tempranas) tienden a consolidar mecanismos de reproducción de desigualdades sociales, ya que los/as hijos/as de estas mujeres encuentran menos oportunidades de mejorar sus condiciones de vida. Por ello, garantizar el acceso a derechos sexuales y reproductivos en toda la población puede resultar en mejoras de la equidad social y económica en el mediano y largo plazo.

En última instancia, seguir consolidando y fortaleciendo el acceso a métodos anticonceptivos es central para asegurar la autonomía de las mujeres: aún más de la mitad de los embarazos sigue siendo no intencional, fenómeno que se profundiza en mujeres jóvenes. Garantizar derechos sexuales y reproductivos es esencial para que cada persona pueda elegir si tener hijos/as o no y cuándo hacerlo si así lo desean.

¿En dónde estamos hoy? Los efectos de la pandemia sobre la demografía

Como es sabido, la pandemia COVID-19 implicó cambios en la economía, la salud y la forma de relacionarse de las personas. En este apartado se propone explorar los posibles efectos de la pandemia sobre la mortalidad, la fecundidad y las migraciones, en el corto y mediano plazo.

Observar experiencias del pasado puede ser útil para proponer hipótesis sobre los impactos actuales. La pandemia de influenza (“gripe española”) que tuvo lugar en 1918 se vio acompañada en Estados Unidos de una caída en los nacimientos, seguida un “baby boom” en los años 20. Sin embargo, no hay consenso sobre si dicho fenómeno sucedió principalmente por el fin de la primera guerra mundial, por efectos de la pandemia o por ambos (Aassve et al., 2020). En línea con estas observaciones, Boberg-Fazlic, Ivets, Karlsson y Nilsson (2017) estudian lo acontecido en Suecia durante el mismo periodo (1918-1919). También encuentran evidencia de un pequeño aumento en los nacimientos después del final de la pandemia, pero muestran que este efecto es de segundo orden en comparación con la fuerte disminución en la fecundidad a largo plazo. Otros estudios más recientes analizaron lo sucedido en países menos desarrollados de África Occidental durante el brote del virus del Ébola en 2013-2016 (Mcbain et al., 2016). En Liberia, la evidencia en base a los nacimientos muestra una caída luego de la irrupción del brote (Mcbain et al., 2016). Sin embargo, los registros refieren a los nacimientos en establecimientos y es probable que una parte de ese descenso se explique por el miedo al contagio en los establecimientos (Mcbain et al., 2016). Ahora bien, teniendo esa observación en cuenta, los datos indican que se pudo observar a los 9 meses desde el cese del brote un pequeño “baby boom” (Mcbain et al., 2017). Por otro lado, otros estudios también realizados en África Occidental durante ese período muestran que hubo una disminución de la atención materna y neonatal debido a la interrupción de los servicios y el temor a avanzar con tratamientos durante el brote, lo que contribuyó a un aumento de muertes maternas, neonatales y mortinatos (Sochas et al., 2017). Además, existe evidencia sobre una caída en el uso de anticonceptivos y en la asistencia a centros para la planificación familiar por los brotes (Sochas et al., 2017; Camara et al., 2017; Bietsch, 2020).

Observar experiencias del pasado para proponer hipótesis sobre los impactos actuales es relevante, pero también tiene sus límites. En primer lugar, los episodios descritos difieren en sus características con aquellas de la pandemia por COVID-19. Por ejemplo, la influenza era más peligrosa en cohortes más jóvenes (Aassve et al., 2020). Además, los países menos desarrollados sobre los cuales existe evidencia del impacto de episodios similares a la pandemia presentan características muy distintas a Argentina (tanto culturales como económicas) y se encuentran en una etapa de la transición demográfica diferente.

El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la mortalidad es sencillo de definir en términos ordinales, ya que inevitablemente debe haber generado un aumento de la misma. Sin embargo, persisten varios interrogantes que deben ser explorados. Por ejemplo, es posible que las políticas de confinamiento implementadas en respuesta a la pandemia hayan producido otros efectos, como reducciones en mortalidad por accidentes, pero aumentos por falta de tratamiento médico de otras patologías. Por otro lado, la información disponible indica que la mortalidad por COVID-19 se ha concentrado muy fuertemente en edades altas, afectando a un grupo que ya estaba expuesto a mayores riesgos de muerte. En otras palabras, si una proporción importante de las personas que fallecieron por COVID hubiesen fallecido poco tiempo después por

otra causa, es evidente que el impacto de la pandemia sobre la mortalidad agregada habrá sido bajo. Por último, cabe preguntarse qué puede esperarse en el período de recuperación post-pandemia. Es posible hipotetizar que la mortalidad post-COVID continuará siendo más alta que la previa, si suponemos que quienes se enfermaron pero sobrevivieron lo hicieron con condiciones de salud más frágiles, pero también es posible argumentar lo contrario: que gran parte del total de quienes fallecieron estaban afectado/as por otras enfermedades serias, por lo que entonces lo/as sobrevivientes son, en promedio, más saludables que antes y la mortalidad debería descender rápidamente. Si bien la evidencia disponible al día de hoy respecto a los niveles de mortalidad por causa de COVID-19 es heterogénea, con dificultades asociadas al registro adecuado de las causas de muerte, estimaciones preliminares realizadas en varios países indican que la mortalidad, al menos en el corto plazo, aumentó como consecuencia del COVID-19, aunque no con la misma intensidad en todos los países (Karlinsky y Kobac, 2021). En las estimaciones y proyecciones de población publicadas en 2022, la División de Población de Naciones Unidas estima que entre 2020 y 2021 se habrían producido unas 90.000 muertes adicionales a las esperables, que podrían atribuirse a la pandemia. Esto implica una reducción temporal de la expectativa de vida al nacer de casi 2 años en ese período, que se recuperará rápidamente a partir de 2023 (Naciones Unidas, 2022).

En relación a la fecundidad, como se mencionó anteriormente cualquier modificación en la estructura de una población responde a cambios en las preferencias de las personas sobre el número de hijos/as que desean tener y al acceso a recursos (como anticonceptivos efectivos). Estos determinantes son, a su vez, impactados por procesos sociales de gran magnitud (tales como el desarrollo económico o social). Es posible esbozar algunas hipótesis basadas en evidencia de experiencias pasadas y de lo sucedido en otros países. El **GRÁFICO 10** presenta cuatro posibles impactos que la pandemia y las medidas de aislamiento social podrían haber tenido sobre la fecundidad en el corto plazo, que se discuten en detalle a continuación.

GRÁFICO 10. Posibles impactos a corto plazo de la pandemia sobre la fecundidad en Argentina

	Efecto de corto plazo sobre la fecundidad
Cambios en la planificación de embarazos por: *incertidumbre económica *mayores costos asociados a la tenencia de un hijo/a por el aumento de tareas de cuidado en los hogares	↓ REDUCCIÓN
Menor interacción social por medidas de aislamiento	↓ REDUCCIÓN
Mayores obstáculos de acceder a métodos anticonceptivos tanto por la reducción de ingresos generalizada como por la interrupción de las cadenas de abastecimiento	↑ AUMENTO
Menor acceso a instituciones que proveen información sobre los derechos sexuales y reproductivos	↑ AUMENTO

Fuente: elaboración propia.

Cambios en planificación

La caída de ingresos y la incertidumbre puede haber impactado de forma negativa en la planificación de embarazos. Distintos expertos han sugerido que los impactos económicos negativos de la pandemia deberían resultar en una significativa reducción en el número de embarazos intencionales, con la consecuente caída en los nacimientos. Esto fue observado en episodios en el pasado, como durante la Gran Recesión de 2008, cuando la fecundidad general disminuyó en los países desarrollados que tuvieron las recesiones económicas más fuertes (Sobotka et al., 2011). En línea con esa dirección, Aassve et al. (2020) han estudiado el efecto de la incertidumbre económica y sus vínculos con la fertilidad en provincias italianas de 2004 a 2013, observando lo que sucedió en el periodo de recesión económica. Encontraron que la fecundidad en general se había reducido salvo en las zonas con niveles más elevados de confianza y capital social. Este significativo impacto positivo de los niveles de confianza social sobre la fecundidad se observó especialmente en los grupos jóvenes.

Las preferencias de las personas pueden haberse visto impactadas por otras consecuencias de la pandemia como las medidas de confinamiento en sí mismas. Por ejemplo, puede argumentarse que el aumento de las cargas de cuidado y educación realizadas dentro de los hogares durante la pandemia implicó un aumento en el costo oportunidad asociado a la maternidad/paternidad y por lo tanto la gente pospondría el proyecto de tener un hijo/a (Aassve et al., 2020).

Menor interacción social

Dado que la interacción social es una condición necesaria para las relaciones sexuales y los embarazos, puede suponerse que las consecuencias directas de tener menos instancias de sociabilización, dados los confinamientos, hayan reducido las posibilidades de reproducción (Aassve et al., 2020), generando un efecto negativo en el número de embarazos durante 2020 y 2021. Esto habría afectado a los embarazos intencionales en algunos casos, pero debería tener un impacto mayor entre los no intencionales. Dado que los embarazos adolescentes explican una gran parte de los mismos, es esperable, si este efecto se verifica, que la fecundidad entre niñas y adolescentes menores de 20 años haya tenido un fuerte descenso durante 2021.

Obstáculos para el acceso a anticonceptivos

Las medidas de confinamiento (y, por lo tanto, la menor asistencia a instituciones como las escuelas, centros de salud y hospitales) y la caída de ingresos generalizada pueden haber tenido efectos negativos en el acceso a métodos anticonceptivos. Distintos especialistas en salud sexual y reproductiva han planteado su preocupación por la posible disrupción en los programas oficiales de distribución de anticonceptivos, especialmente en los momentos más restrictivos de aislamiento social. En un informe sobre este tema preparado por los equipos técnicos del Fondo de Población de las Naciones Unidas se estimó, en base a modelos que vinculan el acceso a anticonceptivos con los niveles de pobreza, que la pandemia resultaría en una reversión de las necesidades insatisfechas de planificación familiar a niveles mayores a los observados en los últimos 30 años (Tobar, 2020). Esto se produciría a través de dos mecanismos paralelos: por un lado, la situación general dificultaría las cadenas de abastecimiento por parte del sector público y, al mismo tiempo, la reducción en el ingreso de los hogares resultaría en una disminución de la demanda privada de anticonceptivos. Según dicho modelo, el efecto combinado de ambos mecanismos en Argentina podría resultar en unos 77 mil nacimientos adicionales durante un año, lo que representa un aumento del 12% en la fecundidad (Tobar, 2020). Por su lado, el Plan Nacional de

Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA) reportó en su informe de monitoreo correspondiente al año de 2020 que el número de dispositivos de larga duración (LARC) que incluyen implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos (DIUs) dispensados por sus efectores alcanzó a 16.485 adolescentes (2,5% por DIU y 97,5% por implantes subdérmicos). El promedio mensual en 2020 de LARC dispensados fue de 1.374 por mes, valor inferior a los 2.700 promediados para el año 2019, principalmente como consecuencia de los meses de aislamiento social y preventivo más restrictivos (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, 2020).

Obstáculos para el acceso a información

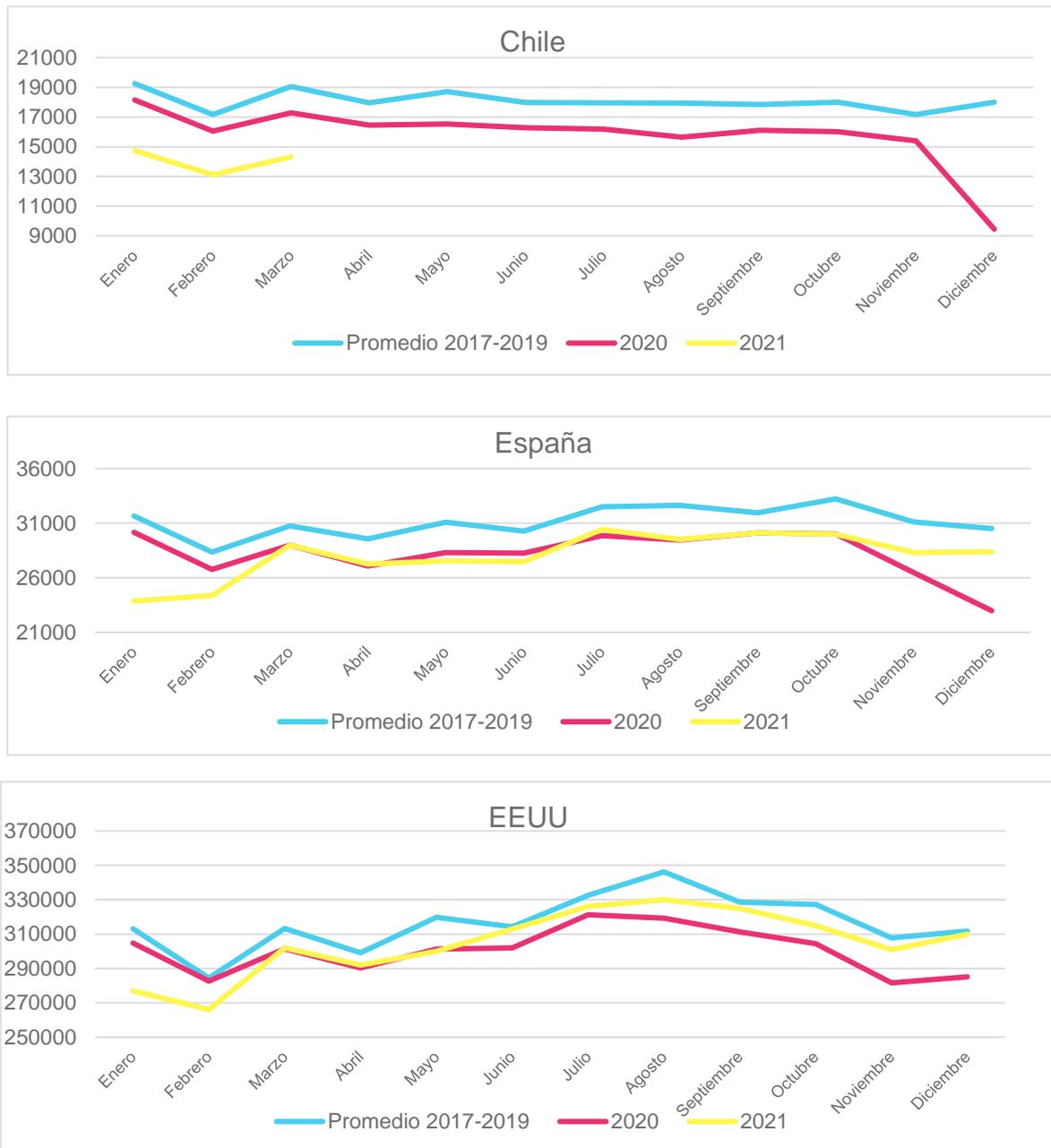
Como se mencionó anteriormente, existe evidencia de que en episodios de epidemias (como en el caso de África Occidental durante el brote de Ébola) las consultas y asistencia a centros médicos de atención y/o de salud sexual y reproductiva se reducen. Esta barrera de acceso a información podría tener efectos negativos en el uso de métodos de anticoncepción. En línea con esta observación, para el caso argentino el Informe Anual de Monitoreo del Programa ENIA (2020) muestra cómo en 2020 bajó la cantidad de adolescentes asesorado/as en relación a su salud sexual e integral. Por ejemplo, según el informe durante 2020, a través de asesorías en salud integral en escuelas y servicios de salud se logra asesorar a un total de 21.489 adolescentes, lo que representa una disminución del 72% (-54.287) respecto a los adolescentes asesorados/as en 2019 (75.776). Esta caída relativa se explica principalmente por las medidas de aislamiento llevadas a cabo en el contexto de la pandemia. Sin embargo, con respecto a otro mecanismo de acceso a información, como la Línea 0800, la evidencia indica, por el contrario, que las consultas que ya tenían una tendencia a la alza desde 2018 siguieron aumentando en 2020 y 2021. A través del 0800 se informa sobre métodos de anticoncepción, obligaciones del sistema de salud, derechos, ILE, entre otros temas (DNSSyR, 2022b). Cuando las consultas presentadas por quienes llaman a la línea 0800 requieren intervención de la DNSSR y/o de los Programas Provinciales de Salud Sexual y Reproductiva, se denominan “secuencias”. El total de secuencias generadas en 2020 fue de 11.595, una cifra elevada con respecto al año anterior (con 4.446 secuencias) pero inferior a lo que se observa en 2021 (con 19.190 secuencias) (DNSSyR, 2022b). La mayor parte de los motivos de consulta de estas secuencias generadas en los tres años (2019, 2020 y 2021) fueron sobre la interrupción del embarazo (más del 90% de las consultas en los tres años). En este sentido, en el año 2020 el 93% de estas consultas fueron sobre la ILE (DNSSyR, 2022b).

Impactos observados en otros países

Observar lo sucedido en otros países durante la pandemia puede ser de utilidad para formular hipótesis sobre lo ocurrido en Argentina. La información de nacimientos en otros países es heterogénea, pero parece indicar que los efectos reductores de la fecundidad prevalecieron durante la pandemia. La iniciativa Human Fertility Database del Instituto Max Planck de Investigación Demográfica y el Instituto de Demografía de Viena proporciona acceso a datos sobre la fecundidad en algunos países que ya tienen disponibles resultados en sus estadísticas vitales oficiales. El **GRÁFICO 11** muestra el caso de Chile, el único país latinoamericano incluido en esa base de datos. Claramente, el impacto de la pandemia recién puede observarse a partir de fines de 2020 e inicios de 2021 dada la duración de los embarazos. Se observa que los nacimientos, sobre todo a partir de diciembre 2020, fueron muy inferiores al promedio de nacimientos por mes de años anteriores (2017-2019). Sin embargo, es importante interpretar las cifras con cuidado porque es relevante considerar la posibilidad de que haya habido mayores problemas de registro de nacimientos durante ese período. Aun así, a inicios de 2021 (enero, febrero y marzo) la tendencia también muestra cifras inferiores comparado con

los mismos meses de 2020 y de 2019. Otros países como los Estados Unidos y España también presentaron niveles de nacimientos más bajos a fines de 2020 y en los primeros meses de 2021, aunque en ambos casos los niveles parecen aumentar ya a partir de marzo 2021 evidenciando una recuperación casi al nivel prepandemia (**GRÁFICO 11**).

GRÁFICO 11. Nacimientos vivos por mes en Chile, España y EEUU (2017-2021)



Fuente: elaboración propia en base a Human Fertility Database
 Nota: los datos de 2021 son preliminares y pueden estar incompletos.

Si bien no es posible aún conocer el impacto de la pandemia en los niveles de fecundidad para el caso argentino (dado que, como se mencionó, la información oficial de estadísticas vitales no ha sido publicada aún para el año 2021), los distintos efectos discutidos más arriba en el **GRÁFICO 10**, se plantea la hipótesis de que es muy probable que, independientemente del efecto de corto plazo, en el mediano plazo la tendencia previa a la pandemia se mantenga y, por lo tanto, los niveles de fecundidad se mantengan en los mínimos históricos que se vienen observando, definitivamente alejados del nivel de reemplazo (2.1). El siguiente apartado introduce una discusión prospectiva al respecto, considerando los posibles escenarios futuros y sus implicancias para el diseño de políticas públicas.

Finalmente, el efecto de la pandemia sobre las migraciones parece fácil de predecir. Dado el generalizado cierre de fronteras y restricciones a la movilidad, el flujo migratorio durante 2020 y 2021 seguramente haya descendido a mínimos históricos. Es probable que las corrientes migratorias se recuperen en el mediano plazo, pero seguramente será un proceso más lento, ya que es esperable que las trabas legales se eliminen en forma gradual.

¿A dónde vamos? Posibles escenarios demográficos en el futuro

La transición demográfica que el país está atravesando presenta oportunidades para el diseño y la implementación de políticas que amplíen el acceso a derechos, mejorando las trayectorias educativas y laborales, sobre todo de las mujeres, jóvenes y adolescentes, así como de integrantes de sus hogares. La reducción del embarazo no intencional en los últimos años implica la oportunidad de potenciar un proceso de reducción de la vulnerabilidad social. Además, el bono demográfico, que representa una oportunidad de desarrollo económico, se verá potenciado por esta reducción de la fecundidad. El efecto combinado de tener generaciones de niños/as menos numerosas y posibilidades de aumentar la riqueza representan una oportunidad histórica para avanzar el esfuerzo por reducir la pobreza infantil, uno de los principales desafíos de la sociedad argentina, y así avanzar en un círculo virtuoso de crecimiento y equidad.

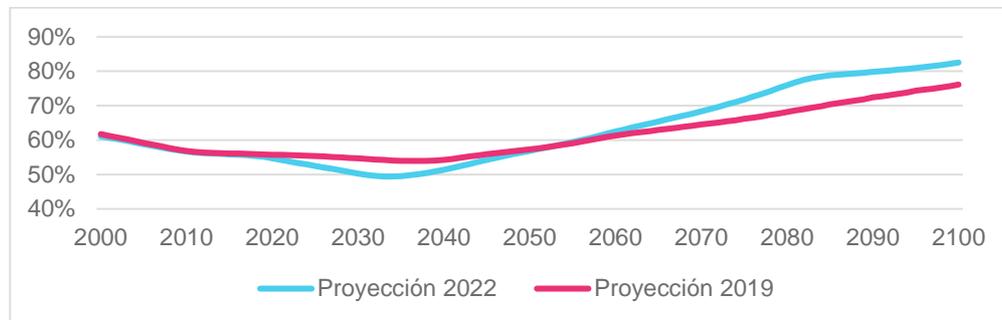
Las proyecciones de población preparadas con anterioridad a la disminución en la fecundidad indicaban que Argentina estaba atravesando su período de bono demográfico, que llegaría a su máximo nivel en unos 15 años, para luego empezar a declinar y llegar a niveles similares a los actuales en la década de 2060. Sin embargo, las más recientes revisiones (Naciones Unidas, 2022) han actualizado estos datos en base a lo ocurrido en el último quinquenio. El **GRÁFICO 12** presenta la tasa de dependencia (el cociente entre la población en edad dependiente -menor de 15 y mayor de 65 años- y la población en edad activa) bajo dos escenarios alternativos. El primero ("ONU 2019") es el proyectado por la División de Población de Naciones Unidas en 2019 (que suponía una suave convergencia de la tasa global de fecundidad a alrededor de 1.8 hijos por mujer desde 2065), el segundo ("ONU 2022") presenta la proyección revisada en 2022, que supone una caída más rápida de la fecundidad y convergencia a un nivel de 1.7 hijos por mujer¹³.

Como se advierte en el **GRÁFICO 12**, el efecto de la disminución de la fecundidad sería una profundización del bono, ya que la tasa de dependencia caería a un nivel mínimo por debajo del 50%, y una aceleración del mismo, ya que el nivel mínimo de la

¹³ Vale notar que la proyección 2022 de Naciones Unidas presenta datos más altos de los observados en 2019 y 2020, cuando la tasa global de fecundidad calculada en base a las Estadísticas Vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación fue de 1.83 y 1.55 respectivamente.

tasa de dependencia se alcanzaría unos 5 años antes de lo previamente esperado y el envejecimiento posterior sería más rápido.

GRÁFICO 12. Tasa de dependencia total proyectada en Argentina, según escenarios alternativos (2010-2100)

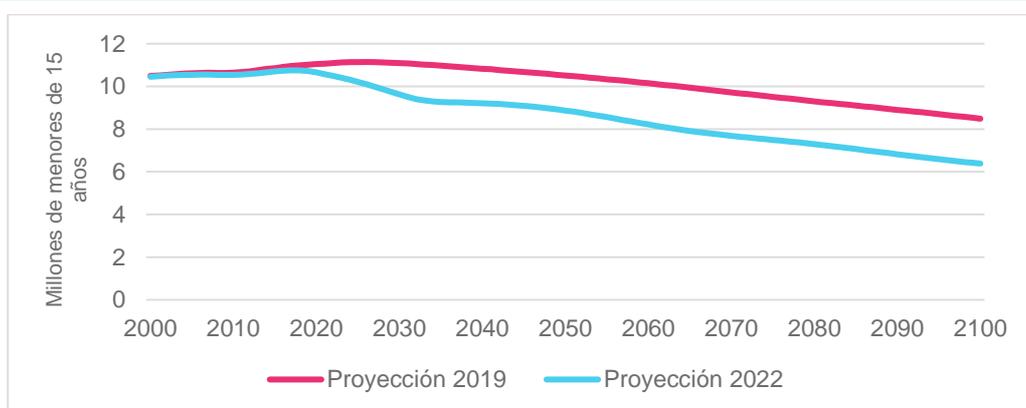


Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas (2019) y Naciones Unidas (2022).

Estos efectos pueden ser muy relevantes para algunas discusiones de políticas públicas. Por supuesto, el efecto de cambios demográficos sobre las políticas previsionales es habitualmente considerado. El número de personas mayores de 65 años era, en 2020, equivalente a un 18% de la población en edad de trabajar, pero ya las proyecciones existentes preveían que se duplicaría en 2065 y alcanzaría al 50% hacia fin de siglo. Bajo las nuevas proyecciones, el nivel de 36 mayores de 65 años por cada 100 habitantes en edad activa se alcanzaría unos 8 años antes de lo estimado y, a fin de siglo, la tasa de dependencia de la población mayor sería del 58%.

Por otro lado, se proyectaba que el número de niños/as alcanzaría un máximo de alrededor de 11 millones entre 2020 y 2035, para luego descender suavemente hasta 8.4 millones en 2100 (GRÁFICO 13). Con las nuevas estimaciones, ese máximo podría haberse alcanzado en 2018 y se espera que descienda en forma sostenida, a cerca de 9 millones en la próxima década y 6,4 millones a fin de siglo (GRÁFICO 13).

GRÁFICO 13. Población menor a 15 años en Argentina, según escenarios alternativos (2010-2100)



Fuente: elaboración propia en base a Naciones Unidas (2019) y Naciones Unidas (2022)

En conclusión, las recientes caídas de la fecundidad total y adolescente representan una oportunidad que no debe ser desperdiciada. El bono demográfico será incluso más profundo (y más rápido) de lo esperado hasta ahora. La ventana de oportunidad abierta por el escenario demográfico actual es muy valiosa puesto que hoy tenemos una proporción baja de personas dependientes con respecto a personas en edad de trabajar. Sin embargo, el bono demográfico es sólo eso: una oportunidad. Para aprovecharlo, se requiere de inversiones estratégicas en capital físico y humano, a fin de aumentar la productividad de la economía. Además, es importante diseñar políticas públicas que sean consistentes con la dinámica poblacional esperada. Por ejemplo, hoy sabemos que la población de niños/as menores de 5 años en 2025 será algo inferior a los 3 millones, cuando hasta hace poco esperábamos que alcancen los 3,6 millones. Esta reducción implica un cambio en las necesidades de infraestructura para políticas de cuidados, y en el mediano plazo en las demandas sobre el sistema educativo. Análisis similares pueden ser hechos para otras áreas de la política pública. Las discusiones sobre temas previsionales, de cuidados, educación, regulación laboral o perfiles productivos deberían incorporar una dimensión de mediano y largo plazo que considere los cambios en la población.

Bibliografía

Aassve, A., Le Moglie, M. & Mencarini, L. (2020). *Trust and fertility in uncertain times*. *Population Studies*, 75 (1), 19-36.

Aassve, A., Cavalli, N., Mencarini, L., PLach, S. & Livi Bacci, M. (2020). *The COVID-19 pandemic and human fertility*. Disponible en: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abc9520>

Aizenberg, L., Gogna, M., Gutierrez, M., Mariño, A., Petracci, M, Romero, M., Ramos, S. & Szulik, D. (2003). *La salud y los derechos sexuales y reproductivos. Avances y retrocesos*. En Siglo21-CELS (Eds.), *Derechos humanos en Argentina. Informe 2002 2003* (p. 347 – 376).

Barrancos, D. (2014). *Los caminos del feminismo en Argentina: historia y derivas*. Disponible en: <https://www.apdh-argentina.org.ar/sites/default/files/u62/feminismos%20dora%20barrancos.pdf>

Bietsch, K., Williamson, J. & Reeves, M. (2020). *Family Planning During and After the West African Ebola Crisis*. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sifp.12110>

Binstock, G. & Cerrutti, M. (2005). *Carreras truncadas: el abandono escolar en el nivel medio en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF.

Binstock, G., Gogna, M, Fernández, S., Ibarlucía, I. & Zamberlin, N. (2008). *Embarazo en la Adolescencia en Argentina: Recomendaciones de política basadas en la evidencia*. Buenos Aires: CEDES.

Boberg-Fazlic, N., Ivets, M., Karlsson, M., Nilsson, T. (2017). *Disease and Fertility: Evidence from the 1918 Influenza Pandemic in Sweden*. IZA Discussion Paper No. 10834. Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=2988181> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2988181>

Camara, B. S., Delamou, A., Diro, E. Béavogui, A. H., El Ayadi, A. M., Sidibé, S., Grovogui, F. M., Takarinda, K. C., Bouedouno, P., Sandouno, S. D., Okumura, J., Baldé, M. D., Van Griensven, J. & Zachariah, R. (2017). *Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: an ecological study*, *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 111 (1), 2017, 22–29.

Caro Sachetti, F. & Camisassa, J. (2021). *¿Una nueva normalidad? Las madres en la recuperación socioeconómica de la pospandemia*. Disponible en: <https://www.cippec.org/textual/una-nueva-normalidad-las-madres-en-la-recuperacion-socioeconomica-de-la-pospandemia/>

Cattaneo, V. & Suarez, N. (2017). *Ley nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003*. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2016). *Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut*. CABA: CELS. Disponible en: https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/04/Salud_sexual.pdf

De León, G. (2017). *Jóvenes que cuidan: impactos en su inclusión social*. Documento de Trabajo N° 158. Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en <https://www.cippec.org/publicacion/jovenes-que-cuidan-impactos-ensu-inclusion-social/>

Díaz Langou, G., De León, G., Florito, J., Caro Sachetti, F., Biondi, A. & Karczmarczyk, M. (2019). *El género del trabajo. Entre la casa, el sueldo y los derechos*. Buenos Aires: CIPPEC-OIT-ONU Mujeres-PNUD. Disponible en: <https://www.cippec.org/publicacion/el-genero-del-trabajo/>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). (2022a). *Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Publicación resultados 2020. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). (2022b). *Reporte bimestral en base a secuencias del 0800. Enero-Febrero 2022*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). (2022c). *Informe de gestión 2021*. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-07/MSAL_ARG_Informe_Gestion_2021_DNSSR.pdf

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (informes de 2004 a 2022). *Estadísticas Vitales Información Básica*. Años 2003 a 2020. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina.

EPH. (2004-2012). *Encuesta Permanente de Hogares*. Años utilizados de 2004 a 2020. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Argentina*. CABA: UNFPA. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/Consecuencias-socioeconomicas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-Argentina>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Ministerio de Salud Pública (MSP) & Universidad de la República (UR). (2019). *Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis*. Montevideo: UNFPA, MSP y Universidad de la República. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa-Maternidad-Implantes_2019-10-23-web.pdf

Fundación Huésped (sf). Página consultada: <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/interrupcion-voluntaria-del-embarazo/historia-del-aborto-en-argentina/>

Gasparini, L., Tornarolli, L. y Gluzmann, P. (2019). *El desafío de la pobreza en Argentina. Diagnóstico y perspectivas*. Buenos Aires: CEDLAS, CIPPEC, PNUD.

Gasparini, L. (2022). *Desiguales: Una guía para pensar la desigualdad económica*. EDHASA.

Gómez P.I., Molina R., Zamberlin N., & Távora L. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe*. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1228/factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gómez Yepes, T., Bría, M. P., Etchezahar, E. & Ungaretti, J. (2019). *Feminismo y Activismo de Mujeres: Síntesis histórica y Definiciones conceptuales*. *Calidad de vida y salud*, 12 (1), 48-61. Disponible en:
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/108793/CONICET_Digital_Nro.0235ff6a-aea8-464c-8083-0e140ad82b27_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Gragnotati, M., Rofman, R., Apella, I. & Troiano, S. (2015). *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Hauser, P. M. & Duncan, D. (1975). *El estudio de la población. Volumen 3*. Santiago de Chile: Centro latinoamericano de demografía. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9752/S312H376Evol3_es.pdf
- Human Fertility Data Base (sf). Disponible en: <https://mpidr.shinyapps.io/stfertility/>
- INDEC (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Resultados definitivos, Serie B N°2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos
- Karlinksy, A & Kobak, D. (2021). *Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset*. Disponible en:
<https://web.archive.org/web/20100919023959/http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text270.pdf>
- McBain R.K., Wickett, E., Mugunga, J.C., Beste, J., Konwloh, P., Mukherjee, J. (2016). *The post-Ebola baby boom: time to strengthen health systems*. *The Lancet*, 388 (10058), 2331-2333. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31895-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31895-5/fulltext)
- Miyares, A. (2018). *La cuarta ola del feminismo, su Agenda*. *Tribuna Feminista*. Disponible en:
<https://tribunafeminista.org/2018/03/la-cuarta-ola-del-feminismo-su-agenda/>
- Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social (2020). *Informe Anual de Monitoreo*. Plan ENIA. Año 2020. Disponible en:
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Informe_anual_gestion_monitoreo_2020.pdf
- Ministerio de Salud (sf). *Salud presentó estudio que demuestra alta adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes de todo el país*. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-estudio-que-demuestra-alta-adherencia-al-implante-subdermico-en-adolescentes>
- Monge, C. (2018). *La cuarta ola feminista nace indignada: lo personal es político*. Disponible en:
https://www.infolibre.es/noticias/opinion/columnas/2018/03/12/la_cuarta_ola_feminista_nace_indignada_personal_politico_80538_1023.html
- Naciones Unidas. (2019). *World Population Prospects 2022*. División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, ONU.
- Naciones Unidas (2022). *World Population Prospects 2022*. División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, ONU.

Notestein, F.W. (1945). *Population –The long view*. En Schultz, T. W. (Eds), *Food for the world* (p. 36-57). Chicago: University of Chicago Press.

Sistema Informático Perinatal – Gestión (SIP-G). (2015). *Resultados consolidados 2010- 2014*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Sochas, L., Channon, A. A. & Nam, S. (2017). Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone. *Health Policy and Planning*, 32 (3), 11132–11139. Disponible en <https://doi.org/10.1093/heapol/czx108>

Sobotka, T., Skirbekk, V. & Philipov, D. (2011). Economic recession and fertility in the developed world. *Popul Dev Rev*, 37 (2), 267-306. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22066128/>

Suzuki, E. & Fantom, N. (2013). ¿Qué significa en realidad "esperanza de vida al nacer"? Banco Mundial Blogs. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/qu-significa-en-realidad-esperanza-de-vida-al-nacer>

Tobar, F. (2020). El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en Argentina. UNFPA. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/El-impacto-de-COVID-19-en-el-acceso-a-los-anticonceptivos-en-Argentina>

Acerca de los autores y la autora



Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente la posición institucional de CIPPEC, UNICEF y UNFPA en el tema analizado.

Rafael Rofman

– [Director del Programa de Protección Social en CIPPEC](#)

Licenciado en Economía de la Universidad de Buenos Aires, magíster en Demografía Social de la Universidad Nacional de Luján y Ph.D. en Demografía de la Universidad de California en Berkeley (Estados Unidos).

Carola della Paolera

– [Coordinadora del Programa de Protección Social en CIPPEC](#)

Licenciada en Psicología (major) y Economía (minor) en la American University of Paris, magíster en Políticas Públicas en la Universidad Torcuato Di Tella.

Juan Camisassa

– [Coordinador del Programa de Protección Social en CIPPEC](#)

Licenciado en Historia y Magíster en Economía Aplicada en la Universidad Torcuato Di Tella.

Emanuel López Méndez

– [Analista del Programa de Protección Social en CIPPEC](#)

Licenciado en Administración Pública en la Universidad Nacional de General Sarmiento y maestrando en Economía Aplicada en la Universidad de Buenos Aires.

Los autores y la autora agradecen los aportes y comentarios de Mariana Isasi, Anabel Fernández Prieto, María Celeste Leonardi de UNFPA, como también de Sebastián Waisgrais, Fernando Zingman y Malena Acuña de UNICEF. Finalmente se agradecen los aportes y comentarios de edición realizados por Santiago Berisso del equipo de comunicaciones de CIPPEC.

Para citar este documento:

Rofman, R., della Paolera, C., Camisassa, J., López Méndez, E. (octubre de 2022). *Odisea demográfica. Tendencias demográficas en Argentina: insumos claves para el diseño del bienestar social*. Buenos Aires: CIPPEC, UNICEF y UNFPA.

Por medio de sus publicaciones, CIPPEC aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

Los Informes de CIPPEC buscan presentar y difundir el trabajo que los programas realizan en el marco de sus proyectos con socios del sector público, privado y de organismos internacionales.

CIPPEC alienta el uso y divulgación de sus documentos sin fines comerciales. Las publicaciones de CIPPEC son gratuitas y se pueden descargar en www.cippec.org
