

# Tendencias recientes y características de la fecundidad adolescente en la Ciudad de Buenos Aires

Elizabeth Carpinetti y Rosana Martínez

## Introducción

A nivel mundial, la cantidad de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, según estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas, asciende para 2015 a 44 cada mil mujeres, valor que resulta superior en el caso de América Latina (AL) y el Caribe (C) (63,7) que registran tasas comparativamente elevadas en contraste con otras regiones; solo África Subsahariana presenta un nivel superior (100,4). Dentro de la región AL y C, las tasas oscilan entre un valor cercano a 30 nacimientos por cada mil adolescentes –como es el caso de Granada (29,5) y Trinidad y Tobago (30,8)– y un valor que ronda los 100 nacimientos en República Dominicana (97,3), mientras que la Argentina se ubica alrededor del promedio regional (62,6), por encima de algunos de sus vecinos del sur como Perú, Uruguay, Paraguay, Chile, Colombia y Suriname.

La Argentina se caracteriza por su baja temprana de la fecundidad total, cuyo descenso, sin embargo, en las últimas décadas se estancó –tal como muestra el estudio realizado por Govea (2013)– y mantiene niveles de fecundidad adolescente relativamente elevados, producto de disparidades territoriales donde se conjugan factores sociales, económicos, políticos e ideológicos.

El estudio de la fecundidad específica a edades tempranas en países latinoamericanos evidencia las desigualdades sociales en torno al nivel educativo y los quintiles de ingresos, diferencias que son mayores a las registradas en la tasa global de fecundidad. Las brechas en la fecundidad general caen en forma más extendida, en contraste con la fecundidad adolescente, que presenta una situación más diversa con aumentos en unos países y estabilidad y disminución en otros. La práctica anticonceptiva disminuye el riesgo de embarazo; sin embargo, se detectaron algunos problemas, como el uso no sistemático, inadecuado y un comportamiento que no siempre se aplica desde el inicio de la vida sexual, factores que, en parte, explicarían las dificultades para un descenso generalizado y sostenido. Las razones del no uso parecen estar más asociadas a la prevención insuficiente y falta de acceso a los métodos que al deseo de tener un hijo, como algunas investigaciones habrían sostenido tradicionalmente. En muchos países de la región se han desarrollado programas y protocolos centrados en los adolescentes, que, no obstante, están dirigidos más a la prevención del segundo embarazo y no necesariamente del primero (Rodríguez Vignoli, 2014).

En los últimos años, la Argentina implementó programas relacionados con la salud reproductiva y los derechos de las adolescentes, como el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, el de Educación Sexual Integral y el de Salud Integral en la Adolescencia. Un estudio

---

Elizabeth Carpinetti es Magíster en Demografía Social (UNLU), Departamento de Análisis Demográfico de la DGEyC-GCBA. E-mail: [ecarpinetti@estadisticaciudad.gob.ar](mailto:ecarpinetti@estadisticaciudad.gob.ar)

Rosana Martínez es Especialista en Demografía Social (UNLU) y Diplomada en Estudios Avanzados en Geografía Humana (UAB), Departamento de Análisis Demográfico de la DGEyC-GCBA. E-mail: [rbmartinez@estadisticaciudad.gob.ar](mailto:rbmartinez@estadisticaciudad.gob.ar)

realizado por Gogna (2016) pone de manifiesto un aumento de la práctica anticonceptiva en el inicio de la vida sexual, así como una menor probabilidad de repetición de embarazos en este grupo etario y una prevalencia mayor de los controles de embarazo. Sin embargo, también evidencia una persistencia de los niveles de fecundidad en las niñas y adolescentes de 10 a 14 años y un aumento de la tasa en el grupo de 15 a 19 años; a la par, la mayoría de los embarazos son declarados como no buscados y una minoría ocurre aun con la utilización de anticonceptivos. Paralelamente, la investigación constata una pérdida de oportunidades de consejería y entrega de métodos anticonceptivos en distintas instancias de acceso de las adolescentes al sistema de salud, como son el control prenatal, la internación por parto y por complicaciones de aborto y los controles post evento obstétrico, acciones que podrían potenciar la toma de decisiones y el cuidado de las menores en torno a su sexualidad y vida reproductiva.

Por otra parte, Binstock y Gogna (2014) muestran que la incidencia de embarazos no buscados y planificados es similar entre el primer embarazo y el siguiente así como entre distintas cohortes de adolescentes, acorde a los resultados de una encuesta reproductiva a adolescentes (de 18 a 19 años) y jóvenes (de 20 a 24 años) relevada en las ciudades capitales de Misiones, Chaco y Santiago del Estero y en las regiones sanitarias V y VII de la Provincia de Buenos Aires en 2012, jurisdicciones elegidas por sus elevadas tasas de fecundidad adolescente y por la alta proporción de mujeres adolescentes con uno y más hijos. Las autoras constatan que la implementación de la Asignación Universal por Hijo y, luego, por Embarazo, en contraste con una difundida opinión, no se traduce en un mayor número de mujeres adolescentes que buscan un embarazo o dejan de usar

un método anticonceptivo en forma sistemática, pues los porcentajes de deseabilidad y planificación entre las que habían tenido sus hijos antes y una vez entrado en vigencia estos subsidios son parecidos. Por otra parte, coincidiendo con otros estudios, los hallazgos evidencian la mayor frecuencia en las adolescentes de los sectores más vulnerables que se manifiesta en el abandono escolar antes, durante o posterior al embarazo así como en la baja inserción laboral previa a ser madres –en general, en trabajos precarios y sin protección social– y la proporción minoritaria que vuelve a trabajar después del nacimiento.

La Ciudad de Buenos Aires, en particular, siempre presentó un nivel inferior al resto de las provincias, tanto en lo que atañe a la fecundidad en general como a la adolescente. En las últimas décadas, las brechas entre jurisdicciones se fueron achicando y la fecundidad en la Ciudad de las menores de 20 años parece haber aumentado desde principios de la década de 2000.

En este contexto, el presente informe tiene como objetivo analizar las tendencias en la Ciudad en las últimas décadas y su comparación con lo acontecido en el total del país y el resto de las jurisdicciones. También se aborda, sobre la base de los datos del último año disponible, algunos de los principales aspectos relacionados –tales como el peso al nacer, el tiempo de gestación, el lugar de ocurrencia del parto, el nivel educativo, la cobertura médica y la situación de convivencia de la madre– que ayudan a una mejor caracterización actual del fenómeno. Para ello, se contemplan las diferencias que se expresan en su territorio, focalizando el análisis a nivel de las divisiones político-administrativas que lo componen, como son las Comunas.

## Fuentes y datos

En general, la fecundidad adolescente expresa el comportamiento reproductivo de las mujeres comprendidas entre los 10 y los 19 años, teniendo en cuenta los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se dan durante esta etapa. Se suele distinguir, a su vez, entre un estadio de adolescencia temprano o pubertad que se extiende entre los 10 y 14 años, denominada *fecundidad precoz*, y aquella que se da en el rango de edad de 15 a 19 años, considerada *fecundidad tardía*.

Para el análisis de la reproducción en este tramo etario, sus características y distribución en la Ciudad de Buenos Aires, se utilizan los datos provenientes de las estadísticas vitales sobre nacimientos de adolescentes residentes en ella, ocurridos y registrados en la misma, que elabora la Dirección General de Estadística y Censos. Los datos para el total del país y las distintas jurisdicciones que lo componen corresponden a los últimos disponibles difundidos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

Se utiliza como indicador la tasa de fecundidad que refiere a la probabilidad o frecuencia de los nacimientos y que se calcula como el cociente entre el total de nacidos vivos de madres adolescentes y la población media de mujeres de dicho rango de edad en un determinado año o período, la cual se expresa por mil mujeres. Así también, se considera el peso relativo de estos nacimientos en el total de nacimientos de madres de todas las edades reproductivas y su composición según las características seleccionadas mencionadas anteriormente.

## Evolución de la fecundidad adolescente entre 1980 y 2015

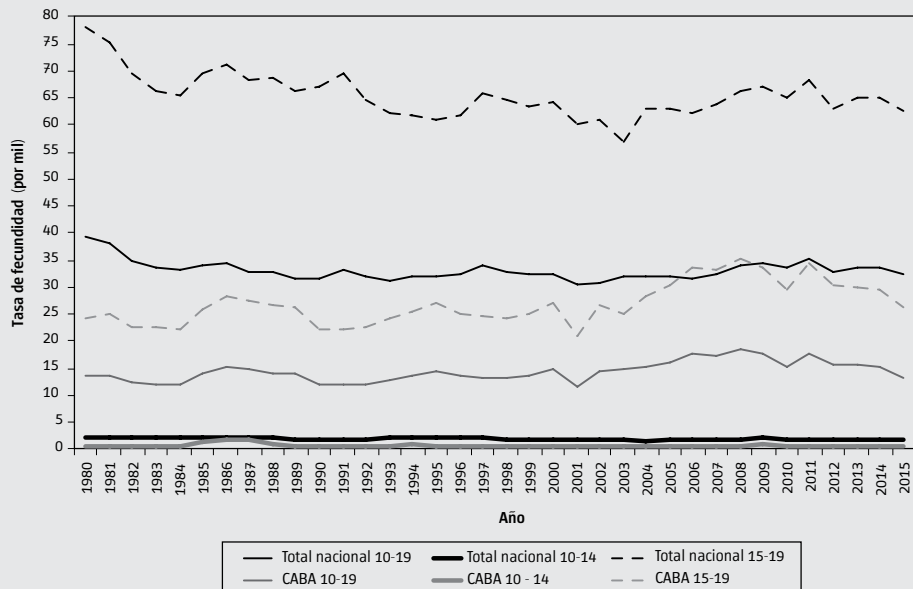
El análisis de la fecundidad adolescente en la Argentina a partir de 1954 –año en que comienza a publicarse el dato de fecundidad por edad– muestra su tendencia ascendente hasta 1980, posiblemente asociada, en parte, a una mejora en la captación pero también al aumento que se dio en todas las edades a mediados de los 70 (Pantelides y Binstock, 2007).

La fecundidad de las mujeres menores de 20 años en la Ciudad de Buenos Aires se ubica muy por debajo de la registrada para el total nacional: en 1980, por cada mil adolescentes se registran 14 y 39 nacimientos, respectivamente; sin embargo dicha diferencia se achica como consecuencia principalmente de una baja para el total del país cuyo valor en 2015 es de 32,3 por mil (Gráfico 1). En la Ciudad se observa un leve ascenso a partir de mediados de 2000, siendo el valor más alto de 18,4 por mil en 2008, mientras que en el último año resulta similar al correspondiente a inicios del período (13,2 por mil).

Entre las adolescentes, la fecundidad se da principalmente en el grupo de 15 a 19 años; así, en 2015, la tasa es de 63 por mil para el total del país y 26 por mil para la Ciudad, muy superior –como es de esperarse– a la correspondiente a las adolescentes menores de 15 años (1,6 y 0,4 por mil, respectivamente). En términos relativos, la tasa temprana es la que más decrece si se consideran los años extremos del período. En el caso de la Ciudad, la fecundidad tardía, por el contrario, aumenta y es la que explica el ascenso de la fecundidad adolescente en los últimos años.

**Gráfico 1**

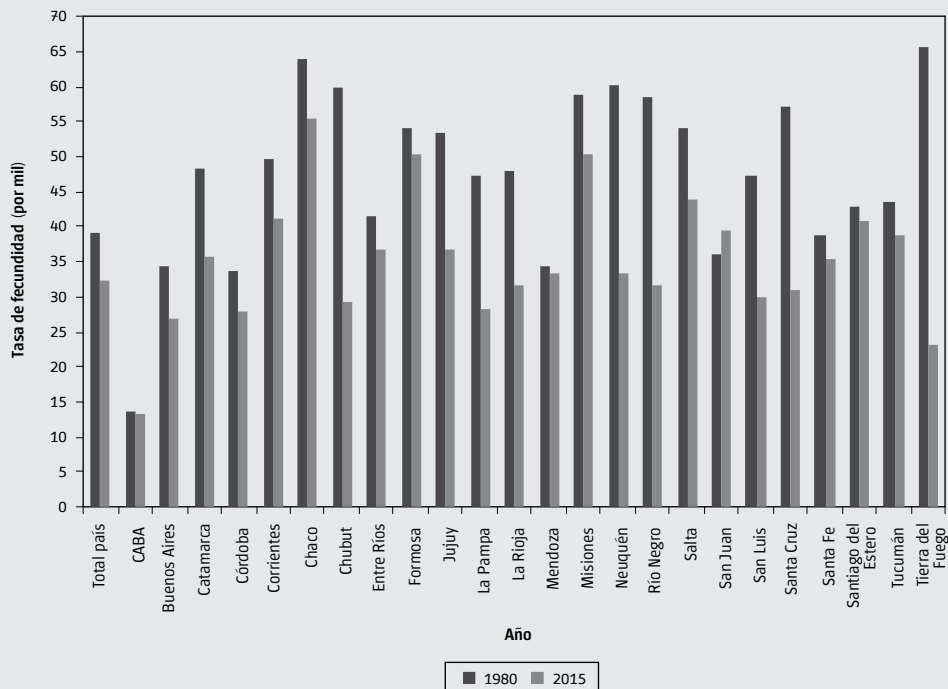
Tasa de fecundidad adolescente por grupo de edad (por mil). Total del país y Ciudad de Buenos Aires. Años 1980/2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2011, 2012, 2013, 2014, 2015b y 2016 y Mazzeo, 2001.

**Gráfico 2**

Tasa de fecundidad adolescente (por mil) según jurisdicción de residencia. Años 1980 y 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación, 2016 y Mazzeo, 2001.

Entre 1980 y 2015, todas las provincias disminuyeron sus niveles de fecundidad adolescente, con excepción de San Juan, cuya tasa sube un 9,2 por ciento (36,2 por mil a 39,5 por mil). Las provincias del sur (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego), que al inicio se ubicaban entre las que presentaban las tasas más altas, son las que evidencian descensos más acentuados junto con La Pampa –superiores al 40 por ciento–, mientras que en Chaco, Misiones y Formosa los descensos resultan menores y siguen siendo las jurisdicciones con niveles de fecundidad adolescente más altos (Gráfico 2).

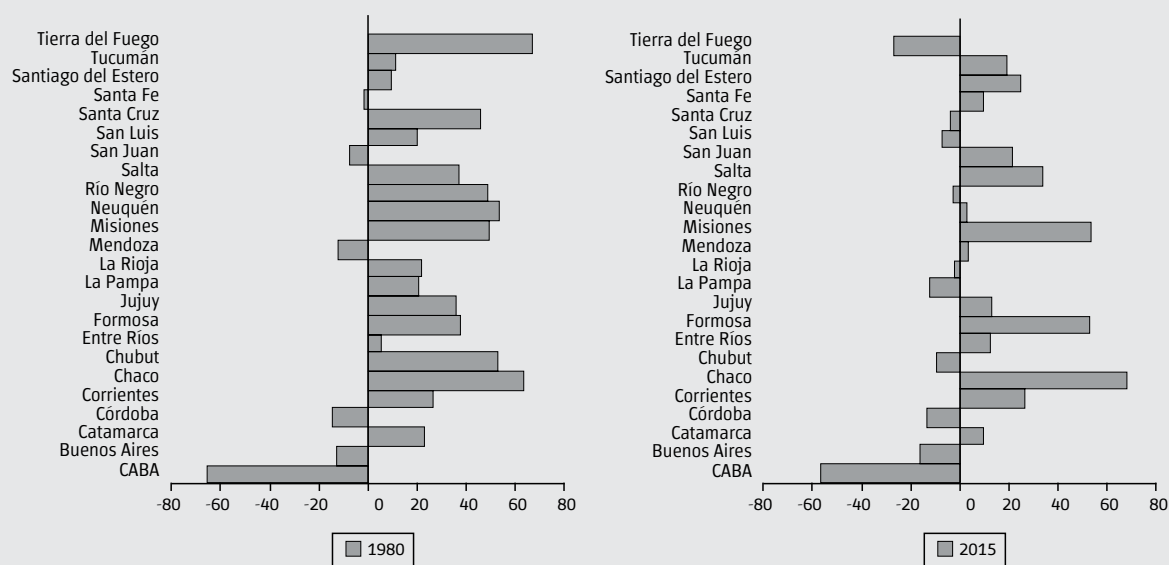
En términos generales, se puede apreciar que más provincias presentan una tasa por debajo del promedio nacional: en 1980 son 6 (CABA, Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, San Juan y Santa Fe), en tanto que en el último año ascienden a 10 (CABA, Buenos Aires, Córdoba, Chubut, La Pampa, La Rioja, Río Negro, San Luis, Santa Cruz y Tierra

del Fuego). Asimismo, la brecha se acentúa en algunos casos: Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Formosa, Misiones, Santiago del Estero y Tucumán; e, incluso, algunas aumentan su nivel, como Mendoza, San Juan y Santa Fe (Gráfico 3). La Ciudad, por su parte, disminuye la diferencia porcentual respecto del total del país: en 1980 la tasa es un 66 por ciento menor, mientras que al final del período la distancia se reduce al 59 por ciento como consecuencia de la baja de la tasa nacional.

Un dato interesante para agregar, en relación con la Ciudad de Buenos Aires, es la estimación basada en los datos de los últimos cuatro censos de población que evidencia que, a la par que la fecundidad global se mantuvo estable y por debajo del nivel de reemplazo generacional y la cúspide de la fecundidad se retrasó para 2001 y 2010, el nivel de fecundidad de las adolescentes aumentó en las últimas fechas censales (Mazzeo, 2016).

**Gráfico 3**

Diferencia porcentual de la tasa de fecundidad adolescente de cada jurisdicción con respecto al total del país. Años 1980 y 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación, 2016 y Mazzeo, 2001.

## Fecundidad adolescente en la CABA

El total de nacimientos registrados en la Ciudad en 2015 es de 40.913; de estos, el 6% corresponde a madres adolescentes. Desde 2000, el número anual oscila entre 41.000 y 45.000, y el porcentaje de menores de 20 años representa entre un 6% y apenas por encima del 7%, como puede observarse en el Gráfico 4. En términos comparativos, su importancia es menor a la mitad de la registrada a nivel nacional, que alcanza el 15% para el último año.

La mayoría de los nacimientos corresponde a adolescentes de 15 a 19 años, mientras que los de niñas de 10 a 14 años rondan el 2%, siendo 67 los nacimientos en 2009, año donde se registra el valor más alto.

Sin embargo, la distribución es diferencial a lo largo del territorio. Si se tiene en cuenta la división por comuna, se puede ver un número más alto de nacimientos de adolescentes en las Comunas 1, 4, 7 y 8, que, en términos relativos, significan el 13%, 18%,

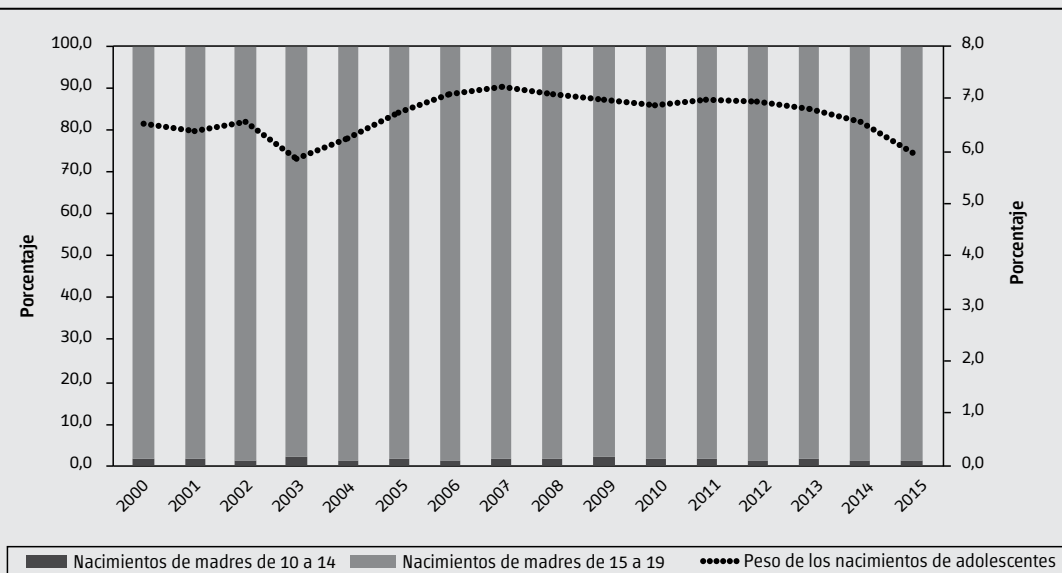
12% y 20%, sumando en conjunto el 63% (Cuadro 1). La concentración en estas comunas se acentúa en el caso de la fecundidad temprana, ya que asciende al 79% del total de nacimientos de niñas de 10 a 14 años, mientras que el porcentaje de la fecundidad tardía es similar al de la fecundidad adolescente total.

Esta mayor cantidad de nacimientos está asociada, en parte, a la estructura diferencial por edad, como se evidencia en un mayor volumen de mujeres en estas edades. Acorde a la población proyectada para 2015, dichas comunas concentran el 37% del total de mujeres de 10 a 19 años de la Ciudad.

Asimismo, la estimación de las tasas para el trienio 2013-2015 refleja un nivel de fecundidad más elevado en las comunas mencionadas; tanto la total como sus componentes (precoz y tardía) superan el promedio de la Ciudad (Cuadro 1). Las tasas de la Comuna 8 –que resultan las más elevadas– ascienden a 28,7 por mil la total, 1,1 por mil la precoz y 57,8 por mil la tardía y representan más del doble del promedio de la Ciudad (14,4; 0,5 y 28,1 por mil).

### Gráfico 4

Distribución porcentual de los nacidos vivos de madres adolescentes según grupo de edad y porcentaje en el total de los nacidos vivos. Ciudad de Buenos Aires. Años 2000/2015



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales.

**Cuadro 1**

Nacimientos y tasas de fecundidad (por mil mujeres) según grupo de edad de la madre y comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015

Comuna	Nacimientos			Tasa de fecundidad		
	Total	10-14	15-19	Total	10 - 14	15 - 19
<b>Total</b>	<b>2.449</b>	<b>38</b>	<b>2.411</b>	<b>14,4</b>	<b>0,5</b>	<b>28,1</b>
1	309	5	304	22,1	0,8	42,1
2	21	-	21	2,7	0,1	4,5
3	147	2	145	15,3	0,3	29,6
4	442	10	432	26,6	0,9	53,4
5	83	1	82	8,6	0,2	16,9
6	45	-	45	5,2	0,0	10,2
7	296	4	292	20,5	0,6	41,3
8	490	11	479	28,7	1,1	57,8
9	169	1	168	16,7	0,3	33,6
10	98	1	97	9,5	0,1	19,4
11	95	1	94	7,5	0,2	15,0
12	45	-	45	5,5	0,1	11,2
13	37	1	36	3,2	0,1	6,3
14	43	1	42	4,2	0,2	7,6
15	109	-	109	10,1	0,5	20,1
Ignorado	20	-	20	-	-	-

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas Vitales.

### Características de la maternidad adolescente

Se ha seleccionado un conjunto de indicadores asociados a la fecundidad, las condiciones de salud y las probabilidades de sobrevivencia, que posibilitan un abordaje de las diferencias socioeconómicas que se manifiestan a nivel de las comunas de la Ciudad.

El primero de ellos es el tiempo de gestación. Su límite inferior “crítico” son las 37 semanas de gestación; se considera que por debajo de ese límite disminuyen las posibilidades de sobrevivencia. Por encima del mismo, estas posibilidades se incrementan y, con el aumento de la

edad gestacional, disminuye progresivamente la proporción de complicaciones. De todos modos, cabe aclarar que este indicador presenta sesgos para analizar las diferencias relativas al acceso a la salud, teniendo en cuenta, por un lado, el incremento operado en los partos por cesárea –que son más habituales en los estratos medios y altos de la población– y, en menor medida, los nacimientos múltiples vinculados con las técnicas de reproducción asistida; estos dos fenómenos, de alguna forma, compensan el peso de las deficiencias socioeconómicas de las clases sociales de los sectores de menores recursos económicos asociadas al parto pretérmino y el bajo peso al nacer.

Los hijos de madres adolescentes presentan mayor riesgo de nacer con bajo peso y de morir durante la infancia. Las consecuencias económicas y sociales de la fecundidad temprana se manifiestan en la eventual reducción del nivel educativo de la madre, en su menor inserción laboral y en la calidad de dicha inserción.

Para enmarcar el análisis de estas variables a nivel del total de la Ciudad, en el Cuadro 2 se presentan los valores registrados en años seleccionados del período 2001/2015. Con respecto al tiempo de gestación, se puede observar que la categoría “pretérmino”, es decir aquellos partos que se producen antes de las 37 semanas de embarazo,

evidencia un aumento durante el período, tanto en el total de nacimientos –donde su peso aumenta del 6,7% en el año 2001 al 8,2% en 2015– como entre las madres adolescentes –que parte de un nivel del 7,2% en 2001 y asciende al 9,5% en 2015–. Investigaciones previas constatan que este empeoramiento progresivo se corrobora al analizar información de 1990, donde, a nivel total Ciudad, el peso fue del 5,6 % (Mazzeo, 2006).

El bajo peso al nacer muestra un relativo descenso entre los años extremos del período. Sin embargo, si se toman los años 2010 y 2015, aumenta en el total de nacimientos y de forma más pronunciada entre las madres adolescentes.

### Cuadro 2

Indicadores seleccionados. Ciudad de Buenos Aires. Años 2001-2005-2010-2015

Indicadores (%)	2001		2005		2010		2015	
	Total de nacimientos	Nacimientos de madres adolescentes	Total de nacimientos	Nacimientos de madres adolescentes	Total de nacimientos	Nacimientos de madres adolescentes	Total de nacimientos	Nacimientos de madres adolescentes
Nacidos vivos de pretérmino (menos 37 semanas de gestación)	6,7	7,2	7,3	7,6	7,6	7,4	8,2	9,5
Nacidos vivos con bajo peso al nacer (menos de 2500 grs)	7,5	10,0	7,2	8,3	6,8	6,9	7,2	8,3
Nacidos vivos en establecimiento de salud público	37,3	69,8	35,6	74,7	34,1	74,2	32,2	75,0
Madres con hasta primaria incompleta	3,1	5,9	2,5	6,2	1,8	4,0	1,2	2,2
Madres con primario completo y sec. incompleto	32,9	73,9	29,3	73,5	29,3	74,9	30,9	77,7
Madres sin cobertura médica	30,1	56,5	31,2	66,3	29,6	64,6	25,3	59,6
Madres que no conviven en pareja	7,3	26,9	6,1	26,1	6,4	23,2	6,3	22,8

**Fuente:** Elaborado sobre la base de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales.



Se observa que, para el total de nacimientos, bajan los valores de los partos ocurridos en establecimientos públicos, mientras que los de madres adolescentes muestran una tendencia ascendente: de un nivel del 70% en 2001 ascienden al 75% en 2015.

El nivel educativo de la madre constituye un indicador predictivo de la capacidad de sobrevivencia y condición de salud de los niños y registra un mejoramiento en el transcurso del período para ambas poblaciones: en el total de nacimientos, las madres que no asistieron o no pudieron terminar el nivel primario descienden desde un nivel del 3,1% en 2001 a una cifra de 1,2% en 2015, mientras que entre las madres adolescentes esas cifras bajan del 5,9% en 2001 al 2,2% en 2015. También se observa una mejoría respecto de las adolescentes que pudieron terminar la escuela primaria o tienen nivel secundario incompleto: ascienden del 74% al 77,7% entre 2001 y 2015.

Respecto de la carencia de cobertura médica, se observa para el período un descenso tanto en los nacimientos del total de la Ciudad como en los provenientes de madres adolescentes; esto da cuenta de lo que pasa en el conjunto, pero no necesariamente se replica en las jurisdicciones internas.<sup>1</sup>

Por último, se seleccionó la situación de convivencia, la cual arroja un descenso entre los extremos del período que es más pronunciado entre las madres adolescentes (26,9% en 2001 y 22,8% en 2015).

1 Hay que tener en cuenta que el porcentaje de ignorados en esta variable para 2001 y para el último año es del 18,9% y del 5,8 respectivamente para el conjunto de madres, y del 19,2% y 11,3% respectivamente para las adolescentes.

De acuerdo con el Cuadro 3, en el año 2015, menos del 10% de los nacimientos de madres adolescentes de la Ciudad presentan un tiempo de gestación “crítico”. No obstante, a nivel de comunas, las diferencias son profundas: mientras que en la mayor parte representan menos del 0,5% de esos nacimientos (9 de 15), la Comuna 1 y las Comunas 4 y 8 de la Zona Sur alcanzan el 1,5%, el 1,6% y el 1,9% respectivamente de los nacimientos “pretérmino” que se registran en la Ciudad, lo cual está asociado a la alta fecundidad adolescente que se observa en esas comunas –que, en el caso de la Comuna 8, concentra la quinta parte del total de nacimientos de la Ciudad.

**Cuadro 3**

Distribución porcentual de los nacimientos por tiempo de gestación, según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015

Comuna	Total	Tiempo de gestación	
		Hasta 36 semanas	37 semanas y más
Total	100,0	9,5	90,5
1	12,7	1,5	11,2
2	0,9	0,1	0,8
3	6,1	0,7	5,4
4	18,2	1,6	16,6
5	3,4	0,2	3,2
6	1,9	0,2	1,7
7	12,2	0,9	11,3
8	20,2	1,9	18,3
9	7,0	0,6	6,4
10	4,0	0,3	3,7
11	3,9	0,3	3,6
12	1,9	0,3	1,6
13	1,5	0,1	1,4
14	1,8	0,3	1,5
15	4,5	0,5	4,0

**Nota:** la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

**Fuente:** Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas Vitales.

Los nacimientos de madres adolescentes son considerados de alto riesgo debido a que cuanto más joven es la madre mayor es el riesgo de morbilidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y por los efectos para la salud de los hijos, quienes quedan expuestos a nacer con bajo peso, por lo cual el bajo peso al nacer, –que se vincula con los nacimientos de niños de menos de 2500 g– es predictor de la probabilidad de sobrevivencia durante el primer mes de vida (Mazzeo, 2006). No obstante, este indicador debe ser analizado con la debida cautela, dado el incremento que se viene manifestando en los nacimientos de bajo peso asociados a la mayor incidencia de las cesáreas, que se observan particularmente en los sectores de mayor poder adquisitivo. En contraposición, en los sectores más carenciados, el bajo peso al nacer se vincula a las deficiencias sanitarias, a la falta de controles adecuados y a las malas condiciones de vida de la población.

Del total de nacimientos de madres adolescentes, el 8,3% corresponde a nacimientos de bajo peso; y, a nivel de las comunas, son claramente las de la Zona Sur las que concentran la mayor cantidad, con porcentajes superiores al 1,2 % de los nacimientos de bajo peso, en contraposición con el resto de las comunas, ya que más de la mitad no llegan a alcanzar el 0,5%. La Comuna 8 sobresale con un 1,8% de nacimientos de bajo peso (Cuadro 4).

La casi totalidad de los partos de mujeres adolescentes tuvieron atención institucional, y la mayoría se efectuaron en establecimientos públicos (75%). Al observarlo espacialmente (Cuadro 5), son las comunas de la Zona Sur (4 y 8) y las Comunas 1 y 7 las que muestran mayor concentración de partos adolescentes en establecimientos públicos, situación que difiere notablemente en comparación con las otras comunas. Dada la alta concentración de nacimientos en las Comunas 1, 4 y 8, también registran una mayor

**Cuadro 4**

Distribución porcentual de los nacimientos por peso al nacer, según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015

Comuna	Total	Peso al Nacer	
		Menos de 2500 g	2500 g y más
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>8,3</b>	<b>91,7</b>
1	12,7	1,3	11,3
2	0,9	0,0	0,8
3	6,1	0,5	5,6
4	18,2	1,5	16,7
5	3,4	0,2	3,2
6	1,9	0,2	1,7
7	12,2	0,9	11,3
8	20,2	1,8	18,4
9	7,0	0,7	6,3
10	4,0	0,2	3,8
11	3,9	0,2	3,7
12	1,9	0,2	1,7
13	1,5	0,0	1,5
14	1,8	0,2	1,6
15	4,5	0,4	4,1

**Nota:** la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

**Fuente:** Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas Vitales.

cantidad de nacimientos en establecimientos de salud privados. No obstante, si se indaga en el peso dentro de cada jurisdicción, se advierte que es mucho menor al observado en las comunas de menor precariedad habitacional.

Llamativamente, la Comuna 8, cuya tasa de fecundidad adolescente duplica la del total Ciudad y más que decuplica la de algunas comunas –registrando la mayor cantidad de nacimientos adolescentes con una tasa de fecundidad adolescente de 28,7 por mil (como se mostró en el Cuadro 2)– y donde la mayor parte tienen lugar en establecimientos de salud públicos (Cuadro 5), es la única comuna de la Ciudad que no posee un solo hospital público.

**Cuadro 5**

Distribución porcentual de los nacimientos de madres adolescentes por lugar de ocurrencia del parto y comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015

Comuna	Total	Lugar de ocurrencia del parto			
		Establecimiento de salud público	Establecimiento de salud privado	Domicilio particular	Otro lugar, vía pública, transporte
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>75,0</b>	<b>24,7</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>
1	12,7	10,2	2,4	0,1	-
2	0,9	0,3	0,5	-	-
3	6,1	4,1	2,0	-	-
4	18,2	14,4	3,8	-	-
5	3,4	2,1	1,4	-	-
6	1,9	0,7	1,1	-	0,1
7	12,2	9,8	2,4	-	-
8	20,2	16,0	4,2	-	-
9	7,0	5,8	1,2	-	-
10	4,0	2,9	1,2	-	-
11	3,9	2,5	1,3	0,1	0,0
12	1,9	1,4	0,5	-	-
13	1,5	0,8	0,7	-	-
14	1,8	0,9	0,9	-	-
15	4,5	3,3	1,2	-	-

**Nota:** la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

**Fuente:** Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas Vitales.

En relación con la tenencia de cobertura médica en el momento del parto, el 60% de los nacimientos de madres adolescentes son de madres sin cobertura (Cuadro 6), cuestión que indudablemente repercute en la atención y salud de los más vulnerables, tanto de los nacidos como de sus madres adolescentes. La tenencia de cobertura médica incide en el acceso a la atención de la salud, y las mujeres que carecen de ella están sometidas a situaciones desfavorables no solo en el momento del parto sino también para realizar los controles preventivos del embarazo.

Según la distribución espacial, las comunas más críticas de la Zona Sur presentan los mayores problemas en cuanto a la falta de cobertura

médica, lo que también obedece a que allí se concentra una gran proporción de población que vive en condiciones de precariedad habitacional y con mayores riesgos relativos vinculados a las deficiencias habitacionales y malas condiciones sanitarias. En esas comunas, que presentan altos niveles de pobreza estructural, donde predominan las villas, barrios carenciados, casas tomadas, hoteles familiares (Mazzeo, 2006), la fecundidad adolescentes es cualitativamente más alta, y los riesgos asociados a la sobrevivencia son mayores. Por ejemplo, la Comuna 8, que representa el 20% de los nacimientos de madres adolescentes de la Ciudad, no tiene hospital público y más de la mitad de las madres no tienen cobertura (13,1%).

**Cuadro 6**

Distribución porcentual de los nacimientos de madres adolescentes por cobertura de salud y comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015

Comuna	Total	Cobertura de salud de la madre		
		Tiene cobertura	No tiene cobertura	Ignorado
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>29,1</b>	<b>59,6</b>	<b>11,3</b>
1	12,7	3,2	8,4	1,2
2	0,9	0,5	0,3	0,1
3	6,1	2,1	2,7	1,2
4	18,2	4,9	10,9	2,4
5	3,4	1,5	1,4	0,5
6	1,9	1,1	0,6	0,2
7	12,2	3,0	8,4	0,8
8	20,2	4,9	13,1	2,3
9	7,0	1,4	4,6	0,9
10	4,0	1,6	2,0	0,5
11	3,9	1,5	1,8	0,6
12	1,9	0,6	1,2	0,0
13	1,5	0,7	0,8	0,1
14	1,8	0,8	0,8	0,2
15	4,5	1,3	2,6	0,5

**Nota:** la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

**Fuente:** Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas Vitales.

La vinculación entre la convivencia en pareja de la madre y la fecundidad adolescente muestra que la mayor parte de los nacimientos se asocian a madres que conviven en pareja, sean estas legales o consensuales, y que el 23% procede de madres que no conviven en pareja. Según la distribución espacial, la mayor parte de ellos se concentra en las Comunas 1, 4 y 8, con porcentajes mayores al 3% de los nacimientos de madres adolescentes (Cuadro 7).

La escolaridad y el nivel de instrucción de las madres constituyen dimensiones clave para el análisis de la fecundidad, la prevención y la atención de la salud y se encuentran fuertemente asociados a la sobrevivencia de los hijos y al

**Cuadro 7**

Distribución porcentual de los nacimientos de madres adolescentes por situación de convivencia y comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015

Comuna	Total	Situación de convivencia de la madre	
		Convive en pareja	No convive en pareja
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>77,3</b>	<b>22,8</b>
1	12,7	9,5	3,2
2	0,9	0,6	0,3
3	6,1	4,3	1,8
4	18,2	14,1	4,1
5	3,4	2,6	0,8
6	1,9	1,4	0,5
7	12,2	9,6	2,5
8	20,2	16,4	3,8
9	7,0	5,7	1,3
10	4,0	3,2	0,8
11	3,9	3,3	0,6
12	1,9	1,2	0,7
13	1,5	1,1	0,4
14	1,8	1,2	0,6
15	4,5	3,1	1,4

**Nota:** la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

**Fuente:** Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas Vitales.

seguimiento de conductas recomendadas para el cuidado de la salud. En las mujeres menos escolarizadas, el nivel de la fecundidad es superior al de las mujeres que se mantienen dentro del sistema educativo y el cuidado de la salud de los niños está muy asociado a las condiciones de vida de la población.

Según el nivel educativo, en el año 2015 la mayor parte de los nacimientos proviene de madres adolescentes que solo terminaron la primaria o que no completaron el nivel medio y representan el 78% (Cuadro 8). Los que se ubican en el nivel inferior –que no han llegado a finalizar la escuela primaria– alcanzan el 2,2%, mientras que los provenientes de madres de mayor nivel educativo

–con secundario completo y más– tienen un peso del 20%. De todos modos, la escasa edad de estas madres condiciona las posibilidades de alcanzar un nivel educativo superior.

Como consecuencia de la desigual distribución de los nacimientos dentro de la Ciudad, las comunas de la Zona Sur más la Comuna 1 concentran más del 50% de los nacimientos de madres con nivel educativo bajo.

**Cuadro 8**

Distribución porcentual de los nacimientos de madres adolescentes por nivel educativo de la madre y comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015

Comuna	Nivel de instrucción de la madre			
	Total	Hasta primario incompleto	Primaria completa y secundario incompleto	Secundario completo y más
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>2,2</b>	<b>77,7</b>	<b>20,1</b>
1	12,7	0,3	10,0	2,4
2	0,9	0,0	0,5	0,3
3	6,1	0,2	4,2	1,7
4	18,2	0,4	14,6	3,2
5	3,4	0,1	2,3	1,0
6	1,9	0,0	1,4	0,5
7	12,2	0,2	10,0	2,0
8	20,2	0,5	16,3	3,4
9	7,0	0,1	6,1	0,8
10	4,0	0,1	2,9	1,0
11	3,9	0,2	2,7	1,0
12	1,9	-	1,3	0,6
13	1,5	-	1,0	0,5
14	1,8	0,0	1,4	0,4
15	4,5	0,1	3,3	1,1

**Nota:** la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

**Fuente:** Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas Vitales.

**Reflexiones finales**

Históricamente, la Ciudad de Buenos Aires presentó un nivel de fecundidad general y adolescente inferior al total del país y sus jurisdicciones, Sin embargo, en las últimas décadas, se redujeron las brechas interprovinciales de la fecundidad específica a edades tempranas, hecho que se asocia a la baja registrada para el conjunto del país. A partir del año 2000, la Ciudad muestra un leve ascenso en la tasa de fecundidad adolescente; no obstante, en 2015, tiene un nivel similar al de 1980, y los nacimientos de madres adolescentes comprendidas entre los 15 y 19 años representan el 6% del total de nacimientos de la Ciudad.

Se constata que, desde comienzos de este siglo, para el total de la Ciudad y de acuerdo con tiempo de gestación, aumentan los nacimientos de pretérmino entre el total de madres y entre las adolescentes en particular. Con respecto al bajo peso al nacer, mejoran los indicadores, en tanto que aumenta el peso de los partos adolescentes atendidos en establecimientos de salud públicos y disminuye el de madres adolescentes con nivel educativo bajo, sin cobertura médica y de madres que no conviven en pareja.

Se evidencia que, a nivel de las comunas, los nacimientos de madres adolescentes se concentran en la Zona Sur y en la Comuna 1, y las diferencias son profundas en relación con el resto de comunas; por ejemplo, la Comuna 8 (Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa Soldati) concentra la quinta parte de los nacimientos de la Ciudad.

Las comunas de la Zona Sur y la Comuna 1 sobresalen con los mayores porcentajes de nacimientos de madres adolescentes con bajo peso al nacer; parto en establecimiento de salud público; carencia de cobertura médica al momento del parto; madres que no conviven en pareja. Además, esas comunas concentran más de la mitad de nacimientos de madres con nivel educativo bajo. Por otro lado, no obstante evidenciar una mayor demanda de atención en establecimiento público, la Comuna 8 –que concentra el 20 % de los nacimientos de madres adolescentes de la Ciudad– no tiene hospital público.

En conclusión, el conjunto de indicadores seleccionados en este informe refleja las disparidades territoriales asociadas a las desiguales condiciones de vida y acceso a los servicios de salud por parte de la población de la Ciudad.

## Bibliografía

- Binstock, G. (2016), *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda en común*, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Oficina regional para América Latina y el Caribe.
- Binstock, G. y M. Gogna (2014), “Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina”, en S. Cavenaghi y W. Cabella (orgs.), *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, Río de Janeiro, ALAP. Serie Investigaciones núm. 3.
- Gogna, M. (2016), “La situación de las adolescentes: Tendencias, brechas y retos para los programas y servicios de salud”, ponencia presentada en las XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Salud, sexualidad y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas, Buenos Aires, CONICET-IIEGE, 3 al 5 de agosto. Disponible en: <[http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/files/2016/07/PONENCIA\\_GOGNA\\_MONICA.pdf](http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/files/2016/07/PONENCIA_GOGNA_MONICA.pdf)>.
- Govea Basch, J. (2013), *El estancamiento del descenso de la fecundidad en países de fecundidad intermedia: evidencias del caso argentino*, México, D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Mazzeo, V. (2001), “La fecundidad adolescente en la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis de su relación con la nupcialidad y de sus diferenciales socioeconómicos”, ponencia presentada en las Jornadas de AEPA, Neuquén. Disponible en: <<http://archivo.cepal.org/pdfs/2001/S2001518.pdf>>.
- (2006), *La inequidad en la salud-enfermedad de la primera infancia. Las políticas de salud y la capacidad resolutoria de los servicios en la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, FLACSO Argentina.
- (2016), “Las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires ¿redujeron o postergaron su paridez?”, ponencia presentada en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población-XX Encuentro Nacional de Estudios Populacionais, Foz de Iguazú, 17 al 22 de octubre. Disponible en: <[https://187.45.187.130/~abeporgb/xxencontrol/files/\\_paper/58174.pdf](https://187.45.187.130/~abeporgb/xxencontrol/files/_paper/58174.pdf)>.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2011), *Boletín de Indicadores seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años*, Buenos Aires, DEIS. Boletín núm. 132.
- (2012), *Boletín de Indicadores seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años*, Buenos Aires, DEIS. Boletín núm. 137.
- (2013), *Boletín de Indicadores seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años*, Buenos Aires, DEIS. Boletín núm. 141.
- (2014), *Boletín de Indicadores seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años*, Buenos Aires, DEIS. Boletín núm. 145.

————— (2015a), *Estadísticas vitales, Información básica Año 2015*, Buenos Aires, DEIS. Serie 5, núm. 59.

————— (2015b), *Boletín de Indicadores seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años*, Buenos Aires, DEIS. Boletín núm. 149.

————— (2016), *Boletín de Indicadores seleccionados de Salud para población de 10 a 19 años*, Buenos Aires, DEIS. Boletín núm. 152.

Pantelides, E. A. y G. Binstock (2007), “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI”, en *Revista Argentina de Sociología*, año 5, núm. 9, noviembre-diciembre, Buenos Aires, CPS y Miño y Dávila.

Rodríguez Vignoli, J. (2014), “Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización”, en S. Cavenaghi y W. Cabella (orgs.), *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, Río de Janeiro, ALAP. Serie Investigaciones núm. 3.

## Anexos

## Anexo 1

Tasa de fecundidad adolescente total, temprana y tardía (por mil). Total país y Ciudad de Buenos Aires. Años 1980/2015

Año	Total del país			Ciudad de Buenos Aires		
	10-19	10-14	15-19	10-19	10-14	15-19
1980	39,3	2,3	78,2	13,5	0,5	24,4
1981	38,0	2,4	75,4	13,7	0,4	24,9
1982	35,0	2,1	69,4	12,3	0,5	22,5
1983	33,4	2,2	66,2	12,1	0,4	22,6
1984	33,1	2,4	65,3	11,9	0,7	22,4
1985	33,9	2,3	69,7	13,8	1,3	25,9
1986	34,3	2,3	71,0	15,3	2,0	28,2
1987	32,8	2,0	68,5	14,9	2,0	27,3
1988	32,9	2,0	68,9	14,2	0,9	26,6
1989	31,4	1,9	66,2	13,9	0,6	26,4
1990	31,7	1,8	67,3	11,8	0,6	22,1
1991	33,3	1,9	69,5	11,9	0,6	22,3
1992	31,8	1,9	64,8	12,0	0,6	22,4
1993	31,3	2,0	62,1	12,9	0,5	24,3
1994	31,9	2,1	61,8	13,6	0,8	25,3
1995	31,8	2,1	60,9	14,5	0,7	26,9
1996	32,3	2,0	61,9	13,6	0,7	25,2
1997	34,2	2,0	66,0	13,2	0,5	24,6
1998	33,0	1,7	64,5	13,1	0,5	24,3
1999	32,3	1,9	63,6	13,5	0,4	25,0
2000	32,6	1,9	64,3	14,7	0,6	27,0
2001	30,5	1,8	60,3	11,4	0,6	20,8
2002	30,8	1,9	60,9	14,5	0,6	26,6
2003	32,0	1,6	56,7	15,0	0,7	24,9
2004	31,9	1,5	63,1	15,2	0,5	28,5
2005	31,9	1,6	63,1	16,2	0,6	30,5
2006	31,7	1,6	62,4	17,6	0,5	33,5
2007	32,5	1,7	63,7	17,4	0,6	33,3
2008	34,0	1,7	66,4	18,4	0,7	35,2
2009	34,6	2,0	67,0	17,7	0,8	33,8
2010	33,7	1,8	65,1	15,1	0,4	29,6
2011	35,3	1,9	68,2	17,6	0,7	34,4
2012	32,7	1,7	63,0	15,8	0,4	30,3
2013	33,7	1,9	64,9	15,5	0,6	29,8
2014	33,7	1,8	65,1	15,1	0,4	29,6
2015	32,3	1,6	62,6	13,2	0,4	26,3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación 2011, 2012, 2013, 2014, 2015b y 2016 y Mazzeo, 2001.



**Anexo 2**

Tasa de fecundidad adolescente total, temprana y tardía (por mil) según jurisdicción de residencia. Año 1980 y 2015

Jurisdicción	1980			2015		
	Tasa 10-19	Tasa 10 - 14	Tasa 15-19	10-19	10-14	15-19
<b>Total país</b>	<b>39,3</b>	<b>2,3</b>	<b>78,2</b>	<b>32,3</b>	<b>1,6</b>	<b>62,6</b>
CABA	13,5	0,5	24,4	13,2	0,4	26,3
Buenos Aires	34,2	1,7	68,2	26,9	0,7	53,6
Catamarca	48,2	3,4	103,0	35,6	2,2	67,4
Córdoba	33,6	1,4	65,8	27,8	1,3	53,0
Corrientes	49,8	2,9	100,8	41,2	3,2	74,7
Chaco	64,1	4,7	130,1	55,3	5,2	101,2
Chubut	59,9	5,3	124,5	29,2	1,1	57,5
Entre Ríos	41,4	2,5	82,1	36,6	2,4	69,1
Formosa	54,1	4,3	113,7	50,2	4,7	92,8
Jujuy	53,4	3,2	114,1	36,8	1,8	70,7
La Pampa	47,4	3,9	90,9	28,2	1,4	54,7
La Rioja	47,9	4,6	96,8	31,6	1,5	59,4
Mendoza	34,4	1,7	68,4	33,4	1,3	65,1
Misiones	58,7	3,0	121,6	50,3	3,7	95,2
Neuquén	60,2	5,3	125,0	33,2	1,7	65,2
Río Negro	58,3	4,8	114,8	31,5	1,6	61,2
Salta	53,9	3,8	111,9	43,8	2,9	83,9
San Juan	36,2	0,7	73,3	39,5	2,0	77,3
San Luis	47,2	3,1	86,8	29,9	1,2	57,8
Santa Cruz	57,2	3,8	124,0	31,1	1,6	63,9
Santa Fe	38,7	2,4	74,2	35,5	2,4	66,6
Santiago del Estero	43,0	2,8	93,6	40,8	2,5	77,3
Tucumán	43,7	2,2	86,9	38,9	2,5	73,7
Tierra del Fuego	65,6	4,4	126,7	23,3	0,6	48,1

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2016 y Mazzeo, 2001.