

## Fecundidad adolescente en Cuba: algunas reflexiones sobre su comportamiento por provincias y zonas de residencia

### *Adolescent fertility in Cuba: some reflections on its behavior by provinces and areas of residence*

Recibido: 6 de septiembre de 2015

Aceptado: 14 de diciembre de 2015

Daylin Rodríguez Javiqué\*

Matilde de la C. Molina Cintra\*\*

#### Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo describir la fecundidad adolescente en Cuba en el período 2010-2014 y analizar sus determinantes próximos tanto a nivel nacional como por territorios. Con los datos publicados en los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población, así como las bases de datos de nacimientos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), se calculan las tasas de fecundidad adolescente en Cuba según los grupos 10-14 y 15-19, se desagrega por provincias y por zonas de residencia. Asimismo, se muestran datos sobre formación de familia de los jóvenes y adolescentes cubanos, anticoncepción y aborto de este grupo etario, elementos que pudieran de alguna manera permitir elaborar hipótesis respecto al comportamiento de la fecundidad adolescente en Cuba. El primer resultado importante es que la fecundidad del grupo 15-19 años ha tenido una ligera disminución en el período, sin embargo, el grupo 10-14 ha aumentado su nivel. Por otro lado, el análisis por zonas de residencia muestra que la fecundidad urbana ha ido ganando protagonismo en las provincias cubanas, observándose un aumento entre 2010 y 2012 en más de la mitad de ellas. De igual forma alrededor de un tercio de las provincias analizadas

muestran mayores niveles de fecundidad adolescente en zonas urbanas que en las rurales. Las altas tasas de aborto en la adolescencia, cifras que superan las tasas de fecundidad en estas edades en diez provincias del país, unido a la temprana edad en que ocurre la primera relación sexual y la primera unión, y a un inadecuado uso de los métodos anticonceptivos, ya sea por educación o por acceso, son elementos que vale la pena analizar en aras de encontrar explicaciones al comportamiento reproductivo de las adolescentes cubanas.

#### Palabras clave

Determinantes próximos de la fecundidad adolescente, fecundidad, fecundidad adolescente.

#### Abstract

*This paper aims to describe the adolescent fertility in Cuba during the period 2010-2014 and analyze its proximate determinants both nationally and by territory. Based on the data published in Demographic Yearbook, Studies and Data of the Population and birth databases of the National Bureau of Statistics and Information (ONEI), adolescent fertility rates in Cuba are calculated according to the groups 10-14 and 15-19, by province and area of residence. In addition, data on family formation, contraception*

\* Máster en Ciencias. Profesora Asistente del Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) de la Universidad de La Habana, Cuba. [daylin@cedem.uh.cu](mailto:daylin@cedem.uh.cu)

\*\* Máster en Ciencias. Profesora Auxiliar del Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) de la Universidad de La Habana, Cuba. [matilde@cedem.uh.cu](mailto:matilde@cedem.uh.cu)

*and abortion of Cuban adolescents are shown. These elements could allow hypothesizing about the behavior of adolescent fertility in Cuba. The first important result is that fertility among 15-19 years group had a slight decrease in the period; however, the 10-14 years group has increased its level. On the other hand, the analysis by area of residence shows that urban fertility has gained prominence in the Cuban provinces, with an increase between 2010 and 2012 in more than half of them. Similarly, about a third of the provinces analyzed show higher levels of adolescent fertility in urban areas than in rural areas. High rates of abortion in adolescence, which exceeds fertility rates in ten provinces of the country; early onset of sexual intercourse and first marriage, and improper use of contraceptive methods, are elements worth looking into in order to find explanations to the reproductive behavior of Cuban adolescents.*

### **Keywords**

*Adolescent fertility, fertility, proximate determinants of adolescent fertility.*

## **Introducción**

La fecundidad en Cuba es baja, por debajo del nivel de reemplazo, y se concentra en las edades jóvenes, las que tienen el mayor aporte a la fecundidad total. La fecundidad cubana presenta un patrón de fecundidad temprana, la mayor parte de esta se concentra en el grupo entre 20 y 24 años, quienes aportan más del 30% de la fecundidad, seguido por el grupo 25 a 29 con el 27%. No obstante, resulta interesante el aporte de las jóvenes entre 15 y 19 años, quienes representan el 16% de la fecundidad total, igual al grupo de 30-34 años. Si bien entre el año 2010 y el 2014 se ha observado un aumento en el peso de la fecundidad de las mujeres mayores de 30 años, aún la preponderancia la tienen los nacimientos en las mujeres de 20 a 24 y 25 a 29, en ese orden.

En este sentido la fecundidad adolescente es un elemento vital. Esta es precisamente una de las desarticulaciones del proceso de transición demográfica en Cuba; muchos de los países que se encuentran en la misma situación en términos de fecundidad y mortalidad, tienen una fecundidad adolescente mucho más baja, excepto en América Latina. Si bien la teoría expone que la estructura

y el nivel de la fecundidad no tienen una relación directa (Camisa, 1982), sí es cierto que la fecundidad adolescente es un aspecto que coincide en cuanto a nivel de desarrollo social y a etapa en el proceso de transición demográfica. Pese a que casi todos los países de América Latina ya se encuentran en etapas avanzadas de la transición demográfica y muestran tasas de fecundidad bajas, en la región aún persisten elevadas tasas de fecundidad adolescente. Según datos de la Organización Iberoamericana de Juventud, en América Latina no solo persisten las altas tasas de fecundidad adolescente, sino que este indicador ha aumentado en los últimos años.

Los esfuerzos de la educación en Cuba, el alcance de nuestro sistema de salud, los logros en términos de derechos de la mujer y la voluntad por alcanzar las metas trazadas en materia social y de igualdad territorial, no se corresponden con ese comportamiento que otros autores han dado en calificar como “desarticulación”, ni con las diferencias en este indicador por provincias.

El objetivo del artículo es reflexionar en torno al fenómeno de la fecundidad adolescente en el país y las provincias en el quinquenio 2010-2014. Para ello se han tomado los datos de fecundidad de mujeres entre 12 y 19 años en el referido período en las 15 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud, se ha observado su evolución en el tiempo y se han examinado las diferencias territoriales. Se analizó además el comportamiento de los determinantes próximos, llegándose al análisis provincial en dependencia de la disponibilidad de la información.

Se muestra el comportamiento de tres de los determinantes próximos de la fecundidad en Cuba: la anticoncepción, el aborto y la formación de parejas. Si bien este último no ha sido identificado como significativo a la hora de analizar la fecundidad en Cuba, es interesante su comportamiento sobre todo en los adolescentes.

Las fuentes de los datos son los registros de nacimientos, estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), censos, encuestas nacionales y resultados de investigaciones. De esta forma se ha recopilado la información disponible más reciente y en función de ello se muestran elementos interesantes y que podrían abrir nuevas líneas de investigación sobre el tema.

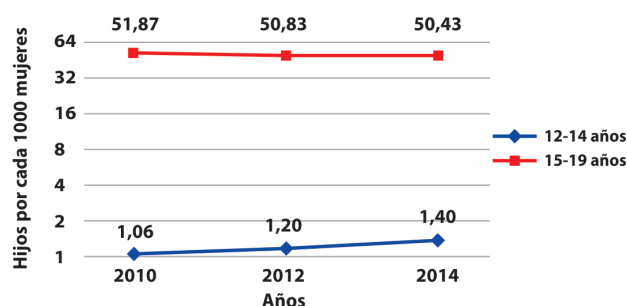
## DESARROLLO

### Estructura de la fecundidad en Cuba, un apartado para la fecundidad adolescente

Atendiendo a los datos de fecundidad adolescente se puede analizar el fenómeno teniendo en cuenta, por una parte, la evolución de la tasa de fecundidad adolescente en sí misma y por otra el peso de esta fecundidad en la fecundidad total. A la hora de analizar la evolución de la variable, un aumento en los valores de la fecundidad en estas edades podría ser interpretado como consecuencia directa de un aumento en los niveles de fecundidad total. Sin embargo, cuando se analiza el peso que tienen las tasas en este grupo de mujeres, el fenómeno queda más claro. Es por ello que a la hora de mostrar los resultados se analiza tanto la evolución de la tasa como el peso que tienen estas edades en la fecundidad total.

Cuando se habla de fecundidad adolescente usualmente se hace referencia a la población femenina entre 15 y 19 años, sin embargo, es importante estudiar por separado al grupo de las madres entre 12 y 14 años, tanto por su importancia como por su evolución en los últimos años. La figura 1 muestra los valores de las tasas de fecundidad de estos dos grupos de edades entre el 2010 y el 2014.

**Figura 1. Tasa específica de fecundidad de los grupos 12-14 y 15-19 años. Cuba, 2010, 2012 y 2014.**

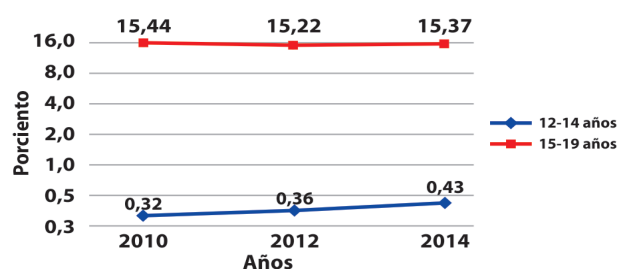


Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuarios Demográficos de Cuba de la ONEI (2009-2014).

Como ya se había hecho referencia anteriormente, se cree necesario, además de calcular los valores de fecundidad, observar el comportamiento

del peso de la fecundidad en estos grupos sobre la fecundidad total (figura 2).

**Figura 2. Peso relativo de la fecundidad de los grupos 12-14 y 15-19 años sobre la fecundidad total. Cuba, 2010, 2012 y 2014.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuarios Demográficos de Cuba de la ONEI (2009-2014).

Entre el 2012 y el 2014 la tasa específica de fecundidad de las adolescentes entre 15 y 19 años ha tenido una ligera disminución, sin embargo el peso de este grupo se ha mantenido oscilando pues el valor observado en 2012 es ligeramente menor que el registrado en 2010, no obstante en 2014 vuelve a aumentar un poco respecto al 2012 pero sigue siendo menor que en el 2010. En el grupo 12-14, las cifras observadas han ido en aumento, tanto en lo referente a la tasa como en el peso relativo. La tasa específica de fecundidad pasa de 1,06 hijos por cada 1000 mujeres en estas edades en el 2010 a 1,4 en el 2014. Con relación a la proporción, mientras en el 2010 la fecundidad de 12-14 representaba el 0,32 % de la fecundidad total, ya en el 2014 el valor fue de 0,43 %.

A partir de estos datos se puede hacer varias reflexiones. En primer lugar, efectivamente es necesario separar la fecundidad de 15-19 años de la de menores de 15, pues el comportamiento está siendo diferente y preocupante en el país. Mientras ha habido una ligera disminución de la fecundidad del grupo 15-19, el peso de estas edades se ha mantenido oscilando alrededor de los mismo valores, esto puede ser interpretado como una consecuencia de un ligero descenso de la fecundidad total en el país que puede impactar en esta pequeña caída de la fecundidad adolescente, pues en términos relativos continúa teniendo más o menos la misma importancia.

En el caso de las adolescentes de 12-14, el aumento en la tasa también ha significado un

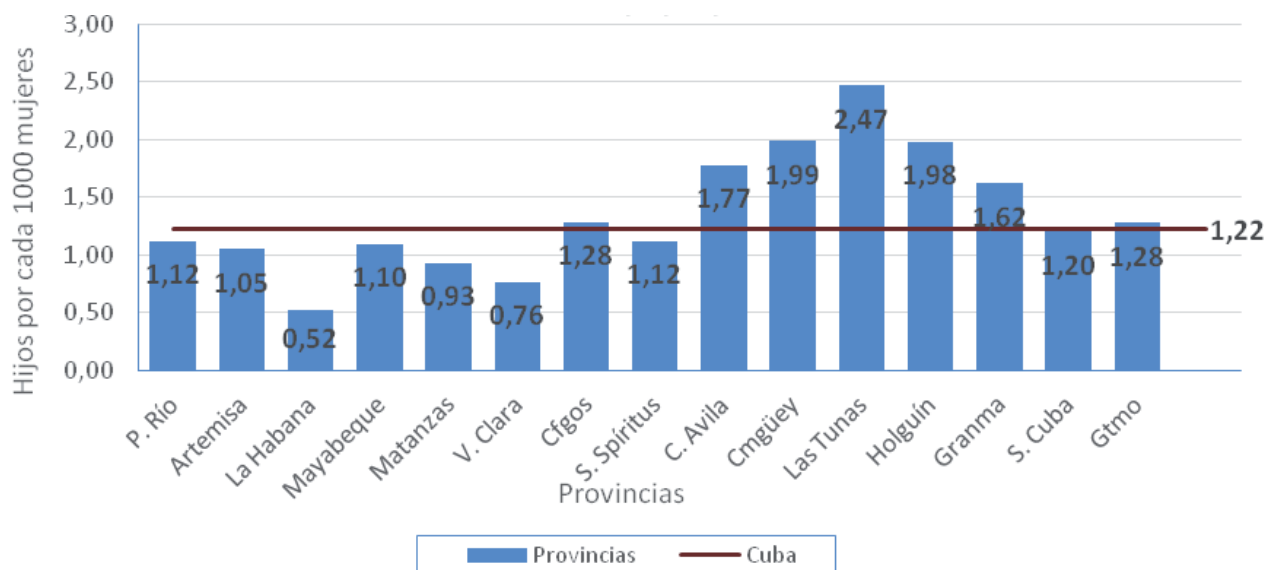
aumento en el peso relativo en el período seleccionado, lo cual confirma que de cualquier forma que sea analizado existe un aumento del indicador en estas edades.

### La fecundidad adolescente en Cuba. Un análisis por provincias

La fecundidad cubana ha mantenido niveles bajos sostenidos en el tiempo durante ya varias

décadas, es por ello que se hace necesario abordar otros niveles de análisis para poder estudiar la dinámica en el contexto micro. En lo que sigue se mostrará el comportamiento atendiendo a las provincias, donde se expresarán diferencias que si bien pudieran necesitar mayores indagaciones, incluso por municipios, apuntan a la necesidad de análisis que continúen profundizando en el comportamiento reproductivo cubano.

**Figura 3. Tasas de fecundidad del grupo 12-14. Cuba y provincias, 2010-2014.**



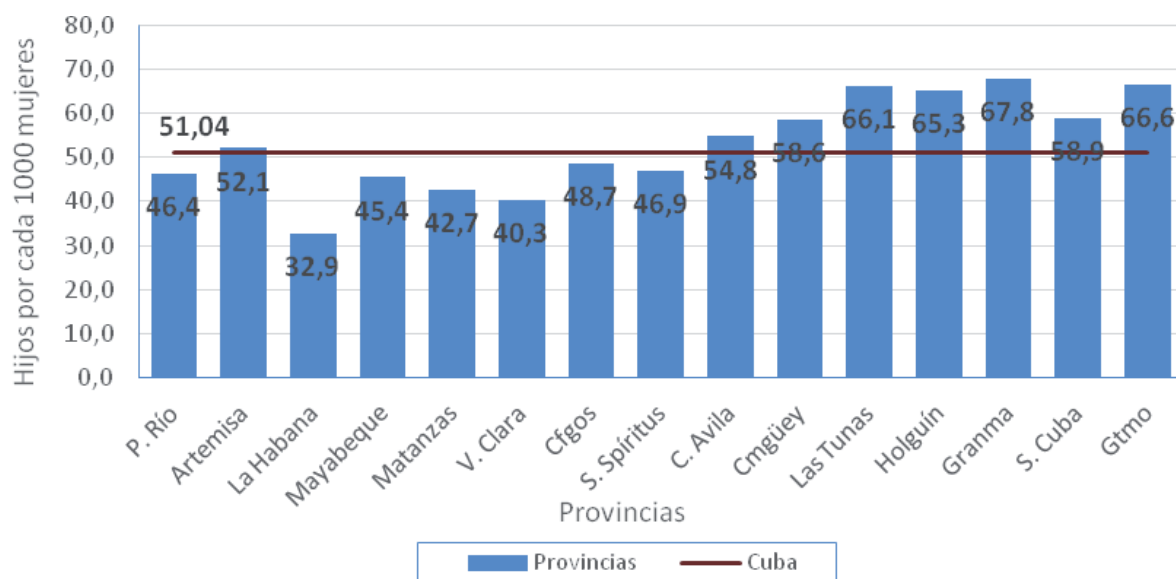
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las bases de datos de nacimiento del MINSAP (2010 y 2012) y de los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población cubana de la ONEI (2009-2014).

La figura 3 representa el promedio en la tasa de las adolescentes de 12 a 14 años por provincia en los años analizados (2010, 2012 y 2014), además se incluye el promedio nacional para comparar las tasas provinciales respecto a la media nacional, este dato está representado con la línea horizontal para una mejor visualización del lugar que ocupa cada provincia respecto a la media nacional.

El mayor valor lo muestra la provincia de Las Tunas con más de dos hijos por cada mil mujeres en estas edades, ubicándose muy por encima de lo que muestra la media nacional. En segundo lugar, se encuentra la tasa de Camagüey, seguida por la de Holguín. Los menores valores los ostenta La

Habana; en segundo lugar, Matanzas y en tercero Artemisa, estas últimas con valores muy próximos a un hijo por cada mil mujeres. Resulta interesante que son justo las provincias orientales las que muestran valores por encima de la media nacional, de hecho ya a partir de la provincia de Ciego de Ávila se observa esta tendencia. Esto pudiera estar relacionado probablemente con el hecho de que es el oriente del país el que posee mayores valores de fecundidad, que si bien el nivel de la fecundidad en estas provincias se encuentra por debajo del nivel de reemplazo, sí muestra cifras por encima de la media nacional y de las provincias occidentales.

**Figura 4. Tasas de fecundidad del grupo 15-19. Cuba y provincias, 2010-2014.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las bases de datos de nacimiento del MINSAP (2010 y 2012) y de los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población cubana de la ONEI (2009-2014).

Respecto a la tasa del grupo 15-19 (figura 4), la mayor tasa se observa en la provincia de Granma, seguida por Guantánamo, y en tercer lugar Las Tunas. Las que muestran menores valores son La Habana, Villa Clara y Matanzas, en ese orden. En este grupo de territorios repite Las Tunas como una de las provincias con mayor tasa de fecundidad adolescente en los dos grupos (12-14 y 15-19), y tenemos a La Habana, Villa Clara y Matanzas como las provincias con menores tasas. En el caso de la primera y la tercera vuelven a estar entre las tres primeras con los menores valores de fecundidad adolescente, pues este también fue el comportamiento observado en la figura 3. Con estos resultados, se observa que son las provincias orientales las que muestran mayor fecundidad adolescente, mientras que las occidentales tienen menores cuantías en este indicador.

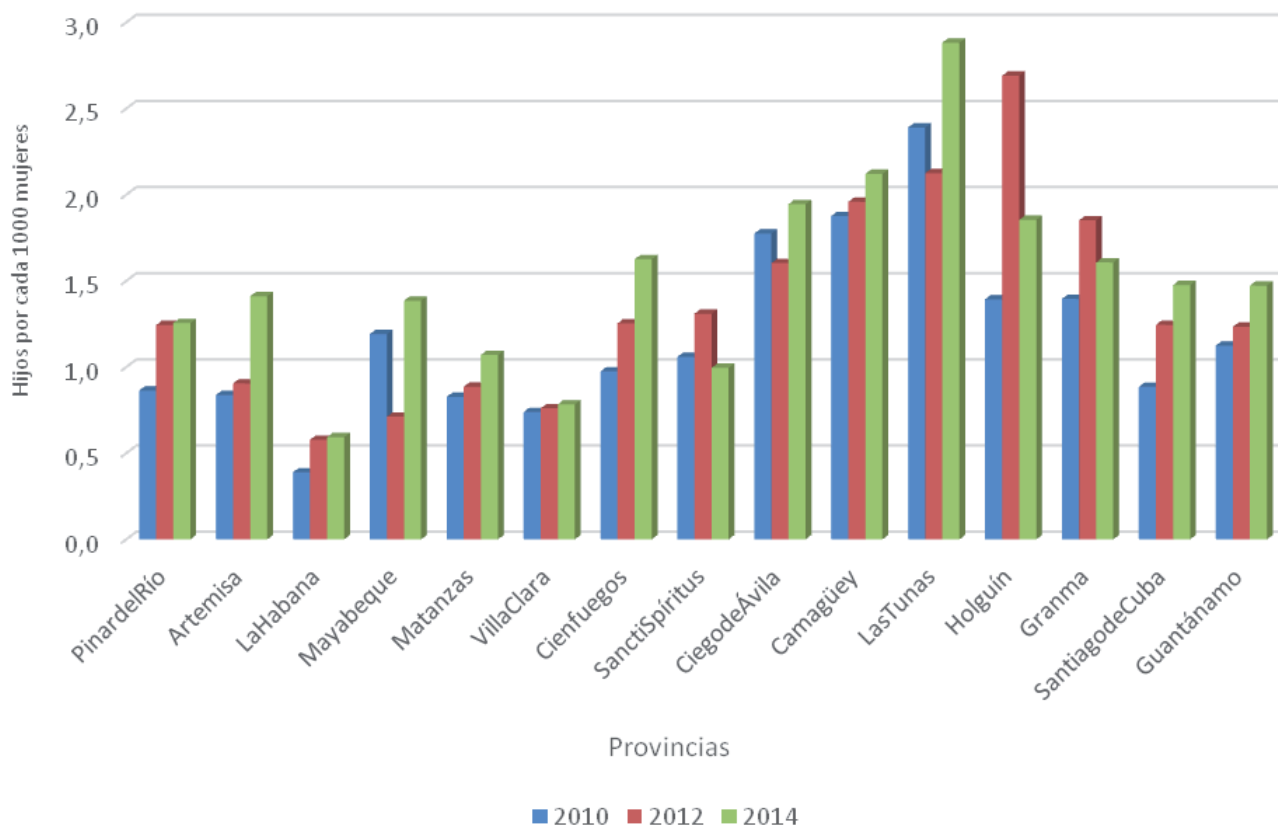
Resulta interesante además que Granma, siendo la de mayor fecundidad adolescente en el grupo 15-19 en el país, muy por encima de la media nacional, está dentro de las tres de menor fecundidad en adolescentes entre 12 y 14 años en la región oriental, este es un fenómeno que podría ser estudiado más en profundidad.

Una vez analizados los valores generales, se hace necesario observar la tendencia de cada pro-

vincia a través del tiempo. Ya los datos de Cuba mostraron dos elementos importantes: la fecundidad de menores de 15 años tuvo un ligero aumento en el período y la del grupo 15-19 un ligero decremento. Es importante aclarar que para el año 2010 aún no estaba vigente la nueva división político-administrativa en el país, sin embargo en el anuario demográfico del 2010 (que se publica en el 2011) ya se muestran los datos con las provincias reajustadas con la División Político-Administrativa (DPA) del 2011. Al tener la población reajustada, las autoras reconstruyeron también los nacimientos de la base de datos del 2010 y los resultados de este año se muestran ya con la DPA nueva.

En la figura 5 se observa que, con la excepción de las provincias de Mayabeque, Ciego de Ávila y Las Tunas, todas las demás provincias muestran un aumento en la fecundidad de las adolescentes menores de 15 años entre el 2010 y el 2012. Entre el 2012 y el 2014 también se observa que ha aumentado este índice a excepción de Sancti Spíritus, Holguín y Granma, con la peculiaridad de que, aunque se observa una disminución entre 2012 y 2014, las cifras del 2014 de las últimas dos provincias continúan siendo mayores que las observadas en el 2010.

**Figura 5. Tasa específica de fecundidad del grupo 12-14 años por provincias. Cuba, años seleccionados.**



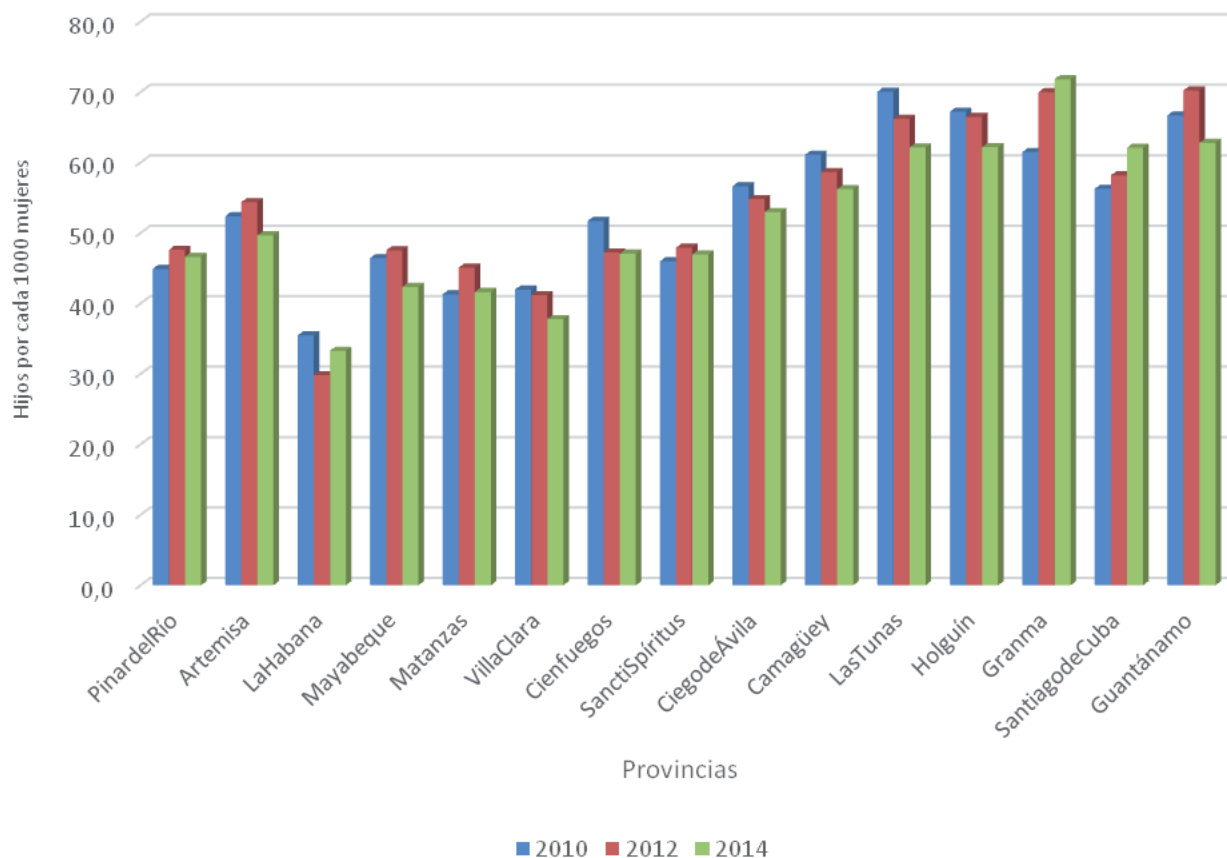
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las bases de datos de nacimiento del MINSAP (2010 y 2012) y de los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población cubana de la ONEI (2009-2014).

Las adolescentes de 15 a 19 años (figura 6) muestran una tendencia por regiones muy semejante a sus colegas menores de 15. Nuevamente son las provincias orientales las que mayores valores muestran. Sin embargo, contrario a lo que sucede con la fecundidad de las menores de 15 años, en el grupo 15-19 la variable ha disminuido su valor en la mayoría de las provincias. Entre 2012 y 2014 en las únicas provincias en las que el valor de la fecundidad adolescente no bajó fue en La Habana, Granma y Santiago de Cuba. Es interesante cómo en La Habana entre el 2010 y el 2012 se observa un leve descenso en la tasa específica

del grupo, luego, aunque mantiene un valor por debajo del observado en el 2010, vuelve a estar por encima del mostrado en el 2012. En las otras tres provincias mencionadas la tendencia ha sido al aumento sostenido en el tiempo.

Es notable que Villa Clara, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas y Holguín han mantenido un ritmo constante de disminución de la fecundidad adolescente, mientras que el resto ha tenido oscilaciones, sin embargo, es generalizado el hecho de que el 2014 muestra valores inferiores al 2012.

**Figura 6. Tasa específica de fecundidad del grupo 15-19 años por provincias. Cuba, años seleccionados.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las bases de datos de nacimiento del MINSAP (2010 y 2012) y de los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población cubana de la ONEI (2009-2014).

### La fecundidad adolescente. Un análisis por zonas de residencia

La zona de residencia ha sido un diferencial relevante en el estudio de la fecundidad adolescente. En muchos países, sobre todo países en desarrollo, la zona de residencia suele marcar diferencias interesantes especialmente en el nivel de la fecundidad; normalmente las poblaciones residentes en las zonas rurales muestran una fecundidad mayor que las que residen en zonas urbanas. El panorama demográfico cubano, en el que la transición de la fecundidad estuvo marcada por su inicio abrupto y una celeridad inusitada de los cambios, en términos del patrón reproductivo a nivel territorial, pasó de la disparidad a la homogeneidad a partir

de 1960. Para los años cincuenta, elementos como la educación y los servicios de salud se concentraban básicamente en las zonas urbanas, donde aproximadamente el 95% de la población estaba alfabetizada, sin embargo, en las zonas rurales este indicador solo alcanzaba el 58% (Colectivo de autores, 1995).

Por otro lado, alrededor de dos tercios de los hospitales y clínicas, tanto públicas como privadas, se encontraban en la parte urbana. La fecundidad, por su parte, mostraba un diferencial de casi dos hijos entre la zona urbana y la rural, siendo esta última la que más aportaba a la fecundidad nacional (Colectivo de autores, 1995).

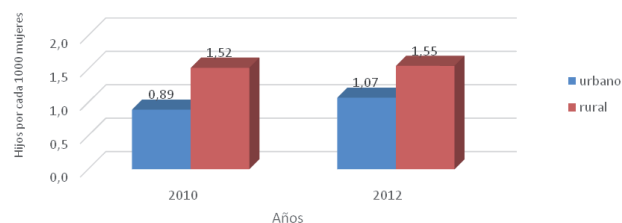
La Revolución cubana tuvo como una de sus principales prioridades la reducción de las desigualdades y desde sus primeros momentos fomentó una política de cobertura universal y gratuita en las áreas de salud y educación. Esto, unido a la nueva división político-administrativa del país, permitió que las disparidades urbano-rural se redujeran considerablemente, produciéndose así de alguna manera una "urbanización acelerada" en el país.

Si bien la discriminación de la mujer era un fenómeno nacional, era mucho más acentuada en las zonas rurales. La Revolución colocó a la mujer cubana en un lugar donde nunca antes había estado y esta "emancipación" de la mujer en todas las regiones del país fue decisiva tanto en el cambio de la fecundidad en general, como en la reducción de las desigualdades en la fecundidad entre el campo y la ciudad, pues la mujer rural pasó a jugar un rol social importante al mismo nivel que la mujer urbana.

Aunque de modo general la fecundidad cubana posterior a 1959 fue cada vez más homogénea y actualmente el diferencial es de menos de un hijo por mujer entre la zona urbana y rural, es interesante estudiar el comportamiento reproductivo de las adolescentes en los diferentes territorios.

En este sentido se observa un comportamiento interesante. En la figura 7 hay varios elementos que saltan a la vista. En primer lugar, entre el 2010 y el 2012 hay un ligero aumento en la fecundidad de las menores de 15 años en ambas zonas. En segundo lugar, tanto en el 2010 como en el 2012 esta fecundidad es mayor en las zonas rurales, la diferencia es de menos de un hijo pero igualmente la urbana es menor. Y por último es válido destacar que esta diferencia se acorta de un año para otro, pero no por una disminución de la fecundidad rural sino por un aumento de la urbana, que en el 2010 estaba por debajo de 1 y ya en el 2012 es de 1,07 hijos por cada mil mujeres en estas edades.

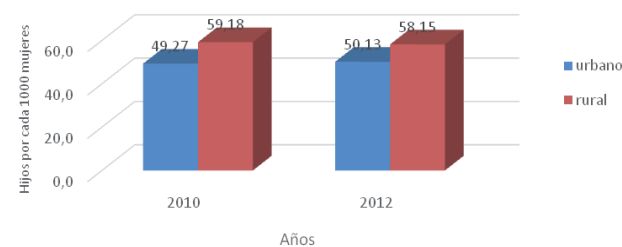
**Figura 7. Tasas específicas de fecundidad por zonas de residencia del grupo de 12-14.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las bases de datos de nacimiento del MINSAP (2010 y 2012) y de los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población cubana de la ONEI (2009-2012).

Si comparamos la fecundidad de menores de 15 años con la del grupo 15-19 (figuras 7 y 8) se nota que el diferencial urbano-rural es menor en el segundo grupo para ambos años.

**Figura 8. Tasas específicas de fecundidad por zonas de residencia del grupo de 15-19. Cuba 2010 y 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las bases de datos de nacimiento del MINSAP (2010 y 2012) y de los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población cubana de la ONEI (2009-2012).

Según los datos sobre población por zonas de residencia para el 2014, las provincias con mayores proporciones de población rural son Granma, Guantánamo, Las Tunas, Pinar del Río y Holguín, en ese orden, todas con más del 50% de su población residiendo en la zona rural. ¿En el análisis por provincia, una mayor fecundidad en la región oriental podría estar asociada a un menor grado de urbanización en estos territorios? Con el objetivo de intentar relacionar la zona de residencia con los niveles de fecundidad adolescente serán calculadas las tasas de fecundidad atendiendo a este diferencial.



Tanto en las adolescentes entre 10 y 14 años (figura 7) como en las del grupo 15-19 (figura 8) la fecundidad rural es mayor que la urbana, disminuyendo este diferencial de un año a otro en ambos grupos. En el primer caso (10-14,) la fecundidad rural es 70% más alta que la urbana en el 2010 y 44% mayor en el 2012, habiendo disminuido más de un 30% en dos años. Las protagonistas en la disminución de este diferencial han sido las adolescentes urbanas, las cuales tuvieron un aumento de un 20% en su fecundidad entre un año y otro.

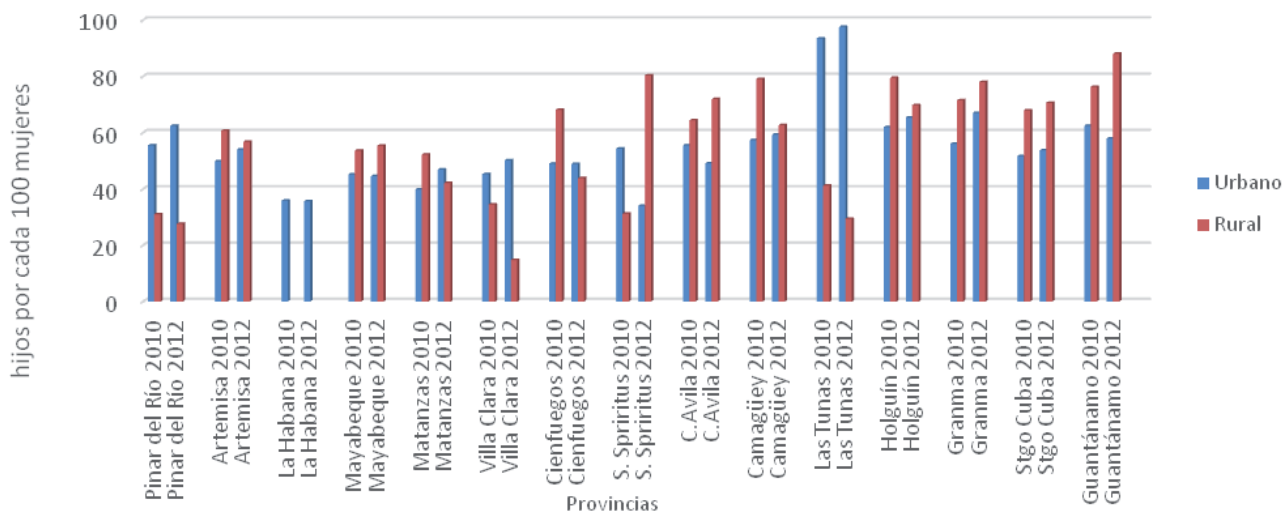
En el grupo 15-19 las diferencias son menores, siendo 20% menor en la zona rural para el 2010 y 16% en el 2012, cifras que también dan cuenta de una disminución en la brecha entre una y otra zona. En este grupo hay un comportamiento interesante que tiene que ver con el aumento de la fecundidad urbana entre uno y otro año y la disminución de la rural, evidenciándose una vez más que el aumento en este indicador entre los dos años está impulsado por las adolescentes urbanas.

Este panorama por zona de residencia pareciera un comportamiento singular de la fecundidad cubana, sin embargo, la tendencia en América Latina ha sido muy semejante. Si bien es la fecundidad

adolescente rural aún alrededor de un 30% mayor que la urbana, son las zonas urbanas en las que se registra una maternidad adolescente importante muy semejante a la africana. En este sentido, factores como la pobreza, los niveles de urbanización, los niveles de educación y la ampliación de oportunidades para la mujer, que históricamente han favorecido a la zona urbana, pudieran estar perdiendo efectividad en la región, lo cual requiere de análisis diferentes que permitan trabajar el fenómeno desde este comportamiento emergente (J. Rodríguez, 2014, p.7).

En los análisis a lo interno de cada provincia se trabaja solo con el grupo 15-19 y a este se le suman los nacimientos de madres menores de 15 años porque para trabajar con el grupo 10-14 sería necesario realizar correcciones para las estimaciones con poblaciones pequeñas, pues los nacimientos por provincias, desglosados por zona de residencia, pueden estar expuestos a errores debido a la aleatoriedad del fenómeno, provocada por la poca población femenina expuesta a riesgo de tener hijos. Las correcciones pertinentes quedan pendientes para un futuro trabajo.

**Figura 9. Tasas de fecundidad adolescente por provincias, 2010 y 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las bases de datos de nacimiento del MINSAP (2010 y 2012) y de los Anuarios Demográficos y Estudios y Datos de la Población cubana de la ONEI (2009-2012).

En las provincias cubanas notamos que los diferenciales urbano-rural varían de manera importante de un territorio al otro (figura 9), mostrando cuatro comportamientos diferentes. En primer lugar, las provincias que exhiben valores con una tendencia contraria a la nacional como Pinar del Río, Villa Clara y Las Tunas, que para ambos años muestran mayores tasas de fecundidad adolescente en la zona urbana que en la rural. En segundo lugar, se presentan las provincias que cambian de tendencia entre el 2010 y 2012, mostrando mayores valores en la zona rural para el 2010, sin embargo ya en el 2012 la fecundidad urbana supera la rural. En este segundo grupo se encuentran Matanzas y Cienfuegos. Un tercer comportamiento es el de la provincia de Cienfuegos, la cual invierte sus valores de 2010 a 2012 a favor del ascenso de la fecundidad adolescente en la zona rural. El resto de las provincias muestran un comportamiento similar al nacional, donde la fecundidad rural es mayor que la urbana para las adolescentes.

Hasta aquí se ha descrito el comportamiento y la evolución de la fecundidad adolescente en el país en el período 2010-2012; los resultados son interesantes y muestran comportamientos novedosos que contrastan con patrones tradicionales. Con el objetivo de relacionar esta fecundidad con algunas variables que pueden estar determinando este comportamiento, en la segunda parte se trabajarán los determinantes próximos de la fecundidad.

### **Determinantes próximos de la fecundidad adolescente**

Se analizará el comportamiento de la interrupción del embarazo, la unión o formación de pareja y la anticoncepción. J. Rodríguez Vignoli (2009, p. 128) declara como las dos variables intermedias principales de la fecundidad adolescente, la actividad sexual durante la adolescencia (en particular la edad de iniciación sexual), y el uso de anticonceptivos (en particular, el uso en la primera relación sexual).

Los resultados de investigación de Gran (2004, pp. 95-96) confirman que en Cuba el embarazo no deseado e interrumpido con frecuencia en las adolescentes se asocia al inicio precoz de las relaciones sexuales y a la corta edad del primer embarazo, lo cual refleja una inadecuada preparación para la iniciación sexual en edades cada vez más

tempranas. A ello se asocia el tipo de unión y su corta duración. La no convivencia de las parejas en un mismo hogar incide también en la interrupción del embarazo.

El proceso de educación sexual y de información sobre los derechos sexuales y reproductivos y los esfuerzos en los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar deben ser continuos en el tiempo, "en particular con los adolescentes, quienes a esas edades desconocen el funcionamiento de sus propios cuerpos y tampoco tienen capacidad ni formación para analizar las consecuencias que entraña la actividad sexual a una edad temprana, menos si antes no son informados de los riesgos que corren". (Benítez, 2014, p.96)

En general, la percepción de riesgo en la adolescencia es baja. En torno a la salud sexual y reproductiva, se evidencian según investigaciones realizadas (Centro de Estudios sobre la Juventud [CESJ]-Centro de Estudios de Población y Desarrollo [CEPDE], 2012), comportamientos como las relaciones sexuales sin protección y el cambio frecuente de pareja. Estas conductas potencian un mayor riesgo para los embarazos no deseados, pues el pensamiento mágico de esta edad hace suponer que nada ocurrirá.

### **Edad de inicio de las relaciones sexuales**

La edad media del inicio de las relaciones sexuales se ubica en la etapa de la adolescencia media, así lo constatan estudios sobre el tema (ONEI, 2010b; ONEI, 2012; G. Rodríguez, 2013).

Según la Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/Sida 2011 (ONEI, 2012) el 8% de los adolescentes entre los 12 y 14 años declaró haber tenido relaciones sexuales (12.0% de los varones y 3.7% de las muchachas). Entre los 15 y los 16 años cerca de la mitad de los varones (49.7%) y el 35.5% de las muchachas habían iniciado sus prácticas sexuales penetrativas. Entre los 17 y los 18 años cuatro de cada cinco (81.7%) y entre los 19 y los 20 años, nueve de cada diez (91.9%) tenían ya una vida sexualmente activa.

Una comparación realizada entre las Encuestas sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/Sida 2009-2011, (tabla 1), evidencia que pareciera plausible afirmar que en las primeras edades han disminuido las proporciones de personas iniciadas.

**Tabla 1. Porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales alguna vez por grupos de edad según sexo.**

Grupos de edad	2009			2011		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
12-14	6.4	8.8	4.2	8.0	12.0	3.7
15-16	45.3	56.8	37.3	43.1	49.7	35.5
17-18	81.0			81.7	83.8	79.6
19-20	95.0			91.9	92.4	91.3

Fuente: Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/Sida 2009-2011.

Ambas fuentes registraron que en el grupo de muchachas de 12 a 14 años la proporción de iniciadas se contrajo de un 4.2% en el 2009 a un 3.7% en el 2011. En el grupo de 15 a 16 años se reduce la proporción de un 37,3% en el 2009 a 35,5% en el 2011. Esta contracción de la proporción de personas iniciadas sexualmente entre la encuesta de 2009 y 2011 se produce en ambos sexos. Investigadores de la ONEI consideran que "Este descenso, mucho más marcado entre las mujeres, hace suponer que en las y los adolescentes han comenzado a tener efecto los mensajes encaminados a postergar la edad de inicio de las relaciones sexuales" (ONEI 2012, p. 33)

Estudios cualitativos (Quintana, Bombino, Rodríguez, Molina, Peñalver y Avila, 2014; G. Rodríguez, 2013) realizados sobre el embarazo en la adolescencia confirman que la edad del inicio de las relaciones sexuales se ubica en la adolescencia media; sin embargo, aparecen algunas diferencias entre los territorios, lo cual invita a profundizar con estudios de casos en diferentes territorios del país.

Otras investigaciones realizadas (G. Rodríguez, 2013) demuestran que, en las mujeres que se han iniciado en las relaciones sexuales en distintos momentos en el tiempo y a diferentes edades, no se aprecia el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. En general es esta una relación desprotegida y puede traer como consecuencia embarazos no deseados.

#### Formación de pareja

La edad de la primera unión o formación de pareja constituye uno de los determinantes próximos de la fecundidad. Aunque en la adolescencia no se identifica como una de sus principales variables, es importante su análisis porque expone a la adolescente a una mayor frecuencia de las relaciones sexuales.

Según el censo de 2012 (tabla 2) aproximadamente el 22% de las adolescentes tenían pareja, predominando las uniones consensuales. El porcentaje de mujeres de esta edad que declaró tener pareja en el censo de 2012, es mayor que en el censo de 2002.

**Tabla 2 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años según estado civil o situación conyugal. Cuba 2002 y 2012**

Año censal	Total	Estado civil o situación conyugal					
		Casada	Unida	Divorciada	Separada	Viuda	Soltera
2002	392 532	20 004	62 503	3 092	4 635	258	302 040
	%	5.09	15.92	0.78	1.18	0.65	76.94
2012	340140	17632	57166	1633	2667	528	260514
	%	5.18	16.81	0.48	0.78	0.16	76.59

Fuente: ONEI (2003 y 2013) Censo de Población y Viviendas 2002 y 2012 – Informe Nacional.

La proporción de adolescentes casadas y unidas aumentó de un censo a otro, siendo en el 2002 de 210 por cada mil adolescentes, mientras en el 2012 esta proporción se elevó a 220 por cada mil. La edad en que sucede la primera unión o formación de pareja incide en la fecundidad si las relaciones sexuales son desprotegidas. Cuanto más temprana sea la edad al unirse, más rápido estará expuesta la mujer al riesgo de concebir. Por lo tanto, en el período intercensal 2002-2012 aumentó el número de mujeres de 15 a 19 años expuestas al riesgo de concebir.

¿Cuál es la dinámica de esta formación de pareja?

Según los resultados de la encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/Sida (ONEI 2012, p. 33) solo el 2.4% de los hombres y 12.2% de las mujeres tuvieron sus primeras relaciones sexuales teniendo una relación estable (casada (o) o unida (o))

Si se compara la edad media de la primera unión con la de la primera relación sexual se aprecian diferencias importantes (ONEI, 2010b, p. 37). La edad de la iniciación sexual para las mujeres es inferior en poco más de dos años a la edad a la primera unión (17 años vs. 19,5), en el caso de los hombres esta diferencia es de seis años (16 años vs. 22 años).

Cuando se analiza por grupos decenales de edad se constata que de 15 a 24 años la edad promedio de las mujeres en su primera unión es 17,7 y se inician como promedio a los 15,7 años, existiendo una diferencia de dos años. La edad de los hombres a la primera unión es 19,1, dos años más tarde que las mujeres; y declaran iniciar sus relaciones sexuales a los 15 años, más temprano que las mujeres.

Según la ONEI (2010b) las mujeres adolescentes inician sus relaciones sexuales con parejas mayores que ellas, lo contrario sucede con los hombres.

Las mujeres de 15 años o menos (tabla 3) iniciaron sus relaciones sexuales con parejas que tenían una diferencia de edad de 3 a 6 años; a menor edad, mayor la diferencia de edad con su pareja. En la medida en que aumenta la edad de la adolescente tales diferencias van disminuyendo.

**Tabla 3. Edad promedio de la pareja según edad del adolescente al iniciar sus relaciones sexuales**

Edad del adolescente	Edad promedio de la pareja con quien se iniciaron	
	Hombres	Mujeres
12	14	18
13	14	18
14	15	18
15	15	18
16	16	19
17	17	20
18	18	20
19	19	22
Diferencia de edad con la pareja	Edad de la pareja igual a edad del iniciado como promedio	Edad de la pareja 4 años mayor como promedio

Fuente: Encuesta sobre indicadores de Prevención de Infección por el VIH-Sida 2009.

En el caso de los hombres el comportamiento es inverso para los menores de 15 años. Estos iniciaron sus relaciones sexuales penetrativas con mujeres mayores que ellos. De 15 a 19 años estos iniciaron sus relaciones con mujeres de su misma edad como promedio (ONEI, 2010b).

Según la ONEI (2010a) es posible afirmar que las cohortes más jóvenes están iniciando su vida sexual algo más tempranamente que como lo hicieron sus padres 30 años antes. Esto parece estar contribuyendo a la formación más temprana de uniones –probablemente de carácter consensual– que pueden o no implicar convivencia, aunque sí cierta estabilidad y así han sido reconocidas por los jóvenes.

G. Rodríguez (2013) constató que los adolescentes consideran que la unión legal es un paso importante pero no necesario y definitivo para la estabilidad de la pareja. Con relación al matrimonio considera un adolescente por ejemplo que: *eso es un papeleo por gusto, sí me voy a unir con alguien, pero no a casarme; voy a tener una pareja... mis tíos llevan cantidad de años juntos y no se han casado, y les va muy bien.*

Parece ser que las muchachas anhelan y piensan más en el matrimonio que los hombres. Una muchacha refiere que: *Casi siempre son las mujeres*

las que quieren casarse, les gusta pasar por ese momento.

Estas valoraciones se fundamentan en las experiencias vividas y el contexto en el que se desarrollan. Estos adolescentes tienen familiares cercanos que no han contraído matrimonio y constituyen una pareja estable y sólida. Así se expresa: *Mis padres llevan juntos más de quince años y nunca se han casado;* y la muchacha: *Mis tíos nunca se han casado, son pareja hace 12 años y no se han casado nunca, y tienen hijos y todo.*

### Interrupción del embarazo

Se analizarán en este acápite las interrupciones voluntarias de embarazo por abortos (curetaje quirúrgico y medicamentoso, hasta la duodécima semana), así como por regulaciones menstruales (método de aspiración, hasta la sexta semana).

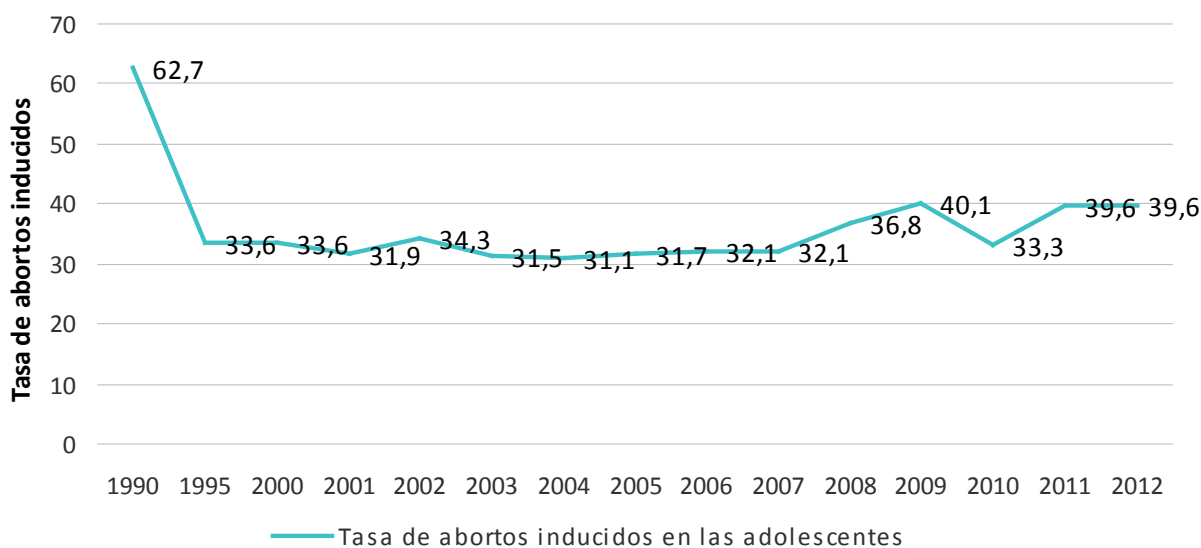
El embarazo en la adolescencia no siempre llega a su término. Son más los embarazos que terminan en aborto que los que terminan en el parto de un nacido vivo. Si bien la maternidad precoz, casi siempre no deseada, es un gran problema, no lo es menos la interrupción del embarazo. Aun las mejores condiciones de seguridad no exoneran al aborto de complicaciones sobre la salud ni de los riesgos físicos y psicológicos que tiene implícito, fundamentalmente, cuando se realiza en la etapa de la adolescencia y la juventud temprana.

A partir de 1990, la tasa global de interrupciones de mujeres de 12 a 49 años sobrepasa a la tasa global de fecundidad, algo que hasta la década anterior no había sido observado, y a partir de 1993, se instala una tendencia gradual, pero sostenida, al incremento del recurso de la interrupción voluntaria del embarazo, ya sea por aborto inducido o por regulación menstrual. Así, el número medio de hijos nacidos vivos es superado por el número medio de interrupciones por mujer. En promedio, de 1990 a 2009 se produjeron 108 interrupciones por cada 100 nacidos vivos, anualmente. Con la excepción de 1997 y 1998, años en los que este indicador estuvo por debajo del nivel de paridad de ambos eventos, en todos los demás años este vuelve a colocarse por encima de 100 (Albizu-Campos y Fazito de Almeida, 2013, p. 15).

La relación entre aborto y nacimientos, para las mujeres de 15 a 19 años, tradicionalmente en Cuba muestra que son más los abortos que se realizan que los hijos que nacen. Esta relación, según González (2005), se incrementó desde mediados de la década de 1980, se registraron más de 180 abortos por cada 100 nacidos vivos.

A partir de 1990, como se observa en la figura 10, las tasas de aborto descendieron hasta la actualidad, sin embargo, se muestra otro ascenso a partir de 2007, sin llegar a los valores de las décadas anteriores.

**Figura 10. Tasa de abortos inducidos en las adolescentes. 1990-2012.**



Fuente: MINSAP (2013). Adolescentes cubanos. Panorama de salud.

Número de abortos inducidos (quirúrgicos + medicamentosos) por cada 1000 mujeres de 12 a 19 años.

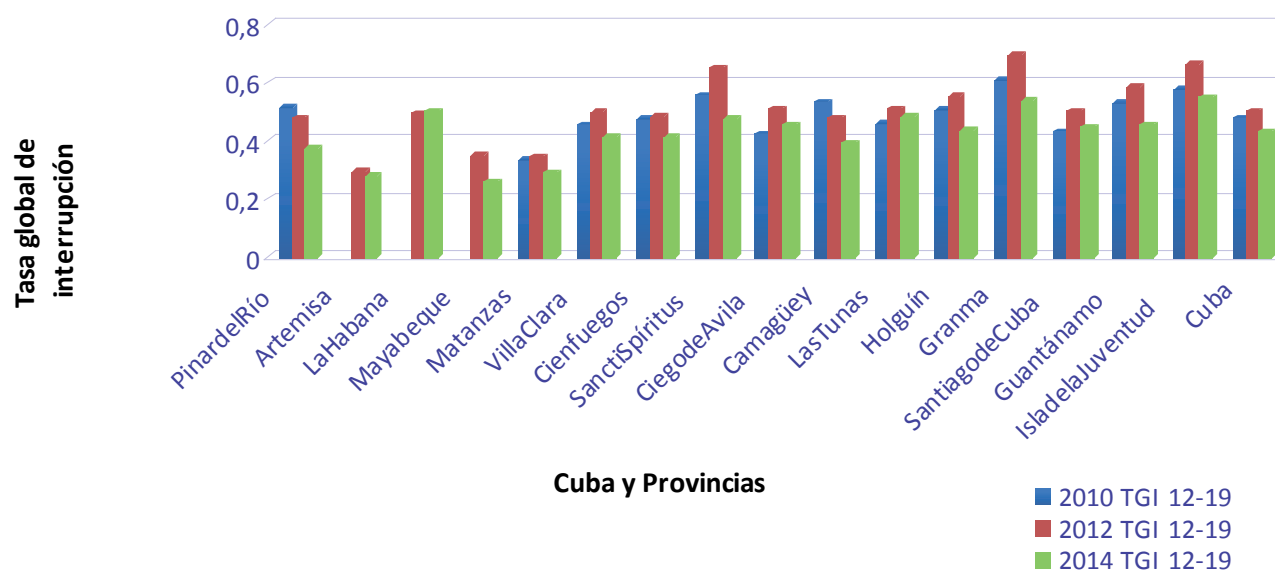
**¿Cómo se expresa este comportamiento por provincias en el período 2010-2014?**

En la figura 11 se observa que en el año 2012 se produce un ascenso de la tasa global de interrupciones (TGI, indicador combinado de todas las formas de interrupción, léase abortos quirúrgicos más los medicamentosos, así como 68,8% de las

regulaciones menstruales) de las adolescentes con relación al 2010 y al 2014. Con relación a las provincias, nótese que Sancti Spiritus y Granma son las de mayor TGI en el 2012 y Artemisa, Mayabeque y Matanzas alcanzan los valores menores.

En el período estudiado las regiones orientales y centrales tienen mayores TGI que la región occidental; no obstante, llama la atención que las provincias de Pinar del Río y La Habana se distancian de los valores del resto de las provincias occidentales.

**Figura 11. Tasa global de interrupción de 12 a 19 años. Cuba y sus provincias. 2012-2014. (Por mil mujeres de 12 a 19 años)**



Fuente: Elaboración propia a partir de Gran, M. A. (2004). Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba 1995-2000, p. 63; y Registros de Abortos y Regulaciones Menstruales 2012-2014 de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, MINSAP.

En términos de la relación de interrupciones por hijos nacidos vivos (tabla 4) se observa que el número de interrupciones supera al número de nacidos vivos. En el 2010, en el grupo de 12 a 19 años, por cada 1000 niños que nacían se realizaban 1786 interrupciones. Esta relación aumenta en el 2012 y se nota un descenso en el 2014. Se han evitado en Cuba, por cada mil adolescentes, 5964 nacimientos en el 2010; 6514 y 5455 en los años 2012 y 2014 respectivamente.

**Tabla 4. Relación de interrupciones por hijos nacidos vivos**

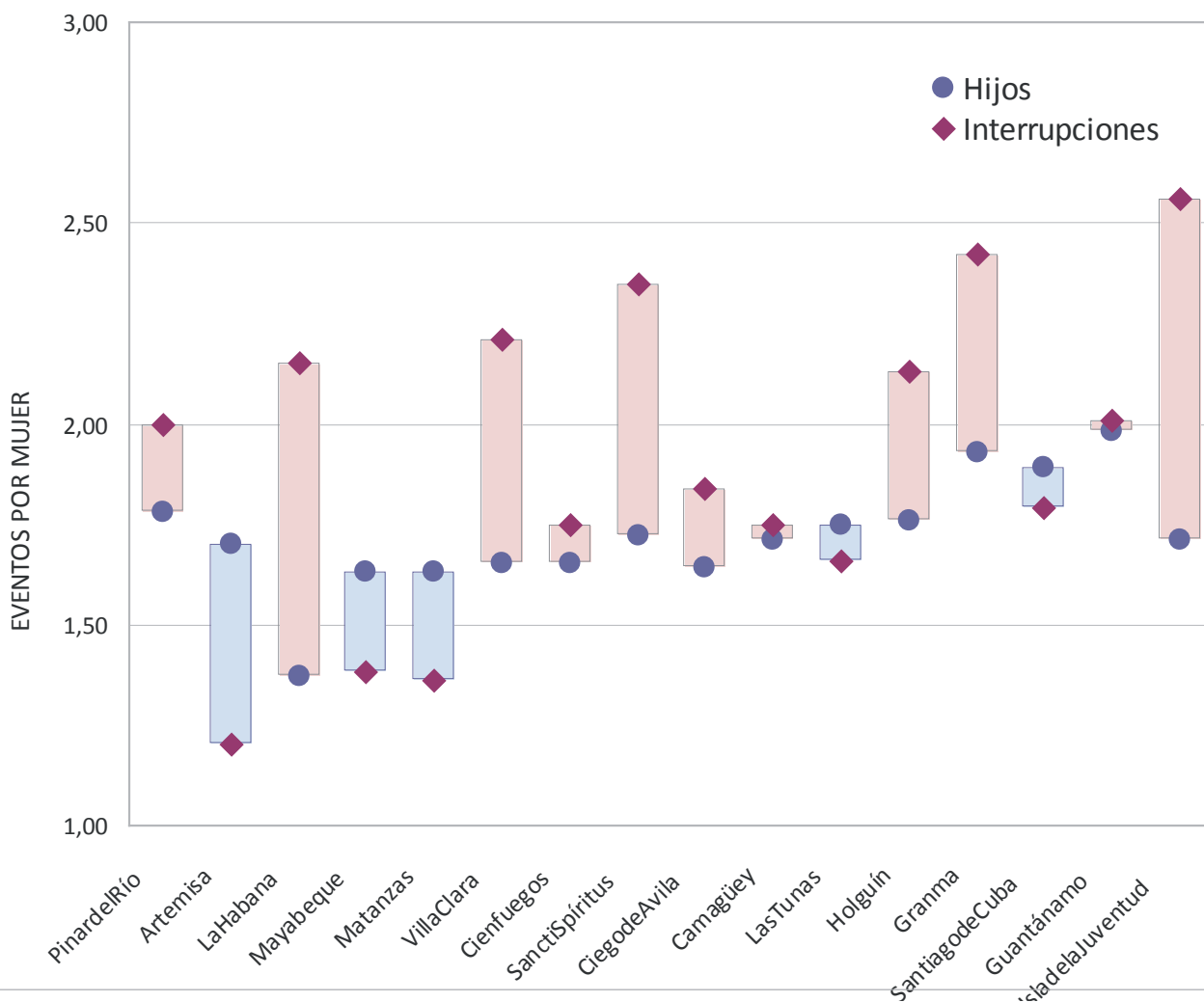
Cuba	2010		2012		2014	
	15-49 años	15-19 años	15-49 años	15-19 años	15-49 años	15-19 años
Interrupciones /Hijos (%)	1077	1786	1149	1950	1083	1680
Hijos evitados por interrupciones	21800	5964	24448	6514	22528	5455

Fuente: Cálculos a partir de Datos del Sistema de Información Estadística del MINSAP. Años seleccionados.

Tomando como referencia el año 2012, un análisis por provincias indica (figura 12) que en Pinar del Río, La Habana, Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín, Granma, Guantánamo y la Isla de la Juventud, la TGI es mayor que la TGF, es decir se realizan más interrup-

ciones que nacimientos cada mil adolescentes. En el resto de las provincias: Artemisa, Mayabeque, Matanzas, Las Tunas y Santiago de Cuba, el comportamiento es inverso, la TGF es mayor que la TGI, se producen más nacimientos de hijos de mujeres de 15 a 19 años que las interrupciones realizadas.

**Figura 12. Tasas globales de fecundidad e interrupción de embarazo. Provincias de Cuba. 2012.**



Fuente: Elaboración de Albizu-Campos, J.C. y Molina, M., a partir de datos del Sistema de Información Estadística del MINSAP, 2013.

Cuando se analizan los datos se constata que no hay correspondencia con las políticas y acciones que se han establecido en los programas destinados a las y los adolescentes relacionados con la salud sexual y reproductiva. Esto es una evidencia de que aún estos programas y acciones no tienen la efectividad que se necesita. El trabajo educativo

y de promoción de salud para estas edades falla. No se corresponden estas TGF y TGI en la adolescencia con el proyecto y los logros sociales alcanzados por Cuba.

Son muchas las consecuencias que ambos eventos tienen para la adolescente, la pareja (cuando existe), la familia y también para la sociedad.

En entrevista realizada por G. Rodríguez al doctor Alejandro J. Velasco Boza, profesor auxiliar de la Universidad Médica de La Habana, se expresa que más del 70% de las mujeres que acuden a una consulta de infertilidad tienen como antecedente uno o más abortos durante la adolescencia o en su etapa de adulta joven. Continúa señalando la autora que:

La observación realizada en las consultas de interrupción durante el transcurso de su investigación arroja como interesante resultado, que asistían muy pocos hombres; en el caso de las adolescentes, la asistencia era casi nula, bajo el pretexto de que las deben acompañar padres o tutores. Hoy las adolescentes paren menos porque interrumpen más sus embarazos, que a su vez aumentan por diversas razones, entre otras: porque el conocimiento que poseen sobre los métodos anticonceptivos y el uso que hacen de ellos es insuficiente, por no relacionar la práctica de relaciones sexuales con la capacidad de dar una nueva vida, una inadecuada comunicación entre progenitores y su descendencia sobre las preocupaciones sexuales y, por último, un pobre desarrollo de los intereses propios de la edad. (G. Rodríguez, 2013, p. 102)

El derecho al aborto seguro es parte inseparable del derecho reproductivo y humano, y una conquista importante en la lucha por los derechos

de la mujer. Presionarla a tener hijos que no desea, pero que no supo o pudo evitar, sería un claro retroceso en su derecho a la autodeterminación en materia de procreación y eso no admite cambios ni está en discusión. Sin embargo, el aborto no es un método anticonceptivo y no debería usarse como un recurso más para la planificación del tamaño de la familia. Los riesgos para la salud de la mujer existen y los costos médicos posteriores son mayores que los destinados a la prevención. Por ello, las políticas de formación en salud sobre la prevención y los riesgos de un embarazo no planeado ni deseado, son hoy más necesarias que nunca, sobre todo entre los adolescentes (Benítez, 2014).

### Anticoncepción

La disponibilidad y uso de los anticonceptivos en Cuba se considera de calidad y amplia cobertura, aun cuando es susceptible de ampliarse, perfeccionarse y modernizarse, sobre todo tomando en cuenta la importancia de la variedad y constancia en la oferta. Si bien por una parte hay un alto índice de uso de anticoncepción, una cobertura amplia y un nivel más o menos alto de disponibilidad de los mismos, algunas investigaciones realizadas en estos años, dan cuenta de que su uso posee problemas de adecuación y continuidad (Benítez, 2014).

La tabla 5 muestra evidencias de lo anteriormente planteado.

**Tabla 5. Porcentaje de uso de anticonceptivos según tipo y grupos de edad. 2010-2011.**

Edad	No usan	Esterilización Femenina	Píldora	DIU	Condón masculino	Otros
10-19	33.0	0.4	13.3	18.8	29.8	4.7
20-24	23.9	3.6	13.6	21.9	31.7	5.3
25-29	24.9	7.8	7.6	29.5	26.8	3.4
30-34	25.0	21.7	6.6	25.1	18.4	3.2
35-39	26.0	29.3	4.1	22.8	14.5	3.3
40-44	24.0	33.5	1.5	29.2	9.2	2.5
45-49	28.0	39.6	0.5	22.0	8.3	1.6

Fuente: MINSAP (2013). Adolescentes cubanos. Panorama de salud.

El 33% del grupo encuestado, entre 10 y 19 años, declaró no usar anticonceptivos y solo algo menos del 30% de las adolescentes dijeron protegerse con el condón masculino. Solo menos del 5% de las muchachas refirieron haber utilizado otros métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

La decisión para usar uno u otro método es un híbrido de criterios profesionales, con comentarios

de amistades y familiares. En el caso de las adolescentes, juega un rol esencial la madre. Es muy común entre las adolescentes asumir los patrones y reglas de comportamiento reproductivo de sus mayores, con lo cual, es interesante que en distintas generaciones se repitan las mismas respuestas (Rodríguez, 2013).



Según resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Fecundidad de 2009 (ONEI, 2010a, pp. 44-45), es notable el rejuvenecimiento de la edad de inicio de la anticoncepción. Las cohortes más jóvenes iniciaron la utilización de algún método alrededor de los 16 años, en cambio las personas de mayor edad lo hicieron tres o cuatro años más tarde, es decir cerca de los 20 años. Si se compara este patrón con el de la edad media a la primera relación sexual de estas cohortes de hombres y mujeres, es posible afirmar que para las generaciones más recientes ambos momentos se han acercado, aunque no llegan a coincidir. Quiere esto decir que al parecer todavía el uso de algún método –como sería por ejemplo el uso del condón– no siempre forma parte del contexto de la primera relación sexual de los jóvenes cubanos.

En Cuba, la anticoncepción (con una cobertura del 77.8%), tiene dos rasgos fundamentales: su elevada cobertura y el uso masivo de métodos anticonceptivos modernos: dispositivos intrauterinos, esterilización femenina y píldora; este comportamiento es similar al de países como España, clasificado entre los de más alta cobertura en el mundo (Albizu-Campos, Alfonso y García, 2014). Sin embargo, investigaciones cualitativas recientes han dado cuenta de que la utilización de métodos anticonceptivos, en muchos casos, es discontinua y de intermitente interrupción, resultando en embarazos no deseados que con frecuencia son atribuidos a fallas del método y no a una mala práctica contraceptiva (G. Rodríguez, 2007, citado por Albizu-Campos, Alfonso y García, 2014).

Otros estudios realizados en Cuba confirman los resultados anteriores, se evidencia que los adolescentes tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos, sin embargo, su uso está mediado por creencias erróneas sostenidas a partir de experiencias personales y familiares, las cuales develan un conocimiento que podría definirse como incompleto, estereotipado y más formal que real. Se constató además irregularidad en el acceso a los mismos. Los dispositivos intrauterinos (T de cobre y *multiload*) y las tabletas anticonceptivas fueron los métodos más utilizados. Se debe destacar la accesibilidad al condón y la estabilidad de su suministro durante el período, en todas las zonas estudiadas (Quintana y otros, 2014).

En las pautas de comportamiento de los adolescentes la influencia del otro es determinante. El adulto ocupa un lugar importante en la toma de decisiones reproductivas. G. Rodríguez (2013) refiere el no uso de la anticoncepción en muchos de los casos de adolescentes de la investigación, así como la repetición de juicios y criterios transmitidos desde las generaciones adultas. Específicamente, se nota un comportamiento peculiar con relación al condón. Entre muchas muchachas el condón tiene un significado más vinculado con la protección ante enfermedades de transmisión sexual, que con la protección ante un embarazo. *“En varias ocasiones no usamos condón, algunas veces se rompía, pero otras veces, como llevamos tanto tiempo de confianza, yo le decía: bueno, hoy no importa, mañana, sí dejamos de usarlo algunas veces”.* (¿Por qué dejaron de usarlo?) *“Siempre... yo le decía a veces que hoy no quiero usarlo, nada, cosas que pasan...”* (Adolescente de 15 años). (G. Rodríguez, 2013, p. 64)

Los resultados anteriores dan cuenta de que en Cuba se adelanta la iniciación de la unión y la iniciación de las relaciones sexuales, las primeras relaciones son desprotegidas y no existe un uso adecuado y sistemático de los anticonceptivos. El acceso y la seguridad del aborto y la regulación menstrual posibilitan la interrupción del embarazo, observándose una tendencia a ser utilizado como método de regulación de la fecundidad.

### **Fecundidad adolescente en otros contextos. Acercamiento a una mirada**

J. Rodríguez (2008, p. 1) comprueba para América Latina a través de datos de censos y encuestas la siguiente hipótesis: la brecha entre una menarquia y una iniciación sexual que se adelantan (ambos resultados esperados de la modernización) y una tasa de uso de anticonceptivos aún insuficiente y muchas veces inoportuna (lo que revela una modernización trunca en este aspecto) es la causa directa de la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente.

En los países actualmente desarrollados, el adelantamiento de la iniciación sexual (en particular entre las mujeres) no condujo a una elevación de la fecundidad adolescente. Más aun, lo que se ha verificado es una postergación generalizada

de la iniciación reproductiva, lo cual fue incluido como rasgo inherente del régimen demográfico “de modernidad avanzada” que describe la teoría de la segunda transición demográfica. La razón es simple: generalización del uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual. Y esto se ha basado en: I) deseo/decisión de los y las adolescentes, que parecen haber internalizado masivamente las adversidades que les significaría la procreación temprana; II) una actuación facilitadora (o al menos no entorpecedora) de la familia para que los y las adolescentes ejerzan el control sobre su reproducción biológica; III) políticas públicas integrales de información y educación en materia sexual y de aseguramiento de acceso a anticonceptivos (y en muchos países acceso al aborto) brindados a los y las adolescentes que los requieran (J. Rodríguez, 2009, p. 133).

¿Qué falla todavía en Cuba?

- I. No se ha generalizado el uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual. Aún no se logra que los adolescentes interioricen las consecuencias de un embarazo, su interrupción o la continuidad del mismo con la asunción de nuevos madre y padre que no corresponden a la edad de desarrollo. El conocimiento de los adolescentes, madres y padres sobre los métodos anticonceptivos es limitado, y el uso del condón u otros métodos anticonceptivos es discontinuo.
- II. Los estilos de comunicación autoritarios, permisivos e inconsistentes que se establecen entre madres-padres-adolescentes no posibilita una educación sexual desde la familia que favorezca la actuación responsable para la toma de decisión en torno a la reproducción. La familia actúa como red de apoyo a la maternidad de la adolescente, asumiendo roles que corresponden a los progenitores, disminuye así el peso de la crianza y la responsabilidad que le corresponden a la madre adolescente.
- III. Existen políticas, programas, acciones de promoción de salud y de prevención del riesgo reproductivo, acciones en los medios de comunicación, destinados al público adolescente. Sin embargo, estos no han demostrado la efectividad requerida. Se hace necesaria la evaluación y monitoreo de los mismos para tener resultados que se traduzcan en la modificación de los patrones de comportamientos de los adolescentes.

J. Rodríguez (2008) refiere que varios trabajos recientes de investigadores de la región han elaborado conceptos y propuesto interpretaciones para abordar las tendencias y características de la reproducción temprana en la región. Para ser útiles, estos marcos conceptuales deben ser capaces de dar cuenta de: a) la resistencia al descenso de esta fecundidad; b) la marcada inequidad que se expresa en tasas mucho más elevadas en los grupos pobres; c) la creciente presencia de la maternidad adolescente soltera (que no siempre significa sin pareja). Junto a lo anterior, deben proveer de una explicación y –si fuera posible– una predicción de la evolución conjunta de la modernización económica y social y la fecundidad adolescente, toda vez que la relación histórica entre modernización y fecundidad total no es válida para la reproducción temprana.

Estos son los retos que en la investigación sobre la fecundidad adolescente se debe asumir y encaminar, si se quiere encontrar explicaciones para trazar fuertes y sólidas políticas sociales que disminuyan esta brecha y la desarticulación de la fecundidad en América Latina y particularmente en Cuba.

### Consideraciones finales

En Cuba la iniciación temprana de la unión y las relaciones sexuales, la desprotección de las primeras relaciones y el uso inadecuado y discontinuo de los anticonceptivos; así como una cultura sobre el acceso y la seguridad del aborto y la regulación menstrual que posibilitan la interrupción del embarazo, son variables que contribuyen a explicar una práctica intermitente de protección, y conducen a una sostenida fecundidad adolescente. Sin embargo, ¿por qué los adolescentes mantienen esos patrones de comportamiento? Se necesita aún continuar con los estudios cualitativos con miradas diferentes desde la subjetividad, con la evaluación y monitoreo de los programas dirigidos a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes para acercarse con más aciertos a una respuesta.

La evolución de la fecundidad adolescente en el país ha tenido un comportamiento peculiar entre 2012 y 2014; si bien las tasas del grupo 15-19 han tenido una ligera disminución, los valores del grupo 10-14 (con un protagonismo de las mucha-

chas entre 12 y 14 años) muestran un aumento en el período.

Desde los territorios se observa una tendencia ya conocida con mayores tasas de fecundidad adolescente en el oriente del país y menores en la zona occidental y central. Observando estos valores pudiera pensarse que estas cifras tengan una explicación en la proporción de población rural, que es mayor en el territorio oriental, sin embargo el análisis por zona de residencia muestra resultados interesantes. En la mayoría de las provincias la fecundidad adolescente urbana aumentó entre el 2010 y el 2012 y más de la tercera parte muestran fecundidad urbana mayor que la rural.

Varias pueden ser las hipótesis. Una explicación pudiera darse a partir de la migración rural-urbana, lo que le llevaría a la zona urbana una fecundidad rural que estaría contabilizándose como urbana, sin embargo son patrones heredados. Por otro lado pudiera pensarse que diferenciales que tradicionalmente han funcionado en las brechas campo-ciudad parecen no estar teniendo un efecto en este sentido.

Lo cierto es que lo que sí se necesita es realizar estudios más profundos que revelen elementos que puedan explicar estos comportamientos emergentes con las singularidades del comportamiento demográfico en Cuba.

Las cifras de las tasas de fecundidad adolescente, el comportamiento de sus determinantes próximos y el singular escenario socioeconómico de Cuba, que se alimentan a su vez de una cultura de fecundidad temprana, son fundamentos importantes para el contexto explicativo de la reproducción temprana en la isla, que pueden ayudar a acercarnos a una hipótesis de la desarticulación presente por la baja tasa de fecundidad global mantenida y el ascenso de las tasas de fecundidad adolescente a partir de 2006.

## Referencias bibliográficas

- Albizu-Campos, J.C., Alfonso, M. y García, R. (2014). Coyuntura económica, procesos demográficos y salud. La experiencia cubana. *Novedades en Población*, Año X (20), 73-86.
- Albizu-Campos, J.C. y Fazito de Almeida, D. (2013). Dinámica demográfica cubana. Antecedentes para un análisis. *Novedades en Población*, (18), 1-35.
- Benítez, M.E. (2014). La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. *Revista Novedades en Población*. Año X, (20), 87-104.
- Camisa, S. C. (1982). *Introducción al estudio de la fecundidad*. CELADE.
- Colectivo de autores. (1995). *Transición de la Fecundidad en Cuba*. CEDEM, ONEI, MINSAP, FNUAP, UNICEF.
- González, H. (2005). Evolución del embarazo adolescente en Cuba. *Revista Papeles de Población*, Año 11 (46).
- Gran, M.A. (2004). *Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba. 1995 – 2000* (Tesis de Doctorado). Escuela de Salud Pública, MINSAP, La Habana, Cuba.
- ONEI. (2003). *Censo de Población y Vivienda 2002*. La Habana, Cuba: ONEI.
- ONEI. (2013). *Censo de Población y Vivienda 2012*. La Habana, Cuba: ONEI.
- ONEI. (2010a). *Encuesta Nacional de Fecundidad 2009*. La Habana, Cuba: ONEI.
- ONEI. (2010b). *Encuesta sobre indicadores de Prevención de Infección por el VIH-Sida 2009*. La Habana, Cuba: ONEI.
- ONEI. (2012). *Encuesta sobre indicadores de Prevención de Infección por el VIH-Sida 2011*. La Habana, Cuba: ONEI.
- Quintana, L., Bombino, Y., Rodríguez, G., Molina, M., Peñalver, N. y Avila, N. (2014). Comportamiento en torno a la reproducción en la adolescencia. Acercamiento a sus condicionantes. *Revista Novedades en población*, Año X (19), 30-39.
- Rodríguez G. (2013). *De lo individual a lo social: cambios en la fecundidad cubana*. La Habana, Cuba: Editorial CEDEM.
- Rodríguez, G. (2007). La fecundidad cubana a partir de 1990. Perspectivas sociales e individuales. *Novedades en Población*, 3 (5). Recuperado de <http://www.novpob.uh.cu>.
- Rodríguez, J. (2008). La reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe ¿Una anomalía a escala mundial? Ponencia presentada en ALAP 2008, Santiago de Chile, Chile, CELADE.
- Rodríguez, J. (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*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rodríguez, J. (2009). Variables intermedias de la fecundidad adolescente en Chile: Evolución, desigualdad e implicancias de políticas. *Rev Chil Salud Pública*, 13 (3), 127-135.