

Revista
Paraguay desde
las Ciencias Sociales



Grupo de Estudios Sociales sobre Paraguay

<http://paraguay.sociales.uba.ar/>

ISSN 2314-1638

Fantin, María Alejandra, Zavattiero, Claudina y Barrios Kück, María Elizabeth
FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN ARGENTINA Y PARAGUAY: PERSISTENTES
DESIGUALDADES TERRITORIALES FRONTERIZAS (2005-2018)

Revista Paraguay desde las Ciencias Sociales nº 12, 2021, pp. 72-89

Grupo de Estudios Sociales sobre Paraguay

*Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe, Universidad de Buenos Aires
Argentina*

Disponible en: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/revistaparaguay>

RECIBIDO: 5 MAYO 2021

ACEPTADO: 15 NOVIEMBRE 2021

Fecundidad adolescente en Argentina y Paraguay: persistentes desigualdades territoriales fronterizas (2005-2018)

María Alejandra Fantin
Instituto de Investigaciones Geohistórica (CONICET-UNNE)
mafantin@gmail.com

Claudina Zavattiero
Consultora Independiente
claudinaz@gmail.com

María Elizabeth Barrios Kück
Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social,
Paraguay
elizbarrios@gmail.com

Palabras claves: Fecundidad adolescente, Argentina, Paraguay, Desigualdades, Frontera

Resumen

El presente trabajo pretende analizar y comparar la evolución y situación actual de la fecundidad durante la adolescencia en Argentina y Paraguay, mostrando las desigualdades entre los países estudiados y al interior de cada uno. El análisis comparativo se lleva a cabo tomando como fuente de información principal las estadísticas vitales de ambos países en el periodo de 2005-2018. Los principales hallazgos muestran diferencias en el nivel global de fecundidad en los países analizados y similitudes en la tendencia de la fecundidad adolescente, además de agrupamiento de la fecundidad adolescente en ciertos sectores geográficos de ambos países, lo que pone en evidencia que además de las características personales, la fecundidad se vincula con ciertas condiciones sociales y económicas del espacio físico.

Adolescent fertility in Argentina and Paraguay: persistent border territorial inequalities (2005-2018)

Keywords: Adolescent fertility, Argentina, Paraguay, Inequalities, Border

Abstract

This paper aims to analyze and compare the evolution and current situation of fertility during adolescence in Argentina and Paraguay, showing the inequalities between the countries studied and within each one. The comparative analysis is carried out taking as the main source

of information the vital statistics of both countries in the period 2005-2018. The main findings show differences in the global level of fertility in the countries analyzed and similarities in the trend of adolescent fertility, as well as grouping of adolescent fertility in certain geographic sectors of both countries, which shows that in addition to the characteristics personal, fertility is linked to certain social and economic conditions of the physical space.

Introducción

El embarazo en adolescentes es un problema social y de salud a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que, unas 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. En América Latina y el Caribe, si bien recientemente se registró una reducción de la fecundidad adolescente, que pasó de 73,6 por 1.000 niñas de 15 a 19 años en el período 2005–2010 a 63,0 en el período 2015–2020 (Naciones Unidas, 2019), la misma continúa representando la segunda tasa más alta de fecundidad del mundo y la disminución más baja de dicha tasa. Los datos sobre la fecundidad de las menores de 15 años permiten estimar que aproximadamente 2% de las mujeres de América Latina y el Caribe inician la reproducción antes de los 15 años, constituyéndose en la única región con una tendencia ascendente de los embarazos en las menores de 15 años (OPS-UNICEF-UNFPA, 2018; OPS-OMS, 2018; OPS, 2015).

Muchos han señalado la importancia de las consecuencias sociales, culturales y económicas que se asocian con el embarazo en adolescentes, entre las que se pueden señalar: la maternidad temprana afecta profundamente la trayectoria de salud de las adolescentes, obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia con resultados deficientes en materia de salud y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna; la maternidad y paternidad temprana 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, las vuelve más vulnerables a la pobreza y a la exclusión social; las madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir sesgos y discriminación de género, experimentar estigma cultural o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales.

La maternidad en la adolescencia está altamente asociada a las importantes desigualdades sociales, culturales y de las relaciones de género y a la escasa capacidad de elección entre proyectos de vida alternativos. 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; las y los adolescentes tienden a ser más vulnerables a la violencia, a la tolerancia y aceptación familiar y comunitaria hacia la actividad sexual premarital.

La fecundidad adolescente es un problema social y de salud pública que puede provocar grandes brechas sociales y en muchas ocasiones condicionar las trayectorias vitales y generar, por varios motivos, violencia de género y violación de los derechos sexuales y reproductivos. El modelo sociocultural dominante también determina el comportamiento sexual entre varones y mujeres: los roles de género predisponen actitudes y conductas que pautan el ejercicio de la sexualidad y el uso o no de la anticoncepción, las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres establecen un bajo poder de negociación por parte de estas, lo que les impide adoptar una conducta de prevención, reforzando su vulnerabilidad hacia un embarazo temprano y en muchos casos no deseado. Por otra parte, la naturalización de los roles de género que asigna a las mujeres la función de cuidado y la maternidad, y a los hombres la de proveedor económico potencia la violencia doméstica y muchas veces genera violencia económica cuando el progenitor (varón) hace abandono de esta responsabilidad (Molina Cintra, 2019; Rodríguez, 2017; Varela Petito y Fostik, 2011).

“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” (Pantelides y Binstock, 2007). En el caso de Paraguay, en 2016 se registró un aumento del 14% en la tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) respecto de 2008 y al igual que en Argentina presenta gran desigualdad por estratos socioeconómicos, nivel educativo, lugar de residencia y etnia (MSPBS, DGEEC y UNICEF, 2017).

Dentro de este marco, el presente artículo tiene la finalidad de analizar y comparar la evolución, magnitud, características y los diferenciales de la fecundidad adolescente en Argentina y Paraguay, con especial énfasis en los distritos fronterizos.

Materiales y métodos

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

Se aborda la problemática a partir de los datos disponibles analizando la evolución de la fecundidad adolescente como un componente característico del comportamiento de la fecundidad en general de estos países, y los determinantes sociales, económicos, geográficos y culturales que contextualizan esta situación a través del tiempo en el periodo 2005 a 2018¹.

El análisis comparativo se lleva a cabo tomando como fuente de información, en Argentina, los datos disponibles en las estadísticas oficiales que provienen del Sistema de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Argentina (MS) y de la Dirección de Estadísticas en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay (MSPBS), las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva (1990 al 2008) y la de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por su sigla en inglés) (2016). Se hace uso de las proyecciones de población producidas por Naciones Unidas para indicadores nacionales, a fin de presentar su evolución en el tiempo a largo plazo (2100). Cabe señalar que, si bien el uso de los registros de estadísticas vitales tiene la potencialidad de arrojar información continua, suelen ser incompletos o carecen de cobertura total, por lo que una parte de los nacimientos no es registrada².

La elección de dichos países obedece a que, si bien presentan heterogeneidad social, económica, territorial, cultural y variaciones sustanciales en su capacidad de dar respuesta a las necesidades y demandas de la población, son limítrofes y en sus fronteras comparten ciertas características poblacionales y sanitarias (Fantin, 2008), por lo que se considera que los avances de un país pueden servir de experiencia al otro. El análisis comparativo de la situación a nivel de provincias en Argentina o departamentos en Paraguay³ permite registrar inequidades al interior de los mismos y entre países dando a la vez cuenta de los desafíos pendientes en la materia.

Los indicadores utilizados son: la tasa global de fecundidad (TGF), es decir, el número promedio de hijos que habría tenido una mujer (o grupo de mujeres) durante su vida, si sus años de reproducción trascurrieran conforme a las tasas de fecundidad por edad de un determinado año (Haupt y Kane, 2001) y la específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años) consistente

¹ La selección del año 2005 como inicio del período estudiado obedece a que la serie de información continua en Paraguay comienza en el año 2004.

² En el Paraguay, el subregistro de nacimientos asciende al 19,9% en 2017 (MSPBS/DIGIES/DES, 2017). La Argentina tiene sistemas de registro con cobertura total. Sin embargo, es preciso alertar acerca de la posibilidad de mayores niveles de sub-registro en zonas alejadas y con difícil acceso a la red de servicios, aspecto que impide captar fehacientemente la realidad presentada.

³ Las provincias son las subdivisiones político administrativas mayores de Argentina y los departamentos de Paraguay.

en el cociente entre el número de nacidos vivos⁴ producto de embarazos en adolescentes y el total de mujeres en dicho rango etario (Haupt y Kane, 2001). El denominador es obtenido de las proyecciones realizadas por CELADE (2019) para el caso de Argentina y proyecciones nacionales para el caso de Paraguay (DGEEC, 2015). 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. Se considera fecundidad adolescente la de las mujeres en edades por debajo de los 20 años siendo el límite superior la edad de 19 años. Para esta investigación se tomará como límite inferior los 15 años, de modo que las tasas a considerar corresponden a la fecundidad de mujeres de 15 a 19 años.

Fecundidad global y específica por grupos de edades

La transición de la fecundidad hacia el descenso continuado se inició de forma más temprana en Argentina, ya en 1950 la TGF en Argentina era de 3,2 hijos en promedio por mujer, frente al doble de su valor en el caso de Paraguay (6,5 hijos en promedio por mujer).

A mediados de la década de los años ochenta, se comienza a incluir el tema de salud sexual y reproductiva en la agenda internacional tanto pública como política.

En Argentina a partir de la década del noventa se produjeron importantes cambios en el diseño de políticas públicas en salud reproductiva y en el marco normativo, desde esa fecha se sancionaron en las provincias diferentes leyes y decretos: La Pampa (1991); Chaco (1996); Córdoba (1996, 2002 y 2003); Corrientes (1996, 2003 y 2004); Mendoza (1996); Río Negro (1996 y 2000); Neuquén (1997 y 2003); Misiones (1998); Chubut (1999); Jujuy (1999); La Rioja (2000); Tierra del Fuego (2000 y 2001); Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000); Santa Fe (2001); San Luis (2002 y 2003); Buenos Aires (2003); Entre Ríos (2003); Santa Cruz (2003); Salta (2004) y Santiago del Estero (2005). Otro hito importante en el reconocimiento de los derechos de las mujeres fue la Reforma Constitucional de 1994, al incorporar, con rango constitucional, el tratado firmado en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés). Finalmente, a fines de 2002 el Parlamento Nacional sancionó la ley 25.673, que creó el Programa Nacional de Salud

⁴ Se entiende por nacido vivo al producto de la concepción que luego de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, prescindiendo de la duración del embarazo, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta (MS y UNICEF, 2019: 5-6). Cuando se hace referencia a “nacimientos” se trata de nacidos vivos, es decir, se excluyen los abortos y otras defunciones fetales.

Sexual y Procreación Responsable dentro de la jurisdicción del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En Paraguay entre los años 1988 y 1992, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), decidieron apoyar el Programa Nacional de Salud Familiar, cuyos objetivos eran fortalecer la capacidad del programa integral de salud materno infantil y contribuir a implementar la planificación familiar, el control prenatal, la atención del parto institucional y del post parto, control del crecimiento y desarrollo del niño, la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de la mama. En 1993 se diseñó y ejecutó el proyecto “Apoyo a la Salud Reproductiva y Planificación Familiar”, y finalmente, en 1996, se elaboró el Plan de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, cuyo objetivo general era:

Contribuir al desarrollo de la capacidad nacional y al mejoramiento de los programas, proyectos y servicios de salud reproductiva y favorecer los procesos de desarrollo integral de la familia, de la mujer y del adolescente y de la comunidad; al conocimiento y aplicación de los derechos reproductivos; potenciar la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres; y contribuir con los aspectos de salud, educación, legales y laborales que se vinculan con la problemática de la salud reproductiva y la planificación familiar.

En la década de los 90, con la incorporación en las políticas de salud pública de la planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos, las TGF se reducen a 2,9 hijos por mujer en Argentina y a 4,3 en Paraguay, y la brecha entre ambos países se reduce a 1,5 puntos porcentuales.

Posteriormente, en el quinquenio 2015-2020 las TGF de ambos países alcanzan cifras similares (2,3 y 2,4 hijos por mujer, respectivamente). Se estima que la TGF seguirá el patrón descendente, aunque de manera menos pronunciada, llegando al nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer) en torno al 2025-2030 en Argentina y en el siguiente quinquenio en Paraguay, para finalmente estabilizarse en torno a 1,8 hijos por mujer desde 2050 en ambos países (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2019).

La reducción más tardía de la fecundidad en Paraguay ocasionó un aumento de la población en las edades más jóvenes contribuyendo de esta forma a aumentar el peso relativo de las mujeres en edad fértil en relación con lo ocurrido en Argentina. La población estimada en 2018 asciende en Paraguay a 6.956.066 habitantes, de los cuales 49,1% son mujeres, de ellas más de la mitad (53%) se encuentran en edad fértil (15 a 49 años de edad), siendo el 18,5%

adolescentes de 15 a 19 años de edad lo que representa 327.646 mujeres. En tanto, Argentina en el mismo año cuenta con una población estimada de 44.361.150 habitantes, tiene una población femenina del 51,2%, de las cuales el 49,2% se encuentra en edad fértil con el 15,5% de adolescentes de 15 a 19 años (1.726.809) (CELADE, 2019).

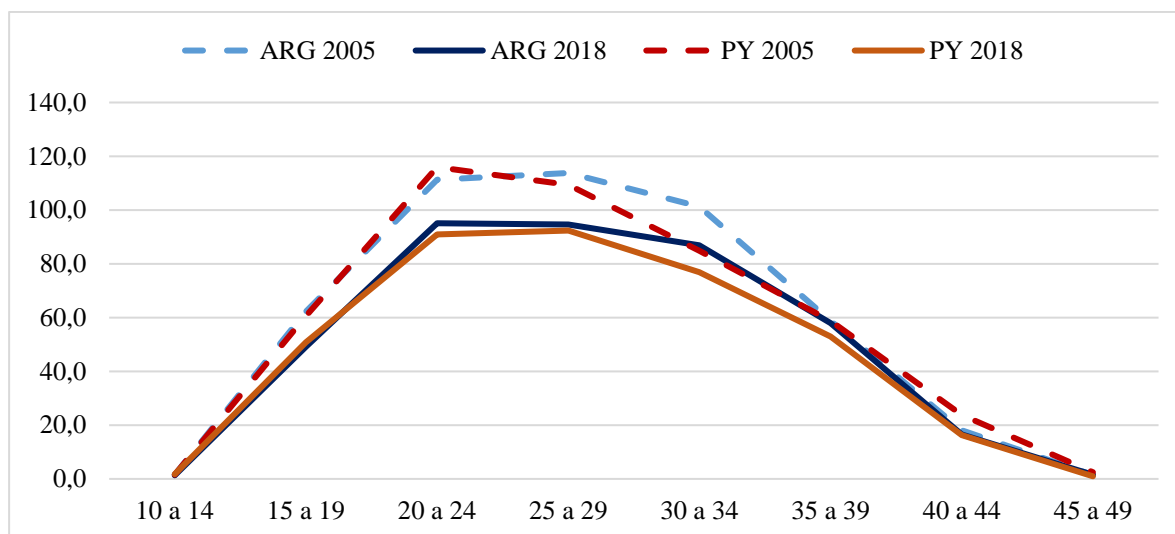
Producto de dicha configuración y de los niveles de la TGF, Paraguay mantiene tasas brutas de natalidad más altas que Argentina, tanto en el pasado como en la actualidad. Se estima que a partir del siguiente quinquenio (2020-2025) ambos países comenzarán a reducir la cantidad anual de nacimientos, siendo la disminución más acelerada en el caso de Paraguay (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2019). Esta disminución provoca una reducción en la proporción de niños y niñas y cambios importantes en la estructura por edades de la población.

Al comparar las tasas de fecundidad por edad en 2005 y 2018, se observa un descenso generalizado de los niveles de reproducción en todos los grupos y además un desplazamiento hacia edades más avanzadas en ambos países. Las tasas específicas de fecundidad (TEF) provenientes de las estadísticas vitales⁵ indican que en Paraguay la cúspide⁶ de la curva pasó de una forma temprana en 2005 a otra dilatada en dos puntos en 2018 (fecundidad máxima entre los 20 y los 24 años seguida estrechamente de la presentada entre los 25 y los 29 años). En el caso de Argentina, si bien hubo variaciones en los niveles de las TEF, la cúspide se mantuvo dilatada en ambos años, pero más tardía en 2018, pues la TEF de 30 a 34 años casi se equipara a la de registrada entre los 20 y los 24 años (Figura 1).

⁵ Cabe advertir que las estadísticas vitales del Paraguay tienen un subregistro nacional del 19,9% en los nacimientos.

⁶ Según Camisa (1975), el tipo de cúspide de la curva de fecundidad por edades está determinado por aquel grupo etario que exhibe la mayor tasa. Se clasifica en tres categorías: i) “temprana”, cuando la máxima fecundidad ocurre entre los 20 y 24 años; ii) “tardía”, cuando se observa entre los 25 y 29 años, y iii) “dilatada”, cuando se presenta entre los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, con valores muy similares entre ambos y notoriamente disímiles de los tramos adyacentes.

Figura 1. Tasa de fecundidad por grupos quinquenales de edad (por mil) Argentina y Paraguay, 2005 y 2018



Fuente: elaboración propia a partir de MS (2018) y MSPBS (2018).

Con el transcurso de los años las TEF han venido disminuyendo en casi todos los grupos, pero en proporciones distintas (Figura 1). En Paraguay entre 2005 y 2018 la disminución en los grupos de edades mayores a 20 años ha sido en torno al 20%, mientras que en el segmento adolescente (15 a 19 años) disminuyó un 16% y la TEF del grupo de 10 a 14 años aumentó en 16,5% en ese período. En cambio, en Argentina la reducción de las TEF ha sido más homogénea: en torno a 10% en cada grupo etario en 2005 y 2018.

La fecundidad de menores de 20 años tiene un efecto estadístico limitado en la reducción de la TGF ya que su contribución a la fecundidad total es relativamente pequeña (12,7% en Argentina y 15,6% en Paraguay en 2018). Sin embargo, su impacto es significativo desde el punto de vista de la salud y aspectos sociales, puesto que las madres muy jóvenes son generalmente de alto riesgo obstétrico y las que más dificultades tienen de constituir hogares en condiciones de vida aceptables, en particular, en algunas capas sociales (Miró, 2015).

El mayor riesgo de muerte materna ocurre en las edades extremas del periodo reproductivo (Fantin y Zavattiero, 2019), siendo las niñas y las adolescentes un grupo particularmente vulnerable a morir por causas del embarazo, parto o puerperio. “El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las

adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo” (OMS, 2019). En Argentina y Paraguay en promedio, una de cada siete muertes maternas en ocurre en niñas y adolescentes.

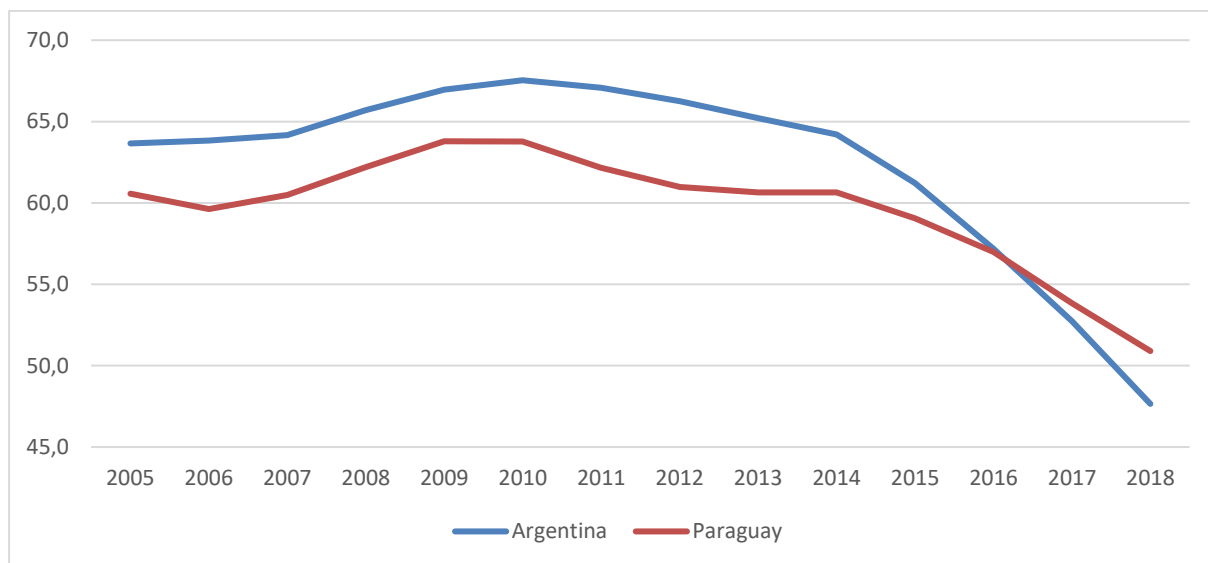
Según diversos estudios (OMS, 2018; Binstock, 2016; Rodríguez Vignoli, 2009), entre los riesgos que corren las mujeres y sus hijos cuando el parto ocurre en la adolescencia se encuentran niveles más altos de morbilidad y una alta probabilidad de perder la vida durante el embarazo o el parto. El mayor peligro obstétrico deriva de la desproporción fetopélvica, del trabajo de parto prolongado y de los partos prematuros. Cuanto más joven la mujer queda embarazada, mayores son los riesgos sanitarios para ella misma y para su bebé.

Evolución, nivel actual y desigualdades de la fecundidad adolescente

En el contexto que se viene presentando es importante resaltar que, mientras la tasa global de fecundidad ha disminuido en los últimos años en ambos países, la fecundidad adolescente no ha mostrado una reducción constante. La evolución del promedio trianual de la TEF adolescente en el periodo 2005-2018 muestra un comportamiento similar en ambos países: un incremento de la tasa entre 2006 y 2010, seguido de una estabilización en torno a 65,3 nacimientos por 1.000 adolescentes en Argentina y leve descenso cercano a 61,1 en Paraguay entre 2011 y 2014 y desde allí a 2018 una reducción, situando al promedio trianual centrado en 2017 en una tasa de 53,0 nacidos vivos por 1.000 adolescentes en Argentina y de 53,8 en Paraguay (Figura 2).

Del total de nacimientos registrados entre 2005 y 2018 en Argentina, el 14,5% correspondió en promedio a adolescentes de entre 15 y 19 años, en tanto en Paraguay dicha cifra asciende a 18,2%. En 2018 representan 84.768 nacidos vivos registrados en la Argentina, de un total de 685.394 niñas y niños, y si a ello se agregan los nacimientos de madres de 10 a 14 años (2.350 nacidos vivos) totalizan 87.118 nacimientos, lo que representa en promedio, 238 nacimientos por día. En el mismo año, en Paraguay, se registran 2 nacimientos por día de madres de 10 a 14 años y 51 nacimientos diarios de madres de 15 a 19 años, haciendo un total de 17.386 niños y niñas de madres adolescentes.

Figura 2. Tasa específica de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años (por mil). Argentina y Paraguay, promedios móviles trianuales, periodo 2005 y 2018



Fuente: elaboración propia a partir de MS (2018) y MSPBS (2018).

Respecto a esto último, hay que destacar que dichos nacimientos de madres adolescentes se distribuyen de manera muy heterogénea en el territorio de los países analizados, revelando graves problemas de desigualdad. En Argentina, la provincia de mayor TEF adolescente en 2018 es 5,4 veces más elevada que la de menor tasa (Chaco y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respectivamente), en tanto que en Paraguay dicha brecha asciende a 4,4 veces y se da en los departamentos de Boquerón y Ñeembucú respectivamente (Anexo, Tabla A1.1 y A1.2) comportamiento que no ha variado desde 2010, mientras que en Argentina la mayor TEF varía, según el año, entre las provincias que conforman el Nordeste argentino (Chaco, Formosa, Corrientes y Misiones) y que limitan con Paraguay.

Respecto a ello, el lugar de residencia implica un acceso a bienes y servicios diversos, pero también a espacios de socialización y modelos y dinámicas sociales y culturales específicas. En este sentido, la fecundidad adolescente oculta la grave discriminación a la que están sujetas las poblaciones más vulnerables, es indicativa de condiciones socioeconómicas precarias, de niveles de información general y de escolaridad bajos, de contextos donde las relaciones afectivas y sexuales están pautadas por la conjunción de las desigualdades de género y de dificultades en el acceso a servicios de salud de calidad.

El análisis por provincias y departamentos permite identificar cifras similares en los niveles de TEF adolescente a un lado y otro de la frontera Chaco, Formosa- Presidente Hayes

y Boquerón. Ello vuelve a comprobar la hipótesis de Fantin (2008: vii) que plantea que “los que viven en la frontera argentino-paraguaya se parecen más a sí mismos que a los pares de sus respectivos países” haciendo referencia a la media nacional.

Como se puede observar en la Tabla 1, el promedio de la TEF adolescente centrado en el año 2018 indica que las provincias que conforman el Nordeste argentino (Chaco, Formosa, Corrientes y Misiones) y que limitan con Paraguay, poseen niveles considerablemente superiores a la media de su país (47,7 nacimientos cada 1.000 mujeres) y se asemejan más a la media de Paraguay (50,9 nacimientos cada 1.000 mujeres).

Tabla 1. Tasa específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años) registrada (por mil) en provincias (Argentina) y departamentos (Paraguay) fronterizos. Promedios trianuales, 2011-2018.

| Promedios móviles trianuales | Centrado en 2011 | Centrado en 2012 | Centrado en 2013 | Centrado en 2014 | Centrado en 2015 | Centrado en 2016 | Centrado en 2017 | Centrado en 2018 |
|------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| ARGENTINA | | | | | | | | |
| TOTAL | 64,5 | 64,5 | 64,4 | 64,2 | 61,2 | 57,2 | 52,7 | 47,7 |
| Corrientes | 76,4 | 76,1 | 75,2 | 75,8 | 74,0 | 72,1 | 70,6 | 68,1 |
| Chaco | 96,3 | 92,9 | 88,7 | 92,6 | 90,7 | 88,6 | 84,1 | 80,3 |
| Formosa | 90,5 | 91,7 | 91,1 | 91,8 | 90,1 | 86,8 | 84,6 | 78,7 |
| Misiones | 83,1 | 85,8 | 93,7 | 95,3 | 93,9 | 87,9 | 81,6 | 75,4 |
| PARAGUAY | | | | | | | | |
| TOTAL | 62,2 | 61,0 | 60,6 | 60,6 | 59,1 | 57,0 | 53,8 | 50,9 |
| Asunción | 58,1 | 57,8 | 57,0 | 55,7 | 53,0 | 48,8 | 44,5 | 39,9 |
| Itapúa | 55,3 | 51,5 | 50,5 | 50,5 | 49,1 | 48,0 | 45,3 | 43,6 |
| Misiones | 63,3 | 62,1 | 60,3 | 57,3 | 55,5 | 53,5 | 52,2 | 47,8 |
| Alto Paraná | 77,0 | 78,4 | 78,3 | 79,1 | 74,7 | 69,7 | 64,9 | 62,0 |
| Central | 55,2 | 53,3 | 53,0 | 54,0 | 52,8 | 51,0 | 48,0 | 44,6 |
| Ñeembucú | 39,2 | 38,5 | 39,0 | 39,4 | 36,8 | 34,3 | 30,8 | 28,6 |
| Pte. Hayes | 83,9 | 83,5 | 84,2 | 85,8 | 86,9 | 90,4 | 88,7 | 83,3 |
| Boquerón | 126,2 | 126,0 | 123,5 | 117,1 | 115,0 | 112,1 | 110,5 | 108,3 |

Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia– Año 2010 a 2019 y Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV), Año 2010 a 2019.

En el último año analizado (2018) la proporción de nacimientos producto de embarazos en menores de 20 años en las provincias del Nordeste argentino es más elevada que el promedio nacional (12,7%): Formosa (21,9%), Chaco (20,0%), Misiones (19,1%), y Corrientes (17,6%). Lo mismo ocurre en cuatro de los ocho departamentos fronterizos del Paraguay, cuya

proporción nacional es de 15,6%: Itapúa (18,1%), Alto Paraná (17,0%), Pdte. Hayes (22,9%) y Boquerón (20,1%).

Las cuatro provincias del Nordeste argentino concentran el 16,7% del total de nacimientos de madres adolescentes, en tanto, en los ocho departamentos fronterizos del lado paraguayo ocurren el 57,6% de los nacimientos de madres adolescentes. Esto es así puesto que el 26% del total de nacimientos de madres adolescentes se concentran en el departamento Central, donde reside el 30% de la población (DGEEC, 2015).

Características de las madres adolescentes en zona de frontera entre Argentina y Paraguay

Para gran parte de las adolescentes que tuvieron un hijo en 2018, se trataba del primer hijo tanto en Argentina como en Paraguay (78% y 79,5%, respectivamente), sin embargo, en zonas de frontera dicha cifra disminuye puesto que fue más frecuente que no se tratase del primer hijo sino del segundo, tercero o cuarto. La provincia del Chaco y Misiones se destacan por presentar el mayor porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron un hijo en 2018 habiendo ya tenido al menos otro previamente (23,4% y 25,5% respectivamente). Del lado de la frontera con Paraguay ocurre lo mismo en el departamento de Boquerón (26,1%), Pdte. Hayes (23,9%), Ñeembucú (22%), incluso en la capital del país (22%).

Algunos factores que afectan a los nacimientos en mujeres adolescentes son: el bajo peso al nacer –menos de 2,5 kilogramos– y el pre-término –aquellos que ocurren antes de la semana 37 de gestación–, ambos considerados como de aumento de riesgo para la salud infantil. El bajo peso al nacer afecta al 8,1% de los nacidos vivos de madres adolescentes en Argentina y al 7% en Paraguay, siendo mayor en la provincia del Chaco (9,1%) y en el departamento de Boquerón (8,7%), Pdte. Hayes (8,4%), Central (7,5%) y en la capital del país (8,8%). Por su parte, los nacimientos pre-término en embarazos adolescentes se dieron en el 9,4% de los nacimientos de madres adolescentes en Argentina y en el 7,6% en Paraguay, siendo mayor en Corrientes y en Formosa (10,5% y 10,8% respectivamente) y en todos los departamentos fronterizos del Paraguay, salvo en Alto Paraná y Ñeembucú.

Conclusiones

Argentina y Paraguay comparten aspectos generales del sistema de salud pública, como la atención gratuita a toda persona que lo necesite, los marcos normativos que garantizan el

ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, los programas de salud sexual y reproductiva, y suministro de alimentación y nutrición adecuada para las mujeres embarazadas, a cargo de los respectivos Ministerios de Salud, además de ser signatarios de compromisos internacionales. Sin embargo, a pesar de haber encontrado diferencias en el nivel global de fecundidad en los países analizados, ambos presentan similitudes en la tendencia de la fecundidad adolescente y en la distribución territorial de la fecundidad adolescente en ciertos sectores geográficos de ambos países.

Ello pone en evidencia que, además de las características personales, la fecundidad se vincula con ciertas condiciones sociales y económicas del espacio físico. Al observar la evolución en los años se reconoce el impacto de diversas medidas de políticas públicas y el compromiso con la vigencia de los derechos de la adolescencia, además de poner de manifiesto que el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes se enmarca en un complejo entramado en el que se cruzan ámbitos sociodemográficos y económicos, incidiendo en el desempeño presente y futuro de la joven mujer.

A pesar de los avances, niñas y adolescentes, en particular en zonas de frontera, ven menoscabado el ejercicio de sus derechos, en particular su derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y una educación de calidad. En el caso del Paraguay se adiciona la falta de educación integral en sexualidad en el sistema educativo formal, afectando directamente el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Referencias bibliográficas

- Binstock, G. (octubre de 2016). Maternidad adolescente en Argentina: Factores asociados en contextos sociales vulnerables. *VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, Foz de Iguazú, Brasil.
- Camisa, Z. (1975). *Introducción al estudio de la fecundidad*, Serie B, N° 1007. CEPAL-CELADE. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/8351/S7500592_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2019). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2019 Paraguay*. CELADE. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

- Fantin, M. A. (2008). *Población, sociedad y salud en la frontera argentino-paraguaya*. Asunción: IIGHI, UNFPA, ADEPO.
- Fantin, M. A. y Zavattiero, C. (2019). “Evolución de la mortalidad materna en Argentina y Paraguay entre 1990 y 2015; políticas públicas, desigualdades y desafíos”. *Sociedad y economía*, (38), 21-44. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i38.8024>
- Haupt, A., y Kane, T. T. (2001). *Manual sobre la población*. Washington DC: Population Reference Bureau Inc.
- Ministerio de Salud de la Nación y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MS y UNICEF) (2003). *Mortalidad Materna. Un problema de salud pública y derechos humanos*. Buenos Aires: UNICEF.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2018). *Indicadores Básicos de Salud en Paraguay 2017*. Recuperado de <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2012/01/INDICADORES-BASICOS-DE-SALUD-IBS-2018.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MSPBS, DGEEC y UNICEF) (2017). *Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados MICS Paraguay 2016, Resultados principales*. Asunción: MSPBS/DGEEC/UNICEF.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MS y UNICEF) (2019). *Estadísticas de los Hechos Vitales de la Población Adolescente en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF.
- Miró, C. A. (2015). *América Latina, población y desarrollo*. Colección Antologías del Pensamiento Social Latinoamericano y Caribeño. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Molina Cintra, M. de la C. (2019). “La fecundidad adolescente desde una perspectiva de género, cerrar la brecha”. *Revista Novedades en Población*, 15(30).
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). *World population prospects: the 2019 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100*. Recuperado de <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>
- OMS (2019) *Mortalidad Materna*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

- OPS (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. *Sobrevivir, prosperar, transformar*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- OPS-OMS (2018). *Plan de acción para la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018 – 2030*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49609/CD56-8-es.pdf?sequence=15&isAllowed=y>
- OPS-UNICEF-UNFPA (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file/PDF%20Acelerar%20el%20progreso%20hacia%20la%20reducci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Pantelides E. A. y Binstock G. (2007). “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI”. *Revista Argentina de Sociología* 5 (9), pp. 24-43
- Rodríguez Vignoli, J. (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. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42511-fecundidad-deseada-adolescentes-latinoamericanas-un-aumento-que-desafia-la-salud>
- Rodríguez Vignoli, J. (2009). *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).
- Varela Petito, C. y Fostik, A. (2011). “Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?”. *Revista Latinoamericana de Población* (5,) 8, pp. 115-140.

Anexo

Tabla A1.1. Tasa específica de fecundidad adolescente registrada (por mil) en provincias, Argentina, periodo 2010-2018

| Provincias | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total país | 64,9 | 65,6 | 63,0 | 64,9 | 65,1 | 62,6 | 55,9 | 53,1 | 49,2 |
| CABA | 30,0 | 31,0 | 30,3 | 29,8 | 29,6 | 26,3 | 23,0 | 20,2 | 16,3 |
| Buenos Aires | 59,1 | 60,9 | 58,5 | 60,1 | 58,2 | 53,6 | 48,4 | 47,9 | 43,4 |
| Catamarca | 69,0 | 54,9 | 64,7 | 67,9 | 69,8 | 67,4 | 57,8 | 54,7 | 54,9 |
| Córdoba | 59,0 | 42,1 | 54,3 | 52,7 | 54,7 | 53,0 | 48,5 | 46,0 | 42,1 |
| Corrientes | 76,7 | 70,1 | 73,0 | 75,8 | 76,9 | 74,7 | 70,3 | 71,4 | 70,1 |
| Chaco | 98,5 | 87,8 | 89,3 | 88,3 | 88,5 | 101,2 | 82,6 | 82,1 | 87,8 |
| Chubut | 68,8 | 35,8 | 61,2 | 62,5 | 58,8 | 57,5 | 47,4 | 41,3 | 35,8 |
| Entre Ríos | 72,5 | 54,7 | 68,1 | 66,8 | 70,2 | 69,1 | 62,3 | 59,6 | 54,7 |
| Formosa | 86,6 | 86,2 | 90,7 | 90,2 | 92,4 | 92,8 | 85,0 | 82,5 | 86,2 |
| Jujuy | 68,7 | 53,4 | 66,3 | 71,3 | 75,2 | 70,7 | 63,1 | 54,8 | 53,4 |
| La Pampa | 69,2 | 41,6 | 60,7 | 63,5 | 59,8 | 54,7 | 51,2 | 45,8 | 41,6 |
| La Rioja | 62,3 | 44,3 | 62,4 | 61,6 | 59,3 | 59,4 | 54,3 | 50,1 | 44,3 |
| Mendoza | 66,1 | 44,5 | 64,3 | 69,4 | 70,4 | 65,1 | 57,5 | 49,9 | 44,5 |
| Misiones | 83,5 | 76,3 | 90,3 | 91,4 | 99,4 | 95,2 | 87,1 | 81,4 | 76,3 |
| Neuquén | 73,3 | 41,5 | 66,5 | 65,7 | 67,1 | 65,2 | 60,6 | 48,0 | 41,5 |
| Río Negro | 69,5 | 37,6 | 62,6 | 64,0 | 62,7 | 61,2 | 50,5 | 44,9 | 37,6 |
| Salta | 74,9 | 66,7 | 71,1 | 83,4 | 87,2 | 83,9 | 73,0 | 73,9 | 66,7 |
| San Juan | 72,2 | 58,1 | 74,0 | 80,5 | 86,1 | 77,3 | 67,8 | 57,8 | 58,1 |
| San Luis | 70,4 | 40,7 | 60,4 | 61,5 | 59,2 | 57,8 | 53,3 | 45,9 | 40,7 |
| Santa Cruz | 80,8 | 38,9 | 64,2 | 69,4 | 62,0 | 63,9 | 57,2 | 48,9 | 38,9 |
| Santa Fe | 66,1 | 50,6 | 64,8 | 66,5 | 67,3 | 66,6 | 60,4 | 54,6 | 50,6 |
| Santiago del Estero | 79,4 | 68,3 | 71,2 | 77,2 | 74,1 | 77,3 | 70,6 | 69,3 | 68,3 |
| Tucumán | 72,6 | 58,8 | 70,8 | 72,2 | 73,6 | 73,7 | 63,2 | 59,9 | 58,8 |
| Tierra del Fuego | 56,6 | 33,1 | 61,9 | 51,4 | 58,3 | 48,1 | 42,3 | 34,2 | 33,1 |

Tabla A1.2. Tasa específica de fecundidad adolescente registrada (por mil) en departamentos, Paraguay, periodo 2010-2018

| Departamento | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total país | 63,0 | 63,1 | 60,3 | 59,5 | 62,1 | 60,3 | 54,8 | 55,9 | 50,8 |
| Asunción | 57,3 | 60,7 | 56,5 | 56,4 | 58,2 | 52,4 | 48,5 | 45,3 | 39,8 |
| Concepción | 73,0 | 78,6 | 70,2 | 66,0 | 68,2 | 69,6 | 65,9 | 64,8 | 60,7 |
| San Pedro | 66,9 | 66,7 | 66,1 | 65,3 | 67,6 | 69,3 | 62,5 | 65,8 | 61,9 |
| Cordillera | 60,4 | 55,7 | 59,2 | 56,2 | 61,7 | 60,1 | 54,7 | 52,9 | 45,2 |
| Guairá | 58,3 | 57,2 | 53,4 | 53,8 | 53,8 | 49,0 | 47,2 | 48,7 | 44,6 |
| Caaguazú | 57,9 | 55,4 | 56,1 | 51,5 | 57,1 | 55,4 | 51,8 | 52,6 | 49,5 |
| Caazapá | 56,4 | 57,7 | 58,8 | 57,0 | 62,2 | 62,4 | 55,0 | 54,9 | 47,0 |
| Itapúa | 60,9 | 53,7 | 51,3 | 49,3 | 50,8 | 51,5 | 45,0 | 47,6 | 43,2 |

| | | | | | | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Misiones | 64,2 | 62,1 | 63,7 | 60,4 | 57,0 | 54,6 | 54,9 | 51,0 | 50,6 |
| Paraguarí | 52,6 | 47,0 | 51,9 | 47,6 | 46,6 | 43,2 | 40,8 | 39,6 | 40,0 |
| Alto Paraná | 75,6 | 80,0 | 75,4 | 79,7 | 79,9 | 77,7 | 66,4 | 65,0 | 63,2 |
| Central | 57,9 | 57,1 | 50,6 | 52,3 | 56,1 | 53,7 | 48,6 | 50,8 | 44,5 |
| Ñeembucú | 44,0 | 39,2 | 34,3 | 42,2 | 40,6 | 35,3 | 34,6 | 33,0 | 24,9 |
| Amambay | 75,2 | 88,5 | 93,4 | 81,7 | 83,7 | 76,6 | 73,3 | 75,5 | 61,0 |
| Canindeyú | 73,0 | 80,7 | 80,9 | 71,8 | 70,5 | 75,0 | 65,5 | 72,1 | 67,0 |
| Pdte. Hayes | 83,1 | 85,7 | 83,0 | 81,6 | 87,9 | 87,7 | 85,1 | 98,3 | 82,7 |
| Boquerón | 116,8 | 128,7 | 133,1 | 116,1 | 121,4 | 113,9 | 109,8 | 112,5 | 109,2 |
| Alto Paraguay | 84,5 | 90,7 | 79,9 | 89,0 | 102,1 | 66,7 | 72,6 | 111,3 | 84,6 |

Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) Reporte de Nacidos Vivos-Año 2010 a 2018.