



EVOLUCIÓN DE LA NATALIDAD, ABORTOS Y MORTALIDAD MATERNA

LA REPÚBLICA ARGENTINA SE ENCUENTRA EN UNA FASE CRÍTICA DE SU TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA CONTEMPORÁNEA, MARCADA POR UNA RECONFIGURACIÓN ACELERADA DE SUS INDICADORES REPRODUCTIVOS. FENÓMENOS COMO LA NATALIDAD Y LA MORTALIDAD MATERNA NO REPRESENTAN ÚNICAMENTE VARIABLES ESTADÍSTICAS, SINO QUE CONSTITUYEN INDICADORES ESTRATÉGICOS PARA LA ARQUITECTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA. EN LA ÚLTIMA DÉCADA, EL PAÍS HA EXPERIMENTADO UN DESCENSO ESTRUCTURAL DE LA FECUNDIDAD QUE DESAFÍA LOS PARADIGMAS DE REEMPLAZO POBLACIONAL, UN PROCESO QUE ALCANZÓ SU PUNTO DE INFLEXIÓN EN EL CENSO 2022.

Dra. Eugenia Peisino

El cambio en la morfología de la pirámide poblacional exige una interpretación multicausal que trascienda los discursos ideológicos simplistas. Resulta imperativo alejarse de visiones reduccionistas para entender que la dinámica demográfica actual responde a una intersección compleja de crisis de expectativas económicas, cambios en la autonomía reproductiva y el impacto —o la omisión— de políticas sanitarias específicas. Para desglosar este panorama, el primer paso analítico requiere examinar la trayectoria cuantitativa de los nacimientos y el comportamiento secular de las tasas de fecundidad incluyendo además indicadores de salud materna como la razón de mortalidad materna (RMM), embarazo adolescente y ocurrencia de abortos. Este Documento está basado principalmente en el Informe de Estadísticas Vitales 2024, generado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

A. Análisis de los nacimientos periodo 2014-2024

El descenso de la natalidad en Argentina no es un evento aislado, es una tendencia persistente y secular que precede a la sanción de la Ley 27.610. El número de nacimientos sufrió un desplome del 47% en el periodo 2014-2024, pasando de 777.012 nacimientos registrados en 2014 a 413.135 en 2024. Esta retracción refleja transformaciones profundas en los proyectos de vida y en las condiciones materiales de existencia de la población. La magnitud del retroceso se evidencia al contrastar el pico de nacimientos registrados en 2014.

En 2024, la tasa de natalidad (número de nacidos vivos registrados por cada 1.000 habitantes) se posicionó en 8,9 por cada 1.000 habitantes, un nivel que no se registraba desde 1948.

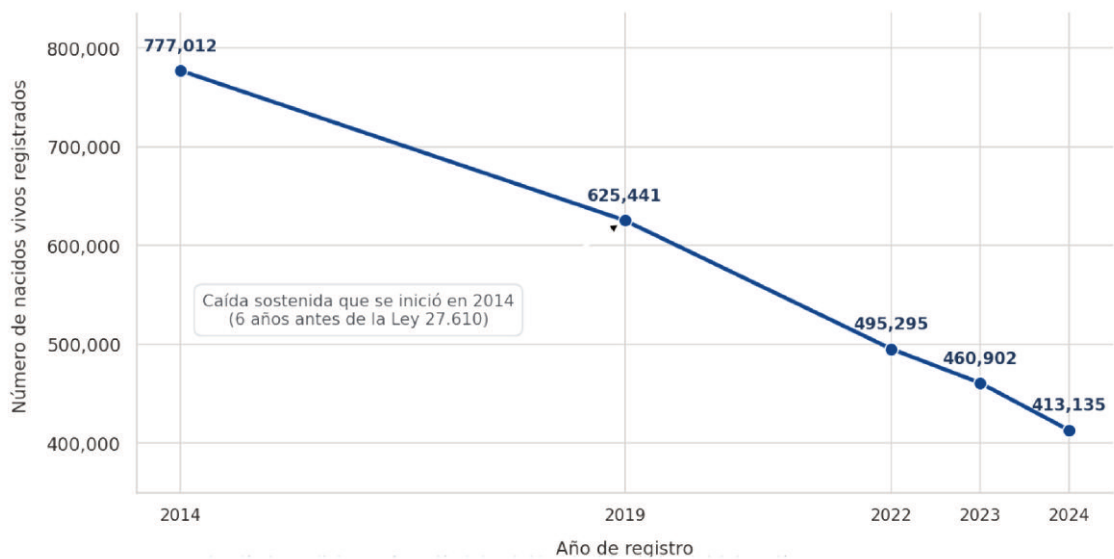
Asimismo, el promedio de hijos por mujer (tasa global de fecundidad) ha sufrido una caída constante: de 2,1 en

Tabla 1: Evolución de nacidos vivos y porcentaje de descenso periodo 2014-2024. República Argentina

AÑO	Nacidos Vivos	Descenso acumulado (base 2014)
2014	777.012	
2019	625.441	19,5 %
2023	460.902	40,7 %
2024	413.135	46,8%

Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS / Estadísticas Vitales.

Gráfico 1: Evolución de los nacidos vivos registrados periodo 2014-2024. República Argentina



Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS / Estadísticas Vitales.

2001 a 1,4 en el Censo 2022, llegando a una fecundidad ultrabaja de 1,2 en 2024 según estimaciones del Observatorio de la Universidad Austral y registros del INDEC, muy por debajo de 2,1 hijos por mujer (nivel de remplazo) que se considera el nivel de reemplazo poblacional necesario para mantener estable una población sin contar la migración.

Si observamos los nacimientos por grupo etario de la madre, podemos decir que el análisis en la población ado-

lescente revela la eficacia de las políticas de prevención del embarazo no deseado y de la promoción de la salud sexual integral mostrando en números el cambio en el comportamiento reproductivo:

La tasa de Fecundidad Adolescente (TEFA) (10-19 años): para el 2024 registró una caída histórica (78%)situándose en 9,7 al igual que la tasa de Fecundidad Adolescente Tardía (15-19 años) que se ubicó en 19,3, consolidando un descenso superior al 70 % respecto a 2014.

Gráfico 2: Evolución de tasa global de fecundidad 2014-2024- República Argentina

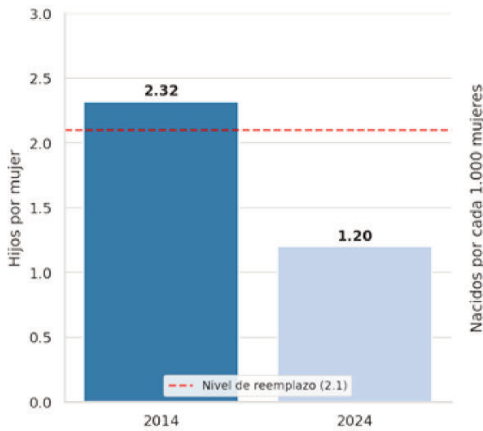
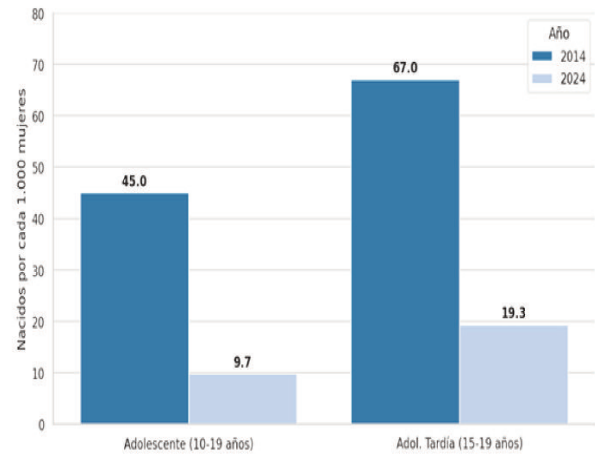


Gráfico 3: Evolución de la tasa de fecundidad adolescente. 2014-2024 República Argentina



Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS / Estadísticas Vitales.

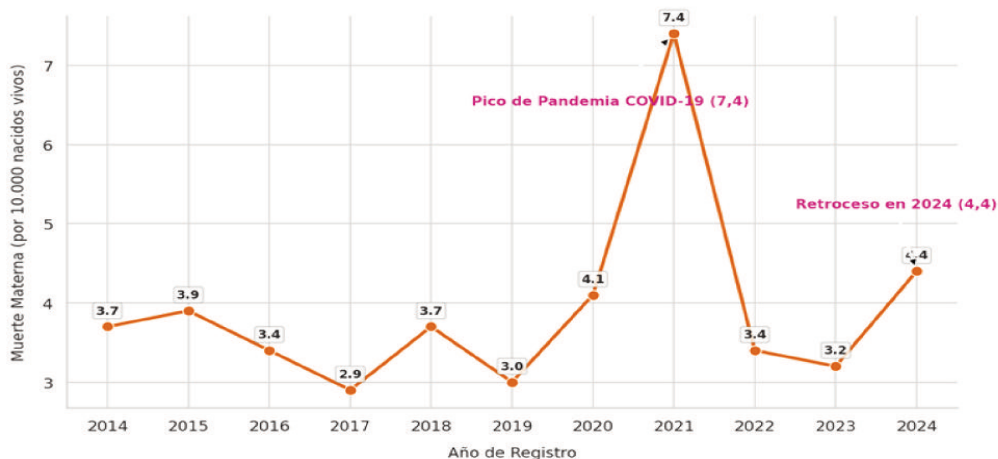
Otros datos a destacar de los nacimientos según el grupo etario materno son que el grupo entre 20-34 años continúa concentrando la mayor proporción de nacidos vivos, aunque con una postergación evidente de la primera maternidad. Y en el grupo de 35 años o más se observa una resiliencia relativa vinculada a la maternidad postergada y el acceso a tecnologías de reproducción asistida.

Durante el periodo en estudio (2014-2024) la fecundidad global cayó un 48 % mientras que la fecundidad adolescente se redujo en más del 70 %.

B. Análisis de la Mortalidad Materna

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es el indicador más sensible de la calidad del sistema de salud y la equidad social. En Argentina, el comportamiento reciente de la RMM evidencia un retroceso de la tendencia secular y un deterioro en las condiciones de atención obstétrica. Durante el año 2024 sobre un total de 264 defunciones maternas, la epidemiología oficial detalla que 183 muertes fueron relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y 81 muertes maternas fueron tardías. Al analizar por grandes grupos de causas observamos que el 58 % de debieron

Gráfico 1: Evolución de los nacidos vivos registrados periodo 2014-2024. República Argentina



Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS / Estadísticas Vitales.

Tabla 2: Comparativa epidemiológica de indicadores en mortalidad materna 2014-2024 según grupo de grandes causas –República Argentina

Grupo de Causas	Muertes 2014 (Absolutas)	RMM 2014 (por 10k nv)	Muertes 2024 (Absolutas)	RMM 2024 (por 10k nv)	Variación de la RMM (%)
Obstétricas Directas (complicaciones del embarazo/parto)	177	2,28	107	2,59	+13,6%
Obstétricas Indirectas (patologías preexistentes)	70	0,90	59	1,43	+58,9%
Embarazo Terminado en Aborto (espontáneo e inducido)	43	0,55	17	0,41	-25,5%
Total Subtotal de Muertes	290	3,73	183	4,43	+18,8%

Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS / Estadísticas Vitales.

a Causas Obstétricas Directas (n:107 casos) con prevalencia de trastornos hipertensivos, el 32% a Causas Obstétricas Indirectas (n:59 casos) y el 9,28 % a mortalidad por Aborto (n:17 casos).

Durante el 2024 la RMM por cada 10.000 nacidos vivos muestra una fluctuación alarmante se sitúa en 4,4 (Incremento interanual del 37, 5%) alejándose del 3,2 del 2023 , que había sido unos de los mínimos históricos , cabe aclarar que el pico objetivado en 2021 con un valor de 7,4 se corresponde al periodo pandémico y a muertes por causas indirectas.

Si se observan los números absolutos, las muertes maternas totales del registro anual descendieron un 36,9% (de 290 muertes en 2014 a 183 en 2024) sin embargo, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) aumentó un 18,8% (de 3,7 a 4,4 por cada 10.000 nacidos vivos)

Esto ocurre debido al drástico descenso de los nacimientos en el mismo período, que pasaron de 777.012 en 2014 a 413.135 en 2024, entonces al achicarse el denominador de la tasa de manera mucho más acelerada que el

numerador, la proporción de riesgo relativo por nacimiento se eleva.

Análisis según grupo de causas:

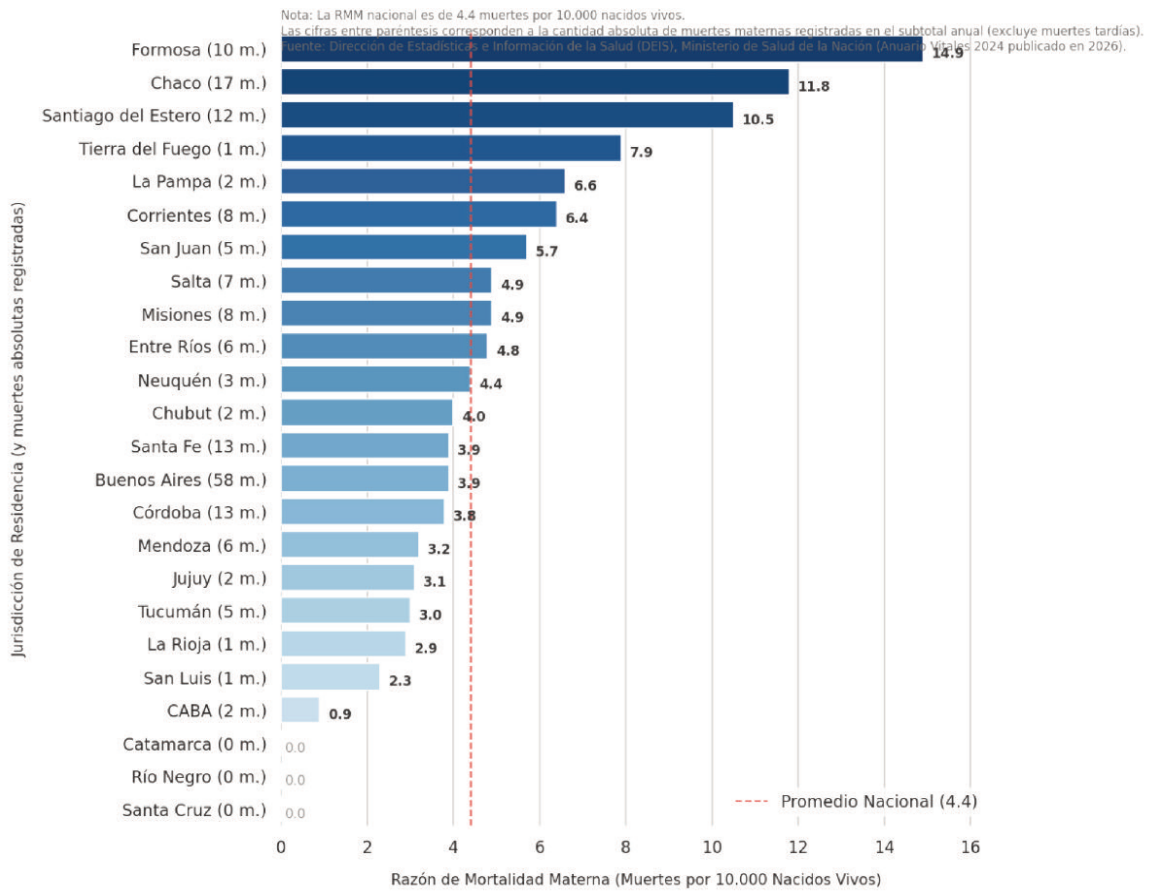
Se objetiva un incremento crítico de las causas indirectas (+58,9%) (enfermedades preexistentes como afecciones cardiovasculares o respiratorias que se agravan durante la gestación) mostraron el aumento relativo más severo, pasando de 0,90 a 1,43 por cada 10.000 nacidos vivos. Esto apunta a una necesidad urgente de fortalecer los controles prenatales integrales y la captación temprana de gestantes con comorbilidades.

A contrapunto la RMM por embarazo terminado en aborto se redujo de 0,55 a 0,41 por cada 10.000 nacidos vivos (-25,5%), pasando de 43 muertes en 2014 a 17 muertes en 2024

No obstante, el retroceso reciente ocurrido en 2024 (donde subieron a 17 muertes y representaron el 9,3% de las muertes totales del subtotal) genera preocupación en el área de salud pública porque la mortalidad por aborto representaba el 3,3% del total en 2021, y se ha triplicado hasta alcanzar el 9,3% en 2024.

Desigualdades Geográficas del Análisis

Gráfico 5 : RMM por cada 10.000 nacidos vivos según jurisdicción de residencia de la madre República Argentina 2024



Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS / Estadísticas Vitales.

Formosa lidera el índice a nivel nacional con una alarmante tasa de 14,9 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos (registrando 10 muertes absolutas). Le siguen de cerca Chaco con una tasa de 11,8 (17 muertes maternas) y Santiago del Estero con 10,5 (12 muertes maternas).

Estas provincias triplican o duplican holgadamente el promedio nacional y evidencian la brecha en el acceso a controles obstétricos tempranos y de calidad en las regiones del noreste (NEA) y noroeste (NOA).

Tierra del Fuego registra una RMM elevada de 7,9, sin embargo, al analizar los números absolutos, esto corresponde a una sola muerte materna al tener un denomina-

dor muy pequeño (solo 1.259 nacidos vivos en todo el año), cualquier evento fatal eleva de forma desproporcionada la tasa relativa de la provincia. Un fenómeno idéntico ocurre en La Pampa con una RMM de 6,6 (correspondiente a solo 2 muertes de residentes).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presenta una de las tasas más bajas del país con 0,9 (2 muertes registradas) reflejando una mayor concentración de efectores de alta complejidad y mejor cobertura de salud prenatal. Tres provincias lograron la meta de cero muertes maternas registradas en el subtotal de 2024: Catamarca, Río Negro y Santa Cruz.

C. Evolución histórica del número de abortos registrados

La evolución histórica del número de abortos en Argentina entre 2014 y 2024 está marcada por un cambio estructural drástico: la transición de la clandestinidad a la legalización mediante la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), sancionada a fines de 2020 y entrada en vigencia en enero de 2021.

Debido a este cambio jurídico, las estadísticas se dividen en dos periodos con metodologías de registro completamente diferentes:

1. Período de clandestinidad (2014 - 2020): Durante estos años, el aborto solo era legal bajo un sistema de causales (peligro para la vida/salud o violación) denominado ILE (Interrupción Legal del Embarazo). Al ser una práctica mayoritariamente ilegal, no existen registros oficiales año por año del total de abortos realizados en el país. Los únicos datos de la época provienen de estudios demográficos de alcance internacional y nacional encargados por el Ministerio de Salud de la Nación se basaron en el dato de los egresos hospitalarios por complicaciones post-aborto, y los especialistas calculaban que en Argentina se realiza-

ban en promedio entre 370.000 y 520.000 abortos al año. (CEPAL) Anualmente se registraban cerca de 47.063 internaciones en hospitales públicos debido a abortos inseguros.

2. Período de legalización (2021 - 2024): Con la implementación de la Ley IVE en 2021, el Estado comenzó a registrar de forma centralizada los abortos realizados de manera formal dentro del sistema público de salud. Entre enero de 2021 y diciembre de 2024, se reportaron un total de 314.492 abortos legales, promediando unos 78.600 por año.

La evolución año tras año en el sector público muestra un incremento inicial de acceso y estabilización posterior.

D. Particularidades de la Provincia de Córdoba

Este análisis comparativo contrasta el perfil demográfico, reproductivo y de salud materna de la provincia de Córdoba con los promedios nacionales de la República Argentina para el año 2024 utilizando como base exclusiva los datos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS).

Tabla 3: Abortos registrados en el subsector publico periodo 2021-2024 – República Argentina

Año	AB registrados en subsector público	
2021	73.487	Primer año de aplicación de la Ley 27.610
2022	96.666	Consolidación del acceso y distribución masiva de tratamientos (Misoprostol y Combipack)
2023	101.513	Pico de registros oficiales y de distribución de insumos por el Ministerio de Salud.
2024	43.270	No refleja necesariamente una baja real en las prácticas, sino una falta de centralización de datos públicos, la suspensión de los informes periódicos y entrega de insumos por parte del Ministerio de salud de la nación.

Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS / Estadísticas Vitales.

1. Tasa de Natalidad y Nacimientos

Tasa de Natalidad (2024): Córdoba registra una tasa de natalidad de 8,6 nacimientos por cada 1.000 habitantes, ubicándose ligeramente por debajo del promedio nacional de 8,9 por cada 1.000 habitantes. Durante 2024, la provincia registró un total de 33.873 nacidos vivos lo que representa el 8,2% del total de nacimientos del país (413.135 nacidos vivos).

Córdoba muestra mejores indicadores de cobertura de la seguridad social que la media del país. El 52,50% de las madres que dieron a luz en la provincia no contaban con cobertura de salud (asociadas al sistema público exclusivo), frente al 57,95% registrado a nivel nacional. Solo el 1,84% de los nacimientos en Córdoba correspondieron a madres con bajo nivel de instrucción (primaria incompleta o menos), una proporción menor que el promedio general del país, que se sitúa en 2,32%.

2. Fecundidad General y Adolescente

Tasa Global de Fecundidad (TGF): Aunque el promedio nacional consolidado de hijos por mujer descendió a un mínimo histórico de 1,2 en 2024, la menor tasa de natalidad general de Córdoba (8,6) sugiere una fecundidad general levemente inferior o muy cercana a la media nacional.

Fecundidad Adolescente (Madres menores de 20 años): Córdoba presenta una menor incidencia de maternidad adolescente en comparación con el promedio de Argentina. En la provincia, los nacidos vivos de madres menores de 20 años representaron el 7,71% del total de partos, mientras que a nivel nacional la cifra asciende al 8,56%.

3. Mortalidad Materna y sus Causas

La RMM de Córdoba en 2024 fue de 3,8 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos, logrando posicionarse por debajo de la media nacional, que alcanzó un preocupante valor de 4,4 por cada 10.000 nacidos vivos en 2024. En cifras absolutas durante el 2024 Córdoba registró un total de 18 muertes maternas, de ellas, 13 corresponden al subtotal ocurrido durante el embarazo, parto y puerperio,

mientras que 5 corresponden a muertes tardías o secuelas. El aporte de Córdoba representó el 6,8% de las defunciones maternas del país.

En cuanto a la edad de las fallecidas de las 13 muertes maternas en 2024, no hubo muertes en menores de 20 años, 8 ocurrieron en el rango de 20 a 34 años, y 5 correspondieron a mujeres de 35 años o más. Esto difiere del perfil nacional, donde las menores de 20 años aportaron 24 muertes del subtotal (un 13,1% del total país).

4. Aborto (IVE/ILE) y Acceso a Servicios

Tasa de Servicios de IVE/ILE (2023): Este indicador mide la cantidad de efectores de salud que garantizan el acceso a interrupciones del embarazo por cada 1.000 mujeres en edad fértil. Córdoba presenta una tasa de servicios de 0,28 efectores por cada 1.000 mujeres en edad fértil, mientras que el promedio país es notablemente inferior, situándose en 0,17. Esto posiciona a Córdoba dentro del Cuartil 3 (desempeño alto a nivel federal) en disponibilidad de efectores de salud, demostrando una red de atención pública del aborto legal mucho más robusta y capilarizada que el promedio de las jurisdicciones argentinas.

En resumen, la provincia de Córdoba se presenta como una jurisdicción con indicadores socio-sanitarios superiores al promedio nacional de Argentina: tiene un perfil de instrucción materna más elevado, una menor tasa de maternidad adolescente, una red de acceso al aborto legal significativamente más consolidada en el sector público, y una razón de mortalidad materna que se mantiene por debajo de la media del país.

Conclusiones

De manera muy general, se denomina transición demográfica (TD) al proceso de reducción de la mortalidad y natalidad desde niveles altos, propios de las sociedades tradicionales, a los niveles bajos de las sociedades modernas. El argumento explicativo central de la teoría de la TD reside en que los procesos de industrialización y modernización provocan una mejora en el nivel de vida y en las condiciones de salud de la población que conduce a un descenso de la mortalidad.



En el ámbito familiar, este descenso se traduce en un mayor número de hijos sobrevivientes. Paralelamente, con la modernización y la urbanización se produce un aumento de los costos directos e indirectos de la crianza de los hijos (limitación del trabajo infantil, escolarización obligatoria, motivación de los padres para mayores niveles educativos de los hijos, incrementos de los costos de salud, vivienda, etc.).

Las familias, presionadas por el incremento de sus tamaños, se ven enfrentadas, entonces, a decidir si mantener una alta fecundidad y, en consecuencia, dados los cambios del proceso de modernización, tener un nivel de vida más bajo, o reducir el número de hijos para lograr mantener o elevar su nivel de vida. Por consiguiente, la reducción de la fecundidad sería un ajuste al nuevo régimen de mortalidad, así como un acomodamiento a las nuevas realidades socioeconómicas. El proceso de TD se vincula a profundas transformaciones económicas, sociales, conceptuales y psicológicas de la sociedad. Se trata del cambio demográfico más importante en la historia de la humanidad, que comenzó en las sociedades europeas occidentales y alcanzó progresivamente una dimensión global.

Los cambios que se produjeron en el comportamiento de la fecundidad en los países desarrollados nos introducen al tratamiento de la llamada **segunda transición demográfica** que implica modificaciones además en los patrones de reproducción de las familias y de la nupcialidad (aumento de la edad al casarse, uniones de hecho, procreación extramatrimonial, disoluciones matrimoniales), que condujo a índices de fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo (2,1 Hijos por mujer) y al crecimiento negativo de algunos países. (Chackiel, 2004).

La autonomía reproductiva está condicionada por los determinantes socioeconómicos. El fenómeno de la "fecundidad ultrabaja" en Argentina no responde a una falta de deseo (el "ideal" de 2 hijos persiste en las encuestas de UNFPA) sino a una crisis de sostenibilidad de la vida. **El 62% de las personas que no alcanzan su ideal reproductivo citan la falta de recursos y la inestabilidad laboral y el acceso a la vivienda es considerado clave por el 95%.**

El análisis demográfico y epidemiológico permite concluir que la natalidad en Argentina desciende por factores estructurales y de expectativas económicas que son previos e independientes a la Ley 27.610. La

caída del 47% de los nacimientos en 2024 respecto a 2014 invalida técnicamente la premisa de que la legalización del aborto es el motor principal de la baja natalidad, ya que la tendencia era pronunciada seis años antes de la ley.

Sin embargo, el retroceso observado en 2024 en los indicadores de salud materna es una señal de alarma sobre la desarticulación del sistema de prevención de embarazos no deseados, asistencia en la salud sexual integral y la fecundidad adolescente. El descenso presupuestario nacional deja a las provincias sin el soporte técnico que garantiza el acceso a métodos anticonceptivos y sobre todo a los de larga duración, transformando un éxito de política pública en una crisis sanitaria inminente. Cabe remarcar que **NO** prevenir la gestación en adolescentes tiene un costo sistémico. La deserción escolar asociada implica que solo el 38% de las madres adolescentes completa la secundaria. Esto se traduce en una pérdida de ingresos fiscales de u\$s 66 millones anuales y una caída en la productividad equivalente al 0,14% del PBI.

El incremento del 37,5% en la RMM y el triplicado en la proporción de muertes por aborto son resultados directos de una parálisis administrativa y descenso presupuestario. Este desfinanciamiento no solo erosiona la red de atención federal, sino que obliga a las jurisdicciones a asumir costos no previstos, profundizando la inequidad sanitaria y exponiendo a la población más vulnerable a prácticas inseguras. Resulta imperativo restituir las políticas basadas en evidencia, y la distribución equitativa de insumos, para evitar que la transición demográfica se convierta en una tragedia sanitaria signada por muertes evitables e inequidad territorial.

GLOSARIO

Nacidos vivos: número de nacidos vivos registrados por año.

Tasa de natalidad: Es el número de nacimientos vivos registrados por cada 1.000 habitantes en un período determinado(año).

Tasa Global de fecundidad: número medio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva si se mantienen las condiciones de natalidad de un año específico.

Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes (TEFA): número de nacidos vivos de mujeres entre 10 y 19 años por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad durante un año.

Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes tardía (TEFAT): número de nacidos vivos de mujeres entre 15 y 19 años por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad durante un año.

BIBLIOGRAFIA

SAINO, Martín y DIAZ, Cecilia Beatriz. *Transición demográfica y variaciones de las componentes demográficas en el período intercensal 2001-2010 en Argentina. Un análisis por regiones socioeconómicas construidas*. Astrolabio [online]. 2021, n.26 [citado 2026-09-01], pp.1-43. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-75152021000100001&lng=es&nrm=iso>. Epub 01-2021. ISSN 1668-7515. <https://doi.org/https://doi.org/10.55441/1668.7515.n26.27731>.

Estadísticas Vitales- Información Básica - Argentina - Año 2024-Dirección de estadísticas e información de la salud-Ministerio de salud de la nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_68_anuario_vitales_v4_revisada_ok.pdf

<https://manualdemografia.cienciassociales.edu.uy/capitulo-5/>

<https://proyectomirar.org.ar/aborto-en-numeros/>

<https://www.scielosp.org/article/scol/2023.v19/e4613/>