

La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI

Edith Alejandra Pantelides y Georgina Binstock

CONICET-CENEP

eap@cenep.org.ar

Edith Alejandra Pantelides. Licenciada en Sociología de la UBA y Ph. D. en Sociología con orientación en demografía de la Universidad de Texas en Austin.

Ha completado los postgrados en demografía del Centro Latinoamericano de Demografía y de la Universidad de Princeton. Es investigadora principal del CONICET e investigadora titular del CENEP, del que también fue directora. Fue presidenta de la Asociación de Estudios de Población de la Argentina. Se ha desempeñado como consultora de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud y como docente de grado y de postgrado en universidades del país y del exterior. Es autora de numerosos libros y trabajos científicos tanto en el país como en el exterior. Sus áreas de especialización son fecundidad, salud reproductiva, envejecimiento y tercera edad.

gbinstock@cenep.org.ar

Georgina Binstock. Licenciada en Sociología de la UBA (1989). Masters of Arts (1996) y Ph. D. (2001) en Sociología con orientación en estudios de población de la Universidad de Michigan en Ann Arbor.

Es investigadora adjunta del CONICET con sede en el CENEP, institución de la que es investigadora asociada y directora desde julio de 2005. Fue investigadora postdoctoral del Population Council (2001-2003) con sede en el CENEP. Ha recibido numerosas becas y subsidios de investigación. Fue consultora de la Organización Mundial de la Salud, del Banco Mundial, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires/BID. Actualmente desarrolla actividades docentes en la Maestría en Demografía de la Universidad de Luján. Sus áreas de investigación son: familia, juventud, educación y salud reproductiva.

Abstract

En este artículo se analiza la fecundidad adolescente reciente en la República Argentina con la intención de individualizar a aquellos segmentos de la población de mujeres adolescentes que tienen mayor probabilidad de tener hijos antes de cumplir los 20 años. Para ello se analiza la propensión a ser madre en la adolescencia según distintas variables, tales como el lugar de residencia y de nacimiento, el nivel de educación, la edad y el estado conyugal. Se presta especial atención a la repetición de la maternidad durante la adolescencia y a las madres menores de 15 años. Se discute el efecto de la maternidad en la adolescencia sobre la salud de los hijos. Los datos provienen del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 y de las estadísticas vitales cercanas a esa fecha.

Palabras clave: Fecundidad; Adolescencia; Argentina.

This article presents an analysis of recent adolescent fertility in Argentina, aiming at the individualization of those segments of the adolescent female population that have a larger probability of having children before age 20. For that purpose, the propensity to become a mother during adolescence is analyzed by place of residence, place of birth, educational level, age, and marital status. Special attention is given to repeated childbirth during adolescence and to mothers below age 15. The effect of adolescence childbirth on the health of the offspring is discussed. The data used are from the National Census of Population and Housing 2001, and from vital statistics close to that date.

Keywords: Fertility; Adolescence; Argentina.

1. Introducción

¿Por qué debería preocuparnos la fecundidad adolescente? Varias son las razones que generalmente se aducen para justificar esa preocupación; las más citadas son el abandono escolar que sería causado por el embarazo y la maternidad, la transmisión intergeneracional de la pobreza, los efectos de la maternidad temprana sobre la salud de la madre y del hijo. Pese a que a primera vista las razones parecen plausibles, abundan los trabajos que discuten la validez de las razones aducidas y que resumen la polémica en torno al tema (Geronimus y Korenman, 1992; Pantelides, 2004; Stern, 1997). Desde nuestro punto de vista, la preocupación se justifica, en primer lugar, porque en la Argentina hay evidencia de que la mayoría de hijos de adolescentes son hijos no planeados (Zamberlin, 2005: 286; Gogna, 2005: 322) y que, por tanto, deberían encararse acciones preventivas de la ocurrencia de los embarazos que les dieron lugar. En segundo lugar, porque el tener hijos en la adolescencia puede, bajo ciertas circunstancias que discutiremos más adelante, tener consecuencias de salud para la madre y el hijo. Este enfoque fue elegido, entonces, porque además de su interés científico también provee elementos para posibles políticas públicas. La presencia de ambos intereses denota el origen de la investigación de la cual provienen la mayor parte de los resultados, en la que las investigadoras respondieron a una demanda del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, a través de su organismo de promoción de la investigación¹.

Se define como fecundidad adolescente a la de las mujeres en edades por debajo de los 20 años. El límite superior es, entonces, la edad de 19 años, pero el límite inferior es menos claro. Las comparaciones internacionales casi siempre se limitan al grupo de 15 a 19 años, pero eso deja afuera a una parte del fenómeno, que si bien no suele ser cuantitativamente importante en la Argentina, lo es por motivos de orden social y de salud, incluida la salud mental.

Este artículo analiza la fecundidad adolescente reciente en la República Argentina, con la intención de individualizar aquellos segmentos de la población de mujeres adolescentes que tienen una mayor propensión a tener hijos antes de cumplir los 20 años. Para ello se utilizan datos provenientes del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 y de las estadísticas vitales cercanas a esa fecha. Ambas fuentes distan de ser perfectas, pero no sufren de defectos o de errores que puedan modificar el panorama general que aquí se presenta.

2. El contexto: la fecundidad adolescente en la Argentina

Con el propósito de poner en contexto el análisis que nos proponemos, ofrecemos unos pocos datos sobre la fecundidad adolescente en la Argentina. En los primeros años del siglo que estamos viviendo, la tasa de fecundidad de las mujeres de entre 15 a 19 años en la Argentina -con un valor de alrededor de 60 por mil- se sitúa por encima del promedio mundial, estimado en 49,7 por mil para el período 2000-2005, pero por debajo de la media para América Latina y el Caribe que es de 72,4 por mil (Naciones Unidas, 2003). A partir del momento en que comenzaron a publicarse en la Argentina las estadísticas de fecundidad por edad, en 1954, la fecundidad adolescente tomó

un curso ascendente, que tuvo su punto máximo alrededor de 1980. Parte de este ascenso puede deberse al mejoramiento de la captación², 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. Esto es cierto, ya se trate del grupo de 10 a 14 años (fecundidad adolescente precoz) como del de 15 a 19 años (fecundidad adolescente tardía), 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 (Cuadro 1). Esta tendencia se repite en las provincias y en la Ciudad de Buenos Aires, con algunas variaciones respecto del momento en que se produce el nivel máximo.

cuadro 1. Argentina. Tasas de fecundidad adolescente precoz (10-14 años) y tardía (15-19 años). Años censales entre 1960 y 2001 y estimaciones 2002- 2004.

Año	Tasa de fecundidad (por mil mujeres de las edades indicadas)	
	10 -14 años	15-19 años
1960	1,0	58,4
1970	1,9	65,5
1980	2,3	78,3
1991	1,9	69,9
2001	1,8	62,2
2002	1,9	60,5
2003	1,7	56,4
2004	1,6	62,8

Fuente: Pantelides, E. A. (1989), elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (varias fechas); INDEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2001; CEPAL/CELADE, 2005.

Los datos del año 2004 parecen indicar una reversión de la tendencia en el grupo de 15 a 19 años, pero será necesario esperar a tener información de años posteriores para confirmarlo³. También será necesario esperar a un nuevo recuento censal para conocer el tamaño real de las cohortes. Si el censo de 2001 tuvo, como se sospecha, una omisión importante, la tasa de ese año podría ser aún menor. Lo mismo sucedería con las tasas de años posteriores si las proyecciones no se corrigieron por subenumeración de la población base.

3. Diferenciales de ingreso a la maternidad en la adolescencia

La probabilidad de convertirse en madre no es igual para todas las adolescentes. Como lo muestran todas las investigaciones realizadas en diferentes países⁴ y más adelante lo confirmamos para la Argentina, la maternidad en la adolescencia es mucho más frecuente entre las jóvenes con menor nivel de instrucción. Si bien las estadísticas argentinas no permiten una caracterización de la fecundidad adolescente por estratos socioeconómicos, otros indicios muestran que las adolescentes madres se reclutan desproporcionadamente entre las más pobres. Por ejemplo, el 25 por ciento de

la población⁵, pero el 49 por ciento de las adolescentes madres, habitan en viviendas precarias⁶; el 53 por ciento de las adolescentes tiene cobertura de salud⁷, pero sólo el 27 por ciento de las adolescentes madres la tiene. Si se intentara actuar en la prevención de los embarazos adolescentes no planeados, otras características de las madres ayudan a especificar los segmentos a los que dicha acción debería ir dirigida. Veamos aquellos a los que los datos disponibles permiten identificar.

3.1. Según lugar de residencia

En la actualidad, la fecundidad adolescente asume niveles muy variables en las distintas jurisdicciones. Así, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires, la jurisdicción más próspera, sólo 0,6 de cada mil mujeres de 10 a 14 años fue madre en el año 2001, en el Chaco, una de las más pobres, lo fueron 5,2 de cada mil. Una distancia menor en términos relativos, pero igualmente amplia, separa a la Ciudad de Buenos Aires, con una tasa de fecundidad adolescente tardía de 23,9 por mil, de la provincia de Misiones, entre las más pobres del país, con una tasa de 100,4 por mil. Puede observarse que la fecundidad adolescente, tanto precoz como tardía, sigue la geografía del nivel de desarrollo: a mayor nivel de desarrollo, menor fecundidad. Si bien no es apropiado atribuir a la residencia en una u otra jurisdicción, por sí misma, una influencia sobre el nivel de fecundidad, se trata de un indicio indirecto de la importancia del nivel socioeconómico sobre ella.

En cuanto a la prevención del embarazo adolescente no planeado pueden considerarse dos tipos de prioridades. Para achicar la brecha entre los niveles de las provincias, la acción obviamente se debe ejercer en las provincias con tasas más altas. Sin embargo, la mayoría de esas provincias, dado su volumen poblacional, aportan poco al número absoluto de nacimientos. Para disminuir ese número, la acción preventiva debe tener en cuenta el tamaño de las cohortes de adolescentes. Así, la provincia de Buenos Aires, que tiene tasas bajas pero aporta más del 50 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes del país, debería ser objeto de las políticas de prevención⁸. Sin embargo, el nivel socioeconómico no lo es todo. La agrupación de las jurisdicciones según el nivel de fecundidad adolescente que puede observarse en el [Cuadro 2](#) muestra, por ejemplo, que las provincias del noreste (Chaco, Formosa y Misiones) tienen siempre tasas altas, mientras que provincias igualmente pobres, como Salta y Tucumán (en el noroeste), tienen tasas notablemente más bajas. Y que provincias con un nivel socioeconómico superior a todas las nombradas, como Chubut, Neuquén y Río Negro (en la Patagonia), tienen niveles de fecundidad adolescente precoz cercanos a los más altos registrados en el país. Queremos sugerir aquí que un componente cultural está también presente, aunque no tenemos manera de detectarlo con el tipo de información que está disponible.

cuadro 2. Argentina. Jurisdicciones agrupadas según sus tasas de fecundidad adolescente precoz (10-14 años) y tardía (15-19 años). Año 2001.

Tasa de fecundidad de 10-14 años (por 1000)			
Menos de 1,0	1,0 a 1,9	2,0 a 2,9	3,0 y más
Ciudad de Buenos Aires	Córdoba	Chubut	Catamarca
Prov. de Buenos Aires	Mendoza	Entre Ríos	Corrientes
	Salta	Jujuy	Chaco
	San Juan	La Pampa	Formosa
	San Luis	La Rioja	Misiones
	Santa Cruz	Neuquén	
	Tierra del Fuego	Río Negro	
	Tucumán	Santa Fe	
		Santiago del Estero	
Tasa de fecundidad de 15-19 años (por 1000)			
de 23,9 a 59,9	de 60,0 a 79,9	de 80,0 a 99,9	100,0 y más
Ciudad de Buenos Aires	Corrientes	Catamarca	Chaco
Prov. de Buenos Aires	Entre Ríos	Formosa	Misiones
Córdoba	La Pampa	San Luis	
	La Rioja		
	Mendoza		
	Neuquén		
	Río Negro		
	Salta		
	San Juan		
	Santa Cruz		
	Santa Fe		
	Santiago del Estero		
	Tierra del Fuego		
	Tucumán		

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (varias fechas); INDEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2001.

3.2. Según país de nacimiento

Las adolescentes extranjeras residentes en la Argentina provienen mayoritariamente de los países limítrofes y Perú, y representan el 1,6 por ciento de todas las mujeres de 14 a 19 años⁹. El porcentaje de madres es superior entre las adolescentes extranjeras que entre las nativas, independientemente de la edad, siendo la distancia relativa mayor entre las de 14 años que entre las de mayor edad (Cuadro 3); evidentemente, el esfuerzo por prevenir embarazos no planeados en la adolescencia temprana deberá tener cuidado de no dejar de lado a las jóvenes extranjeras.

cuadro 3. Argentina. Porcentaje de madres por edad y lugar de nacimiento. Año 2001.

Edad	Lugar de nacimiento	
	Argentina	Otro país
14	2,7	3,7
15-17	7,0	7,6
18-19	20,4	22,6
Total	10,6	13,6

Fuente: Elaboración propia sobre datos del INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Tablas inéditas.

Nuevamente, la composición por estrato socioeconómico, además de las diferencias culturales, son las posibles explicaciones de los resultados encontrados: entre las extranjeras es mayor el predominio de las jóvenes de estratos bajos. Si bien no poseemos datos que confirmen esta afirmación en el caso particular de las adolescentes, la información disponible muestra que un alto porcentaje de la población extranjera -particularmente la proveniente de otros países de América del Sur- se encuentra en los niveles socioeconómicos inferiores.

3.3. Según nivel de instrucción

La incidencia del analfabetismo entre las adolescentes es muy baja (0,7 por ciento), pero queremos destacar la gran diferencia en el porcentaje de adolescentes madres entre alfabetas (10,6 por ciento) y analfabetas (24,7 por ciento)¹⁰.

La condición de maternidad en la adolescencia está inversamente relacionada con el nivel de instrucción, independientemente de la edad, aunque la relación no es perfecta. La proporción de madres entre las adolescentes con bajo nivel educativo (primario completo y menos) al menos triplica a la que se encuentra entre las que tienen educación secundaria incompleta y más, y ello pese a que estas últimas tienen en promedio mayor edad y, por tanto, mayor tiempo de exposición al riesgo de ser madres. Véase que el gran salto en los porcentajes se da con la entrada al secundario; entre las adolescentes del último grupo de edad se puede observar que existe un efecto adicional por completar el secundario o continuar más allá (Cuadro 4).

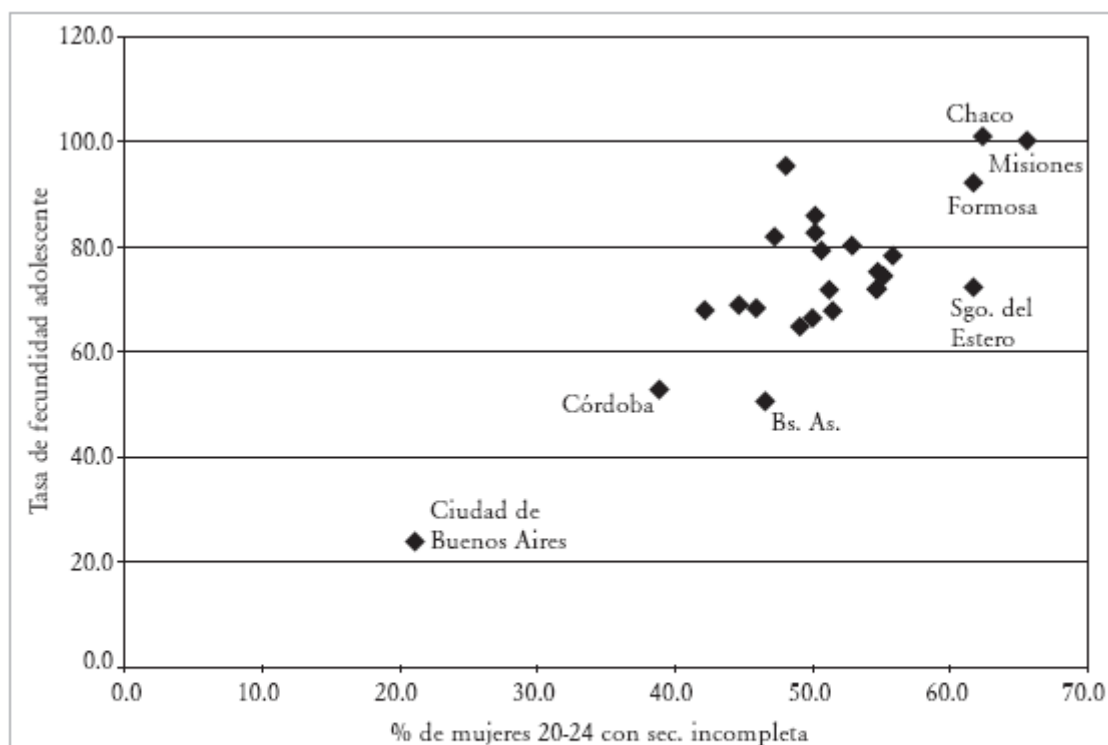
cuadro 4. Argentina. Porcentaje de madres entre la población femenina de 14 a 19 años por grupo de edad y máximo nivel de instrucción alcanzado. Año 2001.

Máximo nivel de instrucción alcanzado	Edad			Total
	14 años	15-17 años	18-19 años	
Sin instrucción	7,8	20,3	39,7	26,3
Primario incompleto	4,6	18,9	47,6	20,1
Primario completo	7,5	23,9	46,3	35,0
Secundario incompleto y más*	2,1	4,7	19,8	7,4
Secundario completo y más			7,1	7,2

*Nota: En el total y en el grupo 18-19 años incluye solamente secundario incompleto.

Fuente: Elaboración propia sobre datos del INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Tablas inéditas.

Si centramos la atención en las jóvenes de 18 y 19 años, edades en las cuales se espera que hayan concluido sus estudios secundarios, observamos que no hay diferencias en el porcentaje de madres según hayan o no completado el nivel primario (alrededor del 47 por ciento son madres), pero éste disminuye significativamente entre aquellas que han accedido al nivel secundario (el 20 por ciento) y más aún entre las que completaron dicho nivel (el 7 por ciento). Es una muestra más del papel crucial de la escolaridad secundaria -tanto completa como incompleta- en la intensidad de la maternidad durante la adolescencia. Otra forma de observar el efecto de la educación es calcular un coeficiente de correlación entre la tasa de fecundidad adolescente y el nivel educativo de las mujeres de 20 a 24 años. Se elige este grupo de edad, recién salido de la adolescencia, porque se supone que el nivel de educación adquirido no cambiará sustancialmente.



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud e INDEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2001.

gráfico 1. Argentina. Tasa de fecundidad adolescente y porcentaje de mujeres de 20 a 24 años con educación secundaria incompleta o menos, por provincia. Año 2001.

Como se observa en el Gráfico 1, la relación toma una forma casi rectilínea, lo que se refleja en un alto coeficiente de regresión (0,80).

3.4. Según edad

La fecundidad adolescente está en relación directa con la edad, como se advierte en el Cuadro 1 e indirectamente en los demás cuadros hasta aquí presentados. Pero ¿qué otro significado tiene la edad a la que se ha sido madre?

La mayor parte de la literatura sobre la maternidad en la adolescencia ha sostenido que la adolescencia en su conjunto es un período en el que tener hijos pone a la madre en riesgo de enfermedad y aun de muerte. Esta afirmación aparentemente se funda en la observación de la mortalidad materna por edad. Sin embargo, investigaciones posteriores han puesto en duda la relación entre edad a la maternidad y riesgo de morir. En estudios hechos en varios países de América Latina y el Caribe no se encontró una conducta uniforme: las adolescentes tenían una mortalidad materna menor, igual o algo superior a la de las mujeres de entre 20 a 34 años. Pero esa mortalidad sí era siempre inferior a la de las mujeres mayores de esa edad (estudios citados por Hakkert, 2001). En el caso de la Argentina, la mortalidad materna de las adolescentes es claramente superior a la de las mujeres de entre 20 a 24 años, pero inferior a la de las mujeres de todas las demás edades (Cuadro 5). Como ya dijimos, las madres adolescentes se reclutan desproporcionadamente entre

las más pobres y las menos educadas. Si los datos lo permitieran, un cálculo de la mortalidad materna controlando por el efecto de la pertenencia a un determinado estrato social, posiblemente mostraría que las adolescentes -al menos las de 16 y más años- tienen una mortalidad igual o menor a la de las adultas, tal como lo encontrado para otras geografías (estudios citados por Hakkert, 2001).

cuadro 5. Argentina. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos). Año 2003.

Edad	RMM
Menos de 15	35,8
15-19	36,3
20-24	26,8
25-29	38,0
30-34	48,2
35-39	77,4
40-44	109,9
45 y más	274,7
RMM total	43,6

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.

Pero si bien el tener hijos en la adolescencia no aumenta notablemente el riesgo de enfermedad y muerte, puede indicar que la mujer estuvo expuesta a otro tipo de riesgo: el de la maternidad no planeada. En trabajos anteriores (Geldstein y Pantelides, 2003; Pantelides y Geldstein, 1999; Manzelli y Pantelides, 2006) se ha mostrado que según sea la edad a la que las (y los) jóvenes se inician sexualmente varía el grado en que lo hacen por propia voluntad o forzados en distintos grados: a menor edad, mayor es la proporción de iniciaciones sexuales no queridas y hasta físicamente forzadas. A partir de esa comprobación podría pensarse que se da una relación similar entre la maternidad y la edad a la que ésta ocurre: a menor edad mayor sería el porcentaje de casos en que ésta no es planeada.

Una preocupación especial merecen las adolescentes que son madres antes de los 15 años, ya que existe mayor probabilidad de complicaciones físicas debidas al tamaño pelviano y porque los datos que se conocen relativos a la edad de sus parejas¹¹ (Giusti y Pantelides, 1991) y las investigaciones sobre coerción sexual mencionadas (Geldstein y Pantelides, 2003; Pantelides y Geldstein, 1999) muestran que es alta la probabilidad de que los embarazos provengan de relaciones sexuales no consentidas, pero también por el posible efecto sobre la salud de los hijos.

Una gran parte de la literatura, en particular la que proviene de Estados Unidos, ha debatido las consecuencias de la maternidad adolescente sobre los hijos, especialmente en relación con su salud, su desarrollo intelectual y sus oportunidades en la vida. Desde el comienzo, las investigaciones mostraban que respecto a este tipo de problemas los hijos de adolescentes rara vez se diferenciaban de los de madres de mayor edad, si se controlaba la acción de otros factores intervinientes¹².

En la Argentina no ha habido investigación sobre el tema de las consecuencias

a largo plazo de la maternidad en la adolescencia sobre los hijos. Hay, sin embargo, dos indicadores referidos al recién nacido que resultan buenos predictores de su salud posterior: el peso al nacer y el tiempo de gestación. Es sabido que un bajo peso al nacer (por debajo de los 2500 gramos) y un nacimiento antes de término (que están relacionados entre sí) son una forma de entrar al mundo en inferioridad de condiciones, en cuanto a la salud y aun la posibilidad de vida futuras.

Dentro de porcentajes modestos, los nacimientos por debajo del peso adecuado (2500 gramos) en sus dos componentes, disminuyen a medida que aumenta la edad de las mujeres, pero también disminuyen los nacimientos con peso "ideal" de 2500 a 3499 gramos. El descenso relativo más importante en los nacimientos de bajo peso se da al pasar del grupo de madres de hasta 14 años al grupo de edad siguiente. Pero, además, el descenso relativo más importante entre esos dos grupos de edad se da en la incidencia de nacimientos de muy bajo peso, es decir, por debajo de los 1500 gramos (Cuadro 6). Ello muestra, una vez más, la importancia de la edad -dentro de la adolescencia- a la que se tienen los hijos.

cuadro 6. Argentina. Distribución de los nacimientos según intervalos de peso al nacer, por edad de la madre. Año 2001.

Edad de la madre	Intervalos de peso al nacer (en gramos)					Total
	Menos de 1500	De 1500 a 2499	Menos de 2500	De 2500 a 3499	3500 y más	
Hasta 14 años	2,4	10,4	12,8	67,6	19,6	100,0
15-17 años	1,6	8,5	10,0	65,8	24,2	100,0
18-19 años	1,3	7,2	8,5	64,2	27,3	100,0
20 y más años	1,1	6,0	7,0	58,1	34,9	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Ambiente, Dirección de Estadística e Información de Salud.

Una tendencia similar se observa en el tiempo de gestación: los partos pre-término van disminuyendo a medida que aumenta la edad de la madre y el descenso relativo más importante se da entre los dos primeros grupos de edad (Cuadro 7).

cuadro 7. Argentina. Porcentaje de nacimientos pre-término según edad de la madre. Año 2001.

Edad de la madre	% de nacimientos pre-término
Hasta 14 años	12,2
15-17 años	9,7
18-19 años	8,2
20 y más años	7,2

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Ambiente, Dirección de Estadística e Información de Salud.

En resumen, estos dos indicadores, predictores de la salud futura de los hijos, se ñalarían la existencia de un problema a considerar en relación con los hijos de madres adolescentes, pero sobre todo con aquellas por debajo de la edad de 15 años. Portnoy (2005) hace una revisión de la literatura sobre las causas de la mayor incidencia del bajo peso al nacer y de los nacimientos pre-término entre las madres adolescentes y muestra que no se ha llegado a un consenso. Según algunos estudios, el bajo peso al nacer deriva de las condiciones en que muchas de esas madres llegan al parto, con deficiencias nutricionales, mala salud y control prenatal deficiente debidos a su condición de pobreza y no a su edad. Sin embargo, en el caso de la Argentina hay estudios que muestran que las adolescentes que tienen sus hijos en hospitales públicos, en su mayoría llegan al parto con un adecuado número de controles (Gogna, Fernández y Zamberlin, 2005) y que se controlan de manera similar a las adultas, en cuanto a la oportunidad y al número de controles (Carroli, 2005). Sin embargo, es posible que, dada la diferente composición relativa por estrato socioeconómico de las madres adolescentes y de las adultas, la calidad de los controles prenatales y del parto que reciben unas y otras no sea la misma.

Por distintos motivos, entonces, el segmento de las adolescentes menores de 15 años requiere especial atención. Ya hemos visto en el punto anterior que las tasas de fecundidad precoz son bajas, pero es útil tener una visión de las jóvenes que éstas representan. En el año 2001, por ejemplo, el 3 por ciento de todas las adolescentes que dieron a luz tenían menos de 15 años; se trataba de 3022 adolescentes¹³. Este número ha venido creciendo lentamente debido sólo al aumento en el tamaño de las cohortes, ya que, como vimos, la tasa tiende a descender. A partir del 2003 el número absoluto de estas madres comienza a descender y en el 2004 eran 2629 las menores de 15 años que habían tenido hijos ese año¹⁴. Los valores extremos se daban en la Ciudad de Buenos Aires con un 2,2 por ciento de todos los nacimientos de menores de 20 años que provenían de madres menores de 15 y en la provincia de Formosa con el 4,6 por ciento.

3.5. Según estado conyugal

En el imaginario colectivo, incluidos muchos profesionales de la salud y la educación, las madres adolescentes son madres solteras. Desde nuestro enfoque, esto se traduciría en que la probabilidad de ser madre adolescente es mayor entre las solteras. En verdad, ello no es así. Ya sea porque una cantidad de adolescentes embarazadas se unen o casan legalmente a raíz del embarazo¹⁵ o porque las adolescentes que se unen o casan tienen como proyecto la maternidad inmediata, lo cierto es que más de la mitad de las adolescentes madres son casadas o unidas y, por tanto, la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes provienen de mujeres que viven en pareja al momento de registrar el nacimiento. Este dato, sin embargo, debe ser calificado, pues varía notablemente según la edad de la adolescente madre, y lo hace en un sentido que vuelve a llamar la atención sobre la situación de la maternidad adolescente precoz. En efecto, mientras el 71,4 por ciento de los nacimientos de mujeres de 18 y 19 años en 2001 provenía de las casadas o unidas, el porcentaje baja al 62,3 por ciento entre las de 15 a 17 años y al 46,3 por ciento entre las de menos de 15 años (Binstock y Pantelides, 2005, Cuadro 3.3).

Otra forma de mirar esa realidad es la que se presenta en el Cuadro 8. Allí puede verse el porcentaje de madres de cada estado conyugal y edad (el 100% se completa con el porcentaje de no madres de cada estado conyugal y edad). Es evidente que la maternidad es un evento muy poco frecuente entre las adolescentes solteras, cualquiera sea la edad, mientras que es la situación de alrededor del 60 por ciento de las adolescentes casadas o unidas de hasta 17 años y de más del 70 por ciento de las de 18 y 19 años. Volvemos, así, a las dos hipótesis anteriormente enunciadas, sin poder resolverlas: ¿se casan (o unen) cuando se dan cuenta de que están embarazadas o se casan porque desean formar una familia y, por tanto, tienden a tener hijos a poco de casarse, siendo aún adolescentes?

cuadro 8. Argentina. Porcentaje de mujeres de 14 a 19 años que tienen al menos un hijo, por estado conyugal y grupo de edad. Año 2001.

Estado conyugal	14 años	15-17 años	18-19 años
Soltera	1,9	3,9	9,6
Unida	35,8	56,4	72,2
Casada	66,7	62,1	77,0
Otros	15,4	21,0	53,6

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Tablas inéditas.

La situación conyugal de las adolescentes madres varía linealmente de acuerdo con su edad: a mayor edad, menor el porcentaje de solteras y mayor el de casadas y unidas (Cuadro 9). Se advierte, nuevamente, la mayor desprotección en la que se hallan las más jóvenes, no sólo la que podría implicar el carecer de una pareja sino lo que no tener pareja puede indicar en cuanto a la situación en que el embarazo tuvo lugar: ¿con un desconocido?, ¿con alguien que no puede ser identificado porque se trata de un pariente o amigo de la familia? Definitivamente, con alguien que no se ha hecho cargo.

cuadro 9. Argentina. Distribución de la población femenina de 14 a 19 años que tiene al menos un hijo, por estado conyugal según grupo de edad. Año 2001.

Estado conyugal	14 años	15-17 años	18-19 años	Total
Soltera	67,6	51,8	38,7	44,2
Unida	24,0	41,0	47,4	44,3
Casada	7,2	6,5	13,0	10,6
Otros	1,3	0,7	0,9	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Tablas inéditas.

Un dato relacionado permite completar la imagen: la relación de las adolescentes con el jefe de hogar¹⁶. En primer lugar, señalemos que la mayoría

absoluta (88 por ciento) de las adolescentes que no han tenido hijos vive en el hogar de origen, donde se ubica como hija del jefe de hogar; entre las adolescentes con hijos ese porcentaje se reduce al 50 por ciento, mientras que el 26 por ciento vive en un hogar donde su cónyuge es el jefe y el 11 por ciento en uno donde el jefe es su suegro o suegra.

cuadro 10. Argentina. Distribución de la población femenina de 14 a 19 años que tiene al menos un hijo, según relación de parentesco con el jefe de hogar, por edad. Año 2001.

Relación de parentesco	Adolescentes con hijos			Total de 14 a 19 años	
	14 años	15 a 17 años	18 y 19 años	Con hijos	Sin hijos
Jefe	2,9	2,3	3,7	3,2	0,7
Cónyuge	4,9	19,5	31,9	26,6	1,0
Hija	80,2	58,5	44,1	50,5	87,9
Nuera	2,1	10,1	11,7	10,7	0,7
Nieta	5,9	3,8	2,9	3,3	4,8
Otra	4,0	5,8	5,7	5,7	4,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Tablas inéditas.

Pero lo más interesante surge al mirar estas estructuras según la edad de las adolescentes, ya que ésta muestra, nuevamente, la diferente situación familiar/conyugal en que se encuentran las más jóvenes de entre ellas, pues a medida que aumenta la edad, menor es el porcentaje que aparece como hija del jefe y mayor el de las que se ubican como cónyuges o nueras, dos categorías que indican, sin lugar a dudas, que la joven está conviviendo con su pareja o en el hogar de origen de su pareja.

4. La repetición de la maternidad en la adolescencia

Otro segmento de la población de madres adolescentes que merece especial atención es el de aquellas que han tenido más de un hijo. Aun cuando estos nacimientos sean queridos y buscados, el haberlos tenido en los pocos años que comprende la adolescencia significa que, en muchos casos de multiparidad, se ha comenzado muy temprano y/o los intervalos intergenésicos han sido cortos, situaciones ambas que distan de ser convenientes desde el punto de vista de la salud de la madre y del desarrollo de actividades como la educación, el trabajo o las propias del disfrute del tiempo libre.

Una cuarta parte de los nacimientos de madres adolescentes en la Argentina son de orden 2 y más. Estas cifras esconden la presencia de algunos segmentos de la población adolescente donde la situación tiene características más agudas: en el año 2001 casi el 5 por ciento de los nacimientos de mujeres de hasta 14 años, el 16 por ciento de los de las de 15 a 17 años y un tercio de los de las de 18 y 19 años fueron de orden 2 y más. En este último grupo de edad, casi el 8 por ciento de los nacimientos fueron de orden 3 y más.

Traducidos a números absolutos, los nacimientos de orden 2 o más en el año 2001 fueron 142 entre las jóvenes de hasta 14 años, 6024 entre las de 15 a 17

años y 18752 entre las de 18 y 19 años, sobre un total de 100.992 nacimientos entre mujeres de hasta 19 años. Sugerimos que muchos de estos nacimientos, sobre todo en las edades inferiores, son una muestra del fracaso del sistema de salud en la prevención y, no infrecuentemente, de la conducta médica de no proveer anticoncepción a las/los adolescentes.

5. Conclusión

Tanto las tendencias observadas en las tasas de fecundidad adolescente como en el volumen de nacimientos de madres de ese grupo de edades muestran que las noticias sobre un aumento constante de la maternidad en la adolescencia no son fundadas. Sin embargo, esto no significa sacar esta temática de la agenda de políticas sociales y de salud, como queda claro a partir de los resultados obtenidos, que resumimos a continuación.

Si bien la fecundidad adolescente en la Argentina ha estado descendiendo, lo ha hecho lentamente y con una posible reversión de la tendencia a partir de 2004. Pero sigue siendo más alta en las provincias más pobres y entre las mujeres menos educadas. La comparación con la población total muestra que las madres adolescentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad tanto en cuanto a la cobertura de salud como en cuanto a la calidad de la vivienda que habitan. Es decir que todos los indicadores señalan que son las adolescentes pobres las que con mayor frecuencia tienen hijos. Esa es una de las razones por las cuales los nacimientos de bajo peso (un buen indicador de la probabilidad de ocurrencia de mortalidad infantil y de fragilidad en la infancia) y los nacimientos pre-término son más frecuentes entre las madres adolescentes -especialmente si son menores de 15 años- que entre las adultas. Los programas de prevención de los embarazos no planeados entre las adolescentes deben tener en cuenta que la propensión a embarazarse no se distribuye igualmente en el territorio, sino que es más frecuente en las provincias más pobres. Sin embargo, también deberán prestar atención al volumen de nacimientos, ya que algunas provincias cuya tasa de fecundidad adolescente no está entre las más altas, como es el caso de la provincia de Buenos Aires, generan un gran número de nacimientos debido al mayor volumen de su población adolescente. Las jóvenes más pobres y menos educadas, sin olvidar a las extranjeras entre ellas, deben ser el objetivo prioritario de las políticas de prevención mencionadas.

El segmento de las menores de 15 años debe ser especialmente considerado, ya que su edad las hace vulnerables a embarazos producto de violación u otras formas de coerción, con parejas que no se harán cargo de la paternidad, como lo muestra el mayor porcentaje entre ellas de solteras. Este grupo de edad, además, merece especial atención por parte de los programas de salud, junto con aquellas cuyos últimos nacimientos son de orden 2 o superior, lo que indica un patrón de fecundidad de iniciación temprano, con intervalos intergenésicos cortos.

Notas

1. CONAPRIS, hoy Salud Investiga. La investigación fue coordinada por Mónica Gogna, del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, y comprendió otros aspectos además de los tratados en este trabajo. Una versión completa de los resultados de la investigación puede consultarse en Gogna (2005). Para este artículo se han agregado algunos datos de una

ponencia de G. Binstock y E.A. Pantelides, invitada a la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-CELADE, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL; 14 y 15 de noviembre, 2006).

2. Esto se advierte, por ejemplo, en que en las fechas más tempranas de la serie algunas provincias no registran nacimientos de madres menores de 20 años, pero sí lo hacen en fechas posteriores.

3. Los denominadores de las tasas provienen de proyecciones (CEPAL/CELADE, 2005) para los años terminados en 0 y 5; los años intermedios fueron calculados por interpolación lineal. En otras palabras, se trata de estimaciones que tienen un cierto grado de inexactitud.

4. Para países de América Latina y el Caribe ver, por ejemplo, González Garza y otros (2005); Guzmán, Contreras y Hakkert (2001); Pantelides (2005).

5. No se poseen datos sobre la población adolescente.

6. Viviendas precarias son las que en el censo se denominan "viviendas tipo B", más las denominadas "rancho" o "casilla". Las viviendas tipo B tienen al menos una de las siguientes características: piso de tierra, ladrillo suelto u otro material (excluyendo cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera y alfombrado), o no tienen provisión de agua por cañería en el interior de la vivienda, o no disponen de inodoro con descarga de agua.

7. Se considera aquí población cubierta a la que tiene servicios de salud por medio de una obra social o de una institución de medicina pre-paga.

8. El dato corresponde al año 2004 (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2005).

9. El Censo de Población sólo recogió datos sobre fecundidad de las mujeres a partir de los 14 años.

10. INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Tablas inéditas.

11. Se observa que a menor edad de la mujer, ya sea en la iniciación sexual o en la maternidad, mayor es la diferencia de edad con su pareja. Resultados similares obtiene Delgado Pérez (1992) para la fecundidad en España.

12. Véase Hofferth (1987), para una revisión de resultados de las investigaciones hasta mediados de 1980.

13. Estamos suponiendo que cada nacimiento equivale a una madre, lo que sería cierto si no se hubieran producido nacimientos múltiples.

14. Estos valores no han sido corregidos mediante la asignación de un porcentaje de los nacimientos que tienen la edad de la madre desconocida.

15. Esto fue mostrado por Añaños (1993), para la ciudad de Rosario, por medio de un análisis de las partidas de nacimiento.

16. Sabemos que, siendo la designación como jefe de hogar dejada a la subjetividad de quien responde al censista, las estructuras de parentesco que mostramos son sólo indicativas.

Bibliografía

1. AÑÑOS, C. (1993), "Fecundidad y madres adolescentes de la ciudad de Rosario: tendencias 1980-1991", en AEPA, *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Buenos Aires, AEPA y Honorable Senado de la Nación.
2. BINSTOCK, G. y PANTELIDES, E. A. (2005), "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico", en GOGNA, M. (coordinadora), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 77-112.
3. CARROLI, G. (2005), *Embarazo adolescente. Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Datos del Gran Rosario*, Trabajo presentado en la XIX Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Cartagena de Indias, Colombia, 10-13 de mayo.
4. CEPAL/CELADE (2005), *Boletín Demográfico*, N° 76, Santiago de Chile.
5. DELGADO PÉREZ, M. (1992), *La fecundidad de las adolescentes en el conjunto de España y en la Comunidad Autónoma de Madrid*, Serie Documentos de Trabajo, N° 7, Madrid, CSIC, Instituto de Demografía.
6. GELDSTEIN, R. N. y PANTELIDES, E. A. (2003), "Coerción, consentimiento y deseo en 'la primera vez'", en CHECA, S. (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós, pp. 103-138.
7. GERONIMUS, A. T. y KORENMAN, S. (1992), "The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered", en *Quarterly Journal of Economics* 107 (4).
8. GIUSTI, A. y PANTELIDES, E. A. (1991), *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985*, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
9. GOGNA, M. (coord.) (2005), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas sociales*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
10. GOGNA, M. (coord.) (2005), "Conclusiones y recomendaciones para políticas públicas", en GOGNA, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 317-327.
11. GOGNA, M. ; FERNÁNDEZ, S. y ZAMBERLIN, N. (2005), "Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo adolescente: hallazgos de la encuesta a puérperas", en GOGNA, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 251-284.
12. GONZÁLEZ GARZA, C.; ROJAS MARTÍNEZ, R.; HERNÁNDEZ SERRATO, M. y OLAIS FERNÁNDEZ, G. (2005), "Perfil de comportamiento sexual de adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000", en *Salud Pública de México* 47 (3), pp. 209-218.
13. GUZMÁN, J. M.; CONTRERAS, J. M. y HAKKERT, R. (2001), "La situación actual del embarazo adolescente y del aborto", en GUZMÁN, J. M.; HAKKERT, R.; CONTRERAS, J. M. y FALCONIER de MOYANO, M., *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, México D.F., UNFPA, pp. 19-40.
14. HAKKERT, R. (2001), "Consecuencias del embarazo adolescente", en GUZMÁN, J. M.; HAKKERT, R.; CONTRERAS, J. M. y FALCONIER de MOYANO, M., *Diagnóstico sobre salud*

sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe, México D.F., UNFPA, pp. 143-180.

15. HOFFERTH, S. (1997), "The children of teen child bearers", en HOFFERTH, S. y HAYES, CH. (eds.), *Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*, Washington D.C., National Academy Press, pp. 174-206.

16. LUKER, K. (1997), *Dubious conceptions: the politics of teenage pregnancy*, Cambridge, USA, Harvard University Press.

17. MANZELLI, H. y PANTELIDES, E. A. (2007), "La edad a la iniciación sexual y sus correlatos en varones de cuatro ciudades de América Latina", en LÓPEZ, E. y PANTELIDES, E. A. (comps.), *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*, Buenos Aires, CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.

18. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (varias fechas), *Estadísticas vitales. Información básica*, Buenos Aires.

19. MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2005), *Estadísticas vitales. Información básica 2004*, Buenos Aires.

20. NACIONES UNIDAS, Population Division (2003), *World population prospects: the 2002 revision* [en línea] [fecha de consulta: junio 2003] <<http://esa.un.org/unpp>>.

21. PANTELIDES, E. A. (1989), *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XIX*, Cuadernos del CENEP N° 41, Buenos Aires, CENEP.

22. PANTELIDES, E. A. (2004), "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", en CELADE y Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, *La Fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile, CEPAL y UPX, pp. 167-187. También en *Notas de Población XXXI (78)*, pp. 7-34.

23. PANTELIDES, E. A. (2005), *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*, Trabajo realizado para el Equipo de Apoyo Técnico del FNUAP para América Latina y el Caribe.

24. PANTELIDES, E. A. y GELDSTEIN, R. (1999), "Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos", en AEPA, CEDES, CENEP, *Avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP, pp. 45-53.

25. PORTNOY, F. (2005), "El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales", en GOGNA, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 67-76.

26. STERN, C. (1997), "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", en *Salud Pública de México* 39 (2), pp. 137-143.

27. ZAMBERLIN, N. (2005), "Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad", en GOGNA, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 285-316.

Aceptado: 28 de septiembre de 2007