

EVOLUCIÓN Y DESIGUALDADES DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN EL NORESTE ARGENTINO ENTRE LOS AÑOS 2000 Y 2020

María Alejandra Fantin

RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad analizar la evolución de la fecundidad adolescente en el periodo 2000 a 2020 en las provincias del Nordeste Argentino y examinar las desigualdades sociales de la fecundidad adolescente al interior de las mismas.

Para el análisis de las desigualdades sociales en salud se adopta la metodología estándar propuesta por OMS/OPS mediante la cual se analiza la distribución de un indicador de salud en la escala de posición social relativa definida por un indicador socioeconómico, (denominado estratificador de equidad) y dicha desigualdad distributiva se resume a través de métricas de desigualdad.

En esta ocasión se utiliza como indicadores de salud las tasas específicas de fecundidad adolescente temprana y tardía, y como estratificador de equidad el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI)

Los resultados permitirán contar con información para la toma de decisiones de salud reproductiva más estratégicas y eficientes a fin de reducir el embarazo adolescente y reducir sus desigualdades sociales entre las poblaciones y territorios de la región, privilegiando una acción transformadora a partir de la respuesta intersectorial.

Palabras claves: Fecundidad adolescente; Nordeste argentino; Desigualdades sociales; Salud; Pobreza

EVOLUTION AND INEQUALITIES OF ADOLESCENT FERTILITY IN NORTHEASTERN ARGENTINA BETWEEN 2000 AND 2020

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the evolution of adolescent fertility in the period 2000 to 2020 in the provinces of Northeast Argentina and examine the social inequalities of adolescent fertility within them.

To analyze social inequalities in health, the standard methodology proposed by WHO/PAHO is adopted, through which the distribution of a health indicator is analyzed on the scale of relative social position defined by a socioeconomic indicator (called equity stratifier) and said distributional inequality is summarized through inequality metrics.

On this occasion, the specific early and late adolescent fertility rates are used as health indicators, and the percentage of the population with unmet basic needs (UBN) as an equity stratifier.

The results will provide information for making more strategic and efficient reproductive health decisions in its noble purpose of reducing adolescent pregnancy and reducing social inequalities among the populations and territories of the region, prioritizing transformative action based on the response intersectorial.

Keywords: Adolescent fertility; Northeast Argentina; Social inequalities; Health; Poverty

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes puede considerarse un problema social y de salud a nivel global en tanto que afecta profundamente la trayectoria de salud de las jóvenes, obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia con resultados deficientes en materia de salud, por ejemplo, un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Por otra parte, la maternidad y paternidad tempranas ponen en riesgo la inserción y el logro escolar, lo cual repercute de modo considerable a largo plazo en sus oportunidades laborales y seguridad económica y, como resultado de ello, les vuelve más vulnerables a la pobreza y a la exclusión social. Asimismo, las madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir segregación o discriminación de género, experimentar estigmatización cultural o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales. Cabe destacar que la probabilidad de tener hijos durante la adolescencia es mucho mayor entre los grupos pobres, lo cual contribuye a mantener los ciclos intergeneracionales de pobreza, exclusión y marginación, pues los hijos e hijas de madres adolescentes tienen también mayor riesgo de pobreza. En esos contextos, durante la adolescencia se está más expuesto a la violencia, a la tolerancia o aceptación familiar y comunitaria hacia la actividad sexual precoz; de hecho, en muchos países en desarrollo las madres adolescentes solteras enfrentan desaprobación y estigmas, sin considerar casos de castigos formales o informales (Rodríguez Vignoli, 2017, 2009; Hopenhayn y Rodríguez, 2007; OPS-UNICEF-UNFPA, 2018).

El impacto negativo del embarazo en la adolescencia sobre el desarrollo - de las personas y de los países, en general - ha sido reconocido en compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) y el Consenso Regional sobre la Población y el Desarrollo (Montevideo, 2013), en los cuales se insta a lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva que reduzcan los embarazos no planeados, los abortos inseguros, la mortalidad materna y la infección por VIH/Sida para todas las mujeres (UNFPA, 2018).

Por otra parte, se reconoce que el embarazo adolescente es un fenómeno más frecuente entre los grupos de población que viven en condición de pobreza y con menor educación, en las zonas rurales normalmente más rezagadas en términos socioeconómicos, y en los grupos étnicos típicamente excluidos y postergados. Esa desventaja social relativa se vincula con el menor acceso a cuestiones clave en la prevención del embarazo adolescente como la educación sexual y, sobre todo, la salud sexual y reproductiva, en particular la anticoncepción; lo cual implica menos protección contra embarazos no deseados en la adolescencia. Además, la falta de oportunidades laborales, educativas, de proyectos de vida o de actividades alternativas a la maternidad, es decir, la propia exclusión social genera menos incentivos para prevenir el embarazo precoz (OPS, UNFPA, SE-COMISCA: 2023).

Las afirmaciones antes planteadas implican al menos dos asuntos: por una parte, la necesidad de documentar de la manera más exhaustiva y actualizada posible, la magnitud y las tendencias de la fecundidad adolescente en la región y por otra analizar las desigualdades sociales en el embarazo adolescente con el mayor grado de desagregación geográfica posible a fin de generar un aporte que permita orientar acciones que redunden en una reducción de las brechas sociales que explican la mayor incidencia relativa de embarazo adolescente en determinados grupos poblacionales.

La integración de un enfoque geográfico y de equidad en el estudio de la fecundidad adolescente permite una comprensión más profunda y matizada de los factores que influyen en este fenómeno. Al abordar las desigualdades y considerar las particularidades geográficas, es posible diseñar estrategias más efectivas y justas para reducir las tasas de embarazo adolescente y mejorar la calidad de vida de los jóvenes.

Dentro de este marco, el presente artículo tiene como finalidad analizar la evolución de la fecundidad adolescente en el periodo 2000 a 2020 en las provincias del Nordeste Argentino y examinar las desigualdades sociales de la fecundidad adolescente al interior de las mismas.

La región Nordeste de Argentina (NEA) está conformada por las provincias de Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa, y limita con los países de Uruguay, Paraguay y Brasil. Posee una superficie de 290.000 kilómetros cuadrados y concentra algo más de 4,2 millones de habitantes, lo que representa aproximadamente el 10% de la población total del país, con altos porcentajes

de población joven, bastante por encima del promedio nacional (considerando las cifras censales de 2022 del INDEC)

El NEA es una región caracterizada por profundas y persistentes desigualdades sociales, a pesar de las extensas e intensas expectativas de sus sociedades, continúa siendo la región más desposeída de nuestro país; encabeza tristemente, en varios indicadores individuales, el rango de peores condiciones en el territorio nacional (Fantin, Ramirez 2021).

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Para cumplir con el objetivo, se aplica una metodología cuantitativa con técnicas descriptivas a partir de datos transversales y retrospectivos, además de una revisión documental. Esta metodología abarca tanto el análisis demográfico como sus vinculaciones con aspectos socioculturales y económicos.

La problemática se aborda a partir de los datos disponibles, analizando la evolución de la fecundidad adolescente como un componente representativo del comportamiento de la fecundidad en general.

El análisis comparativo se lleva a cabo tomando como fuente de información los datos disponibles en las estadísticas oficiales que provienen de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Argentina (MSAL) y las proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Los indicadores utilizados son: las tasas de fecundidad adolescente temprana (TFA Temprana) y las tasas de fecundidad adolescente tardía (TFA Tardía), estimadas como el cociente entre el número de nacidos vivos producto de embarazos en adolescentes y el total de mujeres de 10 a 14 años y de 15 a 19 años respectivamente; y la prevalencia de nacimientos en la adolescencia (PNA), que consiste en el número de nacimientos de madres menores de 20 años de edad como porcentaje del total de nacimientos registrados. Todos estos indicadores fueron calculados a nivel nacional y provincial.

Para analizar la evolución de las tasas, se calculan promedios trianuales para suavizar posibles situaciones coyunturales de la fecundidad y errores en el registro de los hechos vitales.

La primera parte del estudio se concentra en el análisis de la evolución de la fecundidad adolescente a nivel nacional en las dos décadas del siglo XXI y en evaluar la posición actual (2020) de las cuatro provincias que integran la región del NEA en el ranking nacional. Para el análisis de la evolución de la fecundidad adolescente de las provincias en comparación con la media nacional, se usaron dos indicadores: las tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía, y la prevalencia de embarazo en la adolescencia (PNA).

Al estudiar las desigualdades en salud, se puede medir la distribución general de la salud (desigualdad total) o las desigualdades entre grupos sociales (desigualdad social). Las mediciones de la desigualdad total solo consideran variables de indicadores de salud. Estudiar la desigualdad social en salud exige la convergencia de al menos dos variables: el indicador de salud y el estratificador de equidad. Las mediciones de la desigualdad social pueden indicar situaciones de inequidad en salud cuando las diferencias en salud entre distintos grupos sociales se juzgan injustas o arbitrarias.

Para el análisis de las desigualdades sociales en salud se adopta la metodología estándar propuesta por OMS/OPS (OPS, 2016) mediante la cual se analiza la distribución de un indicador de salud, en este caso las tasas de fecundidad adolescentes en la escala de posición social relativa definida por un indicador socioeconómico (denominado estratificador de equidad) y dicha desigualdad distributiva se resume a través de métricas de desigualdad.

Desde un punto de vista operacional, el enfoque metodológico puede ampliarse a tres pasos básicos a partir de un conjunto de datos disponibles. Estos datos tienen necesariamente que capturar tres dimensiones básicas: social, demográfica y de salud. La variable social, el proxy de determinante social, servirá para reproducir la jerarquía social en el análisis; la demográfica, para capturar el tamaño de los grupos de posición social (ponderación poblacional) y la de salud, para analizar su desigualdad distributiva en la población. Los tres pasos instrumentales anunciados son: 1) reproducir la jerarquía social, construyendo una escala de posición social relativa, 2) analizar la distribución de la salud sobre dicha escala de posición social, y 3) resumir el análisis

de la distribución de la salud en ese gradiente social mediante el cálculo de métricas estándar de desigualdad en salud, según corresponda (Mújica y Moreno, 2019). Este enfoque se ha implementado en el Explorador de Equidad de la OPS (ExEq), una herramienta computacional basada en MS Excel y el método descrito en detalle en una guía ilustrada paso a paso (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2019).

En este estudio, se emplean como indicadores de salud las tasas específicas de fecundidad adolescente temprana y tardía¹, y como estratificador de equidad el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

El método de Necesidades Básicas Insatisfechas es una herramienta diseñada para medir y/o caracterizar la pobreza de manera directa, utilizando información censal.

Si bien el método NBI presenta ciertas limitaciones, como la imposibilidad de reflejar la intensidad de la pobreza y su utilidad restringida para identificar situaciones de pobreza reciente², ofrece la significativa ventaja de generar resultados con un alto nivel de desagregación geográfica, lo que facilita la identificación de necesidades insatisfechas y la focalización de políticas, especialmente aquellas con un criterio espacial (FERES y MANCERO, 2001).

2.1. POSIBLE LIMITACIONES

Aunque se considera que la metodología utilizada es consistente, es menester señalar algunas posibles limitaciones a tener en cuenta al momento del análisis. En primer lugar, hay que considerar el subregistro de nacimientos. Estudios realizados revelan una alta cobertura del registro de nacimientos en Argentina, lo que sugiere que es un instrumento confiable para la producción de información y la elaboración de indicadores sobre estadísticas vitales (MINISTERIO DE SALUD Y UNICEF, 2017). Sin embargo, dicho estudio también señala que los nacimientos inscriptos con una demora superior o igual a tres meses muestran una mayor presencia de nacidos vivos en establecimientos públicos y de madres adolescentes con menor nivel de instrucción y que no conviven en pareja. A su vez, cuando se extiende el punto de comparación respecto del tiempo de demora, las diferencias son más marcadas.

Además, la inscripción tardía también evidencia una marcada desigualdad interjurisdiccional, concentrándose en provincias con indicadores de vida desfavorables.

Dado que las inscripciones tardías tienden a concentrarse en poblaciones vulnerables, incluyendo madres adolescentes, es plausible inferir que el subregistro, particularmente en los plazos más extensos, podría estar minimizando la visibilidad estadística de este fenómeno, especialmente en las jurisdicciones con mayores índices de vulnerabilidad social.

En segundo lugar, la utilización de datos agregados a nivel departamental implica una serie de limitaciones metodológicas importantes al momento de interpretar los resultados. En primer lugar, el uso de datos agregados impide observar las dinámicas individuales dentro de cada unidad territorial. Esto puede derivar en lo que se conoce como falacia ecológica, es decir, atribuir características de los promedios departamentales a las personas que viven en ellos.

Además, los departamentos suelen contener una importante heterogeneidad interna, especialmente en las provincias con mayores contrastes entre zonas urbanas y rurales. Esta diversidad queda invisibilizada al trabajar con indicadores promedio, lo que puede generar una representación parcial o distorsionada de la realidad social.

A pesar de las limitaciones señaladas, el uso de datos agregados a nivel departamental resulta pertinente para el presente estudio por diversas razones. En primer lugar, permite captar desigualdades territoriales en la distribución de la fecundidad adolescente y su vinculación con los niveles socioeconómicos, lo que es clave para el análisis de dinámicas espaciales y la formulación de políticas públicas con enfoque territorial.

El nivel departamental, si bien no es el más desagregado posible, ofrece un equilibrio entre detalle territorial y disponibilidad de información. A diferencia de niveles más amplios como las provincias, los departamentos permiten observar variaciones internas dentro de una misma

¹ Las TFA utilizadas corresponden al promedio trianual (2019-2021).

² Hogares que satisfacen sus necesidades básicas pero cuentan con un ingreso insuficiente para adquirir bienes y servicios básicos.

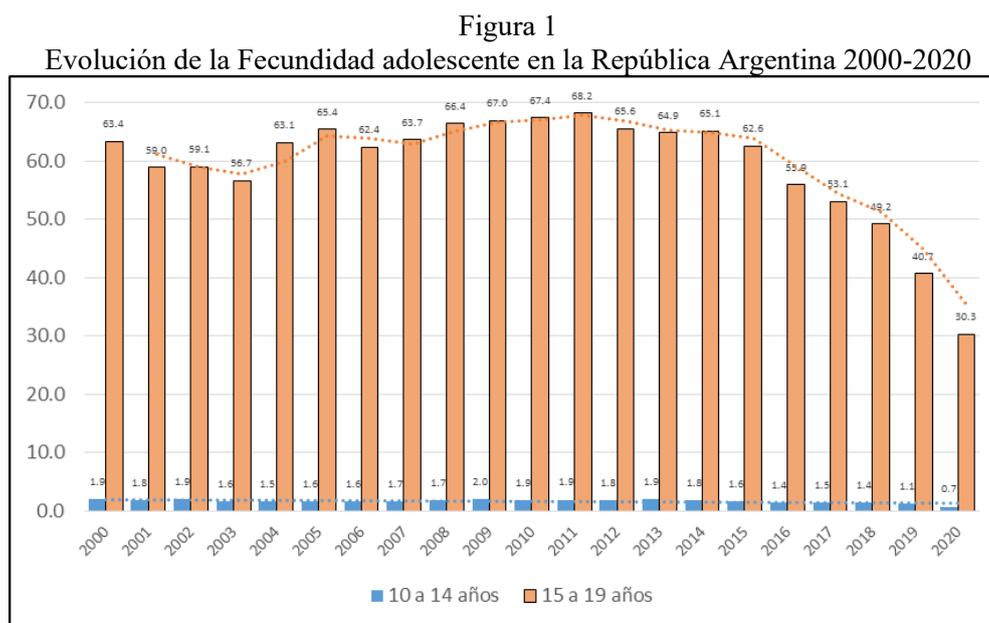
jurisdicción, lo que enriquece el análisis comparativo entre zonas con diferentes contextos sociales y económicos.

Además, los datos agregados son los que usualmente están disponibles de forma sistemática y comparable para todo el país, a través de fuentes oficiales como el Censo Nacional y los registros vitales. Por último, este enfoque territorial es útil para identificar patrones y áreas prioritarias de intervención, brindando evidencia empírica para la planificación de acciones focalizadas en los territorios más afectados por la problemática estudiada.

3. RESULTADOS

3.1. LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE A NIVEL NACIONAL

Al analizar la evolución de la fecundidad adolescente en la Argentina Pantelides y Binstock, (2007) señalan que, a partir de 1954, año en que comenzaron a publicarse las estadísticas de fecundidad por edad, la fecundidad adolescente tomó un curso ascendente, que tuvo su punto máximo alrededor de 1980³, aunque en términos relativos la fecundidad adolescente precoz subió mucho más que la tardía (130 por ciento la primera y 34 por ciento la segunda). Desde ese momento el nivel comenzó a descender y lo hizo en forma continua hasta el año 2003 cuando nuevamente experimentó un ascenso y relativa estabilidad hasta el año 2014, a partir de ese año ambas tasas descendieron en forma continua registrando en 2020 tasas de 0,7 nacidos por cada mil niñas y adolescentes de 10 a 14 años; y de 30,3 cada mil adolescentes de 15 a 19 años. Representan las tasas más bajas que se tenga registro.



Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL) y Proyecciones de población (INDEC). Elaboración propia.

Si bien se observa un importante descenso de la fecundidad adolescente a nivel nacional, estudios, en países latinoamericanos, evidencian que las desigualdades sociales existentes a nivel subnacional repercuten en los niveles de fecundidad (Rodríguez Vignoli, 2014). Tomando en cuenta lo anterior, el análisis de los resultados de la fecundidad adolescente a nivel país nos dice poco acerca de cómo se expresan tales desigualdades en la región. Una mirada desagregada de este componente por áreas subnacionales, en cambio, nos permite comprender de manera

³ Parte de este ascenso puede deberse al mejoramiento de la captación, pero otra parte acompaña la tendencia ascendente de las tasas de fecundidad de todas las edades, que ocurrió a mediados de la década de 1970. (Pantelides y Binstock, 2007)

minuciosa la heterogeneidad que lo caracteriza y la amplitud de las brechas que persisten en este eje de desigualdad.

En este sentido, se observa que la tasa de fecundidad de las niñas y adolescentes es heterogénea. Según los datos de 2020, los indicadores más altos se registran en las provincias del Nordeste (Formosa, Chaco, Misiones, Corrientes) y Noroeste⁴ del país, en el otro extremo se encuentra la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias del sur del país, entre otras. Aunque las brechas entre jurisdicciones se han ido acortado, aún persisten importantes diferencias.

Figura 2.
Tasa de fecundidad adolescente temprana
2020

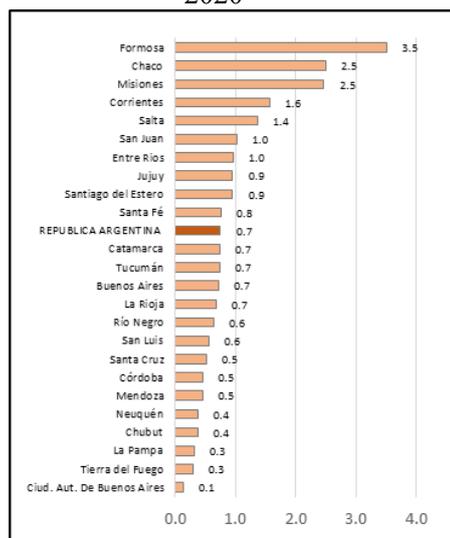
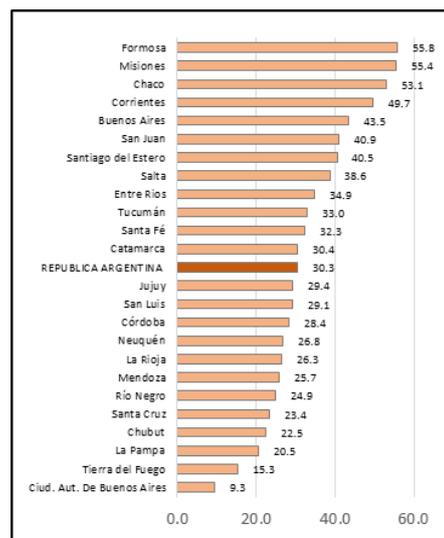


Figura 3.
Tasa de Fecundidad adolescente tardía 2020



Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL) y Proyecciones de población (INDEC). Elaboración propia.

En el año 2020 las provincias del Nordeste Argentino se ubican no solamente sobre la media del país, sino que encabezan los registros ocupando los primeros lugares. En el caso de la tasa correspondiente a los grupos etarios menores (Figura 2) los valores para las provincias del NEA van desde 1,6 en Corrientes a 3,5 en Formosa, en tanto que las provincias de Chaco y Misiones presentan valores de 2,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años de edad. Por su parte la Tasa de Fecundidad Adolescente Tardía presenta magnitudes mayores. Formosa encabeza la lista de provincias argentinas con 55,8 y Corrientes es la provincia con el valor menor del NEA con 49,7 en tanto que Misiones y Chaco registran valores intermedios (55,4 y 53,1 respectivamente).

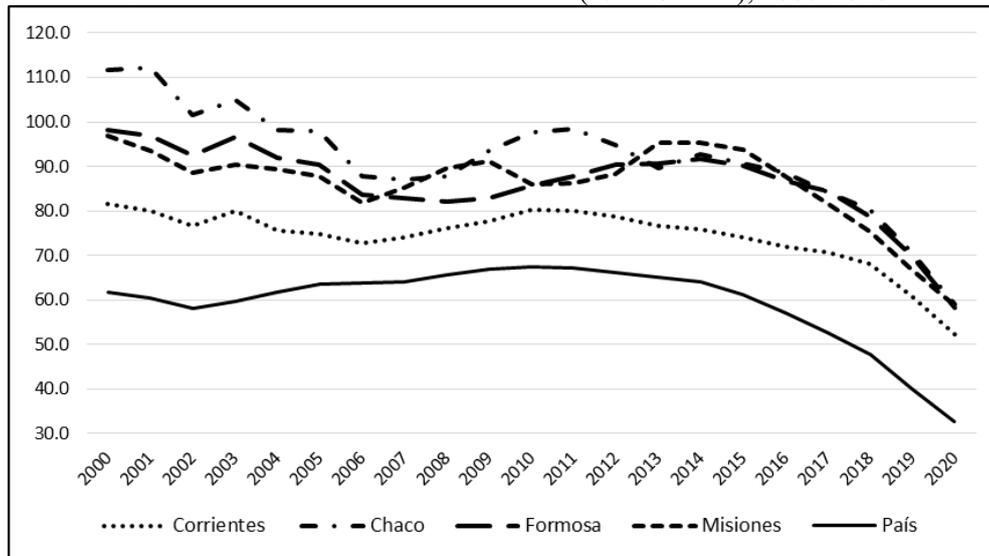
La fecundidad adolescente asume niveles muy variables en las distintas jurisdicciones, conocer los indicadores de fecundidad a nivel subnacional es importante, ya que permite diseñar acciones para abordar esta materia y focalizarlas en aquellas jurisdicciones en donde los niveles son más altos.

3.2. EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN EL NEA

Para analizar la evolución en el presente siglo, se calcularon las tasas de fecundidad adolescente temprana y tardía, y se utilizaron promedios móviles trianuales a fin de evitar cualquier situación extraordinaria que pudiera distorsionar la tendencia. Como se puede observar en las figuras 4 y 5, al igual que a nivel país las provincias del NEA registran en los últimos años un descenso de la fecundidad adolescente con diferentes ritmos.

⁴ El Noroeste Argentino (NOA) es una región histórico-geográfica de Argentina que abarca las provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Figura 4.
Tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años), 2000-2020



Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL) y Proyecciones de población (INDEC). Elaboración propia.

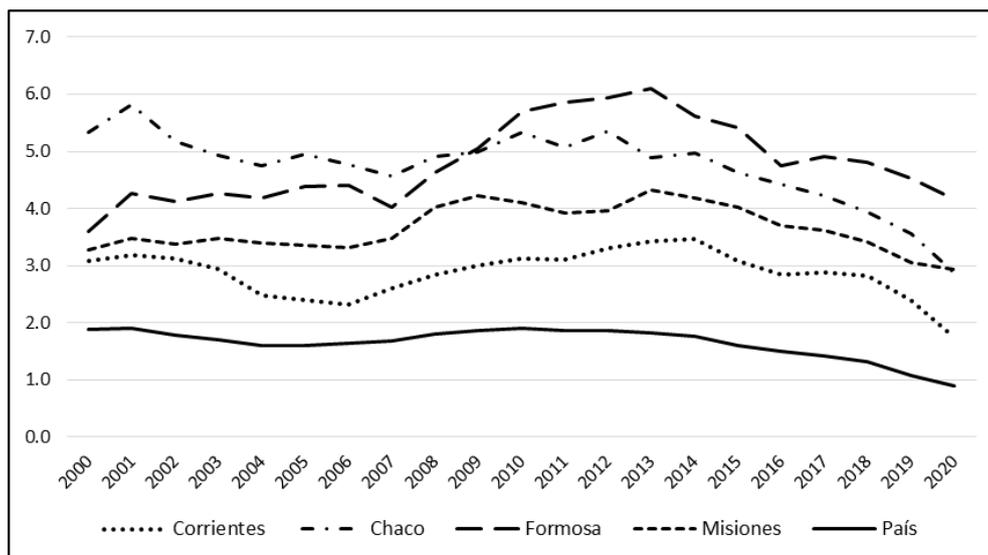
Al analizar la Figura 4, se evidencia que las provincias del NEA exhibieron tasas de fecundidad adolescente tardía consistentemente superiores a la media nacional a lo largo del período examinado, aunque se constata una reducción progresiva de la brecha hacia el final del mismo.

Si bien la totalidad de las provincias experimentaron una disminución en su TFA Tardía, la velocidad y la regularidad de este descenso manifestaron variabilidad interprovincial. Chaco demostró una reducción sustancial desde los valores iniciales más elevados, aunque con fluctuaciones anuales. Corrientes, que inicialmente presentó la tasa más baja dentro del NEA, registró un descenso más gradual pero constante. Formosa se caracterizó por una evolución menos lineal, con fases de declive interrumpidas por incrementos menores. Misiones también exhibió una tendencia descendente, si bien con una relativa estabilidad en la primera década seguida de una disminución más pronunciada en la segunda.

En relación con la tasa de fecundidad temprana (Figura 5), se observa una tendencia análoga, donde las provincias del NEA registraron valores persistentemente por encima de la media nacional. Aunque se documentó una disminución significativa entre 2000 y 2020, en consonancia con la tendencia nacional, Corrientes se distinguió por el descenso más acentuado, mientras que Chaco mantuvo los valores más elevados de la región. A pesar de una convergencia parcial hacia el promedio nacional, la región del NEA continúa representando un desafío en la prevalencia de embarazos en niñas y adolescentes tempranas.

La persistencia de tasas de fecundidad adolescente tardía y temprana elevadas en el NEA en comparación con el promedio nacional, incluso en el contexto de una tendencia descendente, enfatiza la necesidad de la implementación de políticas públicas específicas y focalizadas en la región. Estas políticas deberían considerar las particularidades socioculturales del contexto y fortalecer el acceso a la educación sexual integral y a servicios de salud reproductiva de calidad para la población adolescente. El análisis detallado de los factores subyacentes a las diferentes trayectorias de descenso observadas en cada provincia podría fundamentar el desarrollo de estrategias más efectivas a nivel local.

Figura 5.
Tasa de fecundidad adolescente temprana (10 a 14 años), 2000-2020



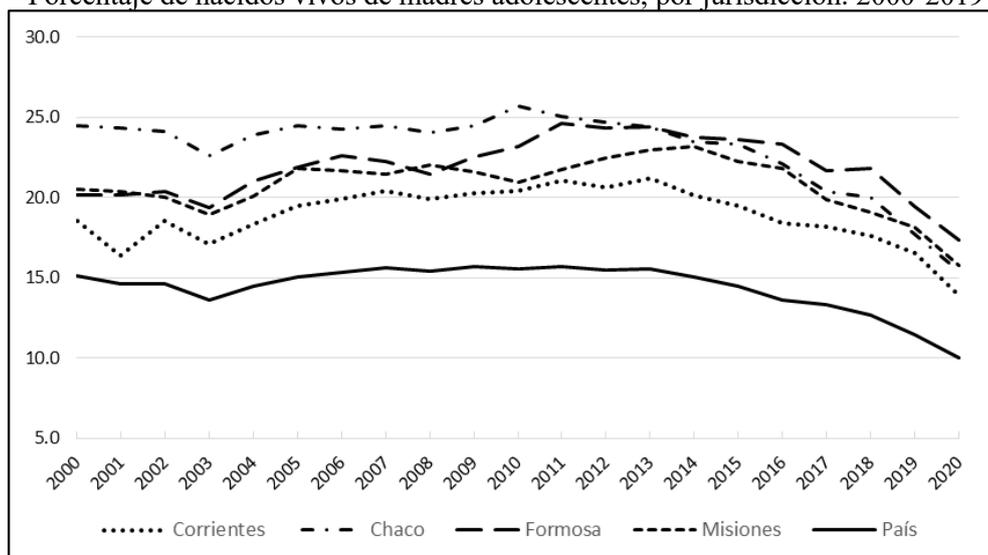
Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL) y Proyecciones de población (INDEC). Elaboración propia.

Otro dato que vale la pena resaltar es que, en Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos.

La evolución favorable de la fecundidad adolescente regional también se documenta con las tendencias de la prevalencia de nacimientos en la adolescencia (PNA). En general, se aprecia una reducción sostenida de la PNA en todas las jurisdicciones, especialmente en los últimos diez años, siendo esta reducción más acentuada en Chaco y más atenuada en Formosa. Al igual que con la TFA, se comprueba también la persistencia de desigualdades entre provincias, aunque la disparidad interprovincial se redujo discretamente de 5,9 puntos porcentuales de PNA en 2000 a 3,5 puntos porcentuales en 2020; asimismo reproducen por igual el punto de inflexión en 2013, 2014 que marca el inicio de una tendencia descendente de la fecundidad adolescente (Figura 6).

Figura 6.

Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes, por jurisdicción. 2000-2019



Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL) y Proyecciones de población (INDEC). Elaboración propia.

Es necesario tomar en consideración que el indicador prevalencia de embarazo adolescente no depende exclusivamente de la magnitud y los cambios en la fecundidad adolescente, sino que se puede ver influenciado directamente por los ocurridos en la fecundidad adulta: si la satisfacción

de necesidades de planificación familiar tiene mayor impacto positivo sobre la población adulta sexualmente activa (es decir, reduciendo el número de nacimientos en estas edades), la contribución relativa de las mujeres adolescentes respecto al total de nacimientos se incrementará, incluso si el número absoluto de nacidos vivos de madres adolescentes es el mismo o si disminuye a un ritmo menor que el de madres adultas. La tasa específica de fecundidad adolescente (TFA) es, por tanto, el indicador más confiable para monitorear la magnitud y los cambios en el tiempo de la fecundidad adolescente —y sus desigualdades.

A pesar de estas limitaciones, es probable que las tendencias reflejadas en la evolución de la prevalencia de nacimientos en la adolescencia en la región sean certeras, debido a que la tasa específica de fecundidad adolescente se viene reduciendo en los últimos años, no obstante, las desigualdades en la fecundidad adolescente entre las provincias argentinas son profundas y persistentes y, como se resume a continuación, se reproducen e intensifican al interior de las mismas.

3.3 DESIGUALDADES SOCIALES EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE ENTRE DEPARTAMENTOS

A pesar de la reducción generalizada de la fecundidad adolescente, persisten diferencias significativas entre grupos sociales cualquiera sea la desagregación geográfica utilizada (países, regiones, provincias) como expresión de las desigualdades socioeconómicas existentes. El comportamiento demográfico de las poblaciones, especialmente en cuanto a su fecundidad adolescente, se encuentra asociado a las disparidades económicas y sociales que las atraviesan.

Es importante reconocer la fuerte relevancia que tiene la estratificación social en la explicación de las inequidades en la salud. El contexto social y sus procesos inherentes, muchas veces se encuentran por encima de las elecciones y comportamientos individuales y de los factores biológicos, en los resultados de salud de las poblaciones. La estratificación social se nutre de preceptos sociales e históricamente construidos, determinados mandatos acerca del comportamiento esperado de los individuos, adjudicadas según su pertenencia o no (subjetiva u objetiva) a un(os) grupo(s) socialmente determinado(s), pueden limitar o favorecer su acceso a recursos clave (determinantes intermedios) para la salud y el bienestar. (OPS, UNFPA y SE-COMISCA, 2023).

Los sectores más desprotegidos social y económicamente constituyen los “núcleos duros” de reproducción intergeneracional de la exclusión y la desigualdad, donde se combina el bajo nivel educativo, la ausencia de apoyo en el cuidado de los hijos, trayectorias familiares de mayor vulnerabilidad, mayores dificultades para desarrollar actividades que generen ingresos y un acceso precario a redes de protección social.

Como fue expresado anteriormente el NEA es una región caracterizada por profundas y persistentes desigualdades sociales, presentando las peores condiciones en el contexto nacional y tristemente estando presente, con alguna o varias de sus divisiones administrativas menores, en la mención de los cinco peores departamentos en el país

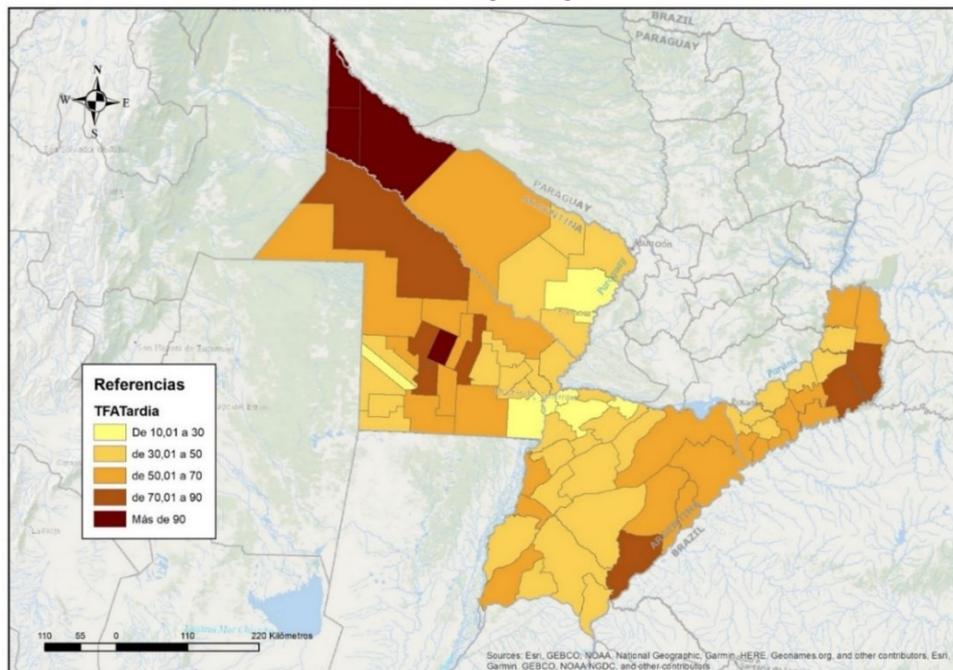
“Entre las múltiples manifestaciones de la desigualdad social, el embarazo en la adolescencia es una de las más duras e inobjtables: su sola presencia a menudo refleja la falla sistémica de la sociedad en proteger a una población muy especial y vulnerable por antonomasia, comprometiendo el enorme talento y potencial productivo de las mujeres e hipotecando su futuro a la amenaza de la miseria, la exclusión y la impotencia”. (OPS, UNFPA y SE-COMISCA 2023: 5).

Estudiar la desigualdad social en salud exige la convergencia de al menos dos variables: el indicador de salud y el estratificador de equidad. Las mediciones de la desigualdad social pueden indicar situaciones de inequidad en salud cuando las diferencias en salud entre distintos grupos sociales se juzgan injustas o arbitrarias.

Antes de presentar la magnitud de las desigualdades sociales en la fecundidad adolescente, conviene partir del reconocimiento de pronunciadas desigualdades interterritoriales en la incidencia de la TFA en el NEA (figuras 7 y 8).

Figura 7.

Tasas de Fecundidad Tardía, por departamento. Año 2020

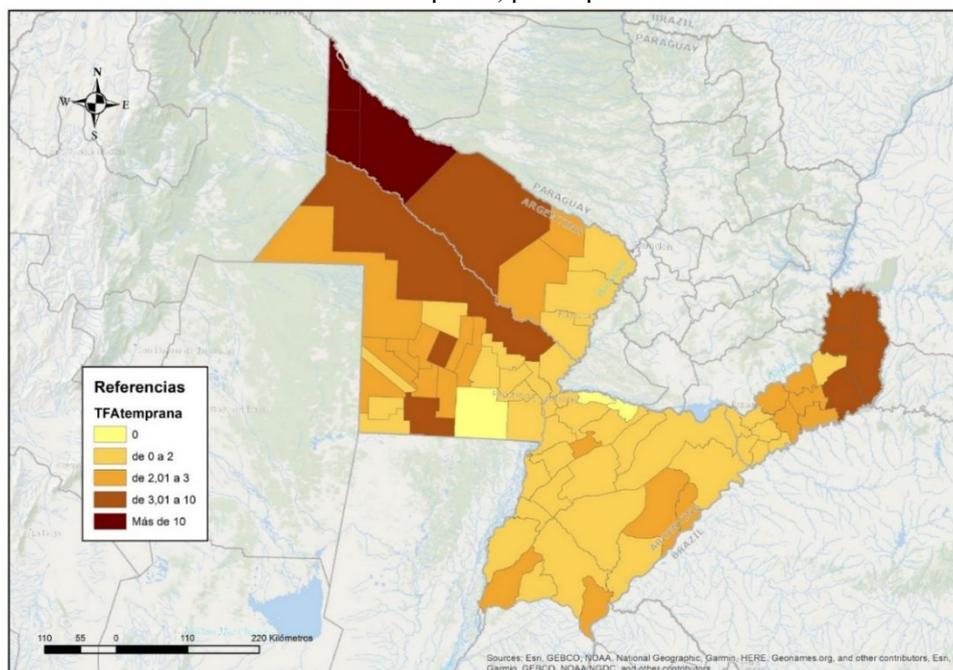


Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL) y Proyecciones de población (INDEC). Elaboración propia.

En el 2020 el rango inter-departamental de la TFA tardía oscilaba entre 10 y 141 embarazos por 1.000 adolescentes mientras que la TFA temprana entre 0 y 33 embarazos por 1.000 adolescentes.

Figura 8.

Tasas de Fecundidad Temprana, por departamento. Año 2020

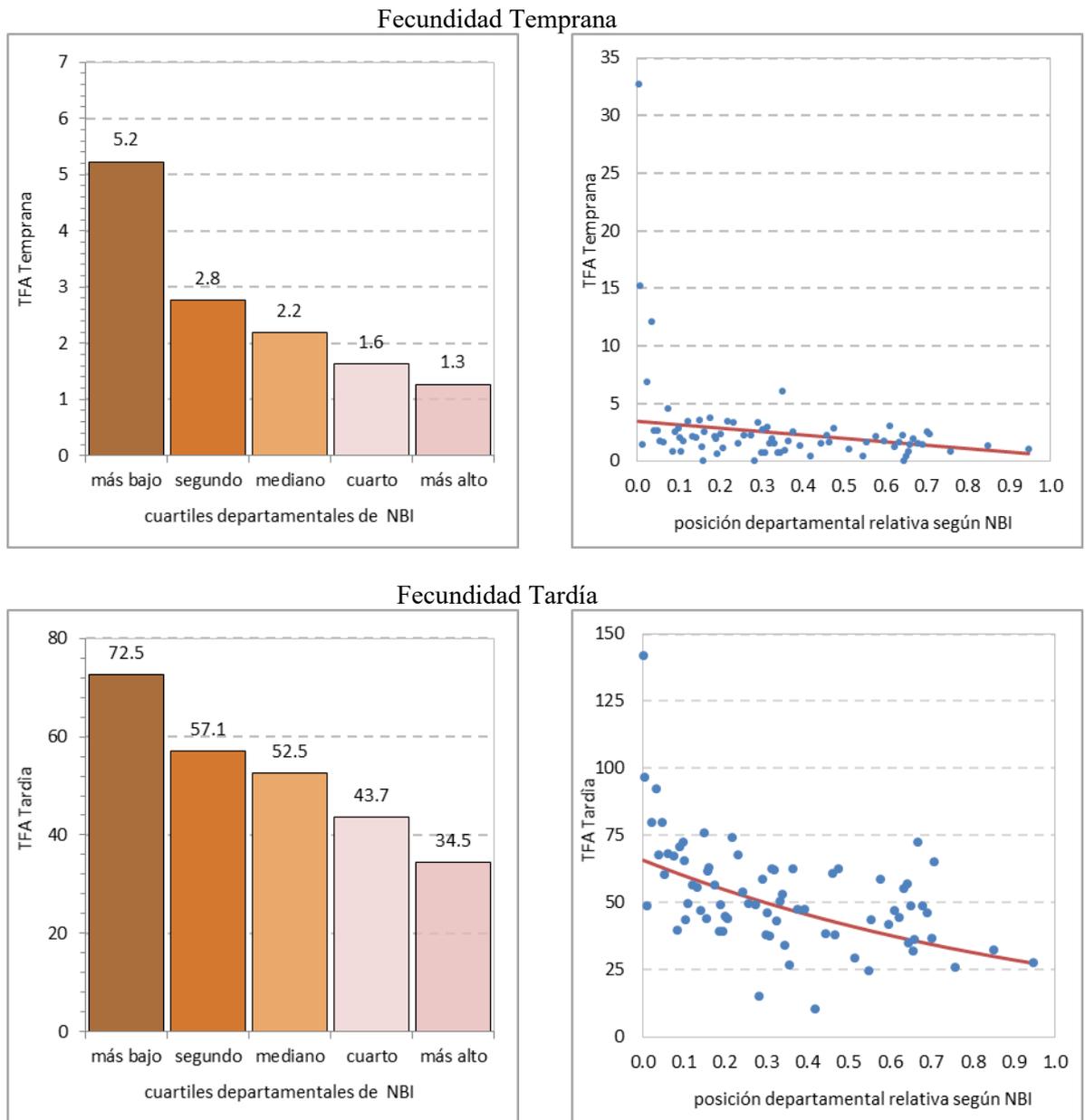


Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL) y Proyecciones de población (INDEC). Elaboración propia.

Un análisis exploratorio formal de las desigualdades sociales en la fecundidad adolescente a partir de los mismos datos administrativos desagregados a nivel departamental, se presentan en la

figura 9. El panel gráfico izquierdo muestra el gradiente de fecundidad adolescente por quintiles departamentales de NBI y el panel gráfico derecho muestra la pendiente de regresión de la desigualdad en la fecundidad adolescente a lo largo de la gradiente social. Ambos resultados muestran no solo que los embarazos adolescentes se concentran en los territorios socialmente más desaventajados, sino que conforme mejora el desarrollo humano disminuye la fecundidad adolescente.

Figura 9.
Desigualdades en fecundidad adolescente según el gradiente social definido por Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas entre departamentos. Región NEA 2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos administrativos triangulados con el Explorador de Equidad (ExEq). OPS, 2020.

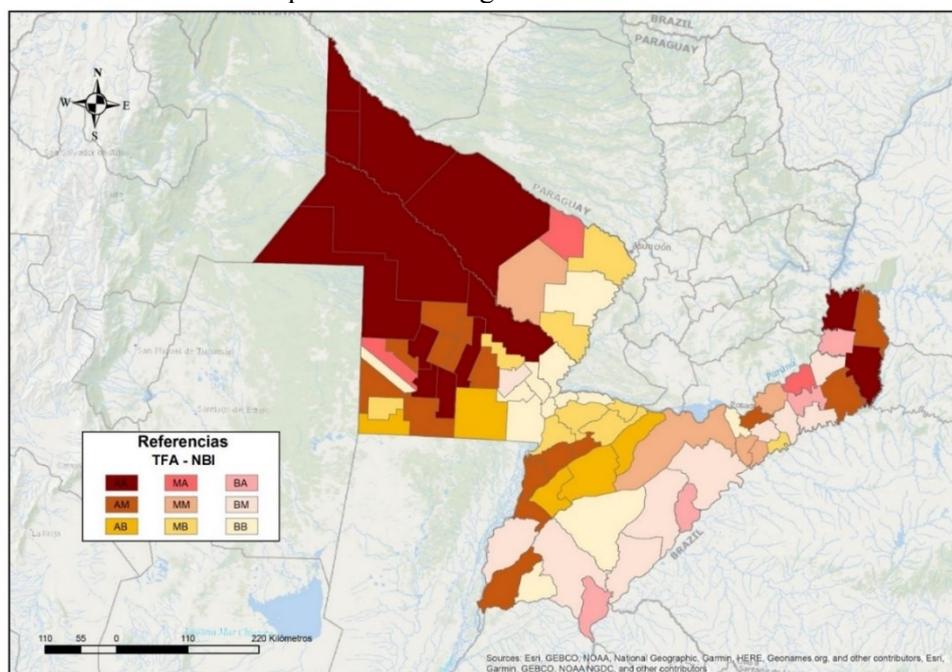
La fecundidad adolescente temprana presenta una brecha absoluta entre los quintiles más rico y más pobre de casi 3,9 puntos porcentuales y una razón relativa de 4 puntos. Mientras que la fecundidad adolescente tardía registra una brecha absoluta de 38,1 puntos porcentuales y una razón relativa mucho menos de 2,1.

De hecho, el análisis sugiere que existe un exceso de 43 embarazos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años y de 3 embarazos por cada 1000 adolescente de 10 a 14 años atribuible a la desigualdad en el NBI entre las unidades departamentales de la región⁵

La mayor incidencia de la fecundidad adolescente en departamentos con condiciones de vida más deterioradas a la que se ha hecho referencia anteriormente, permite corroborar que es en el “territorio”, entendido como el ámbito en el que se concretan y articulan desigualdades que condicionan negativamente la calidad de vida de poblaciones histórica y socialmente discriminadas y excluidas, donde se debe actuar para reducir las brechas de desigualdad en el embarazo adolescente.

De la misma forma, los mapas de coropleta bivariado⁶ presentados en las figuras 10 y 11 revela también las profundas desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente. Así, los territorios de la subregión con mayor NBI concentran las mayores tasas de los embarazos de mujeres adolescentes.

Figura 10.
Desigualdades en fecundidad adolescente temprana según el gradiente social entre departamentos. Región NEA 2020.



Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL), Proyecciones de población y Censo Nacional de Población 2022 (INDEC). Elaboración propia.

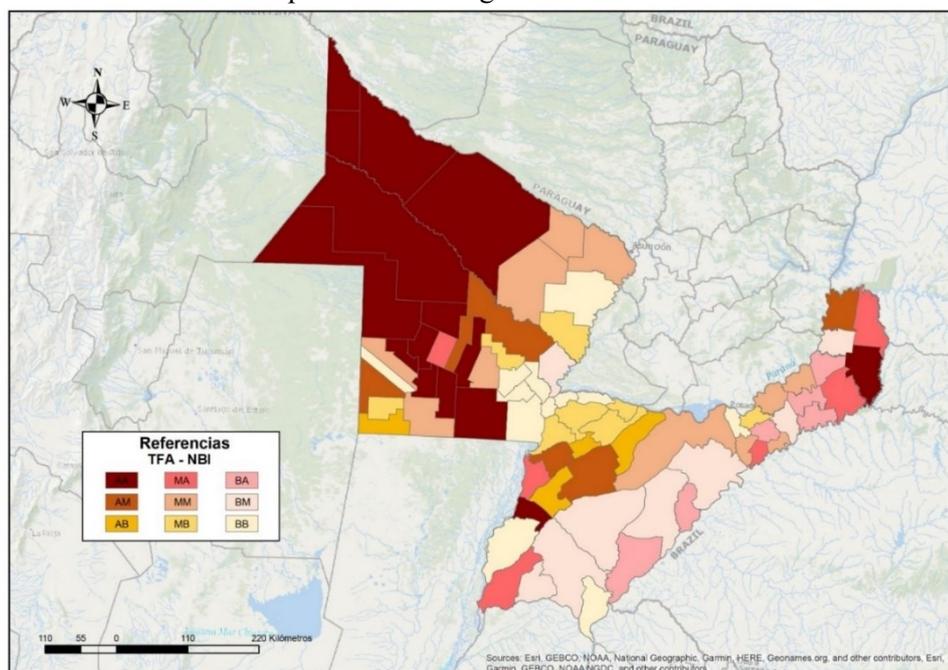
La variación espacial de fecundidad adolescente tanto temprana como tardía y el gradiente social definido por la Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas entre departamentos permite distinguir importantes diferencias interprovinciales, un aumento de la precariedad desde el Sur y el Este de las provincias de Chaco y Formosa, hacia el noroeste de la región. En Corrientes, los

⁵ Denominada desigualdad absoluta, medida por el Índice de desigualdad de la pendiente (IDP). El IDP representa la diferencia absoluta en los valores predichos de un indicador de salud entre aquellos con el nivel de posición social (definida por un indicador socioeconómico) más alto y aquellos con el nivel más bajo, tomando en cuenta la distribución íntegra de la posición social usando un modelo de regresión apropiado

⁶ Para la construcción de los mapas de coropleta bivariados se definieron tres clases delimitadas por cuartiles para cada una de dos variables lo que implicó primero clasificar los valores de cada variable en clases Baja, Media y Alta según sus cuartiles. Luego, se diseñó una matriz de colores 3x3, combinando gamas de color distintas para cada variable, donde cada celda representa una combinación única de estas clases. A cada unidad geográfica del mapa se le asignó el color correspondiente de la matriz según la clasificación de sus valores en ambas variables.

mayores valores se localizan en los departamentos correspondientes a la cuenca iberana y de los esteros y lomadas del triángulo noroeste de la provincia. En la provincia de Misiones, se puede observar una clara diferencia entre los departamentos de la ribera del Paraná con mejores condiciones y los de la ribera del Uruguay con las situaciones más críticas.

Figura 11.
Desigualdades en fecundidad adolescente tardía según el gradiente social entre departamentos. Región NEA 2020.



Fuente: Estadísticas Vitales 2000-2020 (DEIS - MSAL), Proyecciones de población y Censo Nacional de Población 2022 (INDEC). Elaboración propia.

4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El embarazo en la niñez y la adolescencia constituye una problemática de salud pública relevante en la región. Si bien se registra una tendencia descendente en los últimos años, sus consecuencias negativas para el bienestar físico, mental y social de estas poblaciones son significativas. Se reconoce que estos embarazos presentan un elevado riesgo obstétrico, comprometiendo la salud y la vida de la madre y el neonato, además de limitar las trayectorias vitales de las adolescentes.

Diversos análisis e investigaciones identifican una etiología multifactorial, vinculada a determinantes culturales, educativos, socioeconómicos, institucionales y legales, que requieren abordajes integrales. Adicionalmente, la correlación positiva entre la mayor incidencia del embarazo y la fecundidad adolescente con patrones de exclusión social subraya la necesidad de una intervención resolutoria sobre los determinantes sociales que propician la ocurrencia del embarazo y la fecundidad precoz en grupos poblacionales específicos (OPS, UNFPA, SE-COMISCA: 2023).

A pesar de que se han fortalecido los programas y estrategias de prevención del embarazo adolescente⁷ aún persisten barreras que limitan su implementación o reducen su impacto.

⁷ Es importante destacar la creación en 2017 del Plan para la Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA). El Plan implementa el modelo de intervención de manera completa en las provincias que presentan índices de embarazo en la adolescencia más altos que el promedio nacional: Catamarca, Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, Santiago del Estero, Tucumán

Una recomendación primordial del UNFPA para disminuir los embarazos adolescentes radica en el empoderamiento de las niñas y adolescentes mediante la provisión de oportunidades concretas que permitan trascender la maternidad como su único horizonte vital.

Las intervenciones eficaces para la prevención del embarazo en la adolescencia deben fundamentarse en un enfoque integral y multisectorial, garantizando la accesibilidad universal a la población adolescente. Esto implica la implementación de educación integral en sexualidad (EIS), basada en evidencia científica y adaptada a las diferentes etapas del desarrollo cognitivo y emocional. La EIS debe abordar de manera explícita y objetiva la anatomía y fisiología sexual, la reproducción, los métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual, el consentimiento, las relaciones saludables y la perspectiva de género, promoviendo la toma de decisiones informadas y responsables.

Paralelamente, resulta crucial el suministro de información precisa y de calidad sobre salud sexual y reproductiva a través de diversos canales de comunicación, incluyendo plataformas digitales, materiales educativos accesibles y la interacción con profesionales de la salud capacitados. La información debe ser culturalmente sensible, desmitificar conceptos erróneos y empoderar a los adolescentes para buscar servicios de salud y realizar consultas oportunas.

El acceso facilitado y confidencial a métodos anticonceptivos modernos y de larga duración constituye un componente esencial de las estrategias preventivas. Esto requiere la eliminación de barreras económicas, geográficas y actitudinales, asegurando la disponibilidad de una amplia gama de métodos, incluyendo anticonceptivos reversibles de larga duración, así como anticonceptivos hormonales y de barrera. La consejería individualizada y la provisión de métodos deben realizarse respetando la autonomía y la confidencialidad de los adolescentes.

Adicionalmente, se requieren intervenciones de apoyo social y comunitario que aborden los determinantes sociales del embarazo adolescente. Esto incluye programas que aseguren la reinserción y permanencia escolar de adolescentes embarazadas o madres, la provisión de apoyo psicosocial y económico a las familias vulnerables, y la creación de oportunidades educativas y laborales que amplíen los horizontes vitales de las adolescentes, ofreciendo alternativas a la maternidad temprana.

Finalmente, la participación activa de los adolescentes en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones es fundamental para asegurar su pertinencia y efectividad. La creación de espacios seguros y de confianza donde los adolescentes puedan expresar sus necesidades, inquietudes y perspectivas contribuye a la construcción de programas más sensibles y adaptados a sus realidades. La colaboración intersectorial entre los sistemas de salud, educación, desarrollo social y justicia, así como la participación de la sociedad civil y las organizaciones comunitarias, potencia la integralidad y la sostenibilidad de las intervenciones preventivas.

Aspiramos que el presente trabajo aporte información para toma de decisiones de salud reproductiva más estratégicas y eficientes a fin de reducir el embarazo adolescente y —simultáneamente— reducir sus desigualdades sociales entre las poblaciones y territorios de la región, privilegiando una acción transformadora a partir de la respuesta intersectorial que se integre y articule al marco de la determinación social de la salud.

Queda un importante camino por transitar para hacer más consistentes los planes y estrategias específicas de prevención del embarazo adolescente con la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social. En este sentido, es esencial reconocer la determinación social de las desigualdades en salud para defender la primacía de la equidad como valor social y como principio rector de la acción política en salud.

5. BIBLIOGRAFÍA

BINSTOCK, Georgina. y GOGNA, Monica (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. En: Cavenaghi, S. y Cabella, W. (editoras). *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Serie e-Investigaciones N° 3, pp. 167-185. Río de Janeiro: FNUAP – ALAP.

y Buenos Aires. En Formosa solo funciona el dispositivo de salud sexual y reproductiva con distribución de insumos de anticoncepción y capacitaciones a servicios de salud.

- BINSTOCK, Georgina. y GOGNA, Mónica (2017) *Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años. Informe final*. Buenos Aires: CENEP.
- FERES J. C. y MANCERO X. (2001) *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Serie Estudios estadísticos y prospectivos N° 7. CEPAL. Santiago, Chile.
- MINISTERIO DE SALUD Y UNICEF (2017) *El registro de nacimientos en Argentina. Un estudio sobre la cobertura legal y estadística*
<https://www.unicef.org/argentina/informes/registrode-nacimientos-en-argentina>
- MÚJICA Oscar y MORENO Claudia (2019) “De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás””. *Rev Panam Salud Publica* 43
<https://doi.org/10.26633/RPSP>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2016) *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*. Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2019) *Indicadores Básicos 2019. Tendencias de la Salud en las Américas*. Washington, DC.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2019). Guía ilustrada paso-a-paso para el cálculo de métricas estándar de desigualdad social en salud con uso del Explorador de Equidad. Washington DC: OPS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA) (2023) *Estudio Regional de Equidad y Fecundidad Adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana*. Washington, D.C. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327098>.
- PANTELIDÉS, Edhit y BINSTOCK Georgina (2007) La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología* Año 5 N° 9
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge (2014) *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010*. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- RODRÍGUEZ VIGNOLI, Jorge (2017) *Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos*. Serie: Población y Desarrollo 119. Santiago, Chile.
- SAN JUAN BERNUY, V., & RODRIGUEZ VIGNOLI, J. (2023). “El descenso de la fecundidad y la maternidad adolescente en América Latina y su desigualdad socioterritorial: el caso de cinco grandes ciudades”. *Revista Latinoamericana De Población*, 17,
- SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (2019) *Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos*. - 1a ed adaptada. - Ciudad Autónoma de Buenos.
- UNICEF (2019) “Estadísticas de los Hechos Vitales de la Población Adolescente en la Argentina” *El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción*. Documento técnico N° 5