

UNIVERSIDAD DE LA HABANA
CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

GRANMA. FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA.
PERÍODO 2015-2035.

Tesis presentada en opción al grado científico de
Doctor en Ciencias Demográficas.

ARELIS ROSALEN MORA PÉREZ

La Habana

2023

UNIVERSIDAD DE LA HABANA
CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

GRANMA. FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA.
PERÍODO 2015-2035.

Tesis presentada en opción al grado científico de
Doctor en Ciencias Demográficas.

Autora: Ing. Arelis Rosalen Mora Pérez. MsC.

Tutora: Prof. Tit., Lic. Otilia Zenaida Barros Díaz, DrC

La Habana

2023

SÍNTESIS

La dinámica demográfica cubana se caracteriza por presentar una baja fecundidad y a su vez, elevada fecundidad adolescente que se mantiene en el tiempo. Sobre fecundidad adolescente las investigaciones caracterizan la situación actual o pasada del fenómeno, sin realizar investigaciones con miradas perspectivas de la fecundidad adolescente y su interacción con la dinámica demográfica. En la provincia de Granma se ha identificado por años la resistencia al descenso de la fecundidad adolescente y se ha trabajado en programas de acciones para disminuirla, pero esta sigue en aumento. La presente investigación tiene como propósito explicar el comportamiento de la fecundidad adolescente y su interacción con la dinámica demográfica de Granma hacia el 2035. Se propone un modelo para analizar la interacción entre fecundidad adolescente y la dinámica demográfica. Se determinaron las particularidades de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica de la provincia en el período 2015-2020. Se analizaron de la fecundidad adolescente y de las características de las madres adolescentes para los años 2015-2020 los diferenciales siguientes: zona de residencia, nivel escolar, situación conyugal, situación de ocupación, y se agrega la edad del padre a las madres adolescentes. Se analizaron los determinantes próximos de la fecundidad adolescente en el período. Se elaboraron escenarios demográficos de la provincia hacia 2035 y se tuvieron en cuenta hipótesis demográficas, resaltando las relacionadas con una reducción de la tasa de fecundidad adolescente y el movimiento de las tasas del resto de los grupos para mantener un determinado nivel de fecundidad. La interacción existente entre la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica es multidireccional y sistémica. Hacia 2035 si se cumplen las hipótesis planteadas, disminuiría las tasas de fecundidad adolescente, el número de nacimientos en estas edades y el peso representativo de las mujeres en el período reproductivo. Se proponen acciones a desarrollar a partir de la Política de atención a la dinámica demográfica según niveles de análisis social hacia 2035.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
ACÁPITE METODOLÓGICO.....	6
CAPÍTULO 1 FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA: DIFERENTES MIRADAS TEÓRICO- METODOLÓGICAS	9
1.1 Evolución de la Dinámica demográfica. Principales definiciones	9
1.2 Teorías relacionadas con la fecundidad y la dinámica demográfica	11
1.3 Estudios realizados a nivel internacional y nacional sobre fecundidad adolescente y la dinámica demográfica	19
1.3.1 Estudios realizados antes del 2015.....	19
1.3.2 Estudios realizados en el período 2015-2020.....	27
1.4 Interacción entre fecundidad adolescente y dinámica demográfica	34
CAPÍTULO 2 DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN GRANMA. FECUNDIDAD ADOLESCENTE 2015-2020	47
2.1 Dinámica de la población de Granma entre 2015 y 2020	47
2.2 La fecundidad adolescente en Granma y sus territorios	62
2.2.1 Diferenciales de la fecundidad adolescente en Granma 2015-2020	68
2.2.2 Características de la madre adolescente 2015-2020	75
2.3 Determinantes próximos de la fecundidad adolescente en la provincia Granma 2015- 2020.....	79
CAPÍTULO 3 FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN LA PROVINCIA DE GRANMA. PROYECCIONES HACIA 2035	89
3.1 Nivel de la fecundidad de la provincia de Granma en el horizonte 2035	89
3.2 Mortalidad de la provincia de Granma hacia 2035.	93
3.3 Migración en la provincia de Granma hacia 2035	96
3.4 Principales tendencias de las variables demográficas responsables del cambio poblacional para la provincia de Granma, 2020-2035	97

3.5 Interacción fecundidad adolescente y dinámica demográfica en Granma, 2015- 2035.
108

CONCLUSIONES	130
RECOMENDACIONES	132
BIBLIOGRAFÍA	133
Anexos	149

INTRODUCCIÓN

La fecundidad, desempeña un papel primordial en el crecimiento de la población. Cuba, país con una transición demográfica¹ avanzada, presenta una fecundidad por debajo del reemplazo poblacional desde 1978. En ese año la Tasa global de fecundidad (TGF) alcanzó un valor de 1,95 hijos por mujer, valor que se redujo desde 6,05 en 1911, lo que indica una reducción a un tercio en poco más de 65 años. (Albizu-Campos, 2009)

La teoría de la segunda transición demográfica enunciada por Van de Kaa y Lesthaege, en la que se mantiene el vínculo entre el nivel de fecundidad con el contexto socioeconómico y el mantenimiento de las bajas tasas de fecundidad por varios años, hace énfasis en los aspectos cualitativos de la fecundidad y la mortalidad sin obviar los cuantitativos. (Rodríguez Gómez, 2013)

Como plantea Molina (2017, p.12), “las explicaciones de las teorías de la transición demográfica no ofrecen argumentos sobre el cambio de la fecundidad en ningún grupo de edad, (...). Aunque existía una tendencia general en algunos países desarrollados (no en todos los países) al corrimiento en la estructura de la fecundidad hacia una cúspide tardía, el patrón no se manifestaba de la misma manera a través del tiempo, ni en todos los contextos, asumiendo características particulares, en el grupo de 15 a 19, en diferentes países”.

África y América Latina se mantuvieron como las regiones con mayores tasas de fecundidad adolescente, con valores para el período 2015-2020 de 95 y 63 nacimientos por cada mil mujeres de 15-19 años, respectivamente. En cuanto al peso relativo que representan las tasas de fecundidad adolescente respecto a la fecundidad total en este período, fue América Latina la que presentó el mayor valor al final del período (15,4%) (Naciones Unidas, 2019).

Para el año 2020 la tasa global de fecundidad en Cuba alcanzó un valor de 1,52 hijos por mujer, el grupo de 15-19 años, continuaba presentando una alta tasa de fecundidad específica, con un valor por encima de 50 nacimientos por cada mil mujeres de estas edades. Al interior

¹ La Transición Demográfica según Barros(2002), trata de explicar el paso de niveles altos a bajos de mortalidad y fecundidad, basado en la hipótesis de que las poblaciones tienden a pasar ciertas etapas de cambio demográfico, determinado por la evolución de la mortalidad y la natalidad, condicionados más que por las leyes biológicas, por los factores socioeconómicos, culturales, políticos, geográficos, etc.

del país existen heterogeneidades en cuanto a nivel y estructura de la fecundidad. En la región oriental, en el año de referencia, se apreciaron los mayores valores de la tasa global de fecundidad, aunque aun se encuentran por debajo del reemplazo poblacional; también fueron más altas, las tasas específicas de fecundidad en el grupo de 15-19 años, destacándose la provincia de Granma que presenta valores elevados durante varios años en este último indicador.

Los estudios sobre la fecundidad adolescente en Cuba e internacionalmente se focalizan en la descripción del fenómeno en los territorios, el comportamiento de los determinantes de la fecundidad, sus causales y su relación con el proceso de toma de decisiones, sin relacionarlos directamente con la dinámica demográfica (CEDEM-ONE-MINSAP-FNUAP-UNICEF, 1995; Pantelides, 2004; Rodríguez Gómez, 2006, 2013; Rodríguez Vignoli, 2008, 2013, 2017; Molina, 2017; Quintana, 2017).

La interacción de la fecundidad adolescente con las variables demográficas, influyen en la mortalidad infantil, la mortalidad materna, los niños con bajo peso al nacer, la resistencia al descenso de la fecundidad adolescente en contextos de baja fecundidad, la reproducción de patrones de fecundidad temprana de generaciones precedentes y la transferencia de estos de territorios con alta fecundidad adolescente a otros territorios. Se desconoce cómo desde una mirada a futuro esta fecundidad adolescente pudiera incidir en dicha dinámica.

La fecundidad adolescente representa un problema social para Cuba que debe ser atendido y constituye una prioridad para el Gobierno y los observatorios demográficos de los territorios. Las acciones que se desarrollen dirigidas a la prevención del embarazo y la fecundidad adolescente deben insertarse en las diferentes agendas y programas, con los cuales las naciones han asumido un compromiso, como pueden ser las conferencias de Población y desarrollo, la Conferencia de Beijing sobre la mujer, entre otros, y que tienen su expresión para Cuba en el Plan Nacional de Desarrollo 2030, el Programa Nacional para el Adelanto de las Mujeres, el Programa Nacional de Educación sexual (PRONESS), el Programa Nacional de salud para la atención integral en la adolescencia del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), el Programa de Prevención Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), y el Programa de educación integral en sexualidad con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Nacional de Educación.

La investigación responde a la Línea del programa Doctoral en Ciencias Demográficas, Composición y dinámica de la población, y particularmente da salida al proyecto *Dinámica de la Población y sus interrelaciones en Cuba y sus territorios. Fortalecimiento desde la investigación y la capacitación*, inscrito en el Programa Nacional de Ciencias Sociales y Humanidades. Este resultado científico tiene su antecedente principal en el trabajo realizado por Molina (2017) en el que se analiza la situación de la fecundidad adolescente en Cuba por 25 años, desde 1990 hasta 2014, y realiza un estudio de casos múltiples en el municipio de Campechuela, en la provincia de Granma.

La novedad científica de este estudio se sustenta en el análisis prospectivo que se realiza de la fecundidad adolescente hasta el año 2035. A su vez incorpora una mirada integrada y previsor de la misma, dentro del proceso de la baja fecundidad en Cuba y su mayor desarticulación, la fecundidad adolescente, en su interacción con la dinámica demográfica.

Se realizan aportes científicos al estudio de la fecundidad adolescente al proponerse un modelo para analizar la interacción de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica en la provincia de Granma. Se elaboran Tablas de Mortalidad Propias actualizadas para la provincia de Granma con datos del período 2017-2019, lo que contribuye a la obtención de la esperanza de vida al nacer, como indicador resumen de la mortalidad. Se realiza la proyección de la población en edad reproductiva, nacimientos y población total de Granma hacia 2035.

Esta investigación aporta, además, resultados que pueden orientar la toma de decisiones hacia la prevención del embarazo adolescente en la provincia de Granma, contribuyendo a la implementación de la política para la atención a la dinámica demográfica.

Teniendo en cuenta lo referido con anterioridad se plantea como **problema de investigación:**

¿Cuál es el comportamiento de la fecundidad adolescente y su interacción con la dinámica demográfica de la provincia de Granma para el período 2015-2035?

Objetivo general:

Explicar el comportamiento de la fecundidad adolescente y su interacción con la dinámica demográfica de Granma en el período 2015- 2035.

Objetivos específicos:

1. Fundamentar teórica y metodológicamente la interacción fecundidad adolescente y dinámica demográfica.
2. Caracterizar la dinámica demográfica y la fecundidad adolescente de la provincia Granma para el período 2015-2020.
3. Analizar la interacción de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica de Granma hacia el horizonte 2035.

Hipótesis:

- El descenso de la fecundidad adolescente en la provincia Granma a un nivel alcanzado por Cuba en el año 2020 (51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años) será posible con una reanimación y recuperación de la situación socioeconómica de la provincia de Granma, una implementación efectiva de las políticas y programas sociales, mayor educación ambiental de la población, y la apropiación e interiorización de valores identitarios de los territorios, de conjunto con la accesibilidad a los servicios y a los métodos anticonceptivos, una correcta educación de salud sexual y reproductiva (SSR) desde la escuela, la familia y la comunidad, y el trabajo integrado de las organizaciones sociales. Al aumentar las tasas específicas de fecundidad en los grupos de edades 20-24 años, 25-29 años, 30-34 años, y los grupos 35-39 años, 40-44 años, 45-49 años mantengan sus niveles estables, la contribución relativa de la fecundidad adolescente a la fecundidad total de la provincia disminuirá hacia el 2035, con valores menores al período 2015-2020 con un determinado nivel de fecundidad
- La interacción entre la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica es multidireccional y sistémica. Tiene un efecto bidireccional, el cambio en el comportamiento de una variable demográfica y sus determinantes sociales puede expresarse en el nivel de la fecundidad adolescente, y el nivel de la fecundidad adolescente actúa sobre indicadores de la dinámica de las variables demográficas, como pueden ser la mortalidad infantil, la mortalidad materna, e incluir otros indicadores como el bajo peso al nacer.

La investigación se estructura en Introducción, Acápites metodológicos, y tres capítulos de los resultados científicos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

En el primer capítulo de resultados científicos se muestra la **FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA: DIFERENTES MIRADAS TEÓRICO- METODOLÓGICAS** se sistematizan los fundamentos teóricos metodológicos para el estudio de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica. Se abordan teorías para el estudio de la fecundidad, así como el tratamiento que se le ha dado a la fecundidad adolescente. Se tiene en cuenta la evolución de los estudios sobre fecundidad adolescente y dinámica demográfica realizados en Cuba y a nivel internacional. Se propone un modelo para el análisis de la interacción entre fecundidad adolescente y dinámica demográfica.

En el segundo acápite de resultados, **DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN GRANMA. FECUNDIDAD ADOLESCENTE 2015-2020**, se caracteriza la dinámica demográfica y la fecundidad adolescente en la provincia. Para ello se explicita la dinámica demográfica de la provincia en el período 2015-2020, el comportamiento de la fecundidad a nivel provincial y de la fecundidad adolescente. Se caracteriza la fecundidad adolescente según los diferenciales zona de residencia, situación conyugal, situación de ocupación, nivel escolar. Se caracterizan las madres adolescentes en el período 2015-2020 según los diferenciales mencionados con anterioridad y la edad del padre. Se realiza un acercamiento a los determinantes próximos de la fecundidad adolescente presentes en la provincia.

En el tercer y último espacio para mostrar los resultados, **FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN LA PROVINCIA DE GRANMA. PROYECCIONES HACIA 2035**, se presenta la interacción de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica en la provincia. Se trazan hipótesis de las principales variables demográficas hacia el año 2035. Se muestra qué pasaría en la dinámica demográfica de la provincia si se lograra reducir la fecundidad adolescente. Se elaboran distintos escenarios demográficos. Se plantean elementos necesarios para alcanzar los escenarios propuestos. Se realizan propuestas para la acción encaminadas a la prevención del embarazo adolescente en la provincia de Granma. En las conclusiones se plasman los aspectos más relevantes obtenidos en la investigación y en las recomendaciones se compendian algunos criterios que pueden

servir para mejorar el proceso de estudio sobre la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica.

ACÁPITE METODOLÓGICO

La investigación es un estudio cuantitativo que utiliza el análisis demográfico como herramienta principal.

Se utilizan técnicas cualitativas que aportan explicaciones para comprender el fenómeno y ofrecer sugerencias para el futuro.

Fuentes de información

Se emplearon diversas fuentes de información.

- Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI): Bases de datos de nacimientos, Interfases de Provincias y Municipios, Anuarios Demográficos de Cuba 2015-2020 (Datos publicados en 2016-2021); Censo de Población y Viviendas 2012 de la provincia de Granma; Resumen del curso escolar 2018/2019 e inicio del curso escolar 2019/2020.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP): Anuarios Estadísticos de Salud 2015-2020 (2016-2021), Registro de Información de Interrupción de Embarazo, Encuesta de Indicadores Múltiples por conglomerados MICS/CUBA 2019
- MINSAP-Dirección Provincial de Salud Granma: Servicios, consultas y recursos humanos profesionales dedicados a la salud sexual y reproductiva.
- Ministerio de Educación (MINED)-Dirección Provincial de Educación Granma: Datos sobre el movimiento de alumnos FORMULARIO 221-IMAE-1, 2015-2020 (2016-2021)

Técnicas de recogida de información

- Entrevistas estructuradas a expertos que trabajan el tema de la fecundidad adolescente a nivel nacional y territorial, para conocer sus criterios en cuanto a la atención a la fecundidad adolescente y acciones futuras a desarrollar para la prevención del embarazo adolescente. Se entrevistaron 8 especialistas y directivos de las Direcciones provinciales de Salud Pública, de Educación, de Trabajo y Seguridad Social, de Cultura, Federación de Mujeres Cubanas –FMC-, Fiscalía Provincial: Dpto. de

Atención a Menores. Los expertos nacionales (7) provienen de la Dirección Provincial Salud Pública de Santiago de Cuba; Ministerio de Salud Pública, Departamento Materno Infantil; Escuela Nacional de Salud Pública; Prosalud; Sociedad Cubana para el estudio de la Sexualidad y Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana (Ver Anexo Documental 1 y 2)

- Análisis de documentos. Informes elaborados a partir de las visitas de Monitoreo de las provincias por el proyecto *Dinámica de la Población y sus interrelaciones en Cuba y sus territorios. Fortalecimiento desde la investigación y la capacitación 2011-2023* y como parte de la Comisión gubernamental de Atención a la dinámica demográfica

Sistemas de procesamiento de la información:

- SICDEMO, Sistema integrado de consultas demográficas, sobre la base de RedAtam Webserver, del Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI).
- SPSS Versión 22
- MORTPAK LITE versión 4.3 y el Módulo DEMPROJ versión 5.753 del software Spectrum de las Naciones Unidas.

Indicadores demográficos calculados:

Tasas de fecundidad según los diferenciales de la fecundidad adolescente (la zona de residencia, la situación conyugal, la situación de ocupación y el nivel escolar). Ver Anexo metodológico 1.

Cálculo del peso relativo de la fecundidad adolescente respecto a la fecundidad total, a partir de las Bases de datos de nacimientos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), las Interfases Provincias y Municipios.

Porcentaje de madres según características demográficas para el período 2015-2020 (zona de residencia, situación conyugal, situación de ocupación, nivel escolar y edad del padre). Este indicador posibilitó la caracterización de las madres adolescentes.

Tasas de interrupción de los embarazos de las mujeres por grupos etarios en el período 2015-2020. A partir de los datos aportados por los registros estadísticos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y de la Dirección Provincial de Salud Pública en Granma.

Tasa de dispositivos intrauterinos (DIU) Implantados. Calculada a partir de los datos de dispositivos intrauterinos implantados en las mujeres y la población media femenina por grupos de edad.

Porcentaje de DIU implantado en adolescentes respecto al total de DIU implantados en las mujeres.

Procedimiento metodológico para realizar la proyección de la población

Para proyectar la población hacia el año 2035, se emplea el Método de los Componentes de las Naciones Unidas, y para ello es fundamental el empleo de la técnica de Tablas de Vida y los escenarios demográficos. Como herramientas informáticas se utilizan el software MORTPAK LITE versión 4.3 y el Módulo DEMPROJ versión 5.753 del software Spectrum de las Naciones Unidas. Los insumos necesarios para proyectar la población se adquieren de SICDEMO. Para la elaboración de las Tablas de Mortalidad Propias se trabajó con las defunciones ocurridas en la provincia de Granma por sexo y edad de los años 2017-2019 aportadas por la ONEI y conciliadas con el Ministerio de Salud Pública. Las tablas de mortalidad propias aportan las relaciones de supervivencias por edad y sexo, necesarias para la elaboración de Ficheros CUSTOM necesarios para el módulo Demproj. (ver Anexo Metodológico 2, 3 y 4)

Los escenarios demográficos son proyectados hasta el año 2035. Para el empleo del software fue necesaria la elaboración de escenarios de la fecundidad, en los que el principal objetivo es la disminución de la fecundidad adolescente. Fue analizada la tendencia de la fecundidad y se utilizó información sobre el comportamiento de la fecundidad adolescente, la población femenina en edad reproductiva y de los nacimientos por grupos de edades, para elaborar las hipótesis de fecundidad.

**CAPÍTULO 1. FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA:
DIFERENTES MIRADAS TEÓRICO- METODOLÓGICAS**

CAPÍTULO 1 FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA: DIFERENTES MIRADAS TEÓRICO- METODOLÓGICAS

En este capítulo se analizan los principales fundamentos teóricos metodológicos para el análisis de la interacción de la fecundidad adolescente y dinámica demográfica. Se abordan determinadas teorías para el estudio de la fecundidad, así como el tratamiento que se le ha dado a la fecundidad adolescente. Se tiene en cuenta la evolución de los estudios sobre fecundidad adolescente y dinámica demográfica realizados en Cuba y a nivel internacional, específicamente en América Latina y el Caribe, en dos períodos: antes y después de 2015.

1.1 Evolución de la Dinámica demográfica. Principales definiciones

El estudio de las características de una población permite comprender el comportamiento de la misma. La sociología, la economía, la psicología, la medicina, entre otras ciencias, han investigado desde su punto de vista y objetivos de estudio a la población, sin embargo, estas investigaciones no se realizan desde una visión global de la población. A mediados de la década de los 80 del siglo XX, la demografía aún era vista desde una perspectiva muy cuantitativa, algo que se ha ido modificando más recientemente, con la impronta de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994 en El Cairo. Entonces se definía como la ciencia que se encarga de estudiar a la población humana de forma integral y se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, desde una mirada cuantitativa (CELADE-UIECP, 1985). Pero, a medida que el mundo se complejiza, necesita la demografía del complemento de otras ciencias para poder explicar y comprender el comportamiento de las variables demográficas, así como el impacto de las conductas y modos de vida individuales, de las parejas y las familias en la composición y estructura de las poblaciones.

De esta forma, ha pasado con el decursar de los años de un análisis demográfico, puramente cuantitativo a analizar con un enfoque cualitativo los fenómenos sociales que inciden abiertamente en el comportamiento de la población; del estudio cuantitativo del comportamiento de las variables demográficas clásicas: mortalidad, fecundidad y migración, al análisis de procesos sociales, resultado de los comportamientos de los individuos y dirigidos a buscar causas y consecuencias. En esta situación, el sentido de la demografía debe

ser para analizar las heterogeneidades e inequidades sociales entre los distintos sujetos demográficos (Canales et al., 2003)

También el concepto de dinámica demográfica ha tenido acercamientos diversos a lo largo del tiempo. Un excelente análisis de distintas definiciones se muestra en el texto *Dinámica de la población, territorio y desarrollo local* (Colectivo de autores, 2018), donde consolidan la evolución de la definición². En resumen, podemos asumir que la dinámica demográfica son las “interrelaciones entre los componentes del cambio demográfico y los contextos sociales y económicos específicos, que dan lugar a nuevas configuraciones de las sociedades. Dichos componentes son expresión de los movimientos naturales, mecánicos y sociales de la población. En sus interacciones incorporan la salud sexual y reproductiva, el género, el ejercicio de los derechos, en vínculo armónico con el medio ambiente” (Colectivo de autores, 2018, p. 22).

Cada variable demográfica ha tenido su propia transición y dinámica interna que se reflejan en las características de las mismas, pero siempre tienen una interacción con las otras variables y con la dinámica demográfica en general.

Las variables demográficas inciden en el crecimiento de la población: la mortalidad en la salida de individuos por la vía natural, la migración como vía mecánica mediante la cual entran y salen individuos, en dependencia del carácter expulsor o receptor de los territorios y la fecundidad como la variable que permite el incremento de las poblaciones por la vía natural.

Según Welti (1997), se define a la fecundidad como la “capacidad efectiva de una mujer, un hombre o una pareja de producir un nacimiento, lo cual es efectivo si produce un nacido vivo”(p.99). Para determinar el nivel de la fecundidad es necesario analizar y estimar su comportamiento según los grupos etarios en los que se divide el período reproductivo de una mujer, que abarca 35 años: de los 15 años hasta los 49. A su vez, el patrón de fecundidad

² En este libro se muestran las diferentes definiciones sobre dinámica demográfica dadas por investigadores como Vieira-Pinto (1975), Vallin (1991), Swanson y Siegel (2004) y Albizu-Campos (2017).

indica si se está ante una estructura temprana, dilatada o tardía³, en dependencia de dónde se concentren los mayores porcentajes de las tasas específicas con respecto a la fecundidad total por grupo quinquenal. Aunque el nivel y el patrón de la fecundidad no se encuentran relacionados, deben tenerse en cuenta para el análisis conjunto de la variable en una población determinada.

La fecundidad tiene particularidades y desarticulaciones en su estructura, patrón y nivel según contextos específicos. Por ejemplo, para Cuba se ha identificado como principal desarticulación la fecundidad adolescente, lo que representa, a la vez, una brecha en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Estas desarticulaciones han sido constatadas desde los años 80. "...Cuba ha registrado en las últimas décadas ciertas desarticulaciones en el proceso de transición acelerada que inciden especialmente en la conducta reproductiva de la población adolescente y en una relativamente poca estabilidad de las estructuras familiares" (CEDEM-ONE-MINSAP-FNUAP-UNICEF,1995, p.20).

1.2 Teorías relacionadas con la fecundidad y la dinámica demográfica

Para comprender y analizar la fecundidad adolescente y su relación con la dinámica demográfica se hace necesario aproximarse a determinadas teorías que abordan la fecundidad en su conjunto.

Teorías de la Transición demográfica

La teoría de la Transición Demográfica trata de explicar la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad, condicionada por los contextos socioeconómicos, culturales, políticos, geográficos, etcétera, más que por los biológicos (Barros, 2002; Medina y Fonseca, 2005).

La fecundidad ejerce un papel fundamental en la transición demográfica, pues "su descenso marca el inicio, el avance sostenido de la transición y completa su curso cuando se alcanzan los niveles de reemplazo de la población" (CEDEM-ONE-MINSAP-FNUAP-UNICEF,1995, p.11). La transición de la fecundidad ocurre luego de la transición de la

³ Se distinguen 3 tipos básicos de estructuras en función del grupo quinquenal de edades donde se produce la fecundidad máxima (cúspide): temprana: 20-24 años, tardía: 25-29 años y dilatada: 20-24 años y 25-29 años. (CELADE, 2015)

mortalidad, ocurrida en la primera mitad del siglo XIX. La modernización económica, según esta propuesta teórica, es la principal causante del descenso de la fecundidad. A esto se agregan los ideales de familia pequeña y el aumento de actitudes favorables al control natal, sugeridas por la teoría de la difusión (Bravo, 1992). Medina y Fonseca (2005) señalan que “el concepto de modernización como contexto social explica el descenso de la fecundidad: rasgos culturales de progreso, educación moderna, mejores condiciones de salud, desarrollo industrial, influencia urbana, civilización tecnológica” (p. 66).

Este proceso transicional se desarrolla de manera distinta y su evolución obedece a los contextos socioeconómicos de cada país. En los países desarrollados, por ejemplo en los europeos, demoró más tiempo que en los países en vías de desarrollo o subdesarrollados, como en el área de América Latina (Chackiel, 2004; Quilodrán, 2000).

La transición demográfica en Cuba, inició a partir de la primera década de 1900, pudiera nombrarse como híbrida pues combina determinantes tradicionales y contemporáneos, proporcionados por la nueva era social vivida en el país a partir de 1959 (Alfonso Fraga, 2009).

En la última etapa de la transición de la fecundidad cubana se presentan desarticulaciones relacionadas con la maternidad, la nupcialidad y la divorcialidad adolescente, la utilización en exceso del aborto y una baja prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (CEDEM-ONE-MINSAP-FNUAP-UNICEF, 1995).

El mantenimiento de las bajas tasas de fecundidad en la última etapa transicional se manifiesta en los países de acuerdo con los contextos históricos y sociales que viven y ha sido nombrada por investigadores como “segunda transición demográfica” (Lesthaeghe & van de Kaa, 1986; van de Kaa, 1987; Lesthaeghe, 2019). Según estos estudiosos, a partir de la década de 1960 ocurren cambios en el matrimonio, en el papel de los hijos, en la anticoncepción y en los tipos de familias. Alfonso de Armas (2009) plantea que las variaciones en esta segunda transición estaban centradas en la fecundidad, sobre todo en sus indicadores y factores comportamentales en el ámbito de la sexualidad. Algunas de las características de esta nueva etapa transicional son las siguientes: la tasa global de fecundidad (por debajo del nivel de reemplazo a través de los años), la elevación de la edad del matrimonio y de tener a los hijos (por el incremento de la procreación fuera del matrimonio),

el aumento de la cohabitación (tanto en las primeras uniones como en las posteriores), la mayor ocurrencia de los divorcios y cambios en los estándares de reconstitución de familias. Para el caso cubano se muestran rasgos de segunda transición demográfica: “el valor de los hijos es mantenido. Existe un aplazamiento de los hijos debido a razones económicas mezcladas con deseos de realización profesional e individual, planes o deseos de migrar, que llevan a un menor número de hijos. De manera general, el cubano no piensa en familias de tamaño grande como ideal. Los relatos sobre decisiones para tener hijos mostraron la mayor homogeneidad en términos de marcadores. El aborto es aceptado socialmente y constituye una de las vías más usadas para espaciar y limitar la fecundidad” (Alfonso de Armas, 2009, p.131).

En ambas teorías, tanto en la primera como en la segunda transición demográfica, se hace alusión al nivel de la fecundidad, pero no es analizada la estructura por edades de la fecundidad. Tanto la primera transición y ¿por qué no?, la segunda, se relacionan directamente con la dinámica demográfica, pues ambas influyen en el crecimiento de la población. Un elemento que llama a la reflexión en la segunda transición es el caso de la fecundidad adolescente, pues una de las características de esta etapa es que se pospone la maternidad y el matrimonio y aumenta la edad de la tenencia de los hijos. Sin embargo, existe una contradicción con lo que se aprecia en países como Cuba donde, aunque aumente la edad media de la fecundidad, también lo hace el peso relativo de la fecundidad adolescente respecto a la total.

Teorías sobre la Fecundidad

En el estudio de la fecundidad se hace necesario analizar los determinantes próximos o variables intermedias de la misma. Estos fueron propuestos por Davis and Blake (1956) y se clasifican a través de diversos factores que afectan la exposición al coito, influyen sobre el riesgo de concebir y determinan una gestación y parto exitosos. Enumeran 11 determinantes próximos, los que conforman un “sistema cerrado y exhaustivo que permite explicar el nacimiento de cada niño y, en ese sentido, los cambios en la fecundidad de las mujeres siempre serían consecuencia de modificaciones en estas variables” (Welti, 1997, p.89).

En 1978, John Bongaarts, luego de estudiar el comportamiento de los determinantes de la fecundidad alrededor del mundo, concluye que la intensidad de la unión, el uso de

anticonceptivos, la prevalencia de abortos y la infertilidad postparto, son los que permiten explicar la mayor parte de las variaciones de esta variable. Esto, a su vez, se basa en las diferencias que pueden aparecer en las variables específicas según las poblaciones y en como la fecundidad puede cambiar en dependencia del comportamiento de los determinantes (Bongaarts, 1978). Esta mirada sociológica pudiera comprenderse desde un enfoque de género si se analizan desde varias perspectivas las relaciones que transcurren al interior de familias y parejas y el papel que estas desempeñan en la toma de las decisiones reproductivas.

El factor económico también forma parte de esta mirada, pues en dependencia del nivel adquisitivo, puede definirse el acceso a los medios anticonceptivos y al aborto. La fecundidad, abordada desde miradas económicas, tuvo entre sus primeros estudiosos a Thomas R. Malthus, en el siglo XVIII, que plantea un modelo de crecimiento en el que el ingreso y la fecundidad se relacionan directamente, o sea, según este autor la tasa de fecundidad se incrementa con un aumento de los ingresos. No obstante, esta relación no se ha cumplido con el paso de los años, pues un aumento de los ingresos o de familias con mayor nivel adquisitivo no ha impedido la conformación y difusión de ideales de familia pequeños (Canales et al., 2011). En la década de 1960, Gary Becker, exponente de la escuela de microeconomía de Chicago, plantea que la calidad de un hijo está en función de la educación que se le piense dar -en general de la cantidad de dinero que se vaya a gastar en él-; una propuesta denominada como Teoría de la Demanda. Este abordaje teórico versa más acerca de la calidad de atención al hijo o hijos que de la cantidad que se quiere o puede tener, por lo que tiene un sentido contrario a lo planteado por Malthus. Becker, además, al insertar el tema del cuidado por parte de las mujeres y el tiempo que ellas pueden dedicar al empleo, introduce indicadores relacionados con una mirada de género (Becker, 1993; Canales et al., 2011).

La Teoría de Easterlin propone un modelo de oferta y demanda, en el cual agrega, a la demanda de los hijos, los costos económicos y de regulación de la fecundidad; destaca las ventajas del control de la fecundidad, cuyos costos son menores que los beneficios. Se señala la relación entre el número de individuos que componen una generación, el acceso al mercado laboral y su fecundidad (del Pino, 2005; Barros, 2002). A juicio de Del Pino, el enfoque de

H. Leibenstein “señala que los cambios económicos (en concreto, el incremento de las rentas familiares) influyen en el estatus de las familias, y es a través de él como cambian sus preferencias sobre fecundidad, decidiendo gastar la renta según lo demanda la entrada en el nuevo grupo social que determina su estatus superior” (Del Pino, 2005, p.118).

Los teóricos que tienen en cuenta los factores económicos, se enfocan en el nivel de la fecundidad, al tener en cuenta la posibilidad de tener hijos de acuerdo con las características económicas que posea el individuo o la familia y no se hace referencia a la fecundidad por grupos de edades. El contexto económico en el que se desenvuelva el individuo es fundamental para el desarrollo de la familia, para la toma de decisiones en cuanto a la fecundidad y por tanto tributa a la dinámica demográfica, pues tendrá en cuenta la entrada de individuos a la población y a su vez, la repercusión que pudiera tener el fenómeno en el desarrollo socioeconómico de ese territorio. Un menor costo de los hijos, a partir de la regulación de la fecundidad, limita el número de individuos que entrará por la vía natural a las poblaciones.

Estos postulados llegan a las personas a través de la Teoría de la difusión y la interacción social, que se basa en la transmisión de información y la transformación de ideas e informaciones transmitidas, desde la deseabilidad de la cantidad óptima de hijos a tener y el control de la fecundidad (Bongaarts y Watkins, 1996). La difusión de patrones de baja fecundidad no solo tendría en cuenta la transmisión que se realiza en los medios de comunicación masiva, sino también a través de la interacción entre las generaciones, los grupos de amigos, etcétera (Bravo, 1992). Esta teoría no particulariza en la fecundidad adolescente, pero sí puede incidir en el comportamiento reproductivo en este grupo etario, toda vez que se difunden contenidos en pos de disminuir el embarazo a edades tempranas. Aunque incide también en el sentido negativo, pues en ocasiones se transmiten a las adolescentes patrones reproductivos de familias que emiten un mensaje de naturalidad referente al embarazo y la maternidad en menores de 20 años, al ser protagonistas de este fenómeno, transmitido entre generaciones.

Para explicar la toma de decisiones reproductivas, en tanto, destacan varias propuestas teóricas, como la Teoría de la Acción Planificada, que parte de comprender que los individuos, a través de las interacciones sociales, adquieren conocimientos y la información

de otros -aprendizaje social-, y son influenciados por otros -influencia social-; la Teoría de Acción Razonada, que sostiene que las conductas, el comportamiento del individuo, están bajo el control consciente de los mismos a partir de distintos determinantes que las preceden y las explican. En ese mismo camino pueden incluirse la Teoría de la Acción Planeada desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada, cuyo su propósito es mejorar la predicción de aquellas conductas que no están bajo completo control del individuo; la Teoría de Acción Coyuntural, donde se toman en cuenta los diferentes eventos, posibilidades y obstáculos que se presentan ante un sujeto cuando se llega a una decisión y los Rasgos-Deseos-Intenciones-Comportamiento, construida alrededor de la secuencia de las disposiciones motivacionales y los estados conscientes que conducen a los seres humanos a comportamientos para evitar o tener hijos (Ajzen, 1985; Balbo & Mills, 2011; Fishbein y Ajzen, 1975; Miller, 2011; Molina, 2017; Morgan y Bachrach, 2011; Testa, Sobotka & Morgan, 2011).

Estas teorías están relacionadas con el comportamiento reproductivo, desde las que se aprenden por norma, hasta las que se relacionan con las actitudes sociales, las motivaciones, los rasgos de la personalidad que influyen sobre las normas o el nivel real de la fecundidad. Algunas como la Teoría de Acción Coyuntural y los Rasgos-Deseos-Intenciones-Comportamiento, avanzan al aproximarse desde un enfoque individual al comportamiento adolescente, pero no son capaces de explicar este comportamiento (Molina, 2017).

Un ejemplo importante que analiza la toma de decisiones es el proyecto REPRO (*Reproductive decision making in a macro–micro approach*), desarrollado en Europa durante tres años, hasta 2011. En el mismo se analiza cómo las decisiones sobre la fecundidad a nivel individual, de pareja, o micro social, inciden en las circunstancias y decisiones a nivel macro social. La experiencia buscó facilitar el entendimiento de los microfenómenos (necesidades insatisfechas de la persona o pareja) y los macrofenómenos (disminución de los nacimientos), a través de la toma de decisiones. Las condiciones a nivel macro se interrelacionan con la toma de decisiones a nivel micro, pues inciden en el proceso de toma de decisiones de la pareja y esto, a su vez, repercute en el comportamiento de la fecundidad. Esta influencia se refleja en el valor de los indicadores de fecundidad que se obtengan, en este caso la tasa

global de fecundidad, que determina la conducta de la fecundidad en la sociedad en que se enmarca (Testa, Sobotka & Morgan, 2011).

Un acertado resumen de las teorías y procesos que tienen en cuenta la fecundidad lo realiza John Bongaarts. Este autor destaca que, en las últimas fases de la transición demográfica, la fecundidad se comporta coherente con lo planteado por demógrafos y economistas como Becker, Easterlin, Notestein, entre otros (Bongaarts, 2002). En apoyo a este investigador han primado las leyes de la demanda, la calidad de los hijos por encima de la cantidad, lo que ha conllevado a una reducción del nivel de la fecundidad.

Las teorías antes mostradas tienen en cuenta el nivel de la fecundidad, los determinantes próximos que inciden en ella, los aspectos económicos, la demanda de hijos y su incidencia en la toma de decisiones. Sin embargo, se reitera que no se tiene en cuenta la estructura por edades de la fecundidad, por lo tanto se obvia el patrón de fecundidad tan necesario para comprender el comportamiento de los distintos grupos etarios y su aporte. Aunque analizan la fecundidad desde su posición, como un todo y es cierto que el tema económico y social es apreciado, carecen de un análisis acerca del efecto e impacto de la fecundidad adolescente en la dinámica demográfica. Además, estas teorías fueron propuestas desde países desarrollados, dentro de los procesos de la transición demográfica y en específico de la transición de la fecundidad, donde la fecundidad adolescente no era un elemento primordial de análisis, como bien refiere Molina (2017).

En el caso de la Teoría de la difusión, propone un análisis que puede llegar indistintamente a todos los grupos etarios, pues la difusión, tanto de métodos anticonceptivos como de una educación integral de la sexualidad, en estos tiempos de modernización puede llegar más rápidamente a los adolescentes.

Las teorías económicas, si bien no hacen distinción por grupos etarios, consideran que para lograr las teorías de la demanda de los hijos y la de oferta y demanda, las personas necesitan sustentos económicos que le permitan apostar por la calidad y cantidad de hijos. Sin embargo; en el caso de las adolescentes no es posible aplicar estas valoraciones, pues se encuentran en el proceso de formación escolar o iniciando la vida laboral, por lo que carecen de un sustento económico para ella y sus hijos, si son tenidos a edades tempranas. En el caso de los determinantes próximos de la fecundidad, estos pueden ser tenidos en cuenta por los

diferentes grupos etarios, aunque no se haga alusión a ello, y se hace complejo preveer el comportamiento en las adolescentes.

Aproximaciones teóricas sobre la fecundidad adolescente

En el mundo se han realizado investigaciones que han aportado novedosas explicaciones e hipótesis a la comprensión de la fecundidad (Molina, 2017). En su búsqueda sobre el descenso de la fecundidad de los países desarrollados, algunas de estas propuestas no se aproximan a los comportamientos de menores de 20 años, y mucho menos a la peculiaridad del comportamiento de la fecundidad en la región latinoamericana, donde varias naciones mantienen tasas globales de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, pero con una elevada fecundidad adolescente.

Pantelides (2004) realiza un análisis del comportamiento reproductivo y hace énfasis en las adolescentes, al tener en cuenta la interacción entre factores macro y micro sociales, desde los aspectos económicos y culturales, hasta los vinculados al individuo. En el nivel meso social, según la investigadora, se encuentran: el lugar de residencia, la familia, los grupos de sociabilidad y la existencia de servicios de prevención y atención en salud, particularmente en salud sexual y reproductiva para adolescentes (López y Varela, 2016). Estos enfoques son abordados por Molina (2017) y Quintana (2017) y resultan de utilidad para el análisis de la fecundidad.

En el área de América Latina se ha prestado especial atención al fenómeno de la fecundidad adolescente. Se plantea que no existe una teoría consolidada que explique la fecundidad de las menores de 20 años, por lo que podría suponer explicar el fenómeno a través de “teorías de alcance medio” (Rodríguez Vignoli, 2008). Las teorías psicológicas aportan elementos a tener en cuenta, pues abordan el comportamiento reproductivo adolescente. Señala que se pueden distinguir cuatro enfoques en América Latina: el psicológico, el de la modernidad sexual truncada, el de la desigualdad y el de los sesgos institucionales. Otros elementos son los aspectos históricos-culturales que pueden incidir en la fecundidad adolescente y la modernización, en la cual no se logra difundir de manera adecuada a las adolescentes los cambios modernos en los procesos reproductivos, los métodos anticonceptivos, etcétera.

La modernidad sexual truncada, definida básicamente como la “falla en la capacidad de protección, es relacionada con tres elementos. En primer lugar, es atribuible a la reticencia

institucional (familiar y social) frente a la sexualidad adolescente premarital, negando la autonomía de los jóvenes en este tema y, por ende, restringiendo su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; en segundo término, al contexto de desigualdad social de los países, en que por la falta de oportunidades laborales, educativas y vitales para los jóvenes, en especial de sectores pobres, se reduce el costo de la maternidad o paternidad adolescente, elevando incluso su valor como mecanismo para dotar de sentido a la vida. Por último, se asocia a la cultura familiar propia de la región, ya mencionada, que asume los costos de la reproducción temprana” (Rodríguez Vignoli, 2017, págs. 44-46).

Molina (2017) propone un marco conceptual para el estudio de la fecundidad adolescente en Cuba. En el mismo se presentan tres niveles analíticos, los niveles macro-social, meso-social y micro-social. En este caso, se inserta la situación social del desarrollo para analizar el comportamiento reproductivo de la adolescente en cuestión. Se interrelacionan los tres niveles con un enfoque en el que se tienen en cuenta los cambios a través del tiempo, desde un enfoque histórico cultural. Esta propuesta es de vital importancia y es el marco conceptual de base que propone esta investigación.

1.3 Estudios realizados a nivel internacional y nacional sobre fecundidad adolescente y la dinámica demográfica

Conocer hacia dónde han estado encaminadas las investigaciones sobre fecundidad adolescente a nivel internacional y nacional, cuáles han sido los principales elementos tratados, cómo ha sido su contribución a la dinámica demográfica, son elementos que se presentan en este acápite.

En Cuba han existido dos tendencias para el estudio de la fecundidad desde el punto de vista demográfico: el enfoque cuantitativo, iniciado por Luisa Álvarez y Alfonso Farnós en la década de los 80 del siglo XX, y un enfoque cualitativo en el siglo XXI, con investigadoras como Grisell Rodríguez, Marisol Alfonso, Matilde Molina y Livia Quintana, entre otras (Álvarez, 1982; Farnós, 1985a; Rodríguez Gómez, 2006, 2013; Alfonso, 2009; Molina, 2017; Quintana, 2017).

1.3.1 Estudios realizados antes del 2015

Estudios internacionales

Atractiva resulta la reflexión de Welti (2000), quien señala que la fecundidad adolescente se mantiene y no parece que el simple conocimiento de los anticonceptivos disminuya o contribuya a desaparecer la incidencia de estos eventos. La autora de esta investigación coincide plenamente con lo expresado por el autor. A más de 20 años de publicado el texto de Welti persisten la ausencia de concientización en cuanto al uso adecuado y sostenido de los anticonceptivos por parte de las adolescentes.

A inicios del nuevo milenio, Chackiel (2004) plantea que existe una tendencia al rejuvenecimiento de las tasas de fecundidad por edades, lo que implica que se opta por tener hijos tempranamente y, a partir de allí, se controlan los nacimientos. Señala la importancia de la fecundidad adolescente como una preocupación social, pues aumenta y desciende con menor intensidad que en el resto de los grupos etarios, con las problemáticas sociales sumadas a la pobreza y falta de cuidados de salud en que se encuentran muchas jóvenes latinoamericanas.

Estudios sobre la fecundidad adolescente en Argentina y Uruguay señalan que esta es relativamente alta en relación con el nivel de fecundidad general, presenta mayor resistencia al descenso y sustenta en buena medida, en ocasiones, el nivel de la fecundidad. La zona de residencia de las adolescentes puede introducir diferencias en cuanto al comportamiento de su fecundidad (Pantelides, 2004; Varela, 2005).

Entre los primeros estudios encontrados, que atienden a la estructura por edades de la fecundidad, se encuentra el desarrollado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas en la década del 60 del siglo XX (González, 2005). En el mismo se desarrolla un estudio sobre los modelos de estructura de la fecundidad por edades para el cual se tuvieron en cuenta 72 países. En los países de altos niveles de fecundidad (más de 2,0 hijos por mujer), la contribución de las mujeres de 20- 34 años es menor y el peso de las mujeres menores de 20 años es más elevado que en los países de baja fecundidad (desarrollados).

González (2005) señala para el año 1999, en los países desarrollados primaba la baja fecundidad, y se resta importancia al grupo de las menores de 20 años. En los países con valores de fecundidad más elevados y menos desarrollados, el rejuvenecimiento de la estructura por edades es apreciable, aunque disminuya el valor del nivel de la fecundidad en

el tiempo. Resalta la relación que estas propuestas establecen entre la estructura por edades de la fecundidad y el nivel de desarrollo socioeconómico que presentan los países. En el caso de Cuba, es un país en vías de desarrollo, con baja tasa global de fecundidad y tasas de fecundidad adolescente, con un peso relativo elevado con respecto a la fecundidad total.

Di Cesare y Rodríguez (2006), señalan que la fecundidad de las menores de 20 años, “sobre todo en contextos no voluntarios o no deseados, afecta al individuo, a las familias y al país. Por ello el esfuerzo para actuar sobre ella no radica en una sola instancia (...)” (p.137). De acuerdo a lo planteado con anterioridad, se puede establecer como interactúan la fecundidad adolescente con la dinámica demográfica, pues la repercusión afecta desde el punto de vista sociodemográfico y económico a la sociedad donde este comportamiento acontece.

En el contexto demográfico latinoamericano se ha observado una disminución de la tasa global de fecundidad (TGF), pero no ocurre lo mismo con la fecundidad adolescente, que aumenta junto con su peso relativo respecto a la fecundidad total en varios países (Di Cesare, 2007). La población disminuye a partir de las bajas tasas de fecundidad a lo largo del tiempo, por lo tanto la población femenina en edad reproductiva disminuye -y de por sí el grupo de 15-19 años también-, sin embargo las tasas de fecundidad adolescente y el peso relativo que representan con respecto a la fecundidad total, va en incremento en el área.

El amplio trabajo de Rodríguez Vignoli (2011) señala las consecuencias de la fecundidad adolescente: “se asocia a problemas de salud; provoca truncamiento en la trayectoria escolar; limita las opciones para encontrar y ejercer una actividad remunerada; es mucho más frecuente entre los pobres; ha aumentado su ocurrencia al margen de relaciones de pareja estables por lo que la crianza de esos niños termina a cargo de las muchachas -muchas veces sin apoyo de sus parejas- y de sus familias de origen -típicamente de las abuelas de los bebés; no es infrecuente, sobre todo en la reproducción precoz (antes de los 15 años), que su origen sea el abuso o el aprovechamiento por parte de adultos (por cierto, en estos aspectos el consenso no es unánime y hay debates sobre la gravedad que implica la maternidad en la adolescencia ” (p.88).

Un estudio realizado en Barinas, Venezuela, concluyó que los adolescentes, en su mayoría, no usan anticonceptivos en las prácticas sexuales y, cuando lo hacen, ocurre de manera irregular o incorrecta (Bombino y Quintana, 2013).

Según Rodríguez Vignoli (2014) los principales determinantes de la fecundidad adolescente son el comienzo de la menstruación (edad de la menarquia), la exposición a la actividad sexual, el uso de la anticoncepción y el aborto. En esta investigación se explica la influencia de estos determinantes en este grupo etario y, además, qué factores explican la disminución de la edad de inicio de la actividad sexual en el área de América Latina.

Estudios nacionales

Una de las primeras investigaciones realizadas sobre la fecundidad en Cuba utilizó la información censal obtenida entre 1899 y 1953 y, con técnicas indirectas, determinó los nacimientos y las medidas de la fecundidad en los primeros 50 años del siglo XX. Se estimaron las tasas por grupos de edades y, en este caso, la tasa de fecundidad del grupo de 15-19 años representó entre un 8% y un 10,5% de la fecundidad total (Catasús et al., 1975). Aunque no fue un estudio focalizado directamente sobre la fecundidad adolescente, si se puede utilizar como indicador comparativo para evaluar la evolución de la fecundidad de las adolescentes cubanas.

Álvarez (1982), realizó por primera vez un análisis entre la relación de la fecundidad y los cambios socioeconómicos, al analizar la tendencia de la fecundidad y realizar una proyección de los nacimientos hasta 1995. En ese momento era posible suponer que las tasas de fecundidad del grupo de 15-19 años y las de las mujeres mayores de 30 años disminuirían. En la investigación se realizó un llamado a tomar medidas para aumentar la fecundidad y cambiar la estructura por edades de la misma. Hoy, a 40 años de este estudio, sus planteamientos se mantienen vigentes. Este es un primer análisis que muestra la interacción de la fecundidad con la dinámica demográfica y hace un llamado a tomar medidas para su reducción.

En Farnós (1985b) se reconoce el rejuvenecimiento de la estructura por edades de la fecundidad y el aumento del peso relativo de la fecundidad de las adolescentes, según los datos censales. El autor realizó un estudio comparativo que tuvo en cuenta a las tres regiones del país (occidente, centro y oriente), para lo cual se entrevistó a más de tres mil mujeres entre 15-59 años. Se destaca la importancia del estudio de la fecundidad en el grupo de 15-19 años, debido a que el embarazo en estas edades constituye un riesgo para la madre y su hijo desde el punto de vista sociopsicológico y biológico.

En ese mismo año, Hernández Castellón (1985) refiere que en el primer quinquenio de la década del 60 las mujeres del grupo de 15-19 años tuvieron un gran aporte a la fecundidad durante el *boom* de los nacimientos en Cuba. El peso relativo de las tasas de fecundidad en este grupo etario aumentó desde 1953 en un 4,6% para alcanzar un 12,8% en 1960-1965 y un 24,4% en 1982. Las provincias de la región oriental presentaron los mayores valores de las tasas en los años 1973, 1977 y 1979.

Durante la década de los 80 Farnós (1985a), realizó un análisis por provincias de distintos indicadores demográficos. Se vislumbraba la necesidad de estudiar la incidencia que puede tener en el futuro desarrollo económico y social del país la persistencia de una fecundidad baja a nivel nacional y provincial. Según el estudio realizado, para años posteriores, la baja fecundidad pudiera presentar una tendencia estable e incluso decreciente, si se tomaran medidas específicas para la reducción de la fecundidad adolescente. Para el quinquenio 1978-1982 solo dos provincias, Granma y Guantánamo, presentaron valores de fecundidad por encima de una hija por mujer y registraron los mayores montos de la tasa global de fecundidad. Este estudio realizó una proyección de la población que permitió evaluar tendencias futuras de la dinámica demográfica cubana.

A partir de la segunda década del siglo XX comienza el descenso de la fecundidad. En los primeros 50 años del pasado siglo, su nivel se redujo a 3,5 hijos por mujer; posteriormente, en la década del 60 este valor asciende a 6,4 y ya para 1978 desciende por debajo de 2,1 hijos por mujer (CEDEM, 1976; CEDEM et al., 1995; Barros, 2002; González, 2005).

En los cuatro estudios mencionados con anterioridad se tiene en cuenta la situación social existente en el país y las consecuencias de las reformas sociales, que de una forma u otra impactan en la fecundidad. En esos momentos se apostaba por una reducción de las tasas de fecundidad de las adolescentes a través de la toma de medidas para la prevención del embarazo en estas edades. Sin embargo, las altas tasas de fecundidad adolescente persisten en el tiempo y, aunque disminuyen respecto a etapas anteriores, preocupa el peso relativo que generan respecto a la fecundidad total. Con estos estudios se tiene en cuenta la repercusión en la dinámica demográfica de la fecundidad, en especial en los que se proyecta la población y los nacimientos.

En 1995, ya se menciona la fecundidad adolescente como una desarticulación del proceso general de homogeneización de la fecundidad cubana, lo que representa una inequidad reproductiva. Esta inequidad, además de presentar desigualdades en cuanto al acceso a los medios de contracepción, presenta dificultades en el funcionamiento de conductas familiares, sociales, de comunicación y educación sexual (CEDEM-ONE-MINSAP-FNUAP-UNICEF,1995).

En el año 1978, momento en que el país reporta un descenso de su nivel de fecundidad por debajo del reemplazo de la población, “La tercera parte (32,3%) de los nacimientos registrados en 1978, provinieron de madres adolescentes, lo que puede dar una idea de la importancia relativa de la natalidad de la población más joven y la incidencia de ello en el crecimiento poblacional que experimentó el país en esa época” (González, 2000, p. 74). Como se puede apreciar, ya en ese momento se relaciona la influencia de la fecundidad en la dinámica poblacional del país.

En diversas investigaciones se señala que los embarazos en la adolescencia constituyen un factor de riesgo, tanto para la salud de la madre, como para el recién nacido. En la mayoría de los casos incide en la ocurrencia de niños con bajo peso al nacer, disfuncionalidad en las familias, afectaciones al desarrollo propio de la adolescente, entre otros (MINSAP, 1998; Rodríguez et al, 2005; Regueiferos et al., 2011; Guimaraes et al.,2013; Gómez et al., 2014). Fleitas (2000) presenta un estudio que establece que la maternidad temprana incurre en mortalidad materna, mortalidad infantil, bajo peso al nacer, entre otros. La no culminación de los estudios por parte de la adolescente la hace dependiente económicamente de la pareja; en otros casos el abandono por parte de la pareja la lleva a realizar actividades de las que no obtiene una remuneración adecuada o se dedican a los quehaceres del hogar. La maternidad temprana presenta un adelanto de roles, pues no se culmina el proceso de preparación de la adolescente para el futuro. Se plantea no solo como problema de salud, sino como problema social. La identidad femenina y el enfoque de género se tienen en cuenta en el desarrollo de la maternidad adolescente.

Benítez (2002) declara que la nupcialidad temprana, la fecundidad adolescente y la recurrencia al aborto provocado son desarticulaciones entre la tendencia esperada y los comportamientos individuales de determinados indicadores demográficos. La fecundidad

adolescente, además, desajusta los patrones esperados de esta variable, debido a la incidencia de las uniones tempranas, con el inicio temprano de relaciones sexuales y la recurrencia a las interrupciones de embarazos como vía para evitar los nacimientos. Estas son particularidades en la dinámica de la fecundidad cubana.

En varias investigaciones se plantea la necesidad de la inclusión de la pareja de la mujer o adolescente en la dinámica para la planificación familiar, y que participen en la toma de decisiones en cuanto a la reproducción (Álvarez et al., 2006). Las adolescentes tienen oportunidades a partir de los programas de educación integral de la sexualidad y acciones desde la salud pública que no son bien aprovechadas, utilizan en su mayoría el conocimiento transferido por las generaciones anteriores (Guerrero, 2009). Guerrero y Pérez (2013) plantean que las valoraciones sobre el embarazo en la adolescencia y las consecuencias para la adolescente, la pareja, la familia y la sociedad, resultan temas a considerar por su repercusión en el ámbito social

Estudios previos en los que se aborda la dinámica demográfica cubana se señalan a continuación. En CEDEM (1976) se analiza la población de Cuba en los años anteriores a 1974, agrupados entre conquista y el siglo XIX; 1900 hasta 1958; y una última etapa, de 1959 hasta inicios de la década del 70. En este acercamiento se realiza un análisis de las variables demográficas, la fuerza de trabajo, los factores económicos, el modelo económico y la política de población dentro de la política de desarrollo. También se analizan las tasas específicas de fecundidad por edad, se aprecian fluctuaciones en los valores y, aunque no se determina el peso relativo que representan de la fecundidad total, son importantes para el estudio de la fecundidad cubana.

En la década del 90 otra investigación vinculó la dinámica demográfica con procesos de desarrollo en el país, en este caso con la industrialización (Ibáñez, 1993). En el caso de la fecundidad, se analiza su nivel pero no la estructura por edades. Se tiene en cuenta la relación de la población con el nivel de desarrollo industrial.

Castellón (1994) estudia la dinámica de población y el desarrollo de Cuba. Realiza un acercamiento de las tasas específicas de fecundidad por edades y hace un alto en las tasas del grupo de 15-19 años. Señala el embarazo adolescente como un fenómeno que amerita la atención de todos. Es de los primeros trabajos en los que se llama la atención acerca de la

fecundidad adolescente desde un estudio de la dinámica demográfica, por lo que es un referente para esta investigación.

En CEDEM (2009), se realiza un amplio debate de las principales variables demográficas, el crecimiento de la población así como otros elementos influyentes en su dinámica demográfica. El análisis de las tasas específicas por edades de la fecundidad, demanda la atención hacia la fecundidad adolescente. El estudio vincula el contexto social y económico al comportamiento reproductivo de la mujer cubana.

Estudios sobre las variables demográficas y fecundidad adolescente

Mortalidad y fecundidad adolescente.

Las condiciones económicas, sociales, culturales y de atención sanitaria, inciden en la mortalidad materna de las más jóvenes, las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto de las mujeres en los 20 y en las menores de 15 años se quintuplica el riesgo (Cabezas, 2002).

Estudios internacionales producidos antes del 2015 destacan que los problemas obstétricos son la primera causa de muerte entre las adolescentes de 15-19 años y cerca de 70 mil fallecen por esta causa anualmente (Arriaga et al., 2010). Entre las causas indirectas de la mortalidad materna adolescente se encuentra el suicidio, que según el territorio tendrá mayor o menor impacto y no debe dejar de tenerse en cuenta (Subiria y Hurtado, s/f).

Para el caso cubano un estudio sobre la mortalidad en la década de los 90 señalaba, “la fecundidad de las adolescentes, relacionada con el riesgo de muerte tanto de los hijos en el primer tramo de la vida, como materno en general, también retrocedió en esos años, aún cuando siguiera mostrando un nivel proporcional notablemente elevado” (Albizu-Campos, 2002, p.126).

Migración y fecundidad adolescente

En España, estudios evidencian que la situación familiar antes de migrar, la etapa del curso de vida en la que se produce la migración y las motivaciones por las que se realiza la migración, tienen incidencia en el nivel de fecundidad. La mayor fecundidad de las mujeres inmigrantes tiene lugar, justamente, sobre todo en las edades más jóvenes (Castro y Rosero-Bixby, 2011). En Cataluña se realiza un estudio donde no sólo la migración interactúa con la

fecundidad, sino donde la fecundidad repercute en el proyecto migratorio. En esta investigación se destaca la adaptación, selección, interrupción, interrelación de eventos, socialización y legalidad para alcanzar una visión completa de la interacción entre los procesos migratorios y reproductivos. En este territorio las inmigrantes cuentan con una elevada fecundidad adolescente, diez veces superior a la de las nativas, debido a que mantienen los patrones reproductivos de su lugar de origen (Devolver y Bueno, 2011).

Estudios realizados en el área latinoamericana sugieren que no existe un proceso de adaptación de las inmigrantes en lo que respecta a la fecundidad, por lo menos en el corto plazo, ya que luego de varios años mantienen la fecundidad elevada de su país de origen. Se aprecian diferencias entre las inmigrantes recientes y las no recientes en cuanto a la fecundidad adolescente, debido en gran medida a factores socioeconómicos y motivacionales por los que ocurrió la migración (Ullman, 2013).

Palma (2016) plantea que las adolescentes no nativas de Baja California, presentan fecundidad adolescente más elevada que las nativas. La situación de migrante se asocia con condiciones más desfavorables en las madres adolescentes. Se requiere de una mayor cobertura social para este grupo doblemente vulnerable, tanto por su condición de embarazo adolescente, como por su condición de migrante.

En CEDEM (2012) se hace una valoración de la dinámica demográfica cubana y se dedica un análisis a la fecundidad del grupo de 15-19 años, así como del resto de los componentes de la dinámica. Se hace un análisis de los determinantes de la fecundidad cubana.

En los estudios referidos con anterioridad las valoraciones sobre la influencia de la fecundidad adolescente en la dinámica demográfica quedan implícitas en los análisis. En el caso de los estudios sobre la dinámica demográfica, en su mayoría relacionan la dinámica demográfica a procesos de desarrollo, y pocos tienen en cuenta la fecundidad adolescente.

1.3.2 Estudios realizados en el período 2015-2020.

Estudios internacionales

Estudios realizados en Colombia demuestran que se mantienen elevadas las tasas de fecundidad adolescente y refieren como el aumento de su peso relativo con respecto a la fecundidad total es evidente. Los diferenciales de la misma por zona de residencia, edad,

estratos socioeconómicos, presentan la heterogeneidad del fenómeno en el país (Álvarez, 2015).

Santelli et al. (2016) plantea que existen espacios en los que se detectan desigualdades en cuanto a los ingresos y el aumento de las tasas de fecundidad adolescente. Además, señalan que lograr disminuir la pobreza, las desigualdades en cuanto a los ingresos y aumentar las inversiones en educación deberían ser componentes esenciales de las políticas nacionales para prevenir la fecundidad adolescente. De total acuerdo con los autores, la autora de la presente investigación, considera que los resultados de Santelli y el resto de los autores, deberían socializarse a nivel internacional por el carácter inclusivo de la propuesta. Por lo general, las estrategias con el fin de reducir la fecundidad adolescente se trazan a partir del uso de métodos anticonceptivos y se obvian otros elementos de corte social que influyen en el fenómeno como el contexto social próximo y la situación social del desarrollo en el que se desenvuelven las adolescentes.

En Uruguay, López y Varela (2016) incluyen en su análisis el contexto de socialización, el estrato social de pertenencia de la adolescente, la etapa del curso de vida con sus características propias, desde un enfoque de género, los sistemas de creencias, elementos sobre sexualidad, la legitimación social de los derechos sexuales y reproductivos, la disponibilidad de recursos en salud sexual y reproductiva y de políticas públicas vinculadas con la educación, la vivienda y el empleo, entre otros.

Binstock (2016) realiza una comparación de la fecundidad y maternidad adolescente en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. En la investigación se tuvieron en cuenta las tendencias y desigualdades sociales, el comportamiento de los determinantes próximos como inicio de las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, y se sistematizaron la legislación y programas vinculados a la salud sexual y reproductiva adolescente.

Sacco y Andreozzi (2017) señalan que los niveles de las tasas de fecundidad adolescente tienen más oportunidad para su contracción y esto incide en el nivel de la fecundidad. Es decir, sobre las adolescentes existen más posibilidades que, con una efectiva educación integral de la sexualidad, pueda ser posible la reducción de las tasas de fecundidad, a partir de una modificación de su patrón reproductivo.

Un estudio realizado sobre fecundidad adolescente en Bolivia, Colombia, Perú y República Dominicana (Fanta y Abeldaño, 2017) arrojó la existencia de una alta diferenciación entre divisiones político-administrativas en los países estudiados. Dicha heterogeneidad se mantiene al desagregar por edades simples.

El comportamiento de la fecundidad adolescente en América Latina, de altos valores en sus tasas y resistente a la baja, se aleja de lo que pueden desear para su posterior comportamiento reproductivo las adolescentes. Ello sugiere una contradicción entre comportamiento y deseabilidad de las adolescentes, a partir de las barreras de acceso a la anticoncepción y la vulneración de sus derechos. Además, se establecen factores socioeconómicos que inciden en el embarazo adolescente: acceso a servicios de salud y a fuentes de información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos; el estrato socioeconómico, el clima educativo, acceso a los medios de comunicación; la zona de residencia y la asistencia escolar y las expectativas futuras, el proyecto de vida y el valor social y cultural del embarazo. (Rodríguez Vignoli, 2017; Rodríguez et al., 2017)

Rodríguez, Di Cesare y Páez (2017) analizan que, en las últimas dos décadas, la fecundidad adolescente en Latinoamérica se mantiene con un comportamiento no acorde a los procesos transicionales de baja fecundidad que se desarrollan, en tanto la fecundidad de las menores de 20 años se resiste a descender. En el caso cubano se mantiene esa tendencia, la fecundidad adolescente mantiene un nivel menor que el de América Latina, sin embargo el peso relativo de la misma respecto a la fecundidad total va en aumento, por lo que se está de acuerdo con la afirmación anterior.

En el área de América Latina se realizó un análisis comparativo entre las tasas de fecundidad adolescente entre 1960 y 2019 en 32 países (Guerrero, 2020). Se presenta la reducción de las tasas de fecundidad por edades en el período escogido y su comportamiento desigual por países. Se destaca que la fecundidad de las adolescentes tiene un comportamiento singular en Latinoamérica, “que podría explicarse por las resistencias particulares (tasas o indicadores que no descienden por causas locales propias de la región) no observadas en otras zonas del mundo y por mejoras no relacionadas con la disminución de la fecundidad general, ni con mecanismos asociados con la transición demográfica, ni con efectos directos del desarrollo económico” (p.7). Estudiar estas resistencias particulares no debe reducirse al solo

conocimiento de las mismas, hay que explicarlas, comunicarlas a tomadores de decisiones y académicos, y a su vez proponer soluciones, pues esto incide en la dinámica demográfica de los territorios.

Al tener en cuenta las variables intermedias, tendencias y desigualdades de la fecundidad adolescente en Chile, así como los posibles impactos de la COVID-19 en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, se muestran resultados alentadores en cuanto al aumento del nivel educativo, acceso a los métodos anticonceptivos, uso de anticoncepción de emergencia, descenso gradual de las uniones en las adolescentes; aun cuando se juntan dificultades sociales que vulneran los derechos de la adolescente (Rodríguez y Roberts, 2020; Rodríguez, 2021; Rodríguez et al., 2021).

Estudios nacionales

En relación con la educación sexual de las nuevas generaciones, así como la de sus padres y el resto de la familia, se debe trabajar para garantizar servicios e información en anticonceptivos de fácil acceso, para su utilización de forma sistemática y correcta, y contribuir a una correcta planificación familiar (del Risco et al., 2016; Peláez, 2007, 2016). Para el caso cubano, la distribución espacial por zona de residencia del fenómeno es vital para el análisis (Molina, 2017). Hasta la década de los 80, las provincias de Camagüey, Las Tunas y Holguín, tributaban con las mayores tasas de fecundidad adolescente. Para finales de los años 80 comienza un descenso de las tasas de fecundidad, 79,4 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes. Para el año 1999 ya el valor de la tasa rondaba los 50 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes. En el año 2006 se alcanza el menor valor de la tasa hasta el momento, con 45 nacimientos por mil mujeres adolescentes. A partir de 2008 y hasta el 2014, se evidencia un aumento de las tasas en 1,05 veces. Un análisis por provincias para el período 1990-2014, muestra como la región oriental⁴ presenta las mayores tasas de fecundidad adolescente. En el análisis del grupo de 15 a 19 años en los años 2010-2014, se observa que el mayor promedio de la tasa se ubica en la provincia de Granma, seguida por Guantánamo, y en tercer lugar Las Tunas.

⁴ La región oriental de Cuba comprende las provincias de Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo

Molina (2017) pudo concluir que los patrones reproductivos, en este caso de fecundidad adolescente, que son intergeneracionales, de abuelas a madres e hijas, son marcadores de la influencia que puede tener la familia sobre la adolescente, a la vez caracterizado por el inicio temprano de la reproducción, la unión consensual y una difusión insuficiente de los métodos anticonceptivos entre generaciones. Asociado, además, a un distanciamiento en la comunicación sobre temas de sexualidad y bajo control educativo, de manera que la baja percepción de la adolescente ante el riesgo al que está expuesta aumenta ante la imposibilidad de no contar en ese momento con el apoyo familiar.

En el país, algunos estudios se han realizado a nivel municipal. En el caso de Guamá (Santiago de Cuba) se muestra un comportamiento histórico, una fecundidad por encima del reemplazo y con un patrón temprano, y elevada fecundidad adolescente. Del estudio se desprende que las adolescentes no poseen aspiraciones y proyectos futuros. Se aprecia un inicio temprano de relaciones sexuales, con hombres mayores, con bajo uso de anticoncepción en la primera relación y luego de manera discontinua. Se reproducen patrones reproductivos de madres y abuelas, así como la baja percepción del riesgo de embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual. Existe una desarticulación entre las acciones de promoción de salud sexual y reproductiva en el sector salud, el sector educación y la familia y lo que ocurre en el territorio. Plantean la falta de integración entre los factores sociales (CEDEM, 2017).

Otro estudio sobre la evolución de la fecundidad en este municipio fue realizado por Cristiá (2018), que plantea el aumento del peso relativo de la fecundidad adolescente en el período 2003-2012 y muestra las características de las madres adolescentes según nivel de escolaridad, zona de residencia, situación conyugal, así como la articulación de actores sociales.

Por su parte, la obra de Dujarric y Molina (2019) presenta un resumen de lo estudiado en San Miguel del Padrón (La Habana) y Campechuela (Granma). En estos municipios aparece la familia como espacio de influencia, donde se transmiten los comportamientos reproductivos de una generación a otra. Se describe un patrón caracterizado por el inicio temprano de la reproducción, la unión consensual y una difusión escasa de los métodos anticonceptivos de

una generación a otra, existe poca comunicación sobre temas de sexualidad y bajo control educativo.

Los medios de regulación de la fecundidad deben ser del dominio, no solo de los médicos, también de profesores y profesionales que tienen la misión de educar, formar y orientar a los adolescentes y desarrollar su conciencia social en cuanto a la erradicación del embarazo adolescente. Se conoce que existen programas para atender esta desarticulación, pero no son eficientes.

En la provincia de Granma se han desarrollado investigaciones relacionadas con la fecundidad adolescente y el embarazo adolescente, en las mismas se analizan los riesgos biopsicosociales de las gestantes embarazadas, trayectorias reproductivas, intervenciones educativas, el aborto en la adolescencia, conducta de riesgo sexual y de la función reproductiva en adolescentes. Un elemento a destacar es que muchos de estos estudios se realizan en las áreas de salud. (Malcom y Rodríguez, 2015; González et al., 2016; Molina, 2017; González et al., 2018; Figueredo et al., 2019; Malcom, 2020; Salgado et al., 2021)

Estudios sobre las variables demográficas y fecundidad adolescente

Mortalidad y fecundidad adolescente.

Camacho (2016) se refiere a la interacción de la fecundidad adolescente y la mortalidad, señala que en Latinoamérica la mayoría de las adolescentes de los países presentan un mayor riesgo de mortalidad materna comparación con las mujeres con 20 años y más. El suicidio aparece como causa de muerte en estas adolescentes. Las menores de 16 años tienen 4 veces más el riesgo de morir por causas maternas al compararse con las que fueron madres del grupo de 20-24 años.

García y Lucero (2019) señalan como el mayor fenómeno negativo del embarazo en la adolescencia es la muerte de la madre adolescente, la razón de mortalidad materna adolescente de 10-13 años casi duplican las del grupo de 15-19 años. Además se presentan partos prolongados, donde puede ocurrir sufrimiento fetal, abortos bajo condiciones inseguras, aumento de la preclampsia, lo que puede provocar hemorragias, incremento de las infecciones de transmisión sexual, anemia, bajo peso al nacer, aumento mortalidad prenatal o durante las primeras semanas de vida del producto, entre otros. El suicidio destaca como una causa de muerte en este grupo en estudio.

El panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México, señala que las causas de mortalidad materna adolescente más frecuentes son las causas indirectas seguidas de enfermedad hipertensiva y hemorragia. Dentro de las causas obstétricas indirectas se registraron en mayor número las siguientes: enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas y parasitarias que complican el embarazo, parto y puerperio, trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complica el embarazo, parto y puerperio, y enfermedad metabólica. (Sánchez y Montoya, 2019)

En el Perú, el embarazo en las adolescentes conlleva un incremento del riesgo de muerte, en especial en las mujeres en zonas rurales (Herbozo, 2021). Entre las posibles razones para este suceso se mencionan la baja educación sobre los cuidados de salud en la población con estas características, así como una mayor exposición a carcinógenos como tabaco.

Migración y fecundidad adolescente.

El estudio de las inmigrantes latinas y caribeñas en España reporta que la migración implica de manera automática un cambio del patrón cultural de referencia en el comportamiento reproductivo, lo cual junto con los nuevos condicionamientos sociales y económicos, pueden conllevar un cambio en la fecundidad de las mujeres inmigrantes. Para el caso de Cuba, el estudio señala que la fecundidad de las cubanas en España es más bajo que en Cuba (Grande y del Rey, 2017)

La investigación desarrollada por Rodríguez Javiqué (2017) sobre la fecundidad de las cubanas en los Estados Unidos, evidencia que las tasas de fecundidad adolescente son bajas y diferentes a las que se presentan en Cuba, mientras que la fecundidad total si presenta igual comportamiento.

Otro estudio realizado en España se constata que, si bien la fecundidad adolescente es mayor entre las mujeres extranjeras, en este período de años, las españolas muestran la misma tendencia en especial en el grupo de 17 a 19 años (Sanz y Blanco, 2022)

En el análisis de la bibliografía consultada, se evidencian factores que inciden en la fecundidad adolescente, así como las consecuencias que esta pueda tener. Desde la toma de decisiones, los determinantes próximos que inciden en ella, falta de comunicación, afectaciones a los derechos, no se realiza una valoración de la relación directa que puede establecerse con la dinámica demográfica de los territorios. En todos los casos se llama a la

adopción de políticas públicas que incidan en la reducción de la fecundidad en las adolescentes, a través del aumento de la educación integral de la sexualidad. Los autores consultados, están claros que será posible esta meta si se trabaja de una manera integrada, pues no es un tema que concierne solamente a la adolescente, es una problemática social que debe ser atendida por todos.

Para el caso de la dinámica demográfica a partir de 2015 y en estudios desarrollados por el CEDEM en las provincias, se realiza un balance de la situación demográfica cubana y de sus provincias. La dinámica demográfica no debe verse como un problema, sino debe verse la importancia de la misma en la interacción directa con el desarrollo económico y social. A partir de los proyectos de investigación desarrollados en las provincias con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Plataforma Articulada para el desarrollo integral Territorial (PADIT), en las caracterizaciones demográficas en las que la dinámica demográfica es el eje central por la importancia que requiere no deja de analizarse la fecundidad de las adolescentes.

En los recorridos a las provincias cubanas, el fenómeno de la fecundidad de las adolescentes es preocupación para las instituciones y tomadores de decisiones, aunque existan programas y proyectos para reducir el embarazo adolescente, no logra disminuirse las tasas y el peso relativo de la misma respecto a la fecundidad total aumenta.

1.4 Interacción entre fecundidad adolescente y dinámica demográfica

En este epígrafe se integran los principales conceptos, fundamentos y elementos para analizar la interacción de la fecundidad como componente activo de la dinámica demográfica, en especial la fecundidad adolescente, la que interactúa con la dinámica demográfica (Rodríguez Gómez, 2006; Alfonso de Armas, 2009; Rodríguez Vignoli, 2007, 2008, 2009, 2014, 2017; Testa, Sobotska, Morgan, 2011; Salles, 2003, Quintana, 2017; Molina, 2017, y otros). Tomando como referencia las propuestas teórico- metodológicas de Rodríguez Gómez (2006), Molina (2017) y Quintana (2017) para el caso de Cuba, que establecen marcos conceptuales para el estudio de la fecundidad, en especial de la fecundidad adolescente, y las evidencias científicas de los resultados de las investigaciones sobre el tema, se elabora un

marco conceptual que permita mostrar la interacción entre la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica (ver Figura 1.1).

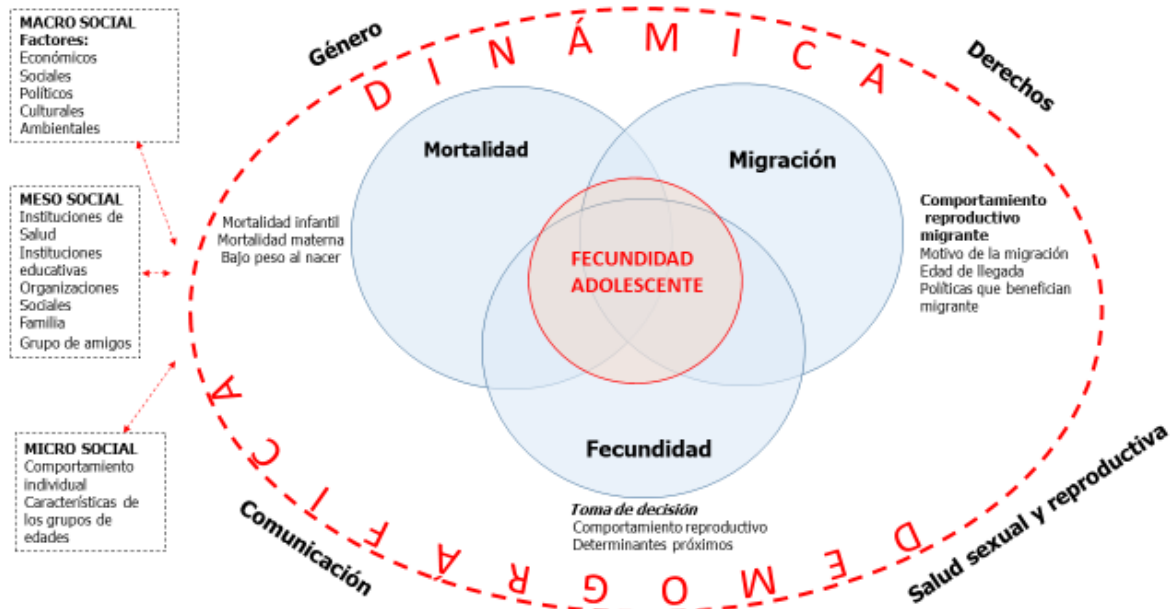


Figura 1.1 Modelo propuesto para analizar la interacción entre fecundidad adolescente y dinámica demográfica. Fuente: Elaboración propia

Como se explicó con anterioridad, la dinámica demográfica se entiende como la interrelación entre las variables demográficas clásicas y los contextos sociales y económicos, en los que se tiene en cuenta un enfoque de género y derechos, la salud sexual y reproductiva en armonía con el medio ambiente. Se incluye la comunicación pues es un eje transversal para el desarrollo de las sociedades.

El análisis del contexto en el que tiene lugar la interrelación entre las tres variables demográficas clásicas (mortalidad, fecundidad y migración) parte de tres niveles de análisis: el macro, el meso y el micro social referenciados en el modelo (Rodríguez Gómez, 2006; Salles, 2003; Testa, Sobotka, & Morgan, 2011; Molina, 2017; Quintana, 2017). En ese sentido, Salles (2003) destaca que el nivel macro es aquel en el que las instituciones adoptan las formas de la sociedad; el nivel meso es en el que las instancias grupales sean capaces de mediar la relación y las mutuas influencias entre los individuos y la sociedad; y el nivel micro cristaliza la interacción social y las características del individuo. El proyecto REPRO y el

análisis de necesidades insatisfechas de la persona o de la pareja y los macrofenómenos, ponen a interactuar a la fecundidad adolescente en estos espacios (Testa, Sobotka, & Morgan, 2011).

El modelo propuesto inicia con el análisis del nivel macro social, en el cual los factores económicos, políticos, sociales, culturales y ambientales⁵ configuran el contexto en el que se expresa la dinámica demográfica de un territorio y la expresión de estos en el nivel meso son las instituciones de salud, educativas, organizaciones sociales, familia y grupo de amigos que conlleva al comportamiento de las personas relacionado con los eventos demográficos. Esta interacción que se produce no es lineal ni directa, es sistémica, y en ella interactúan todos los eslabones de los tres niveles y la dinámica de la población, conformando un contexto donde se incorpora la mirada demográfica imprescindible para la toma de decisiones gubernamentales.

En este nivel se ubican los factores de orden económico, social y cultural de una población, “entendiendo como tal, desde el sistema socioeconómico imperante, hasta las particularidades del entramado sociocultural. Obviamente esta construcción cultural está delimitada por patrones y normas socialmente aceptados históricamente” (Rodríguez Gómez, 2006, p.39).

Las grandes reuniones internacionales relacionadas con la población y el desarrollo influyen en el nivel macro, a partir del trazado de políticas económicas y sociales a las cuales los países deben dar cumplimiento. En este análisis es importante ubicar elementos prioritarios para las políticas de población y desarrollo, referenciadas en las conferencias mundiales y de las cuales las naciones son signatarias. Desde la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, de 1974, se señala la importancia de la interrelación de la población y el desarrollo, se convoca a las naciones que desean reducir su natalidad a enfocarse en las edades extremas del ciclo reproductivo de la mujer, por las implicaciones que tiene tanto para la madre como el hijo. Posteriormente, en la Conferencia Internacional de Población de México, en 1984, se

⁵ “Medio ambiente: Es el conjunto de componentes físicos, químicos, biológicos y sociales, capaces de afectar de forma directa o indirecta, en un plazo corto o largo, sobre los seres vivos y las actividades humanas”(Naciones Unidas, 1972).

realiza un llamado a reducir el embarazo y la maternidad adolescente, por los efectos adversos para la madre y el bebé.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), de El Cairo, 1994, se aborda el tema de la educación de la sexualidad y de la reducción de los embarazos adolescentes, el cual se plantea como un obstáculo para mejorar la situación escolar, económica y social de la mujer. Si bien el Programa de Acción reconoció que la dinámica demográfica merecía ser abordada en la formulación de políticas, hizo un claro llamamiento a situar las necesidades y los derechos de las personas, y en particular de las mujeres, en el centro de las políticas de población y desarrollo (UNFPA, 2019).

Eventos y documentos científicos internacionales posteriores a El Cairo y relacionados con la población y el desarrollo, la situación y salud de la mujer, como la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013, la Agenda de Desarrollo Sostenible hacia 2030 o el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030, han abordado el tema de la fecundidad adolescente, la prevención del embarazo en estas edades y la necesidad de incrementar la educación integral de la sexualidad. Además, establecen objetivos, criterios de medidas e indicadores que permiten verificar la transformación de la situación actual referente a la fecundidad adolescente. De igual manera, se establecen criterios cuantificables para la mortalidad materna e infantil y salud sexual y reproductiva, que tienen incidencia o son efecto de la fecundidad adolescente (Naciones Unidas a y b, 1995; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2013; Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

Posteriormente, se analiza el nivel intermedio o meso social, en el que las instituciones y organizaciones que aparecen en la figura 1.1, constituyen las interfases entre el nivel macro y el micro, y las relaciones que se establecen entre ellos. También las características propias de la familia, sus trayectorias reproductivas y educativas, los ideales reproductivos, los movimientos migratorios, los antecedentes de salud y los estilos de vida protectores o no de la salud, inciden en la expresión del nivel micro de desarrollo, es decir en los comportamientos individuales relacionados con los eventos demográficos y sus particularidades, según las características de los grupos de edades.

La interacción de estos tres niveles influyen en el comportamiento de las variables demográficas clásicas, y la interacción entre ellas determina una dinámica particular según los contextos socioeconómicos, las políticas públicas, programas e instrumentos legales, el ordenamiento territorial, la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, entre otros. Todo eso se ve expresado en un nivel micro y concretizado en comportamientos relacionados con la salud sexual y reproductiva, los movimientos migratorios y el estado de salud, con efecto en la dinámica demográfica. Este nivel individual presente es el que continúa al análisis del nivel meso social.

La interacción que se produce entre la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica es multidireccional y sistémica. Tiene un efecto de una sobre la otra y el cambio en el comportamiento de una variable demográfica y sus determinantes sociales puede expresarse en el nivel de la fecundidad adolescente.

Fecundidad adolescente y fecundidad⁶

La interacción entre la fecundidad adolescente y la fecundidad se expresa en su estructura, el calendario y su nivel. La primera es una desarticulación que se produce en países con bajas tasas de fecundidad, como es el caso de Cuba, que incide en los indicadores y los diferenciales de la fecundidad, como la disminución del nivel de escolaridad, la situación de ocupación y conyugal, entre otros. El peso que la fecundidad adolescente le impone a estos diferenciales, modifica los indicadores de un territorio, aportando un peso mayor de niveles de educación más bajo, una contribución a mayor carga hacia la fecundidad en los grupos con actividad económica no activas, aumentando la fecundidad en los grupos de las no ocupadas, aumento del nivel de la fecundidad en las zonas rurales y otros diferenciales según las características de los espacios. El orden de los hijos y su efecto en la fecundidad incide directamente en el desarrollo de los procesos económicos y sociales de un territorio.

La fecundidad adolescente se tiene en cuenta en el proceso de toma de decisiones y sus particularidades en torno a la reproducción de la adolescente, la pareja y la familia, y del contexto determinado por los factores mediatizadores de la dinámica demográfica. Influyen

⁶ En este caso se hace referencia a la fecundidad total, la cual comprende todos los grupos de edades en los que es analizado el período fértil de la mujer, es decir de 15-49 años.

en este comportamiento los determinantes próximos de la fecundidad, la decisión de iniciar las relaciones sexuales, el tipo de unión que se asume, el uso de métodos anticonceptivos, la utilización del aborto, entre otros (Rodríguez Gómez, 2013; Molina, 2017; Quintana, 2017). Rodríguez Gómez (2006) plantea que el individuo decide acerca de su reproducción y la tenencia de hijos, proceso en el que influyen elementos de conocimiento y de carácter emotivo, vinculados al contexto y a la historia individual. La influencia de la familia es evidente, pues la gran mayoría de las madres de las adolescentes presentan igual patrón reproductivo, derivado de la asimilación de patrones de reproducción temprana de las generaciones anteriores.

Hay un efecto de la fecundidad adolescente sobre la dinámica demográfica, que se debe a la incidencia directa en el crecimiento de la población teóricamente, debido a la entrada de nuevos efectivos, pero no es conveniente el efecto real sobre la población este aumento. En Cuba es un principio que bajo ninguna circunstancia se promueva el aumento de la fecundidad a costa de la fecundidad adolescente. El aumento del nivel de la fecundidad es evidente con el aumento de la fecundidad adolescente, pero esto no es recomendable en este grupo de edades, por los efectos nocivos que trae para la sociedad y para las propias adolescentes.

Fecundidad adolescente y migración

Rodríguez Javiqué (2017) en su estudio sobre la fecundidad y la migración, establece elementos que distinguen el proceso migratorio de las mujeres, la selectividad⁷ de la migración por edad, la situación conyugal, el nivel escolar, el motivo de la migración. La adaptación o asimilación de los patrones reproductivos del lugar de destino van a influir en dependencia de las características individuales y colectivas de las migrantes, así como del contexto socioeconómico y cultural donde se relacionen. La ruptura es otro de los elementos que se destacan, sin embargo esto se relaciona con la selectividad de la migración, pues en

⁷ La hipótesis de la selectividad aborda cómo la población migrante carga o transporta consigo características que la diferencian de la población en el origen que no experimentó movimiento y por tanto, las diferencias en el comportamiento no son exactamente una consecuencia del movimiento, sino que ya estaban pre-determinadas antes de migrar. Existen determinados rasgos de las poblaciones migrantes tales como sexo, edad, nivel educacional, status laboral y disposición a correr riesgos que los diferencian de la población en el origen (Rodríguez Javiqué, 2017).

las migrantes influyen lo aprendido y observado en la niñez y la adolescencia. La legitimación⁸ es otra teoría presentada en el estudio, y que tiene real importancia por los beneficios que pueda asumir la migrante con su asentamiento a un nuevo territorio. En la relación y posterior comportamiento de la fecundidad incide el patrón de fecundidad, tanto del país de origen como del país de destino. Por lo general, los estudios se realizan en países de baja fecundidad hacia los que inmigran personas procedentes de países de alta fecundidad, y en este caso de alta fecundidad adolescente.

Para el caso de la fecundidad adolescente, las teorías asociadas por Rodríguez Javiqué (2017) tienen vigencia pues se asocian a un grupo etario y la selectividad se hace presente. Los movimientos de migración de zonas de alta fecundidad adolescente hacia zonas de niveles medios o bajos, pueden determinar el comportamiento reproductivo del lugar de destino al modificarse según lo aprendido en el lugar de origen. Se encuentran presentes diferenciales como el nivel educacional, la situación conyugal, las condiciones socioeconómicas de la familia, el color de la piel, el motivo de la migración, la legalidad del proceso y posterior asentamiento, y los posibles beneficios u obstáculos que implican el llegar a procrear de manera inmediata en el lugar de destino, entre otros.

El vínculo de la fecundidad adolescente y la migración se encuentra mediatizado y se tienen en cuenta los elementos mencionados en el párrafo anterior. Se establecen diferencias y similitudes entre las tasas de fecundidad adolescente de las adolescentes inmigrantes y las adolescentes nativas. Por lo general, las tasas de fecundidad adolescente de las inmigrantes son superiores a las de las nativas, en dependencia del país destino, y su nivel de fecundidad y de fecundidad adolescente.

Las adolescentes inmigrantes presentan en su mayoría el patrón reproductivo de su lugar de origen -en esto influye la edad de la adolescente al llegar al lugar de destino-: si llega siendo una niña puede adaptarse al patrón reproductivo del lugar de destino, sin embargo, si llega siendo adolescente presenta el patrón reproductivo del lugar de origen. Para ello deben tenerse en cuenta los elementos siguientes: si se trata de países o localidades de altos niveles de fecundidad adolescente; los motivos que condujeron a la migración (si está casada o no la

⁸ La legitimación asume que existe una relación entre contraer matrimonio y/o tener un hijo y el status legal y los derechos en el destino (Castro Martin y Rosero-Bixby, 2011)

adolescente, si es por reunificación familiar); y si el lugar de destino presenta beneficios para la madre y el bebé. Estos elementos dan paso a la toma de decisiones en cuanto al comportamiento reproductivo de las adolescentes inmigrantes y esto puede variar en dependencia de las condicionantes sociales y económicas y de derechos para los inmigrantes. Para el caso cubano, las corrientes migratorias internas ocurren de oriente al centro y occidente, principalmente hacia La Habana. En reuniones y visitas realizadas a las provincias occidentales y centrales se ha confirmado (CEDEM; 2020-2022), por parte de las autoridades sanitarias y de gobierno, la creación de nuevos asentamientos con personas procedentes de la región oriental para dedicarse a las labores agrícolas. Se crean redes familiares y las personas trasladan patrones reproductivos y costumbres a los territorios donde se asientan luego de un proceso migratorio. La fecundidad adolescente está presente en todos los territorios cubanos, y en la región oriental del país se encuentran los niveles más elevados, pero ese patrón reproductivo se traslada a otros espacios por parte de las adolescentes migrantes.

Los procesos migratorios traen consigo, no solo el aumento o disminución de la población, sino la llegada de nuevas normas sociales y culturales que inciden en el comportamiento reproductivo, tanto de las que se quedan, como de las que se van. El contexto socioeconómico influye abiertamente en estos aspectos, tanto en los espacios que tienen pérdida de población como en los que tienen ganancias. Las inmigrantes, a no ser por la adaptación al destino y elementos que la benefician, tendrían el mismo comportamiento reproductivo que en su lugar de origen.

Fecundidad adolescente y mortalidad

La fecundidad adolescente y la mortalidad interactúan con la dinámica demográfica al incidir en el crecimiento de la población. La aparición de episodios de mortalidad infantil y materna de mujeres de 15-19 años, pudieran afectar tanto la estructura por edades de la población en general, como los indicadores de mortalidad. De igual manera, uno de los riesgos que presentan las mujeres de 15-19 años al ser madres, es la tenencia de niños con bajo peso al nacer, lo cual afecta la calidad de vida de la madre y del recién nacido. Los niños con bajo peso al nacer no poseen las mismas fortalezas biológicas del resto de los nacidos, por lo que la calidad de vida de los mismos puede afectarse y ocurrir el fallecimiento del niño, lo que

incidiría en la pérdida de población, al igual que si ocurriera una muerte materna adolescente. Además, los gastos en atención de la salud del niño bajo peso se incrementan y se recarga el sistema de salud y cuidados.

La fecundidad en la adolescencia representa un riesgo reproductivo no solo por la edad, sino por las enfermedades crónicas no transmisibles que la menor puede padecer o adquirir durante el embarazo, debido a que su organismo aun está en desarrollo. La mayor consecuencia negativa del embarazo adolescente es la mortalidad materna e infantil. Sin embargo, existen otras morbilidades que pueden afectar el desarrollo, tanto del embarazo como de la salud de la adolescente, como anemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, riesgos obstétricos, crisis nutricionales, pérdida de peso, entre otros. También es importante tener en cuenta el consumo de sustancias nocivas por parte de las adolescentes. Otro elemento fundamental es el estado psicológico de la adolescente, una de las causas indirectas de mortalidad materna es el suicidio; en ocasiones estos embarazos son producto de violencia de género, por lo que no son deseados.

No solo es el estudio del proceso de salud-enfermedad-muerte, es la influencia de estas variables intermedias y sociales en el control adecuado de la salud de la adolescente. Las variables intermedias o factores próximos de la mortalidad, la exposición al ambiente⁹, a la violencia, los factores nutricionales y del consumo, de la composición familiar y de prácticas de salud interactúan con la fecundidad adolescente. En ellos, como en todo proceso, influyen las características sociales, políticas, culturales, individuales, colectivas de la sociedad en la que se desarrolle (Albizu-Campos, 2002).

En el caso de la mortalidad, existe un alto riesgo de muerte en las adolescentes embarazadas y este riesgo aumenta a medida que es menor la edad de la adolescente. La mayor consecuencia negativa del embarazo adolescente es la mortalidad materna. Según el territorio y el contexto donde se conviva, pueden predominar las causas directas o las indirectas de la

⁹ En este caso se hace alusión a la presencia de sustancias vivas (virus, bacterias, parásitos) o inanimadas (venenos o sustancias tóxicas), así como de condiciones psicológicas adversas y la presencia de vectores de transmisión (el aire, el agua, los alimentos, los contactos cutáneos, las personas, los animales u otros vectores vivos)(Albizu-Campos, 2002, p.9)

mortalidad materna, lo que se relaciona con las variables intermedias de la mortalidad y los factores biológicos de la adolescente.

Se plantea el embarazo adolescente como un elemento de riesgo en cuanto a la mortalidad infantil, además inciden diferenciales como el acceso a los servicios de la salud, zona de residencia, situación conyugal, nivel escolar de la madre, entorno familiar, entre otros. Las tasas de mortalidad se ven afectadas por los eventos fatídicos relacionados con el embarazo y parto de la adolescente.

El nivel de fecundidad adolescente recibe un impacto de la dinámica demográfica, desde la expresión de sus variables hasta la capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en un territorio debido al fenómeno objeto de estudio. La fecundidad adolescente influye de manera indirecta en el crecimiento de la población, pero a la vez se realizan pocos análisis de dicha incidencia. Además, afectan los contextos socioeconómicos y de salud de un territorio. Un hijo de madre adolescente es un niño en riesgo, lo que trae otros problemas sociales, como el aumento de adolescentes sin vínculo estudiantil y laboral. Además, si bien incide en el número de nacimientos, la calidad del bebé nacido introduce otras dificultades en la calidad de vida, tanto del niño como la madre, pues se crean nuevas condiciones de vulnerabilidad, niños enfermos, la adolescente puede fallecer, lo cual afecta el funcionamiento familiar, económico y social.

Se introducen, además, cambios en los diferenciales de la fecundidad del territorio que se inserta, puede disminuir su nivel y la edad media. En el caso de las adolescentes que se encontraban vinculadas a centros de trabajo, disminuyen las tasas de actividad económica del lugar donde se insertó a trabajar y esto afecta la dinámica de los recursos laborales. En la interacción de la fecundidad adolescente, las variables demográficas y el contexto territorial posibilitan una mirada integral e inclusiva con la incorporación del enfoque de género y derecho, de una perspectiva ambiental - vista desde el nivel macro-, y comunicacional.

Los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, como se encuentran recogidos en el Plan de Acción de El Cairo, deben cumplirse (Naciones Unidas, 1995a). Tener en cuenta la salud sexual y reproductiva, basada en la educación y el acceso a los servicios, permite que las adolescentes se encuentren informadas en cuanto a la nupcialidad, la anticoncepción,

las consecuencias de un matrimonio y embarazo precoz y el aborto. Los países deben tener incorporados en sus normativas jurídicas estos derechos y deben velar por el cumplimiento de los mismos. El acceso a una correcta educación integral de la sexualidad por parte de las adolescentes, a través del acceso a los servicios, a normas jurídicas que la apoyen y la preserven ante cualquier síntoma de violencia o supresión, es un derecho de las adolescentes. La educación integral de la sexualidad desempeña un rol vital en estos momentos y forma parte de derechos reproductivos que no deben ser vulnerados. Todos los adolescentes, de ambos sexos, tienen el derecho de ser educados de manera eficaz para evitar el embarazo temprano. Las familias deben recibir esta preparación para que acompañen la formación de las nuevas generaciones y no se vea afectado su desarrollo. Esta educación debe ir de la mano de la comunicación a través de los medios de comunicación, redes sociales, y la comunicación directa en la comunidad, para que sea efectivo el trabajo de las políticas sociales que se desarrollen en torno al fenómeno y para preservar la calidad de vida y salud de la población, en especial la adolescente.

Los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser brindados y ser accesibles a todas las adolescentes, sin necesidad de mediadores. Debe estar el personal profesional capacitado para atender las necesidades de las adolescentes, que estas sean atendidas por un servicio integral. Los servicios deben garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos, la capacitación sobre su uso correcto, para ella y su pareja.

Las brechas de género¹⁰ son apreciadas en la fecundidad adolescente, en especial en la toma de decisiones, en tanto es la familia de la adolescente la que decide la continuidad del embarazo, y en muchos casos el tipo de unión conyugal que debe tener la adolescente. Lamentablemente, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los adolescentes está sujeto a las condiciones de vulnerabilidad en las que conviven. Las mujeres y las adolescentes en disímiles países presentan obstáculos jurídicos que las cohiben de sus derechos, en cuanto a recibir una adecuada educación integral de la sexualidad. En ocasiones, las adolescentes son violentadas sexualmente, en algunos casos debido a los matrimonios

¹⁰ Categoría, a partir de la cual, se pueden reflejar las relaciones entre los sexos tomando en cuenta las posiciones de poder, y las asignaciones de roles, que tradicionalmente se les asignan a unas y otros por la pertenencia a uno u otro, así como el proceso de cambio en estas concepciones.(Jiménez Fiol, 2021)

infantiles, situaciones en los que se violenta los derechos de la niña o adolescente, y en otros espacios de crisis humanitarias cuando las familias, por lo general el padre las ofrecen para sexo transaccional en zonas de conflictos bélicos.

Otro elemento incorporado al análisis de la dinámica demográfica es el medio ambiente, que se tiene en cuenta en el nivel macro social. La creación de espacios donde se eduque para la preservación del medio ambiente, tanto a personas en las comunidades como en los centros laborales, implicaría en los riesgos para la salud de la adolescente y su familia por contaminación ambiental sean mínimos. Esto repercute en la movilidad de las adolescentes hacia otros espacios en búsqueda de mejor calidad de vida. Además, los efectos del cambio climático y los conflictos bélicos pueden afectar el contexto socioeconómico, influyendo en los comportamientos migratorios de la adolescente y su familia.

La comunicación, y en especial la comunicación sobre población, debe ser un proceso permanente, planificado y sistémico y forma parte de los esfuerzos para promover una cultura demográfica en la población, tal y como plantea Tuirán (1996). La comunicación sobre población desempeña un papel fundamental para modificar actitudes, creencias erróneas, patrones culturales y reproductivos; e incide en los cambios en el comportamiento de las personas. Tanto en el nivel macro social, como en el meso social, la comunicación es la base del establecimiento de las políticas y de la influencia de los factores económicos, sociales, culturales y ambientales que van a repercutir en el nivel micro social. Es necesario que la Teoría de la Difusión, logre comunicar correctamente la interpretación de los indicadores demográficos y estos sean comprendidos por los receptores de la información.

La interacción entre las tres variables demográficas, su devenir e interrelaciones más complejas, unidas a la garantía de los derechos, la educación integral de la sexualidad, el reconocimiento y eliminación de las brechas de género, la atención a las cuestiones medioambientales y la comunicación, requieren de análisis más integrales cuando se refieren en particular a la fecundidad adolescente. Estas interacciones son multidireccionales y, de conjunto con el contexto socioeconómico, político y cultural, mueven la dinámica demográfica de un territorio.

Luego de conocida la interacción de la fecundidad adolescente con la dinámica demográfica, cabe preguntarse cuál podría ser el comportamiento futuro de la población de un determinado

territorio en los próximos 15 años, a partir de un cambio en la fecundidad adolescente y teniendo en cuenta las tendencias demográficas actuales de ese contexto particular.

Para eso sería necesario una proyección de la población, a partir del Método por componentes de las Naciones Unidas. Una proyección correcta de la población permite establecer los escenarios demográficos probables que existirán en un determinado territorio y el trazado de políticas públicas adecuadas a la población y a los recursos materiales con que se cuente.

Dentro de las informaciones requeridas para subvencionar las decisiones en políticas sociales figuran, de forma destacada, las estimaciones y proyecciones de población para los programas sociales. Se conoce que cada programa tiene su público específico, que podrá dimensionarse con el conocimiento de la caracterización demográfica, para la asignación de recursos presupuestarios y humanos, en el presente y futuro (De Martino, 2012).

Como plantea De Martino (2012) es en este contexto que las estimaciones y proyecciones de población vienen adquiriendo mayor importancia, sobre todo en la situación vivida en todos los países de la región de rápida transición de los niveles de fecundidad y mortalidad, y de complejización de los patrones de movilidad poblacional, de migración rural-urbana hacia diversas modalidades de mudanza de corta, mediana y larga distancia del lugar de residencia y de desplazamientos casa/trabajo/estudio. Al final, con el fin de que los recursos y esfuerzos gubernamentales puedan ser mejor empleados en las oportunidades y desafíos creados en este cuadro de transformaciones demográficas, es necesario que el gestor público disponga de estimaciones actualizadas de las poblaciones objetivo de las políticas y programas, analizadas por edad, sexo y otros recortes sociodemográficos, para grandes o pequeños dominios territoriales, y de datos prospectivos —proyecciones- de estos públicos en el futuro, igualmente detallados.

La incorporación de proyecciones demográficas en el planeamiento gubernamental y en la definición de estrategias de desarrollo económico es una temática recurrente en el ámbito de las agencias internacionales. Las proyecciones demográficas constituyen el insumo básico para la estimación de la capacidad de creación de empleos, de la expansión de los niveles de ingreso y consumo domiciliar, del nivel de inversión pública en las áreas sociales y en la construcción de equipamientos sociales (Naciones Unidas, 1989).

A más de treinta años de lo planteado anteriormente, se evidencia la necesidad de las estimaciones y proyecciones de población para un desarrollo territorial sostenible; los programas informáticos que pueden complementar y ser de fácil ejecución, optimizan el tiempo dedicado a realizar tan importante tarea (Mora, 2021).

**CAPÍTULO 2 DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN GRANMA.
FECUNDIDAD ADOLESCENTE 2015-2020**

CAPÍTULO 2 DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN GRANMA. FECUNDIDAD ADOLESCENTE 2015-2020

Este capítulo comienza con una síntesis de la dinámica demográfica de Cuba y algunas de sus tendencias generales, que también se observan en las provincias del país. Además, se analizan las principales características de la población de la provincia de Granma en el período 2015-2020 y su dinámica demográfica, con sus particularidades y heterogeneidades. Igualmente, se describen las características de la fecundidad adolescente según diferenciales como la zona de residencia, la situación conyugal, la situación de ocupación y el nivel escolar; se caracterizan a las madres adolescentes que tuvieron hijos en el período de estudio, según zona de residencia, situación conyugal, situación de ocupación, nivel escolar y edad del padre. El capítulo concluye con el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente.

2.1 Dinámica de la población de Granma entre 2015 y 2020

Cuba es un país que se caracteriza por una dinámica demográfica con baja fecundidad por más de cuatro décadas, bajas tasas de mortalidad infantil, elevada esperanza de vida al nacer y un saldo migratorio negativo. La interacción de elementos demográficos, baja fecundidad y mortalidad, y la migración de personas jóvenes en edades productivas y reproductivas conlleva al envejecimiento de la estructura por edades de la población, tendencia que se mantendrá en el tiempo según las proyecciones de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información ONEI (2014).

La tendencia a un mayor envejecimiento demográfico, el decrecimiento poblacional y la urbanización aproximan a Cuba a un patrón demográfico de países desarrollados. Sin embargo, se presentan indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva como el aumento del bajo peso al nacer, la mortalidad materna y el embarazo adolescente, que introducen diferenciaciones al patrón de salud de los países desarrollados. El desarrollo económico del país y el comportamiento de sus migraciones tampoco responden a este patrón.

El aumento del embarazo en edades tempranas redundando en un nivel de la fecundidad adolescente que se resiste al descenso. Esta peculiaridad constituye la mayor desarticulación de la fecundidad cubana.

Al interior de las provincias se presentan heterogeneidades y similitudes de la dinámica demográfica con relación al país. Ese es el caso particular de la provincia de Granma, objeto de análisis de esta investigación.

Características socioeconómicas

La provincia de Granma, ubicada en el oriente del país, fue creada a partir de la división político-administrativa aprobada en el año 1976. Por su extensión es la sexta mayor provincia de la isla y se encuentra subdividida en 13 municipios. Las principales actividades económicas son la ganadería y la agricultura: es la mayor productora de cereales del país. Se desarrollan la industria pesquera y el turismo, pero también existen empresas industriales que aportan a la economía nacional.

Composición y estructura de la población granmense

En el año 2015 la población media de la provincia era de 836 110 habitantes y ya en el año 2020 había disminuido a 818 753 habitantes, lo que representa más de 17 000 efectivos menos. La población granmense representa el 7,3% de la población cubana. El 50,6% es del sexo masculino y el 49,4% del femenino, para ambos años, con un índice de masculinidad de 1.022 hombres por cada 1.000 mujeres en 2015, que se reduce a 1.018 en el 2020, a nivel nacional predominan las mujeres por encima de los hombres. Un acercamiento a la población adolescente de 15-19 años de la provincia indica que la población media adolescente para el año 2015 era de 53 494 adolescentes y en el 2020 era de 51 752 adolescentes, lo que representa el 6.3% de la población total, el 51,9% es del sexo masculino y el 48,1% del sexo femenino.

El 61,3% de la población de Granma reside en áreas categorizadas como urbanas, un indicador que se comporta por debajo de la cifra del país, que presenta 77% en el período. El 60% de los adolescentes de 15-19 años reside en zonas urbanas. La densidad poblacional de la provincia era de 99,7 habitantes/km² en 2015 y disminuyó a 97,7 habitantes/km² en el 2020; por debajo de la media nacional que es de alrededor de 100 habitantes/km².

La composición por grandes grupos de edades varió en la provincia entre 2015 y 2020. En el año 2015 la población de 0-14 años representaba el 18,0% del total de la población y en el 2020 el 16,4%. El mayor cúmulo de personas se concentra en el grupo de 15-59 años, con el 64,2% en 2015 y el 63,3% para el 2020. La población de 60 años y más al inicio del período

representaba el 17,9% y ya para el 2020 aumenta hasta el 20,3%, valor menor que el nacional, de 21,3% para el año 2020.

Dinámica de las variables demográficas

Mortalidad

En el caso de la mortalidad, en Granma la tendencia de la tasa bruta es a aumentar, en el 2015 presenta un valor de 7,6 defunciones por cada mil habitantes y en el año 2020 de 9,4 defunciones por cada mil habitantes. En ambos casos más del 80% de las defunciones se presentan en personas de 60 años y más, al igual que a nivel nacional. Las tres principales causas de muerte de 2015 a 2020 son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, al igual que en el país.

En el año 2015 se reportaron 40 defunciones en menores de 1 año, para una relación de mortalidad infantil de 3,8 por cada mil nacidos vivos, mostrando la provincia un valor menor que la nación (4,27). En el 2020 las defunciones en menores de 1 año aumentan a 61, para una relación de mortalidad infantil de 6,8 por cada mil nacidos vivos, que es el valor más elevado en el país en ese año (CEPDE-ONEI, 2020). Durante el período ocurrieron 16 muertes maternas, entre ellas tres de mujeres de 15-19 años (CEPDE-ONEI, 2021; MINSAP, 2021). En el año 2015 la razón de mortalidad materna de la provincia fue de 9,6 defunciones por cada cien mil nacidos vivos y la nacional fue de 41,6. A final del período de estudio la razón de mortalidad materna en la provincia fue de 33,2 defunciones por cada cien mil nacidos vivos y en el país, 40,0.

La población de la provincia presenta una esperanza de vida al nacer de 78,11 años para ambos sexos, por encima de la media nacional de 77,7 años para el período 2018-2020 (CEPDE-ONEI, 2023).

En cuanto a la mortalidad para el grupo de 15-19 años, en el período 2015-2020 se confirmaron 147 defunciones, la mayor parte por tumores malignos, accidentes y agresiones en estas edades.

Morbimortalidad asociada a la fecundidad adolescente

Las *defunciones fetales*¹¹ de madres adolescentes¹² ocurridas en la provincia para el período 2015-2020 representaron el 15,9% del total de defunciones fetales. Para los años 2018 y 2019 este valor asciende al 21%.

Las *defunciones neonatales*¹³ de madres adolescentes en el período representaron el 20,9% del total. En el año 2016, un tercio de las defunciones neonatales fueron de madres adolescentes y para el 2018 y 2020, esto ocurrió en la cuarta parte de los casos.

En el año 2020 los recién nacidos con *bajo peso al nacer* representaron el 6,3% (572) del total de nacidos vivos en Granma, cifra que aumenta frente al 4,7% (516) de 2015. En el 2015 de los 516 niños con bajo peso al nacer, 87 eran hijos de adolescentes y en el 2020 de 572 niños bajo peso al nacer 134 eran hijos de las adolescentes. Asimismo, se incrementó el peso relativo de las madres adolescentes con niños bajo peso al nacer desde 16,9% en 2015, a 23,4% en el 2020, destacándose el año 2018 con una cima de un 23,9% (ver Figura 2.1).

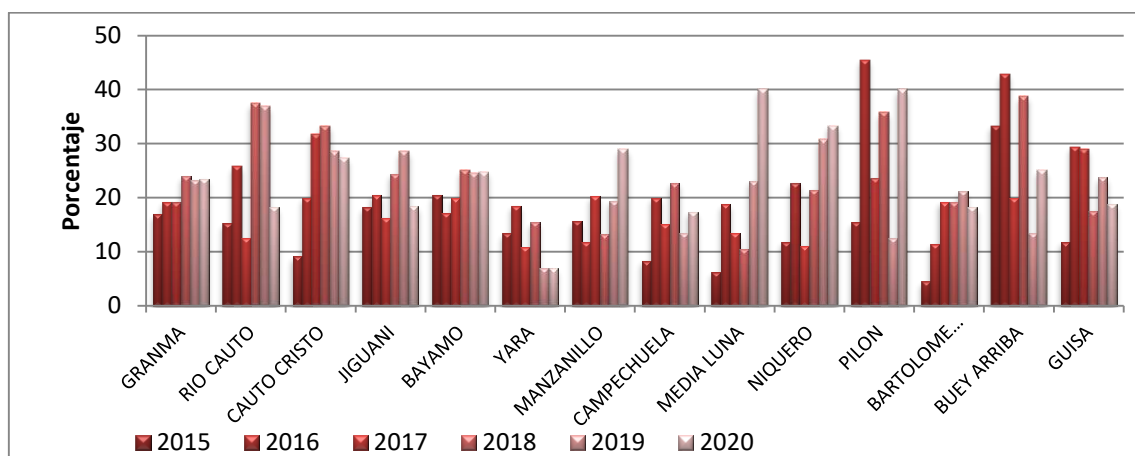


Figura 2.1- Porcentaje de niños bajo peso al nacer de madres adolescentes respecto al total de bajo peso, Granma, 2015- 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO). Procesado con Redatam Webserver 2021, CEPDE/ONEI, Cuba

¹¹ Defunción fetal: las defunciones fetales de 500 gramos y más (MINSAP, 2021)

¹² Se incluyen las menores de 15 años

¹³ Defunción neonatal: defunciones de menos de 7 días de vida (MINSAP, 2021)

A nivel municipal, en el año 2015 Buey Arriba presenta el mayor valor relativo, con un 33,3% de niños bajo peso al nacer de madres adolescentes. En el 2017, en Cauto Cristo, el 31,8% de los nacimientos de madres adolescentes fueron bajo peso al nacer. En el 2018 nuevamente Buey Arriba presenta el mayor valor relativo y aumenta hasta 38,3%. En el 2019 es Río Cauto con 36,8% el que presenta el mayor peso relativo de bajo peso de madres adolescentes. Para el año 2020, Media Luna y Pilón con 40% cada uno, son los municipios con mayores pesos relativos. En todos los municipios, excepto en Yara y Buey Arriba, aumentan los pesos relativos del bajo peso al nacer del grupo de 15-19 años, con relación a los nacimientos con bajo peso al nacer producidos en los municipios.

El análisis por zona de residencia demuestra que los mayores valores relativos de bebés con bajo peso de madres adolescentes se encuentran en la zona rural. A nivel provincial, solo en el 2017 zona de residencia urbana registra mayor valor que en la zona rural. En los municipios de Río Cauto y Pilón, en el período, se concentran en los espacios rurales los mayores valores relativos, en el resto fluctúa por años, según zona de residencia.

Los niños con bajo peso al nacer tiene un mayor riesgo de fallecer. El 22,0% de las defunciones neonatales en el período 2015-2020 fueron de niños bajo peso al nacer, hijos de madres adolescentes. Las defunciones fetales de bajo peso de adolescentes representan el 16,6% del total de defunciones fetales con bajo peso.

Migración

La provincia se destaca por ser expulsora de población. Para el 2015 el saldo migratorio total fue de -5 937 efectivos y para el año 2020 fue -3 314. La tasa de saldo migratorio total presentó en el 2015 un valor de -7,8 personas por cada mil habitantes y en el 2020 de -4,0 personas por cada mil habitantes, respaldado en ambos momentos por la migración interna. Durante el año 2020 los movimientos migratorios fueron menos debido al cierre de las fronteras provinciales por la situación sanitaria originada por la pandemia de COVID-19. Granma es la provincia con el mayor número de emigrantes internos en el país. Durante el 2015 se movieron hacia otros territorios 9 383 personas y en el 2020 emigraron 5 569 personas, el porcentaje de población femenina emigrante fue de 49,4% y de 53,1%, a inicio y fin del período. Las principales corrientes migratorias se mueven hacia La Habana, Mayabeque y Artemisa. Se destaca que, hacia Granma, se trasladan en su mayoría personas

desde Holguín, Santiago de Cuba y La Habana. Estos movimientos migratorios tienen su impacto en la fecundidad.

Se cuenta con la información acerca de los inmigrantes y los emigrantes totales de la provincia para el período 2015-2020. En 2020 el comportamiento migratorio varía respecto a años anteriores: aunque se mantiene la provincia como expulsora de población, el volumen de los migrantes se reduce (ver Tabla 2.1). Esto es debido a la situación epidemiológica imperante en la provincia, el país y el mundo con la COVID-19, que contuvo los movimientos migratorios a partir del cierre de las fronteras.

Tabla 2.1 Inmigrantes, emigrantes y saldo migratorio total. Granma 2015-2020

Años	Inmigrantes Totales		Emigrantes Totales		Saldo Migratorio Total		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
2015	1 933	1 643	5 101	4 981	-3 168	-3 338	-6 506
2016	1 935	1 747	5 234	5 315	-3 299	-3 568	-6 867
2017	1 805	1 602	5 040	5 002	-3 235	-3 400	-6 635
2018	1 947	1 775	4 633	4 494	-2 686	-2 719	-5 405
2019	1 873	1 673	4 510	4 668	-2 637	-2 995	-5 632
2020	1 218	1 205	2 711	3 026	-1 493	-1 821	-3 314

Fuente: Elaboración propia a partir de SICDEMO, Redatam WEBserver(CEPDE-ONEI, 2021)

Migración en el grupo de 15-19 años

El *saldo migratorio* de los adolescentes de 15-19 años es negativo en el período 2015-2020. El 60% de los que arriban de estas edades son mujeres, por lo que se supone que estas adolescentes mantienen los patrones reproductivos de sus lugares de orígenes, de alta fecundidad adolescente. En el mismo año, la población femenina inmigrante en edad reproductiva representa el 42,9% del total de población femenina inmigrante. El 21,1% de las inmigrantes en edad reproductiva tienen de 15-19 años¹⁴ (CEPDE-ONEI, 2021).

¹⁴ Datos son calculados por la autora a partir de las Bases de datos de migración interna y externa de SICDEMO, Redatam WEBserver.(CEPDE-ONEI, 2022)

En la Tabla 2.2 se presenta información sobre la *inmigración* de adolescentes mujeres hacia la provincia de Granma. El mayor porcentaje de las adolescentes que inmigran hacia este territorio proviene de Santiago de Cuba durante todo el período 2015-2020. Luego existen fluctuaciones entre las provincias que siguen a Santiago de Cuba, en cuanto a la cantidad de adolescentes mujeres que arriban al territorio. Estas son las provincias de Holguín, La Habana, Las Tunas, Ciego de Ávila, Matanzas y, cerrando el período de estudio, Artemisa y Mayabeque. Las inmigrantes provienen por lo general de los municipios de Contramaestre, San José de las Lajas, Las Tunas y Holguín.

En el último año llama la atención la inmigración de las adolescentes provenientes de las provincias Artemisa y Mayabeque creadas en 2011, pues quizás pudiera suponerse una migración de retorno, partiendo del entendido de que existe un flujo migratorio hacia esas provincias para dedicarse a las labores agrícolas, por lo general de hombres, pero que a la vez van creando redes familiares y atraen a los miembros de su familia (CEDEM, 2020-2022).

Tabla 2.2 Distribución porcentual de inmigrantes femeninas de 15-19 años a la provincia de Granma período 2015-2020 (%)

Provincia de procedencia	Mujeres 2015	Mujeres 2016	Mujeres 2017	Mujeres 2018	Mujeres 2019	Mujeres 2020
Pinar del Río	0,7	0,0	0,0	2,3	0,7	0,0
Artemisa	4,5	7,5	3,7	5,3	3,4	13,9
La Habana	9,0	6,1	13,2	9,8	9,4	8,5
Mayabeque	7,5	7,5	8,1	9,8	9,4	11,5
Matanzas	9,0	4,8	5,9	8,3	11,4	9,7
Villa Clara	3,0	2,0	2,2	0,8	1,3	1,8
Cienfuegos	0,0	2,0	0,7	2,3	1,3	0,0
Sancti Spíritus	3,7	2,7	4,4	2,3	1,3	0,6
Ciego de Ávila	6,0	9,5	4,4	10,5	10,1	3,0
Camagüey	7,5	10,2	8,8	7,5	7,4	10,3
Las Tunas	9,0	8,2	9,6	10,5	4,0	3,6
Holguín	13,4	15,0	13,2	6,8	10,1	9,1
Santiago de Cuba	22,4	19,0	21,3	20,3	27,5	23,0
Guantánamo	3,7	3,4	4,4	3,0	2,7	4,2
Isla de la Juventud	0,7	2,0	0,0	0,8	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaborado a partir de SICDEMO, Redatam WEbserver (CEPDE-ONEI, 2022).

La principal provincia emisora de población femenina de 15-19 años hacia Granma es Santiago de Cuba, territorio con alta fecundidad adolescente, por lo que pudiera suponerse que las inmigrantes adolescentes mantendrían el patrón reproductivo temprano de su lugar de origen, el cual pudiera tomar mayor fuerza con el patrón reproductivo granmense. Esto condicionará que las adolescentes presenten altas tasas de fecundidad al mismo nivel que la población de destino, en este caso la granmense.

La población emigrante femenina de 15-19 años se concentra en las provincias de La Habana, Mayabeque, Matanzas y Artemisa, de 2015 a 2018. Para el 2019 se dirigen hacia las dos primeras, Ciego de Ávila y Holguín. En el año 2020, hacia La Habana, Matanzas, Santiago de Cuba, Camagüey y Mayabeque (ver Tabla 2.3). Las emigrantes se dirigen, por lo general, a los siguientes municipios: San Antonio de los Baños, Alquizar, Centro Habana, Diez de Octubre, Guanabacoa, Cerro, Boyeros, Arroyo Naranjo, San José de las Lajas, Matanzas, Ciego de Ávila, Las Tunas y Holguín.

Tabla 2.3 Distribución porcentual de emigrantes femeninas de 15-19 años de la provincia de Granma período 2015-2020 (%)

Provincia de procedencia	Mujeres 2015	Mujeres 2016	Mujeres 2017	Mujeres 2018	Mujeres 2019	Mujeres 2020
Pinar del Río	1,0	0,7	0,5	0,3	1,2	0,6
Artemisa	11,5	8,8	11,3	12,5	7,1	7,1
La Habana	18,9	21,0	20,7	22,3	25,4	19,2
Mayabeque	12,3	12,6	11,6	12,5	11,1	10,2
Matanzas	11,3	11,0	11,8	14,7	8,4	12,7
Villa Clara	1,5	2,1	2,2	1,3	2,7	2,5
Cienfuegos	2,0	1,9	2,2	1,9	1,5	2,5
Sancti Spíritus	3,2	3,1	4,6	3,4	3,0	4,0
Ciego de Ávila	7,8	8,1	6,2	7,2	9,1	7,7
Camagüey	7,6	6,2	6,7	6,3	4,4	10,2
Las Tunas	5,4	5,2	3,2	4,1	6,2	5,0
Holguín	8,6	7,9	6,7	6,3	8,9	6,8
Santiago de Cuba	6,6	10,2	10,2	6,6	8,6	10,8
Guantánamo	2,0	0,7	1,6	0,3	1,0	0,3
Isla de la Juventud	0,5	0,5	0,5	0,3	1,5	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaborado a partir de SICDEMO, Redatam WEbserver.(CEPDE-ONEI, 2022)

*Fecundidad**Estructura por edades de las mujeres en edad reproductiva de Granma 2015-2020*

La población femenina en edad reproductiva de la provincia decrece de 207 221 mujeres en el año 2015 a 186 713 en el año 2020, disminuyendo un 9,9%. El grupo de 15-19 años disminuye de 25 759 a 24 912 mujeres, lo que representa una baja de 3,3% en el período de estudio. En la tabla 2.4 se muestra cómo el porcentaje de la población de 15-19 años, respecto al total de población femenina en edad reproductiva, aumenta de 2015 a 2020.

La tasa de crecimiento de la población por grupos de edades presenta valores de -0,005 para el grupo de 15-19 años; de -0,015 de 20-24 años; -0,018 de 25-29 años; de 0,009 de 30-34; de -0,006 de 35-39 años; -0,057 de 40-44 años y de -0,009 en el grupo final. La disminución de la población es evidente.

Tabla 2.4 Estructura relativa por grupos de edades de las mujeres de 15 a 49 años(%). Granma 2015-2020

Años	Grupos de edades							Total
	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	
2015	12,4	13,0	13,8	12,4	12,3	17,9	18,3	100,0
2016	12,7	12,5	14,1	12,9	11,7	17,5	18,5	100,0
2017	13,0	12,3	14,4	13,2	11,6	16,6	18,9	100,0
2018	13,3	12,3	14,4	13,4	12,1	15,3	19,2	100,0
2019	13,5	12,7	14,1	13,9	12,6	14,0	19,2	100,0
2020	13,3	13,2	13,6	14,5	13,1	13,1	19,1	100,0

Fuente: Elaborado a partir de Interfases Provincia y Municipios 2020, (CEPDE-ONEI, 2021)

Nacimientos 2015-2020

Los nacimientos en el período disminuyen de 10 400 en el 2015 a 9032 en el año 2020. Se aprecia una tendencia decreciente en todos los grupos de edad, aunque la menor disminución ocurre en el grupo de 15-19 años (ver Tabla 2.5).

Tabla 2.5 Nacimientos por grupos de edades de las mujeres de 15 a 49 años(%). Granma 2015-2020

Años	Grupos de edades	Total
------	------------------	-------

	15-19 ¹⁵ años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	No informado	
2015	1842	3231	2935	1538	655	185	14	-	10 400
2016	1732	2961	2761	1400	546	178	8	1	9 587
2017	1715	2659	2559	1457	565	138	15	1	9 109
2018	1782	2635	2498	1472	577	115	11	-	9 090
2019	1896	2680	2343	1551	610	115	13	12	9 220
2020	1818	2671	2251	1538	637	105	9	3	9 032
Tasa de crecimiento 2015-2020	-0,002	-0,029	-0,039	0,000	-0,005	-0,072	-0,060		-0,022

Fuente: Elaborado a partir de Interfases Provincia y Municipios 2020, (CEPDE-ONEI, 2021)

Estructura de la fecundidad por grupos de edades, Granma 2015-2020

La tasa de fecundidad adolescente de Granma en el 2015 presenta un valor de 71,5 nacimientos por cada mil mujeres de 15-19 años y aumenta a 73,0 en el 2020. El grupo de 20-24 años concentran los mayores valores y estos disminuyen de 119 nacimientos por mil mujeres en el 2015, hasta 110 nacimientos por mil mujeres del grupo de edad en el 2020; la tasa del grupo de 25-29 años le sigue en magnitud y de igual forma también disminuye de 103 hasta 87 nacimientos por mil mujeres de ese grupo etario. En el grupo de 30-34 años estos valores oscilan entre los 57 nacimientos por mil mujeres del grupo etario y en el grupo de 35-39 años se aprecia una estabilidad. Los dos grupos siguientes mantienen valores bajos, con mínimas oscilaciones en igual período de tiempo. Como se refleja en la Figura 2.2, los mayores valores de la tasa se encuentran en el grupo de 20-24 años, seguidos por el de 25-29 años; en ambos grupos las tasas poseen una tendencia decreciente, no siendo así en el grupo de 15-19 años que la tendencia es creciente y ocupa el tercer puesto en cuanto al valor de las tasas; sin embargo, a inicios de la década de los 90 las tasas de 15-19 años de la provincia fueron superiores que las del grupo de 25-29 años. La distancia entre las tasas de 15-19 años y 25-29 años se acorta con el paso del tiempo. Les siguen las de 30-34 años y el

¹⁵ Se incluyen los nacimientos de las menores de 15 años

resto de los grupos en orden descendente. A nivel de país, el comportamiento es diferente, al ser las de 30-34 años las que le siguen al grupo de 25-29 años (Dujarric, 2020).

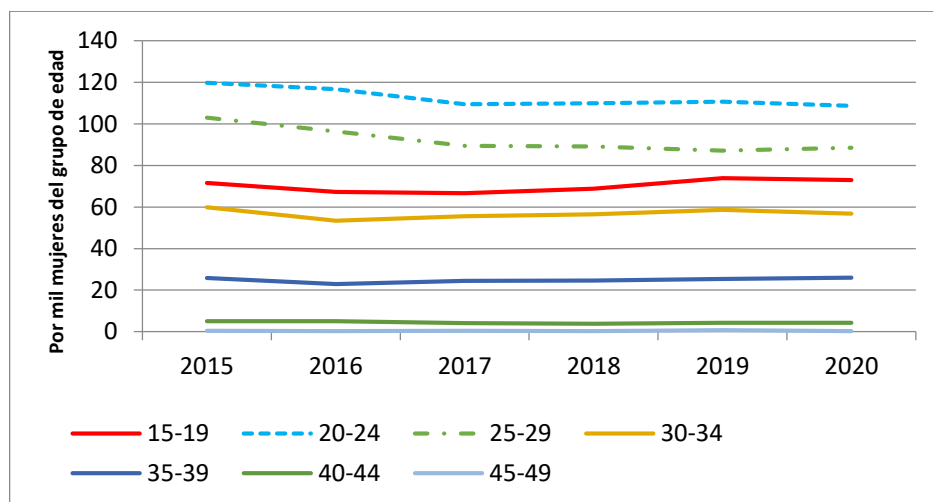


Figura 2.2 Tasas específicas de fecundidad por edad (por mil mujeres del grupo etario) Granma, 2015-2020

Fuente: Elaborado a partir de Interfase Provincia y Municipios 2015-2020, (CEPDE-ONEI, 2021)

Vale la pena aclarar que la tendencia creciente de la tasa de fecundidad adolescente no debe analizarse sin tener en cuenta los nacimientos y la población en el grupo de edad en el período. La tasa de fecundidad adolescente es la relación de los nacimientos de mujeres de 15-19 años y la población femenina en ese grupo etario. En el período de estudio disminuyen los nacimientos y la población de 15-19 años, pero la disminución de la población es más acelerada que la de los nacimientos. La disminución de los nacimientos no cubre la desaceleración de la población femenina de 15-19 años en la provincia.

El patrón de la fecundidad es temprano, un comportamiento que se mantiene en el tiempo, aunque la pendiente entre el grupo de 20-24 años y el de 25-29 años ha disminuido. El máximo de fecundidad se aprecia en el grupo de 20-24 años, seguido de las de 25-29 años y las de 15-19 años. Hasta el momento no se pronostica una modificación de este patrón, pues los mayores valores continúan en el grupo de 20-24 años (ver Figura 2.3).

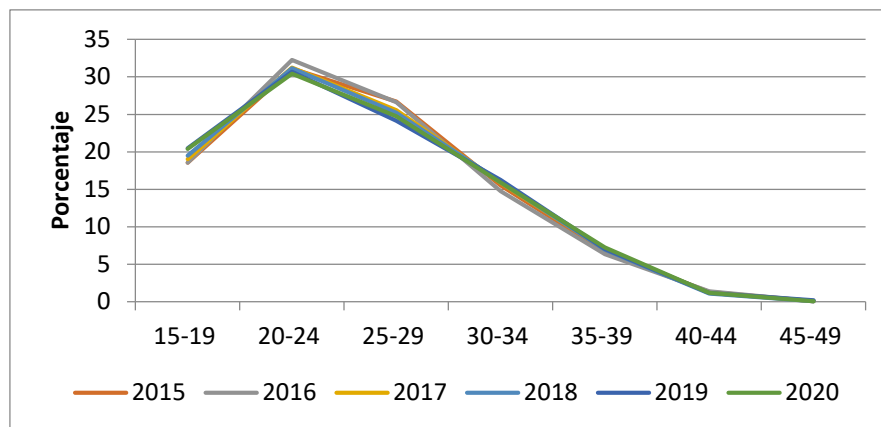


Figura 2.3- Estructura de la fecundidad por edad (%), Granma, Años seleccionados.
Fuente: Interfase Provincia y Municipios 2015-2020, (CEPDE-ONEI, 2021)

Nivel de la fecundidad

Las características que distinguen la fecundidad en la provincia de Granma presentan un comportamiento histórico: las tasas de fecundidad han estado entre las más altas del país. Para el año 1980 desciende el valor de la TGF de la provincia a 2,08 hijos por mujer, por debajo del reemplazo de la población, mientras que Cuba había alcanzado ese valor en el año 1978. Las adolescentes aportaban alrededor del 30% a la fecundidad (Farnós, 1985a; Molina, 2017).

La TGF se mantiene entre las más elevadas del país, en el 2015 era de 1,93 hijos por mujer y para el año 2020 disminuye hasta 1,79 hijos por mujer (ver Figura 2.4). Particularmente en el 2020 ocupa el nivel de la fecundidad más alto entre todas las provincias del país, pero con la tendencia por debajo del reemplazo de la población. No se garantiza el reemplazo femenino en todo el período, presentando la tasa bruta de reproducción un valor de 0,87 hijas por mujer en el 2020.

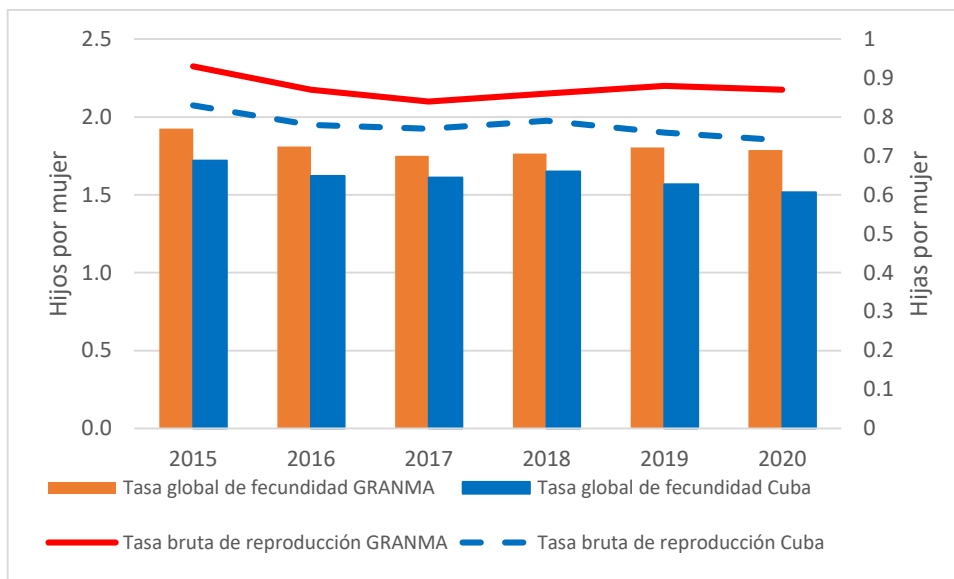


Figura 2.4 Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) y Tasa bruta de reproducción (hijas por mujer), Granma, 2015-2020.

Fuente: Elaboración propia a partir de Interfase Provincia y Municipios 2015-2020, (CEPDE-ONEI, 2021)

Otras medidas de la fecundidad

En el período 2015-2020 se reduce el número de nacimientos en más de 1 300. La edad media de la fecundidad en 2015-2020 es de 25,7 años. La relación hijos por mujer disminuye, aunque se conoce la disminución de la población de niños de 0-4 años debido a la baja fecundidad de períodos precedentes, así como de las mujeres en el período reproductivo. La tasa bruta de natalidad y la tasa general de fecundidad se presentan en el anexo 2.1. Estas otras medidas de la fecundidad aportan indicadores a tener en cuenta en la caracterización de la variable en la provincia (ver Anexo 2.1).

La interacción entre las tres variables demográficas determina el crecimiento de la población y su dinámica conlleva a la estructura por edades de la población. El envejecimiento demográfico es la expresión más latente de la baja fecundidad mantenida en el tiempo. En el caso de Cuba, y de la provincia que nos ocupa, la migración hay que tenerla en cuenta por el efecto que tiene en el cambio de la estructura por edades de la población y en el crecimiento demográfico.

Cambios demográficos

Crecimiento demográfico

La tasa de crecimiento natural de la población granmense en 2015 es de 4,8 por cada mil habitantes, y disminuye su valor hasta 1,6 por cada mil habitantes en el año 2020. Existen más nacimientos que defunciones a nivel provincial en el período, sin embargo se muestra una tendencia a la disminución de este indicador.

La tasa de crecimiento total en el territorio es negativa, alcanza un valor de -2,9 y de -2,4 por cada mil habitantes para 2015 y 2020, respectivamente. Como se expresó con anterioridad la tasa de crecimiento natural es positiva, y la tasa de saldo migratorio es la encargada de que el resultado de la tasa de crecimiento total sea negativa, pues se pierde gran número de personas por la migración. Aunque la tasa de crecimiento natural es positiva va disminuyendo a través del tiempo. Lo que se gana por la vía natural se pierde por la vía mecánica.

Envejecimiento demográfico

La provincia de Granma, al cierre del año 2020, tenía un 20% de su población con 60 años y más, lo que constituye un desafío para las autoridades gubernamentales del territorio en el camino de la implementación de la Política para la Atención a la Dinámica Demográfica. A continuación se muestran indicadores importantes para entender el proceso de envejecimiento.

La relación de dependencia de la provincia, de 559 personas dependientes de 0-14 años y de 60 años y más por mil personas de 15-59 años en el 2015 aumenta hasta 579 personas por cada mil personas del grupo etario de 15-59 años en el año 2020, valores que son menores que el nacional a inicio y fin del período (560 y 589, respectivamente).

La relación Viejo/Adulto, que es componente de la relación de dependencia, al inicio del período (2015) es de 279 personas mayores de 60 años por cada mil de 15-59 años y al final (2020) aumenta a 321, siempre por debajo de la media nacional (302 y 339, respectivamente). Estos valores permiten que la relación de dependencia comience a verse sustentada por los adultos mayores. El 50% de la relación de dependencia estaba dada en el año 2015 por la carga que presentaban los mayores de 60 años, y ya para el año 2020 aumentó al 55,4%.

La relación Viejo/Joven en 2015 era de 996 personas mayores de 60 años y más por mil de 0-14 años y en el 2020 el valor aumenta hasta un valor de 1 240, en ambos casos por debajo del valor nacional(1 172 y 1 357, respectivamente). Los nacimientos disminuyen en el período, sin embargo la población de 60 años y más tiene un crecimiento y mayor representatividad en la población total.

En la Figura 2.5A) se muestra la estructura relativa por grupo de edades y sexo de la población de Granma en el año 2015 y en la 2.5B), la del año 2020. En ambos casos se aprecia el estrechamiento de la base de la pirámide, debido a la baja fecundidad mantenida en el tiempo. Por grupos de edades, los mayores porcentajes se concentran en el grupo de 40-54 años en el 2015 y de 45-59 años, pues estas personas son resultantes del *boom* de los nacimientos de los años 60 y la fecundidad comienza a disminuir a partir del año 1980 en la provincia.

La pérdida de población en el grupo de 35-39 años en el 2015 y en el de 40-44 años en el 2020 es notable, dada la baja fecundidad y el efecto de la migración de los años 80. En las edades mayores existe aumento de la población femenina, debido a la sobremortalidad masculina.

A) 2015

B) 2020

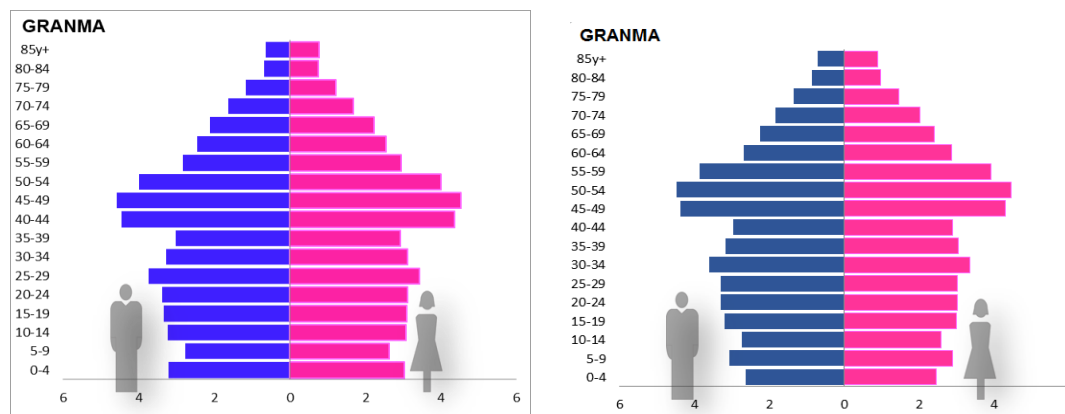


Figura 2.5 Pirámide de Población, Granma, 2015 y 2020

Fuente: Interfase, Provincias y municipios, 2015 y 2020 (CEPDE-ONEI, 2021)

La fecundidad y la migración tienen un efecto sobre la estructura por edades de la población, lo que conlleva a un estrechamiento de las bases de las pirámides de población, en la medida que pasan los años.

En síntesis, la provincia de Granma es la cuarta con mayor cantidad de habitantes en el país, la de mayor nivel de ruralidad y mayor emigración hacia otros territorios. La esperanza de vida al nacer es mayor que la media nacional. Es una población con una estructura por edades envejecida. Presenta baja fecundidad, sin embargo, los niveles que presenta esta variable son de los más elevados del país, con la mayor desarticulación: la fecundidad adolescente, la más elevada hasta el 2020. Presenta un índice de desarrollo humano (IDH) de 0,69, el segundo más bajo del país, solo le antecede Guantánamo. Este comportamiento la ubica entre los territorios con mayor desventaja a nivel nacional. En cuanto al índice de educación y el de servicios básicos, la provincia se encuentra rezagada, ubicándose en el penúltimo lugar. En períodos anteriores de evaluación del IDH, la provincia se encontraba de igual manera en la retaguardia; en 2003 ocupaba el último lugar (14) y en el 2007, el oncenno lugar (Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM)-Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), 2021).

Es una provincia que, si bien sigue las tendencias generales de la dinámica demográfica del país, presenta heterogeneidades e inequidades que la distinguen a nivel nacional.

2.2 La fecundidad adolescente en Granma y sus territorios

Fecundidad adolescente antes de 2015

Granma, en 1978, mostraba elevadas tasas específicas de fecundidad adolescente y un peso relativo cercano a un tercio de la fecundidad total. La tabla 2.6 muestra como en el quinquenio 1978-1982 las tasas de fecundidad adolescente de Granma se encuentran por encima de los 110 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años. En ese período estaban por encima de la media nacional, que fluctuaba de 99 a 88 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años, de inicio a fin. El nivel de fecundidad adolescente se mantenía elevado en la provincia, y su peso relativo respecto a la fecundidad total disminuyó de 29,0% a 26,8%. “La fecundidad adolescente en esta provincia estaba sostenida fundamentalmente por las mujeres con un nivel de escolaridad primaria, unión consensual y zona urbana” (Molina , 2017, p.78).

Tabla 0.6- Tasas específicas de fecundidad adolescente (por mil mujeres de 15-19 años) y peso relativo de la fecundidad adolescente respecto a la fecundidad total(%). Granma,1978-1982

Año	Tasas específicas de fecundidad adolescente (por mil mujeres de 15-19 años)	Peso relativo de la fecundidad adolescente respecto a la fecundidad total (%)
1978	123,1	29,0
1979	121,5	28,0
1980	112,4	27,0
1981	111,7	28,9
1982	118,7	26,8

Fuente: “La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos en Cuba” (Farnós, 1985a), y elaboración propia

En la década del noventa e inicios del nuevo milenio los indicadores asociados a la fecundidad en la provincia continuaron distinguiéndose en el país. En la década de 1990 ocurre una disminución del nivel de la fecundidad de este grupo etario, de manera lenta, manifestando una clara resistencia al descenso. A partir de 1991 las tasas de fecundidad se ubican por debajo de los 100 nacimientos por cada mil mujeres de 15-19 años. Para el año 2002 la fecundidad de las adolescentes representaban el 17,4% de la fecundidad total y en el 2012 ya era el 19,7%. La oscilación del nivel de la fecundidad adolescente entre 1990-2014 tiene la peculiaridad de una mayor fecundidad en las adolescentes de la zona rural, con vínculo conyugal y de 0 a 6 grados de escolaridad. En el trienio 2001-2003 estas características se mantienen y en el trienio 2011-2013 se incrementa el valor de estos niveles. Para el año 2014 el nivel de la fecundidad adolescente era de 73,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años (Molina, 2017).

Fecundidad adolescente 2015-2020

El valor de la tasa específica de fecundidad de la provincia de Granma para el grupo de 15-19 años en el año 2015 fue de 71,5 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad y en el 2020, de 73,0, por encima de la media nacional en ambos años (ver Anexo 2.2) (ver Figura 2.6).

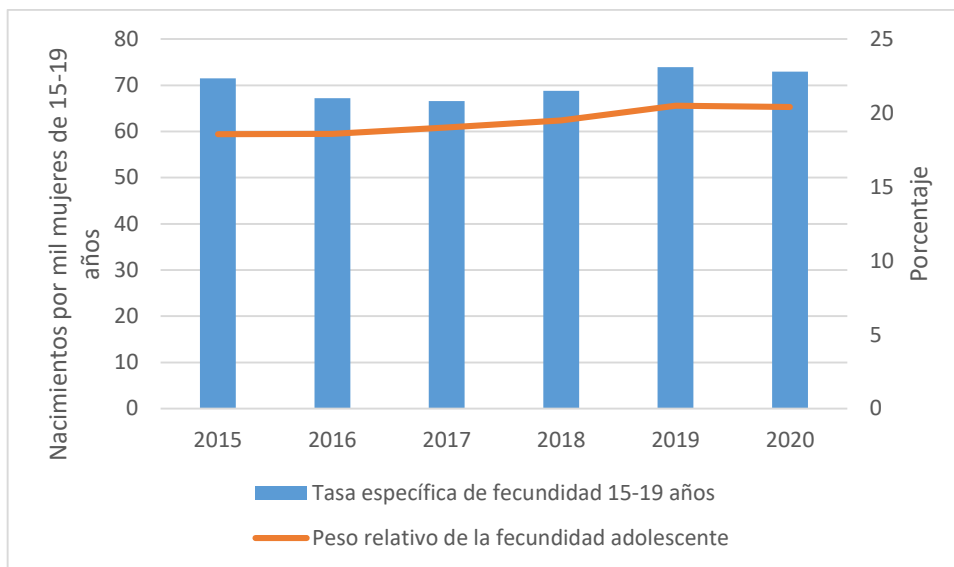


Figura 2.6 Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por mil mujeres de 15-19 años) y peso relativo de la misma respecto a la fecundidad total (%). Granma, 2015-2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Interfase Provincia y Municipios 2015-2020, (CEPDE-ONEI, 2021)

Estos valores de la fecundidad adolescente en la provincia se mantienen resistentes al descenso y con valores por encima de los del país (51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años), de los de América Latina y el Caribe (63,0 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años) y de los del resto del mundo (42,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años)¹⁶ (Naciones Unidas, 2019). Así mismo el peso relativo de la fecundidad adolescente respecto a la fecundidad total en Granma es 20,4%, sobrepasa el valor nacional (16,0%), de América Latina (15,4%) y del mundo (8,6%)(Naciones Unidas, 2019; CEPDE -ONEI, 2021). En todos los municipios granmenses el peso relativo de la fecundidad adolescente sobrepasa la media nacional y en nueve municipios el valor sobrepasa el 20%; en dos de ellos, Cauto Cristo y Niquero, el valor supera el 25%, valores que se encuentran entre los más altos del país.

En el período de análisis las mujeres menores de 20 años tuvieron 10 785 hijos, de un total de 56 438 nacimientos y representa un 19,1% del total de nacimientos. El máximo valor se obtiene en el 2019 donde se reportan 1 896 nacimientos de madres adolescentes. Las tasas específicas de fecundidad por edad oscilan en el período, siempre por encima del valor

¹⁶ Estos valores de Cuba, América Latina y el mundo pertenecen al período 2015-2020, reportados por World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1. (Naciones Unidas, 2019).

alcanzado en el país como se ha explicitado en epígrafes anteriores. La tasa del año 2020 es mayor que la del 2015 en 1,5 nacimientos por cada mil mujeres de 15-19 años.

Los municipios de Cauto Cristo, Niquero y Guisa son los que presentan las mayores tasas en ambos momentos del período. Jiguaní y Buey Arriba también se destacan por altas tasas por trienio. Solo tres municipios disminuyen sus tasas (Yara, Buey Arriba y Guisa). En los municipios de Cauto Cristo, Pílon y Jiguaní ocurren los mayores aumentos (Ver Tabla 2.7). Este comportamiento de elevadas tasas de fecundidad en las edades tempranas persiste en el tiempo y ha sido documentado por Farnós (1985a) y Molina (2017). A inicios de la década de los ochenta el municipio de Cauto Cristo mostraba las tasas más altas y Manzanillo las menores de la provincia. Los valores de Niquero, en tanto, se ubicaban como los más elevados de la provincia en el trienio 2001-2003. Para el trienio 2011-2013, son los municipios de Cauto Cristo y Buey Arriba los que presentan las mayores tasas. En todos los períodos de estudio, Cauto Cristo presenta tasas elevadas que lo distinguen en la provincia.

Tabla 2.7-Tasas de fecundidad adolescente (nacimientos por mil mujeres de 15-19 años) Granma, 2015-2020.

Municipios	Tasas de fecundidad para el grupo de 15-19 años por trienio	
	2015-2017	2018-2020
Granma	68,4	71,4
Río Cauto	72,5	75,7
Cauto Cristo	78,6	99,9
Jiguaní	67,1	78,0
Bayamo	64,0	65,7
Yara	62,1	61,7
Manzanillo	63,6	66,2
Campechuela	62,1	69,8
Media Luna	69,3	73,5
Niquero	78,0	82,2
Pílon	64,2	75,9
Bartolomé Masó	71,1	73,9
Buey Arriba	92,7	75,0
Guisa	83,3	80,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Interfase Provincia y municipios, CEPDE-ONEI, 2016-2021.

En los municipios se corrobora, a través de la entrevista a expertos del territorio (Madrigal, 2021), que persisten los hallazgos presentados por Molina (2017) en su investigación desarrollada en el municipio Campechuela. Continúa imperando una cultura patriarcal y sexista, que repercute en el comportamiento reproductivo de las adolescentes, las cuales reproducen los patrones de las generaciones anteriores. El acceso a métodos anticonceptivos no satisface la demanda, ni de las adolescentes ni del resto de las mujeres en edades reproductivas. La situación económica del país y de la provincia, agudizada a finales del año 2019, empeora en los municipios, de conjunto con la situación sanitaria de emergencia a partir del surgimiento de la COVID-19. Se complejiza el funcionamiento de los servicios para la atención a las adolescentes. Siete de los 13 municipios de la provincia poseen 50% o menos de población en las zonas urbanas, por lo que es momento de potenciar la atención a las zonas rurales. A esta situación se suman los impactos de la regionalización de los servicios a partir de 2010 (Íñiguez, 2012). Derivada de esta regionalización y de la compactación de los servicios secundarios de salud ocurrió una reducción de la cantidad de consultorios. En la provincia, con elevado grado de ruralidad, es sensible esta reducción, sobre todo en el acercamiento a la prevención del embarazo adolescente y lo que afecta el acceso a los servicios médicos (CIEM- PNUD, 2021).

La atención primaria de salud, la que llega de manera inmediata a la adolescente en lo que concierne a la educación y salud sexual y reproductiva, en especial a la prevención, se ve afectada.

A nivel provincial, la evolución del peso relativo que representa la fecundidad adolescente respecto a la fecundidad total aumenta de 2015 a 2020, de 18,6% a 20,4%. Todos los municipios presentan elevado peso relativo de la fecundidad adolescente. En diez municipios de la provincia aumentan el peso relativo de la fecundidad en el grupo de 15-19 años de edad. en todos los años del período, excepto en Río Cauto, Yara y Media Luna, que mantienen una tendencia estable. Los mayores aumentos ocurren en Cauto Cristo y Pílon.(ver Figura 2.7).

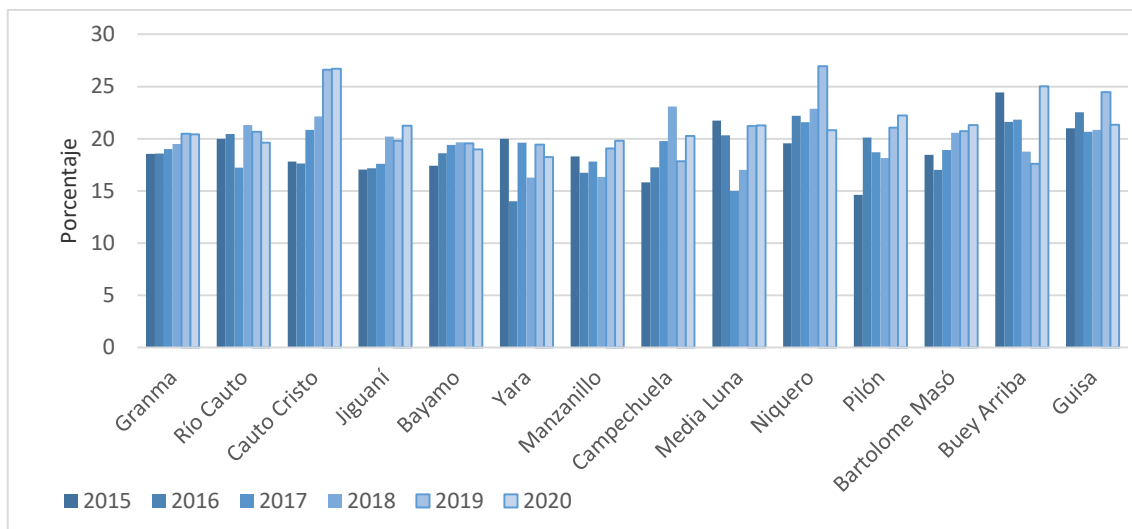


Figura 2.7 Peso relativo de la tasa de fecundidad adolescente respecto a la fecundidad total (%) Granma, 2015-2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Interfase Provincia y municipios (CEPDE-ONEI, 2016-2021)

Un análisis por edades simples se muestra en la Figura 2.8. En la misma se aprecia como las tasas de las muchachas de 18-19 años son mayores que el resto, lo que confirma los resultados de investigaciones anteriores que plantean que estas adolescentes presentan mayor aporte a la fecundidad adolescente (Molina, 2017). Nótese que las menores de 17 años poseen una tendencia con valores más bajos, pero más estable al aumento de sus tasas. Estas adolescentes que aun se encuentran en edades pediátricas, requieren mayor atención y sensibilidad humana.

La Figura 2.8 evidencia la resistencia al descenso de la fecundidad en estas edades, particularmente en el grupo de mujeres menores de 17 años.

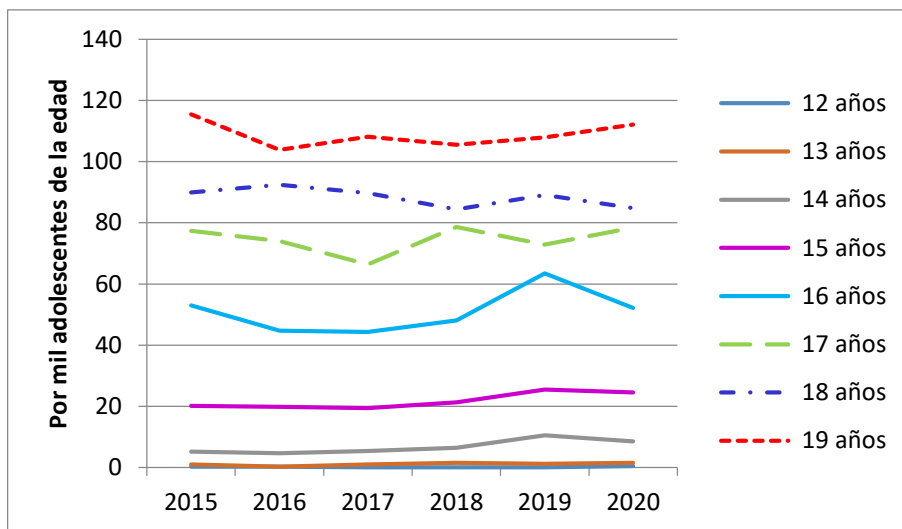


Figura 2.8 Tasas específicas de fecundidad por edades simples. Granma, 2015-2020
 Fuente: Elaboración propia a partir de Interfase Provincia y municipios (CEPDE-ONEI, 2016-2021)

2.2.1 Diferenciales de la fecundidad adolescente en Granma 2015-2020

Se realiza un análisis de los diferenciales de la tasa de fecundidad adolescente según zona de residencia, situación conyugal, nivel escolar y situación de ocupación (Ver Anexo Metodológico 1).

Zona de residencia

La brecha entre los valores de las tasas específicas de fecundidad del grupo de 15-19 años entre las zonas urbanas y rurales es evidente. En el 2015 la tasa de la zona urbana era de 59,2 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años y la de la zona rural, de 90,4 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años. En el año 2020 la tasa de la zona urbana aumenta hasta 67,9 y la de la rural disminuye hasta 80,6 nacimientos por cada mil mujeres de 15-19 años. Para el 2015 la brecha era de 31 nacimientos por cada mil mujeres de 15-19 años menos en la zona urbana que en la rural y en el 2020 de 12 nacimientos menos. Este comportamiento es el mismo que reporta Molina (2017) y se encuentra acorde al reportado en el país, donde es mayor la fecundidad adolescente en las zonas rurales.

Durante el trienio 2015-2017 en todos los municipios fue mayor la tasa de las zonas rurales. En el trienio 2018-2020 en Cauto Cristo, Jiguaní, Yara y Buey Arriba es mayor la tasa de fecundidad adolescente en la zona urbana que en la rural (Ver tabla 2.8).

Tabla 2.8 Tasas de fecundidad para el grupo de 15-19 años por trienio según zona de residencia. Granma

Municipios	Tasas de fecundidad para el grupo de 15-19 años por trienio (nacimientos por mil mujeres de 15-19 años de la zona)			
	Urbana		Rural	
	2015-2017	2018-2020	2015-2017	2018-2020
Río Cauto	70,2	68,7	76,3	87,9
Cauto Cristo	77,1	137,5	79,2	86,3
Jiguaní	64,4	84,2	70,7	69,7
Bayamo	55,4	59,6	85,9	80,9
Yara	60,0	66,3	64,2	57,4
Manzanillo	61,0	62,5	74,1	81,8
Campechuela	49,6	55,0	79,5	91,1
Media Luna	47,3	57,6	86,0	86,9
Niquero	60,2	68,4	100,4	99,0
Pilón	43,0	62,6	82,6	87,9
Bartolomé Masó	42,7	58,6	94,5	85,3
Buey Arriba	72,9	85,5	103,4	69,7
Guisa	66,1	59,7	97,7	97,4

Fuente: Elaboración propia

Esto, como señala Rodríguez Vignoli (2008) para el área de América Latina, pudiera estar dado por la pérdida de la influencia de elementos como un mayor nivel de educación y de oportunidades para las mujeres que existen en las zonas urbanas. Sin embargo, en Cuba las políticas sociales no presentan distinción en cuanto a zona de residencia; existe una política de educación, en la cual resalta la obligatoriedad de culminar el 9no grado, políticas de acceso universal a la salud, entre otros.

En las zonas urbanas a nivel provincial aumenta el peso relativo de la fecundidad adolescente en 2,3% de inicio a fin de período (ver Figura 2.9). Los municipios de Río Cauto, Media Luna y Guisa son los que disminuyen el peso relativo de la fecundidad adolescente. Cauto Cristo, Buey Arriba y Pilon presentan los mayores incrementos. En la zona rural de la

provincia ocurre un aumento de 1,9 puntos porcentuales al final del período. Los municipios Río Cauto, Bayamo, Yara y Buey Arriba presentan disminución en el peso relativo.

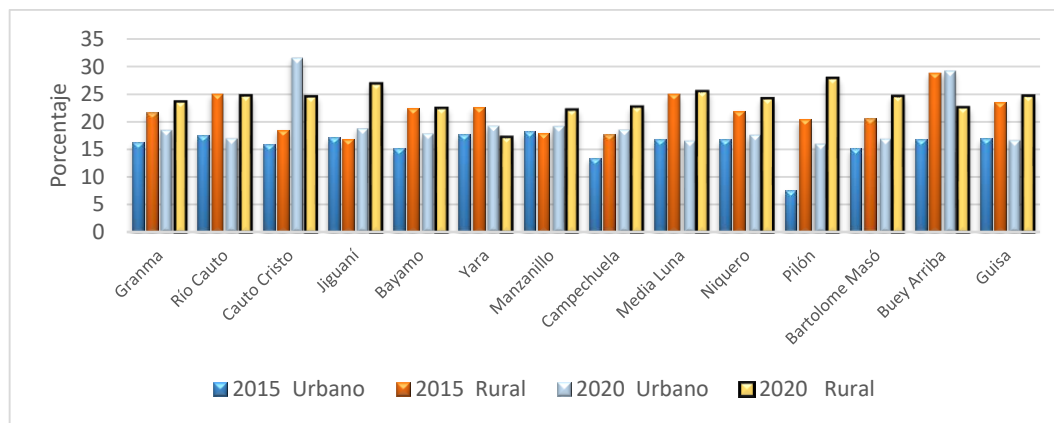


Figura 2.9 Peso relativo de la fecundidad adolescente urbana y rural(%). Granma. 2015-2020

Fuente: Elaborado a partir de Interfase Provincia y Municipios 2015-2020, (CEPDE-ONEI,2021)

Situación conyugal

En cuanto al diferencial de la situación conyugal, se destacan las tasas del grupo de las adolescentes que se encuentran con vínculo conyugal¹⁷ en todo el período. El máximo valor se alcanza en el año 2019, con 278 nacimientos de mujeres de 15-19 años con vínculo conyugal por cada mil mujeres de 15-19 años con vínculo conyugal. En cuanto a las adolescentes sin vínculo conyugal, disminuye el valor de la tasa (ver Figura 2.10).

Al contrastar este resultado con estudios anteriores, se mantiene el grupo de las mujeres adolescentes con vínculo conyugal, como las que presentan mayores valores de sus tasas en la provincia (CEDEM-UNFPA-ONE-MINSAP, 1995; Molina, 2017).

¹⁷ Con vínculo conyugal se refiere a aquellas mujeres que se encuentran casadas, unidas o acompañadas; sin vínculo se refiere a aquellas que se encuentran solteras, divorciadas o viudas.

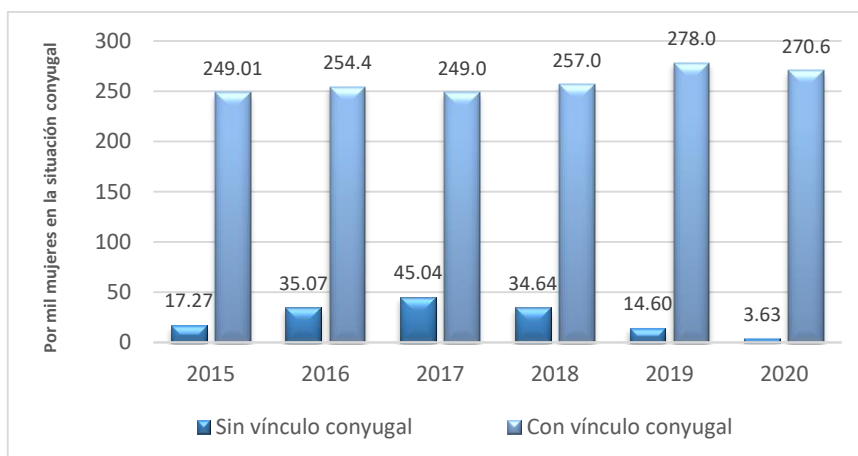


Figura 2.10 -Diferencial de la fecundidad adolescente según situación conyugal, Granma, 2015-2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO), procesado con Redatam Webserver 2021, (CEPDE/ONEI, Cuba) y estructura de la población femenina por grupo de edades de Granma según el Censo de Población y Viviendas 2012 (ONEI Granma, 2014)

Nivel escolar

Estudios realizados en el país plantean que las mujeres con menor nivel educativo son propensas a presentar mayores tasas de fecundidad (Álvarez, 1982; Farnós, 1985a; Rodríguez Gómez, 2006; Molina, 2017; Quintana, 2017). En la presente investigación se obtuvo que las tasas del grupo de mujeres de 15-19 años que tienen entre 0 y 6 grados de estudios son mayores que las del grupo de las que tienen 7 grados o más de estudio, lo cual confirma el comportamiento demostrado por los autores anteriores.

En los años 2015-2016 el valor de las tasas del grupo de las que tienen de 0-6 grados de estudio casi duplica el valor del grupo de las que tienen mayor nivel de escolaridad. En los cuatro años restantes, las tasas del grupo de que poseen menor nivel escolar son, como promedio, 1,5 veces superior que las otras (ver Figura 2.11). Este comportamiento persiste en el tiempo, desde los primeros estudios sobre fecundidad adolescente en la década del ochenta y noventa (Farnós, 1985a; CEDEM-UNFPA-ONE-MINSAP, 1995) y los más recientes en la década de 2010 (Molina, 2017).

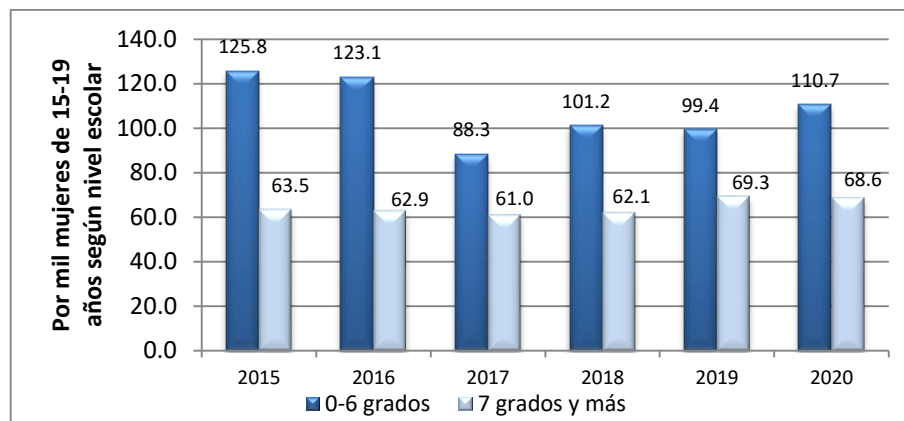


Figura 2.11 - Diferencial de la fecundidad adolescente según años de estudio terminados, Granma, 2015-2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO), procesado con Redatam Webserver 2021, (CEPDE/ONEI, Cuba) y estructura de la población femenina por grupo de edades de Granma según el Censo de Población y Viviendas 2012 (ONEI Granma, 2014)

Estas adolescentes, por lo general, no se reincorporan a los estudios, la deserción escolar aumenta y el sistema educativo se afecta al perder estudiantes en los distintos niveles de enseñanza. Las mujeres de 15-19 años no incorporadas al estudio luego de tener sus hijos, además, se colocan en desventaja social con respecto al resto de las adolescentes, pues no continúan con el desarrollo esperado para la edad, su preparación para el futuro se trunca y quedan sin suficientes herramientas para desempeñarse en el medio laboral.

La deserción escolar es una de las consecuencias de la fecundidad adolescente, si no existe un engranaje armónico para que la adolescente continúe su formación. La provincia de Granma, en cuanto al porcentaje de retención escolar¹⁸ según nivel de enseñanza secundaria, se comporta por encima de la media nacional en varios años. Para la enseñanza preuniversitaria, el porcentaje de retención se encuentra por debajo del 80%, lo que lo ubica entre las provincias con menor nivel de retención del país. En la enseñanza técnica y profesional, el porcentaje de retención supera los valores de la media del país (Ver Tabla 2.9) (ONEI, 2020).

¹⁸ Expresa el porcentaje de graduados con relación a los nuevos ingresos ocurridos al iniciar el ciclo de duración del nivel educativo que se trate. Igualmente expresa la proporción de estudiantes de nuevo ingreso que terminan con éxito los estudios, sin repetir ningún grado o año. (ONEI, 2020, p. 68)

Tabla 2.9 Porcentaje de retención por nivel de enseñanza. Cuba y Granma, cursos seleccionados.

Tipo de enseñanza		2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Secundaria	Cuba	93,5	93,1	93,6	94,3
	Granma	92,9	93,8	94,9	95,4
Preuniversitario	Cuba	82,3	83,6	83,4	84
	Granma	72,7	78,8	78	78,9
Técnico Medio	Cuba		81,3	79,6	76,5
	Granma		92,1	93	95,3
Obrero Calificado	Cuba		78,1	78,8	78,4
	Granma		85,9	87,4	89,7

Fuente: Elaboración propia a partir de ONEI (2020)

Un trabajo de conjunto con la dirección de estadísticas de la Dirección Provincial de Educación de Granma, permite captar la incidencia del embarazo entre las causas de baja¹⁹ escolar de las adolescentes. Para el curso 2015-2016, el 23,0% de las otras bajas se deben a matrimonios, no se especifica el sexo de los estudiantes, pero se infiere que son muchachas. En el curso 2016-2017 el 19,5% de las otras bajas fue por embarazo adolescente; en el curso 2017-2018 el 12,0%; en el 2018-2019 el 14,0% y en el curso 2019-2020 el 21,3% (Dirección Provincial de Educación Granma, 2021)

Situación de ocupación²⁰

En cuanto a la ocupación como diferencial de análisis, se muestra cómo las tasas del grupo de mujeres de 15-19 años que se encuentran ocupadas en la economía, son menores que las tasas del grupo de las no ocupadas en todo el período. En las tasas del grupo de las no ocupadas predominan las que refieren dedicarse a los quehaceres del hogar y en las ocupadas, las que trabajan son mayoría respecto a las estudiantes (ver Figura 2.12).

¹⁹ FORMULARIO 221-IMAE-1 (Ministerio de Educación, 2022)

²⁰ En la categoría ocupadas se encuentran las estudiantes y ocupadas en la economía (Según categoría ocupacional: dirigentes y gerentes a todos los niveles, profesionales, científicos e intelectuales, técnicos y profesionales de nivel medio, empleados de oficina, trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados, agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros, trabajadores con oficios, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, operarios de máquinas y ocupaciones elementales no calificadas); en la categoría no ocupadas son aquellas que no presentan vínculo ocupacional, se encuentran desocupadas, se dedican a los quehaceres del hogar y las pensionadas.(ONEI, 2014)

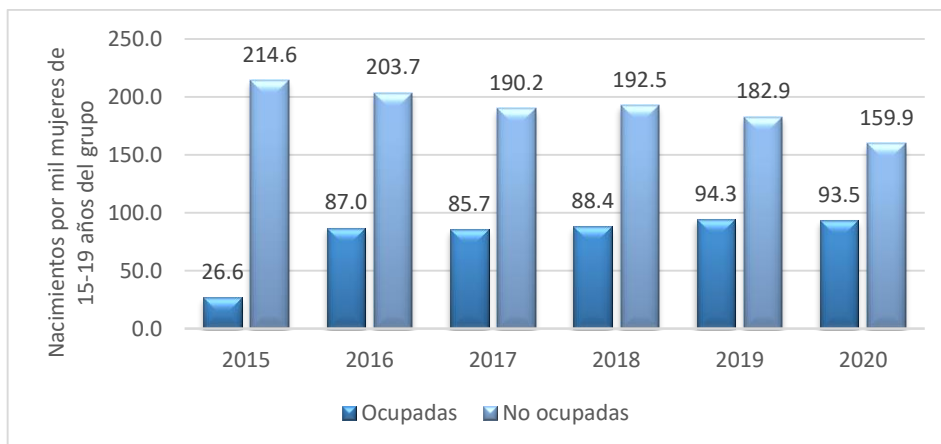


Figura 2.12 -Diferencial de la fecundidad adolescente según situación de ocupación, Granma, 2015-2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO), procesado con Redatam Webserver 2021, (CEPDE/ONEI, Cuba) y estructura de la población femenina por grupo de edades de Granma según el Censo de Población y Viviendas 2012 (ONEI Granma, 2014)

Igualmente, se muestra cómo las tasas del grupo de mujeres de 15-19 años que refieren dedicarse a los quehaceres del hogar son la mayoría respecto a los grupos de las mujeres adolescentes que son estudiantes, las que son trabajadoras y las que presentan otra situación de ocupación. Aunque son mayores las tasas del grupo que realizan quehaceres en el hogar, estas presentan una disminución de inicio a fin de período. Las tasas del grupo de mujeres de 15-19 años que son trabajadoras y estudiantes aumentan (ver Figura 2.13).

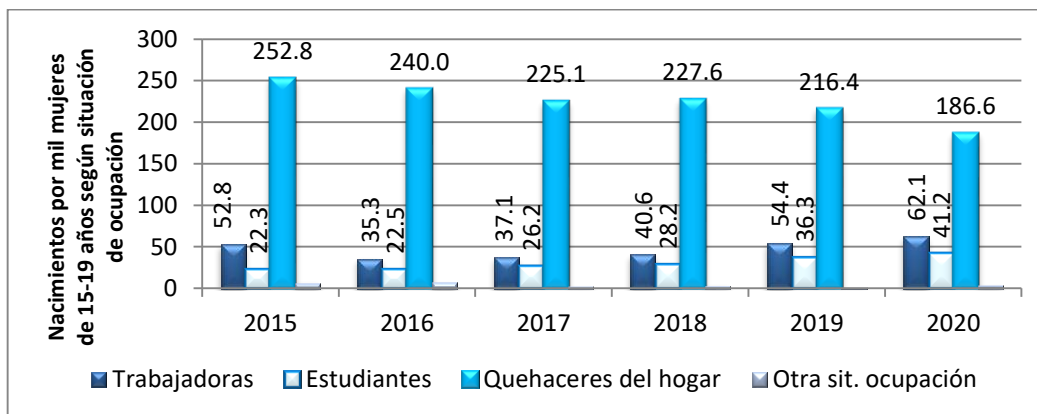


Figura 2.13-Diferencial de la fecundidad adolescente según situación de ocupación, Granma, 2015-2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO), procesado con Redatam Webserver 2021, (CEPDE/ONEI, Cuba) y estructura de la

población femenina por grupo de edades de Granma según el Censo de Población y Viviendas 2012 (ONEI Granma, 2014)

Molina (2017) explica que predominan las no ocupadas en los períodos 2001-2003 y 2011-2013, situación que se mantienen en el período 2015-2020. Al mantenerse las condiciones socioeconómicas de la provincia, se asume que estas adolescentes reproducen patrones reproductivos de las generaciones anteriores, en las que predominan quehaceres del hogar. Estas muchachas pierden su autonomía corporal, y sus derechos sexuales y reproductivos son vulnerados. Además abandonan los estudios y, como se mencionó con anterioridad, se ubican en desventaja social. Las ocupadas se encuentran insertadas en la sociedad, unas aportando directamente a la economía y otras en formación, lo que les hubiera abierto un panorama de oportunidades, sin embargo, al convertirse en madres adolescentes, las investigaciones demuestran que la mayoría de estas adolescentes se desvinculan del estudio y del trabajo y pocas se reinsertan luego de ser madres adolescentes (Rodríguez Gómez, 2006; Molina, 2017; Quintana, 2017).

La fecundidad adolescente en Granma, en el período 2015-2020, es mayor en el grupo de las mujeres que residen en zonas rurales, que poseen vínculo conyugal, que tienen de 0 a 6 grados de escolaridad y que no se encuentran ocupadas.

2.2.2 Características de la madre adolescente 2015-2020

Se realiza un análisis de las características de las madres adolescentes según zona de residencia, situación conyugal, situación de ocupación, nivel escolar y edad del padre de sus hijos.

Zona de residencia

El mayor porcentaje del grupo de mujeres de 15-19 años que fueron madres en el período reside en zonas urbanas como muestra la Figura 2.14. Este porcentaje aumenta en 4 puntos porcentuales de 2015 a 2020. En el área de América Latina está predominando que las madres adolescentes respondan cada vez menos al perfil rural, teniendo en cuenta la urbanización y el avance de la escolaridad (Rodríguez Vignoli, 2008).

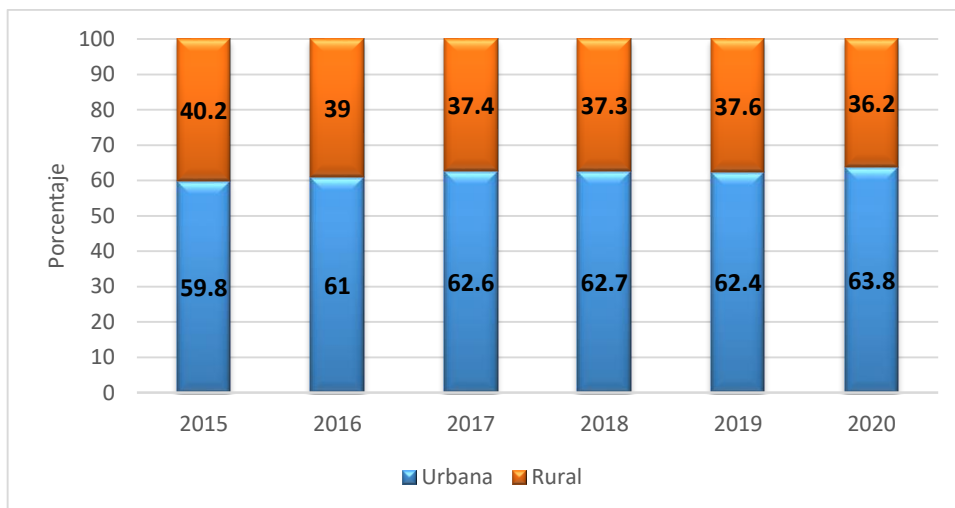


Figura 2.14 Características de la madre adolescente según zona de residencia, Granma, 2015-2020.

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO) Procesado con Redatam Webserver 2021, CEPDE/ONEI, Cuba

Situación conyugal

En cuanto a la situación conyugal predominan las madres de 15-19 años con vínculo conyugal. Las madres adolescentes con vínculo conyugal aumentan su valor relativo de 2015 a 2020. En la Figura 2.15 puede comprobarse el comportamiento de la variable.

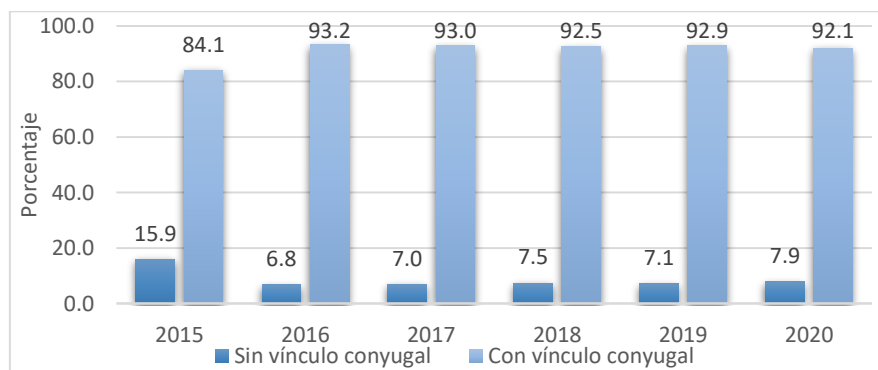


Figura 2.15- Características de la madre adolescente según situación conyugal, Granma, 2015-2020.

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO) Procesado con Redatam Webserver 2021, CEPDE/ONEI, Cuba

Nivel escolar

La mayoría de las mujeres de 15-19 años que fueron madres en el período han terminado la enseñanza secundaria y la enseñanza media (preuniversitario o tecnológico). Le siguen las que terminaron la educación primaria.

A partir del año 2015 aumenta el porcentaje del grupo de madres adolescentes que tiene educación secundaria terminada. En la Figura 2.16 se aprecia que madres de 15-19 años que culminaron la enseñanza media, para inicio y fin del período, se mantienen alrededor del 29%. El grupo de las que poseen nivel primario incompleto y las que no poseen nivel escolar no alcanza el 1% (CEDEM, ONE, MINSAP, UNFPA, UNICEF, 1995).

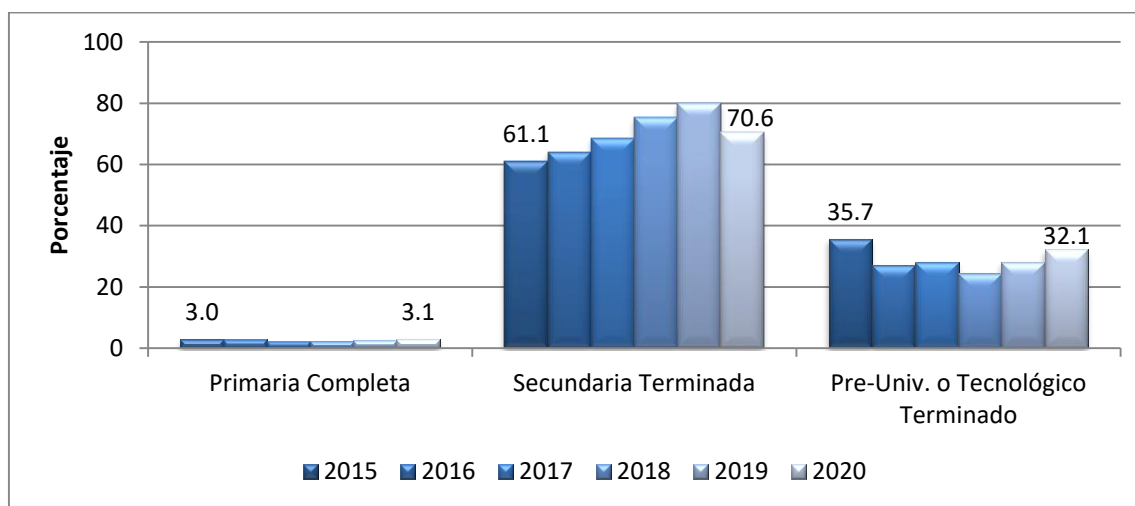


Figura 2.16 Características de la madre adolescente según nivel escolar, Granma, 2015-2020.

*Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO)
Procesado con Redatam Webserver 2021. CEPDE/ONEI, Cuba*

Situación de ocupación

Las mujeres de 15-19 años que fueron madres en el período por lo general refieren dedicarse a los quehaceres del hogar, seguidas de las que estudian y de las que se encuentran ocupadas en actividades económicas. El porcentaje del grupo que se dedican a los quehaceres del hogar disminuyó de 2015 al 2020. El porcentaje del grupo de las estudiantes aumenta en el período²¹ (ver Figura 2.17).

²¹ Las adolescentes que se encuentran en otra situación ocupacional no alcanzan el 1% en los años de estudio.

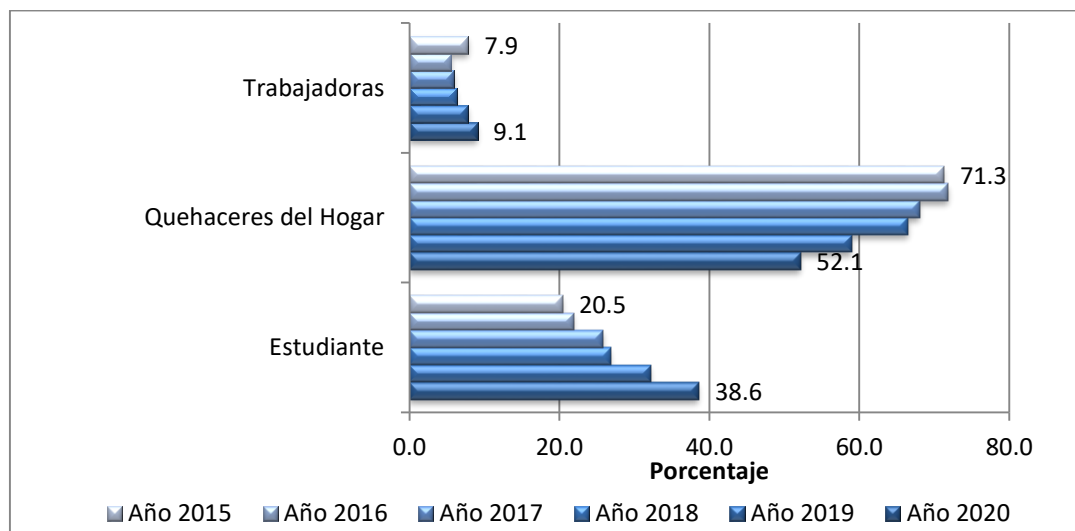


Figura 2.17- Características de la madre adolescente según ocupación, Granma, 2015-2020.

*Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO)
Procesado con Redatam Webservice 2021, CEPDE/ONEI, Cuba*

Edad del padre

En la provincia, para el período 2015-2020, es apreciable la diferencia de edad de la madre con respecto a la edad del padre. El mayor diferencial de las edades se encuentra entre los 20-24 años, seguido de los de 25-29 años, es decir los padres de los nacidos de madres adolescentes por lo general son de 5 a 9 años mayores que ellas. En segundo orden de prioridad le siguen los que eran mayores que las adolescentes de 10-14 años. Este resultado está en concordancia con lo planteado por Molina (2017) sobre la fecundidad adolescente cubana, al plantear que la pareja de la adolescente es, como promedio, entre 7 y 10 años mayor que ella; esta diferencia de edad se hace mayor en las adolescentes menores de 15 años (ver Figura 2.18).

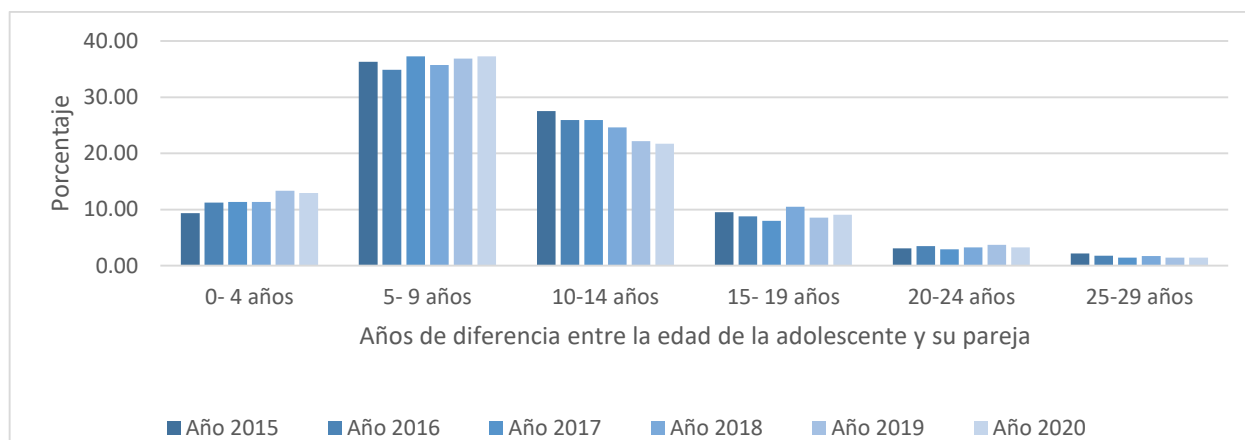


Figura 2.18 Años de diferencia entre la edad de la adolescente y su pareja, Granma, 2015-2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de nacimientos (SICDEMO) Procesado con Redatam Webserver 2021, CEPDE/ONEI, Cuba

Las mujeres de 15-19 años que fueron madres en el período 2015-2020 se caracterizan por residir en la zona urbana, tener vínculo conyugal y dedicarse a los quehaceres del hogar. Estas adolescentes tienen más de 7 grados de estudio. Los padres de los hijos de las adolescentes que dieron a luz en el período eran de 5 a 9 años mayores que las adolescentes.

2.3 Determinantes próximos de la fecundidad adolescente en la provincia Granma 2015-2020

En el presente acápite se analizan los determinantes próximos de la fecundidad, anticoncepción, nupcialidad, abortos (Davis y Blake, 1956; Bongaarts, 1978). Rodríguez Vignoli (2014) plantea que para las adolescentes, además de las variables intermedias anteriormente mencionadas, se deben tener en cuenta la edad a la menarquia y la exposición a la actividad sexual (inicio y frecuencia).

Inicio de las relaciones sexuales y edad a la primera unión

Edad media de inicio de las relaciones sexuales

La edad media de inicio de las relaciones sexuales de las mujeres de 15-49 años en el país, según la MICS/Cuba 2019²², es de 15,8 años y para las granmenses de 15,6 años. Notándose

²² La reciente Encuesta de Indicadores Múltiples por conglomerados MICS/CUBA 2019 se llevó a cabo por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Tuvo el objetivo de impulsar los esfuerzos nacionales dirigidos a focalizar territorialmente el análisis de factores asociados a la heterogeneidad social de la infancia, la adolescencia y las familias (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y UNICEF Cuba, 2020). En esta sexta ronda MICS, -Cuba participa desde la

una disminución de la edad en el inicio de las relaciones sexuales de las mujeres en la provincia con relación al país. Al explorar la edad media de inicio de 45 mujeres de 15-19 años entrevistadas en Granma se constata que esta (15,0 años) es ligeramente superior a la media del país (14,9 años). Pocas de las adolescentes declaran que no han tenido relaciones sexuales.

La Encuesta Nacional de Fecundidad de 2022 reportó, como promedio, que la edad de inicio de las relaciones sexuales de las mujeres en edad reproductiva es de 16,5 años y para el grupo de 15-19 años, de 15,3 años, con lo cual en este grupo hay un rejuvenecimiento del inicio de la relación sexual (15,5 años) si se compara con los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Fecundidad 2009 (Molina, 2017). A partir de los datos recogidos por esta encuesta sería interesante conocer para investigaciones futuras el comportamiento de este indicador para la provincia Granma.

Edad a la primera unión

En la Encuesta Nacional de Fecundidad de 2009 el promedio de edad de la primera unión fue de 19,4 años a nivel nacional y en la de 2022, fue de 21,6 años (CEPDE-ONEI, 2010, 2023), con lo que se aprecia un aumento de la edad a la primera unión, característico de países en segunda transición demográfica (Van de Kaa y Lesthaege, 1997; Alfonso de Armas, 2009).

Según las MICS/Cuba 2019 la edad promedio a la primera unión de las adolescentes encuestadas de Granma es de 15,3 años. En cuanto a la situación conyugal, más de la mitad se encuentran solteras o no unidas. El resto refiere haber vivido con alguien alguna vez, se encuentran unidas, otras separadas y muy pocas han estado en más de una ocasión unidas, en este orden.

Anticoncepción

Según la MICS/Cuba 2019, a nivel nacional el 69,1% de las mujeres entrevistadas, que se encuentran casadas o unidas, utilizan algún método anticonceptivo. El 66,8% de las mujeres

segunda ronda en el año 2000-, se realizó un acercamiento por provincias y por grupos de edades, lo que amplía el rango de análisis con respecto a la salud reproductiva y materna. En la provincia de Granma fueron entrevistadas 528 mujeres de 15-49 años de 533 elegibles, de ellas 51 eran adolescentes entre 15-19 años

entrevistadas de 15-19 años utiliza algún método anticonceptivo, moderno²³ o tradicional, al estar casadas o unidas.

En la provincia, el 69,4% de las mujeres entrevistadas casadas o en unión, utilizan algún método anticonceptivo (69,3% utilizan métodos modernos y solo el 0,1% método tradicional). De las adolescentes entrevistadas (51) en la provincia, 41 han empleado algún método anticonceptivo en determinado momento. En el momento de la encuesta, solo 38 de ellas utilizan algún método, el método más utilizado fue el condón masculino, seguido de los dispositivos intrauterinos (DIU) y las píldoras. Muy pocas utilizaban la doble protección, el DIU y el preservativo. Se constató un predominio del uso de métodos modernos por encima de los tradicionales.

Estos valores, aunque no deben generalizarse, reafirman el cambio en el comportamiento en cuanto al uso de los condones, que antes de la década del noventa solo alcanzaba un 3,8%, según la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987. Posteriormente, en la Encuesta Nacional de Fecundidad de 2009, se muestra el condón como el más usado por las adolescentes (Molina, 2017). En la reciente Encuesta de Fecundidad de 2022 el método más empleado también es el condón (45%).

El grupo de las mujeres de 15-19 años es el que mayor porcentaje de necesidades insatisfechas de anticoncepción declara, según un análisis de las MICS desde la segunda vuelta hasta la sexta vuelta (Dirección de Registros Médicos MINSAP, 2000-2019). Otro elemento que se tiene en cuenta en la presente investigación es la implantación de dispositivos intrauterinos (DIU) en las mujeres de 15-19 años de la provincia de Granma. En el período que se estudia, la tasa de implantación de los DIU en las adolescentes aumenta, de 16,7 por cada mil mujeres de 15-19 años en el 2015 a 64,0 en el 2020. De igual manera, el porcentaje de DIU implantado en adolescentes respecto al total de DIU implantados en las

²³ Como método moderno se clasifica la esterilización femenina, esterilización masculina, Dispositivo intrauterino(DIU), inyecciones, implantes, píldora/pastilla, condón masculino, condón femenino, diafragma/espuma/jalea, Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA). Los métodos tradicionales que se reflejan en la encuesta están abstinencia periódica y retiro, así como da la opción de marcar otro método tradicional. (Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y UNICEF Cuba, 2020)

mujeres aumenta en el período de un 22,8% en el 2015 a un 36,7% en el año 2020 (ver Figura 2.19).

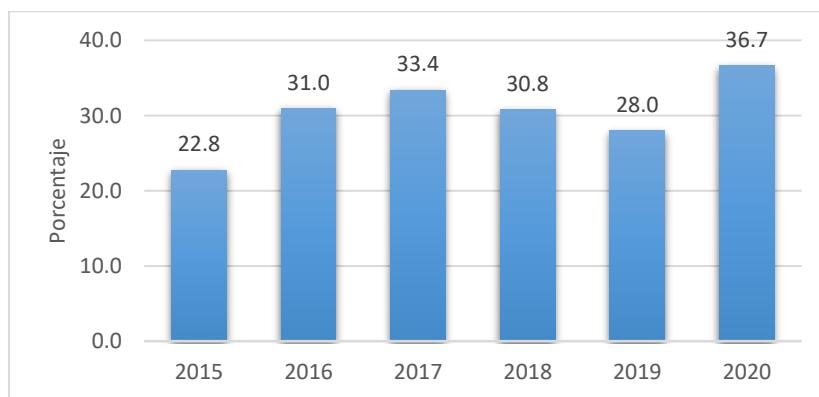


Figura 2.19- Porcentaje de dispositivos implantados en las adolescentes respecto al total de dispositivos implantados (%) Granma, 2015- 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de interrupciones del Ministerio de Salud Pública. Años seleccionados

Como señala Molina (2017), en el caso cubano la proporción de adolescentes que usan métodos anticonceptivos es menor que en el resto de los grupos etarios. En la provincia, como en todo el país, en el período 2015-2020, han existido dificultades con el abastecimiento de anticonceptivos, en especial de aquellas primeras opciones anticonceptivas para adolescentes: los implantes subdérmicos de progestágenos, los dispositivos intrauterinos, la anticoncepción hormonal inyectable solo de progestágenos y la anticoncepción de emergencia (MINSAP, 2019). Esto va unido a una baja percepción del riesgo de embarazo por parte de la adolescente, la falta de educación integral de la sexualidad, al uso discontinuado del método anticonceptivo y, a su vez, a la ineficiencia del método.

Interrupción de embarazos

En la provincia, en el período de análisis, existen oscilaciones en cuanto a las interrupciones²⁴ de embarazos en las adolescentes. De inicio a fin del período, la tasa de abortos quirúrgicos

²⁴ Se consideran interrupciones todas aquellas maniobras voluntarias conducentes o con la intención de que conduzcan a la terminación de un embarazo. Ello abarca los abortos (curetaje quirúrgico y medicamentoso, hasta la duodécima semana), así como las regulaciones menstruales (método de aspiración, hasta la sexta

aumenta de 10,3 abortos por cada mil mujeres de 15-19 años a 13,6. Se aprecian oscilaciones en el transcurso del período, tal es el caso del año 2017, donde la tasa se elevó hasta 17,7 por cada mil mujeres de 15-19 años.

Sin embargo, aunque el aborto medicamentoso presenta tasas más altas que el aborto quirúrgico, su tendencia en la evolución del tiempo mostró un comportamiento diferente. Las tasas de aborto medicamentoso del 2015 (71,5 abortos por cada mil mujeres de 15-19 años) al 2020 (31,3 abortos por cada mil mujeres de 15-19 años) disminuyeron.

La regulación menstrual, aunque es el método más estable en cuanto al comportamiento de las tasas, muestra un descenso de las tasas entre el 2015 (29,2 regulaciones por cada mil mujeres de 15-19 años) y el 2020 (25,3 regulaciones por cada mil mujeres de 15-19 años) (ver Figura 2.20).

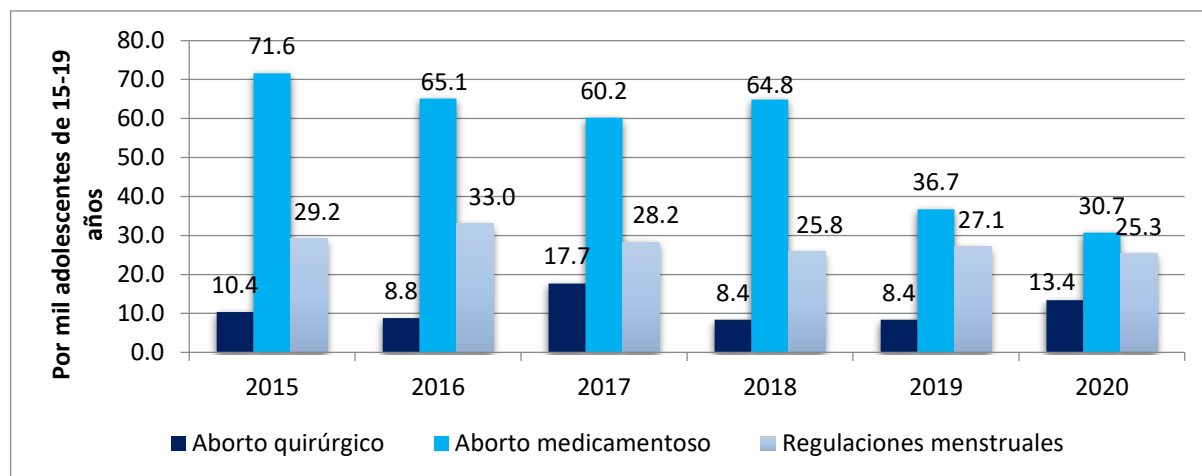


Figura 2.20- Tasas de interrupciones de embarazo adolescente según tipo (por mil adolescentes de 15-19 años), Granma, 2015- 2020.

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de interrupciones del Ministerio de Salud Pública, Años seleccionados

En el siguiente análisis se muestra el porcentaje de las interrupciones de embarazo de las adolescentes respecto al total de interrupciones realizadas. El aborto quirúrgico en mujeres

semana), de las que el 68,8% se ha documentado que conducen a interrupciones efectivas (Gran, 2005) (Molina, 2017, p.100)

de 15-19 años aumenta su peso relativo en el período. El aborto medicamentoso se mantiene alrededor de un 32% del total de interrupciones por esta vía.

Las interrupciones de embarazo de las adolescentes granmenses, a través de regulaciones menstruales, aumentaron en los seis años de estudios. Inicialmente las regulaciones de las adolescentes representaban el 20,7% del total de regulaciones, pero para el año 2020 aumentaron a 28,3% (ver Figura 2.21).

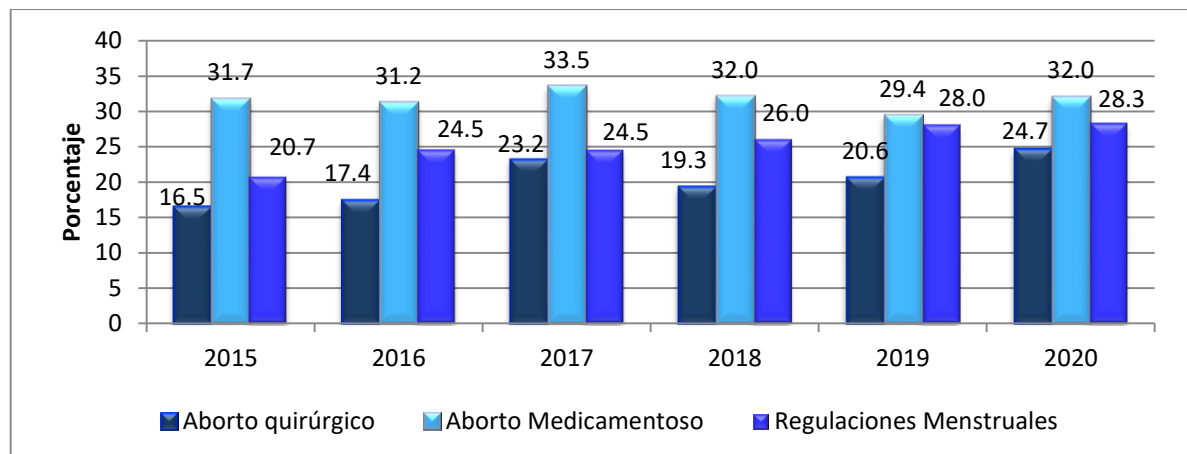


Figura 2.21 -Peso relativo de las interrupciones de embarazo adolescente respecto al total de interrupciones (%). Granma. 2015- 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de interrupciones del Ministerio de Salud Pública, Años seleccionados

En síntesis, la tasa de interrupción de embarazo de las adolescentes disminuye del año 2015 (111,2 interrupciones por cada mil mujeres de 15-19 años) al año 2020 (69,4 interrupciones por cada mil mujeres de 15-19 años). La mayor caída ocurre en los abortos medicamentosos. Se constató que dicho proceder en la provincia disminuye debido a la disponibilidad de los medicamentos para realizarlo (Figueredo, 2021). Las adolescentes utilizan este método al ser menos invasivo que el aborto quirúrgico y las regulaciones (UNFPA, 2014; Rodríguez Vázquez et al., 2004; Rojas et al., 2008; Serrano y Concepción, 2014). No solo para el grupo adolescente se aprecia una reducción, en todos los grupos de edades existe disminución de los valores por esta vía de interrupción de embarazo.

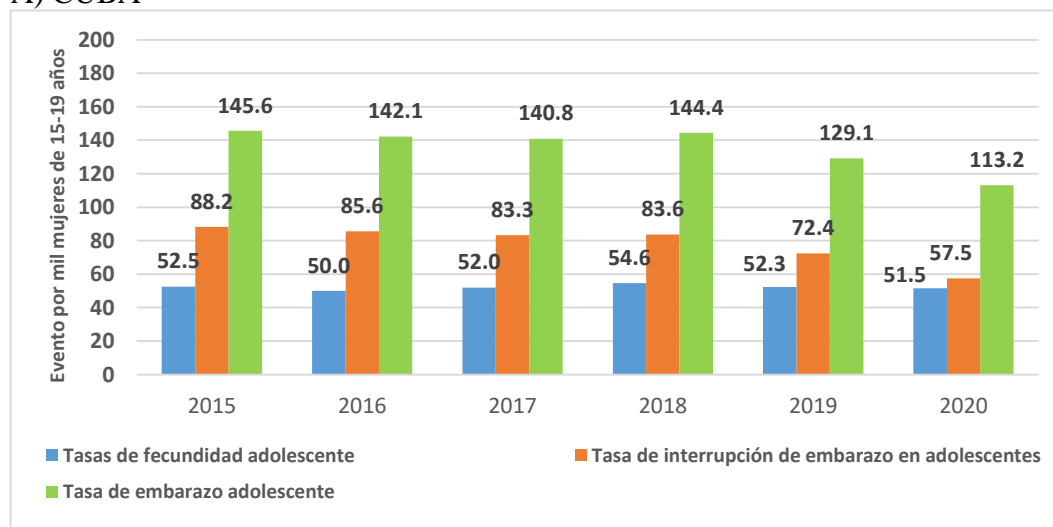
Al ocurrir un embarazo se pueden tomar dos decisiones, continuar con el mismo o interrumpirlo. En el caso de las adolescentes, no solamente es importante conocer la tasa de

fecundidad y de interrupción, sino también la tasa de embarazo, indicador importante para orientar pasos hacia su prevención.

Hasta el año 2018, en la provincia de Granma la tasa de interrupción de embarazo adolescente es más alta que la tasa de fecundidad en esas edades. Para 2019-2020 la tasa de fecundidad adolescente es mayor (ver Figura 2.22 B). La tasa de interrupción de embarazo del grupo de 15-19 años es mayor que la del resto de los grupos de edades, y se confirma lo planteado por Molina (2021). Al determinar la tasa de embarazo adolescente²⁵, a través de la suma tanto de los nacimientos como de las interrupciones, se presenta un valor elevado de embarazo adolescente. Este comportamiento, a partir de 2019, es contrario a lo plasmado en décadas anteriores por González (2000) y Molina (2017) en que las interrupciones son mayores que los nacimientos.

Para el caso de Cuba (ver Figura 2.22A) las tasas de interrupción de embarazo en las mujeres de 15-19 años es mayor que la tasa de fecundidad. Existe una tendencia decreciente en cuanto a la tasa de interrupción de embarazo en el país. La tasa de fecundidad adolescente permanece estable.

A) CUBA



²⁵ Se incluyen las interrupciones de embarazos por causa genética y aborto espontáneo

B) GRANMA

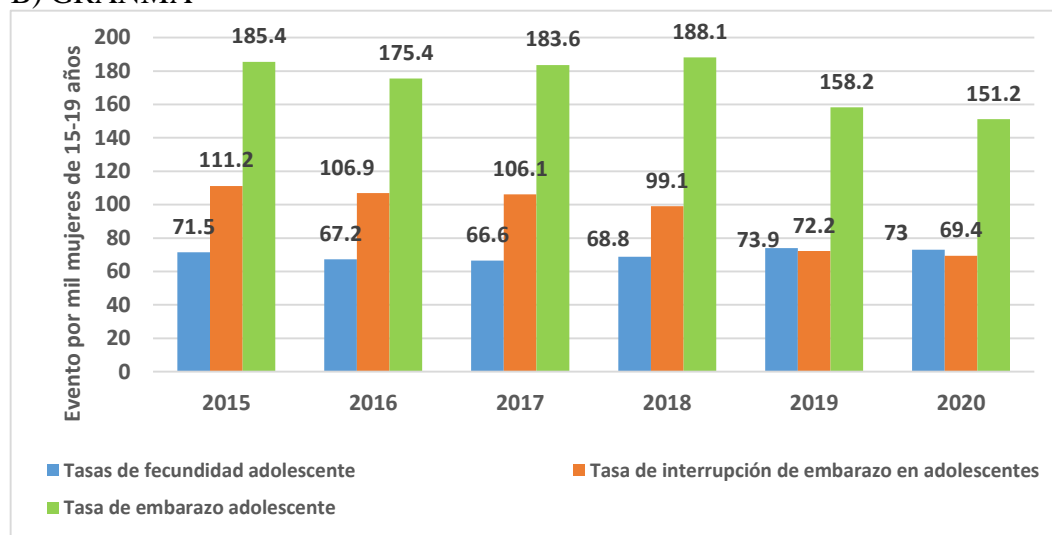


Figura 2.22- Tasas de fecundidad adolescente, de interrupción de embarazo adolescente y de embarazo adolescente (por mil adolescentes de 15-19 años), A)Cuba y B)Granma, 2015- 2020.

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos de interrupciones del Ministerio de Salud Pública, Años seleccionados

En la provincia existe un déficit de especialistas preparados para atender integralmente a la población adolescente (Dirección Provincial de Salud Pública de Granma, 2021). Por tanto, las consultas para la atención integral al adolescente presentan dificultades y en determinados municipios no se realizan. En los municipios de Niquero, Buey Arriba y Guisa en el período se reportan tres especialistas con la preparación requerida. En el municipio de Bayamo los especialistas se encuentran en el Hospital General Provincial Carlos Manuel de Céspedes. En el municipio de Manzanillo, en tanto, prestan sus servicios en las áreas de salud y en el Hospital Provincial Ginecobstétrico Fé del Valle Ramos²⁶. En este último centro desde el año 2018 no se encuentran especialistas para atender a los adolescentes. En los municipios de Yara y Pílon existen fluctuaciones en cuanto a la permanencia de los galenos de esta especialidad, aunque se precisa que solo en el año 2017 se reportan tres especialistas en Pílon.

²⁶ En este hospital se brindan servicios a los municipios del oeste granmense, Río Cauto, Yara, Manzanillo, Campechuela, Media Luna, Niquero, Pílon, Yara y Bartolomé Masó.

En la provincia las consultas de atención integral al adolescente disminuyen, de poco más de 650 consultas en el año 2015, hasta menos de 200 consultas en el año 2020. En los municipios de Río Cauto, Cauto Cristo, Jiguaní, Media Luna, Bartolomé Masó y Buey Arriba, no se realizaron consultas, mientras en Bayamo se reportan las realizadas en el Hospital General Carlos Manuel de Céspedes y en Pilón, solo 12 consultas en el 2017 (Dirección Provincial de Salud Pública de Granma, 2021).

Los servicios de interrupciones voluntarias de embarazos no se realizan en todos los municipios, el aborto quirúrgico y el aborto medicamentoso se realizan en los municipios de Niquero, Pilón, Bayamo y Manzanillo, en estos dos últimos en los hospitales provinciales. En Jiguaní se contó con ambos servicios hasta el año 2017. En los años 2015-2016 el municipio de Bartolomé Masó contó con el servicio de aborto quirúrgico. El servicio de aborto medicamentoso estuvo activo hasta el año 2019 en el municipio de Guisa. El servicio de regulaciones menstruales durante el período 2015-2020 fue brindado en todos los municipios excepto en Cauto Cristo. En el año 2020 este servicio deja de prestarse en Media Luna y Pilón (Dirección Provincial de Salud Pública de Granma, 2021).

La situación anterior constata irregularidades en las consultas para la atención integral al adolescente, con los servicios de salud sexual y reproductiva. Estos ameritan una mayor atención, teniendo en cuenta las características de la provincia de Granma y sus municipios, una alta ruralidad, gran cantidad de espacios montañosos, dificultades con los viales, transporte y la comunicación, lo cual dificulta el acceso a estos servicios y obstaculiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la adolescente y su pareja.

En la provincia destacan los municipios de Cauto Cristo, Buey Arriba, con elevadas tasas de fecundidad adolescente, comportamiento observado por décadas, presentan dificultades tanto en el acceso a los servicios de atención integral al adolescente, así como a los servicios de interrupción de embarazo. Como se mencionó con anterioridad, la atención primaria de salud, en este caso por parte de los consultorios médicos de familia se vio afectada por la reducción de los mismos.

En el análisis del Índice de Desarrollo Humano municipal, Yara es el municipio con mayor desventaja en la provincia. Cinco municipios poseen nivel de desarrollo medio alto (Niquero, Buey Arriba, Guisa, Bayamo, Pilón) y el resto poseen desarrollo medio. En cuanto a la

dimensión social, los municipios poseen desarrollo alto y, en el caso de la dimensión económica, solo el municipio de Bayamo posee desarrollo medio, el resto posee desarrollo bajo. A nivel nacional, Campechuela se distingue por el bajo índice en esta dimensión (CIEM-PNUD, 2021)

El municipio de Buey Arriba fue escogido para la aplicación de una metodología para la ampliación a escala de los estándares de calidad y cobertura para servicios de salud, con énfasis en la SSR, dirigidos a adolescentes (UNFPA, 2019). En este espacio se tuvieron en cuenta los indicadores de SSR, situación de los servicios y capacidades técnicas, viabilidad y accesibilidad. Aun no se cuentan con resultados de esta experiencia que puedan ser mostrados en esta investigación.

**CAPÍTULO 3. FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN
LA PROVINCIA DE GRANMA. PROYECCIONES HACIA 2035**

CAPÍTULO 3 FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA EN LA PROVINCIA DE GRANMA. PROYECCIONES HACIA 2035

En este capítulo se operacionaliza la interacción de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica de la provincia hacia 2035, a partir del modelo propuesto en el capítulo 1. Además, se construyen escenarios demográficos de Granma hacia 2035 a partir de hipótesis de fecundidad, mortalidad y migración, con el empleo de la técnica de proyección²⁷ de población a través del Método de los Componentes.

3.1 Nivel de la fecundidad de la provincia de Granma en el horizonte 2035

La fecundidad es la variable que ha sido clave en el cambio poblacional. En el análisis de la tendencia del nivel de fecundidad, el cálculo de los indicadores resúmenes y, en especial, el comportamiento de las tasas específicas por edades, han sido determinantes en el establecimiento de las tendencias. El objetivo del epígrafe es establecer la relación que se pudiera establecer entre las tasas específicas de fecundidad del grupo de 15-19 años y el nivel resumen de la fecundidad, en su interacción con el resto de las tasas de los grupos de edades, a través de un conjunto de hipótesis demográficas²⁸ de la provincia hacia 2035.

En el análisis a realizar se presume que la fecundidad adolescente disminuiría hasta el valor que tuvo Cuba en el año 2020, 51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años. Es un valor estable en el tiempo, resume las condiciones y comportamiento de la fecundidad adolescente en el país, se espera una disminución de la contribución de la fecundidad del grupo 15-19 años a la fecundidad total de la provincia, y está por debajo de los estándares de América Latina. Para llegar a esa proyección se hace necesario que exista un mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de la provincia y un aumento de la educación integral de la sexualidad en las adolescentes, y de la planificación familiar en las mayores de 20 años.

²⁷ El Método de los Componentes es uno de los más elaborados y útiles en el campo del análisis demográfico, ya que proporciona mayor información y elementos analíticos para fines de planificación. Considera de manera independiente el comportamiento de las variables demográficas y contempla la edad como la variable fundamental y determinante de cada una de ellas (Rincón, 1984, p.20).

²⁸ Una cuestión fundamental en la elaboración de proyecciones de población, por el método de los componentes, es la formulación de las hipótesis de evolución demográfica de cada una de las variables determinantes de la dinámica demográfica (Rincón, 1984, p.30).

Para ello es necesario crear hipótesis sobre el comportamiento de las tasas específicas de fecundidad, que determinan la estructura y el nivel de la misma hacia 2035.

¿Qué valores alcanzaría el nivel de la fecundidad si se suponen variaciones en la tasa de fecundidad de 15-19 años y el resto de las tasas de fecundidad por edades permanecieran constantes?

Si se lograra reducir el nivel de la fecundidad adolescente de Granma hasta el valor que presenta el país en el año 2020, de 51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años, y el resto de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edades se mantuvieran constantes con los valores del año 2020, se reduciría el nivel de la fecundidad hasta 1,68 hijos por mujer, pues el valor que presenta la provincia es de 1,79 en el año 2020 (ver Anexo 3.1).

Si la tasa de fecundidad adolescente alcanzara un valor extremo de 102,4 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años -valor obtenido en el año 1990 por la provincia-, manteniéndose constante el resto de las tasas específicas de fecundidad por grupo de edades, la tasa global de fecundidad alcanzaría un valor de 1,93 hijos por mujer. Sin embargo, lo que se desea es que se logre la disminución de la fecundidad adolescente y el movimiento de las tasas específicas de fecundidad en el resto de los grupos etarios, hacia un determinado nivel de fecundidad, a través de una correcta planificación familiar, educación integral de la sexualidad. Estos movimientos de las tasas variarían la estructura de la fecundidad.

Al suponer qué ocurriría con el nivel de la fecundidad en Granma hacia 2035, si se lograra disminuir la tasa de fecundidad adolescente y el peso relativo que representa con relación a la fecundidad total, debe tenerse en cuenta qué ocurriría con las tasas de fecundidad de 20-49 años.

Si se propusieran un conjunto de hipótesis para el cambio demográfico con el objetivo de reducir la fecundidad adolescente en Granma hacia 2035, se plantean tres variantes sobre la evolución futura del nivel de la fecundidad. En cada variante se toma como tasa global de fecundidad (TGF) base la del año 2020, con un valor de 1,79 hijos por mujer y se fija una TGF deseada al final del período de proyección. Los valores intermedios son estimados mediante interpolación lineal.

Variante baja: La TGF supone que reduce su valor de 1,79 hijos por mujer en el año 2020 hasta alrededor de 1,63 hijos por mujer para el año 2035, que es el valor más bajo obtenido en los últimos 15 años en la provincia, año 2005.

Variante constante: La TGF se mantiene constante durante todo el período de proyección, con un valor de 1,79 hijos por mujer, valor perteneciente al año 2020.

Variante alta: La TGF se supone aumente de un valor de 1,79 hijos por mujer en el año 2020 hasta obtener un valor cercano al reemplazo de la población, con un valor de 1,96 hijos por mujer, valor presentado por la provincia en el año 2011.

Los valores escogidos para el nivel están referidos a valores oscilantes de la TGF en la provincia y para analizar la interacción con el resto de las tasas específicas por edad. Como el propósito es lograr la reducción de la fecundidad adolescente, las tasas restantes deben variar su valor para alcanzar el nivel de fecundidad que se propone y así poder determinar la estructura de la fecundidad que se tendría según cada variante propuesta.

Por lo tanto, se esperaría que la provincia alcanzara una tasa de fecundidad adolescente de 51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años, y para ello debe analizarse la interacción con el resto de las tasas de fecundidad del resto de los grupos, en especial las tasas de 20-39 años.

Para este supuesto se tienen en cuenta las variantes del nivel de fecundidad propuestas. Para mantener los niveles de fecundidad, y la propuesta reducción de las tasas de fecundidad adolescente al finalizar el período, debiera existir un movimiento en las tasas de fecundidad del resto de los grupos de las mujeres en edades reproductivas. Se tiene en cuenta el comportamiento de las tasas específicas de fecundidad en los últimos 30 años, en todos los grupos de edades, y las tasas de reemplazo femenino. Los valores hacia 2035 se adaptan según las tendencias de las tasas específicas y de las mujeres en edades reproductivas.

Inicialmente se fijan las tasas de fecundidad del grupo de 15-19 años, que supone una reducción hasta el valor de Cuba en el año 2020 (51,5 nacimientos por mil mujeres); se fijan además las tasas de los grupos de 40-49 años, pues la tendencia histórica del indicador es de mantenerse, y luego se determina una estructura relativa de las tasas de fecundidad de 20-39 años, la cual es aplicada a las tasas en esos mismos grupos en el año 2035 (Ver Tabla 3.1).

Las tasas específicas intermedias para el período 2021-2034 se determinan por interpolación lineal (Anexo 3.2). Al establecer los valores que asumen hacia 2035 las tasas específicas de fecundidad por edad fue posible calcular el peso relativo de las mismas respecto a la fecundidad total, estos valores no son más que, la estructura de la fecundidad según las variantes propuestas.

Tabla 3.1 Tasas específicas de fecundidad por edades (nacimientos por mil mujeres del grupo de edad), tasa global de fecundidad (hijos por mujer) y peso relativo de las tasas de fecundidad respecto a la fecundidad total(%) según hipótesis planteadas. Granma, 2020- 2035

Grupos de edades	Tasas específicas de fecundidad por grupos de edades				Peso relativo de las tasas de fecundidad por grupos de edades (%)			
	Granma 2020	Variante 1	Variante 2	Variante 3	Granma 2020	Variante 1	Variante 2	Variante 3
15-19 años	73,0	51,5	51,5	51,5	20,4	15,8	14,4	12,3
20-24 años	108,7	104,9	117,3	141,4	30,4	32,2	32,8	33,7
25-29 años	88,5	85,3	95,4	115,0	24,7	26,2	26,7	27,4
30-34 años	56,8	54,8	61,3	73,9	15,9	16,8	17,1	17,6
35-39 años	26,0	25,1	28,0	33,8	7,3	7,7	7,8	8,0
40-44 años	4,3	4,3	4,3	4,3	1,2	1,3	1,2	1,0
45-49 años	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	357,4	326,0	357,9	420,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TGF(hijos por mujer)	1,79	1,63	1,79	1,96	1,79	1,63	1,79	1,96

Fuente: Elaboración propia a partir de Interfase Provincias y Municipios y las variantes propuestas (CEPDE-ONEI, 2021)

En el caso de la variante 1, el valor de las tasas se reduce en los grupos 20-39 años, intermedios al mantener el nivel de fecundidad más bajo. En las variantes 2 y 3, las tasas específicas aumentan en los grupos de 20-39 años, manteniendo constantes las de 15-19 años y de 40-49 años. En la tabla 3.1 también se muestran los pesos relativos de la fecundidad por grupos de edades respecto a la fecundidad total que representarían las tasas específicas de fecundidad

de la provincia de Granma si se lograra reducir el nivel de fecundidad adolescente hasta el valor de Cuba en el año 2020.

De ahí se desprende la importancia de reducir la fecundidad adolescente con el movimiento de las tasas de fecundidad en el resto de los grupos etarios, para mantener un determinado nivel de la fecundidad. En el caso ideal se supone un aumento de las tasas de fecundidad de los grupos de 20-24 años en adelante, hasta lograr un mayor nivel de fecundidad. Con solo interactuar con la fecundidad adolescente, y no con la del resto de los grupos de edades, no se obtendría un nivel de fecundidad, pues solo con la interacción entre todos los grupos es posible la disminución o aumento del nivel de la fecundidad. Desde el punto de vista social, debe trabajarse hacia 2035 por la disminución de la fecundidad adolescente por las consecuencias que tiene para la adolescente, la familia y la sociedad, como puede apreciarse en el epígrafe 3.5. La relación entre la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica es compleja, pasa por la interacción entre las tasas de fecundidad de 15-19 años y las tasas de 20-49 años, que implantan un determinado nivel de fecundidad, el cual incide en la dinámica demográfica teniendo en cuenta la influencia de factores económicos, sociales y culturales.

3.2 Mortalidad de la provincia de Granma hacia 2035.

La variable Mortalidad incide en el cambio poblacional, por esta vía salen efectivos de las poblaciones. Para establecer la relación entre la mortalidad y la fecundidad adolescente es necesario tener en cuenta varios indicadores como la mortalidad materna, la infantil y el bajo peso al nacer.

Para realizar una proyección hacia el año 2035, es necesario tener en cuenta los indicadores la esperanza de vida al nacer por sexo $e_0(x)$ y las relaciones de supervivencia $P(x)$. Se requiere emplear la técnica demográfica de Tablas de Vida, que puede realizarse a partir de las defunciones promedio por sexo y grupos quinquenales de edad, obtenidas de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información para el período 2017-2019. Para la elaboración de las tablas se utiliza el software MORTPAK versión 4.3, elaborado por la División de Población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2013) y se sigue el procedimiento establecido por Farnós (2016)²⁹ (ver Anexo Metodológico 2).

²⁹ El procedimiento consiste en elaborar Tablas de Mortalidad propias de un país o territorio con la utilización de información confiable y evitar el uso de Tablas Modelos Clásicas como las de Naciones Unidas (1982) y las

Un análisis de la esperanza de vida al nacer de la provincia de Granma, según el período estimado por la ONEI (2011-2013) y la estimada para esta investigación (2017-2019) (ver Anexo Metodológico 3), la esperanza de vida al nacer para mujeres y hombres, en el período 2017-2019 se reduce respecto a la del período 2011-2013, más en los hombres que en las mujeres. Al analizar la esperanza de vida de las mujeres en el período reproductivo, las diferencias observadas entre los períodos de estudio, destacan que las de 2017-2019 son ligeramente superiores que la diferencia de la esperanza de vida al nacer para el total de mujeres. Para las adolescentes granmenses de 15-19 años se aprecia una disminución de 0,37 años en la esperanza de vida. A medida que aumenta la edad es mayor la pérdida en años, aunque sea en valores pequeños (ver tabla 3.2).

Tabla 3.2 Esperanza de vida. Granma, períodos seleccionados

Grupo de edad	Esperanza de vida (años) según períodos ³⁰		Diferencia (años)	2014-2016	2018-2020
	2011-2013	2017-2019			
Hombres	77,28	76,96	0,32	76,87	75,99
Mujeres	80,86	80,52	0,34	80,88	80,46
15-19	66,35	65,98	0,37		
20-24	61,48	61,11	0,37		
25-29	56,62	56,24	0,38		
30-34	51,74	51,36	0,38		
35-39	46,88	46,50	0,38		
40-44	42,07	41,68	0,39		
45-49	37,34	36,94	0,40		

Fuente: Elaboración propia a partir del cálculo de la esperanza ONEI (2014, 2023) y estimaciones del MORTPAK LITE.

Hacia el 2035 se valora una hipótesis de la Mortalidad en la que se tienen en cuenta la esperanza de vida y las relaciones de supervivencia. La variante sería mantener la esperanza de vida hasta el año 2035 como la calculada para el período 2017-2019 y las relaciones de

de Coale, Demeny y Vaughan (1983). Estas tablas de mortalidad propias son utilizadas como datos de entrada para programas útiles para proyectar la población a partir de computadoras personales. (Farnós, 2016)

³⁰ La esperanza de vida al nacer del período 2011-2013 se obtiene de CEPDE-ONEI (2014), la referida al período 2017-2019 fue calculada por la autora para la investigación a partir de las defunciones del período (CEPDE-ONEI, 2019, 2020, 2021) y la de los períodos 2014-2016 y 2018-2020 de Anuario Demográfico de Cuba 2022(CEPDE-ONEI, 2023)

supervivencia se mantendrían de igual manera. Se espera que se mantenga este nivel resumen de la mortalidad debido a que es una esperanza de vida elevada, la cuarta a nivel nacional. Además, las investigaciones dan cuenta que la esperanza de vida al nacer está disminuyendo en el país y en la provincia, como se muestra en la tabla 3.2, valores calculados para los períodos 2014-2016 y 2018-2020 (ONEI, 2023). Estas cifras, en el caso femenino, se acercan a las obtenidas para el período 2017-2019, en el caso de los hombres, se aleja en casi un año en el período 2018-2020.

Para establecer la relación entre la mortalidad y la fecundidad adolescente es necesario tener en cuenta varios indicadores como la mortalidad materna, infantil, así como la morbilidad por bajo peso al nacer en niños de madres adolescentes, pueden presentar problemas en su posterior desarrollo, y también pueden fallecer al inicio de la vida, como se evidencia en el Capítulo 2. Las principales causas de la mortalidad infantil son afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. En las muchachas de 15-19 años, las principales causas de muerte son los tumores malignos, influenza y neumonía y los accidentes³¹.

La reducción de las defunciones, en especial de los tumores malignos y de aquellas muertes que pudieran llamarse evitables: agresiones, accidentes y lesiones autoinfligidas en las personas jóvenes, pudiera provocar un aumento de la esperanza de vida al nacer o en estas edades. Además, es conocido que la mortalidad infantil no es suficiente para compensar el deterioro de las condiciones de supervivencia del resto de las edades; es decir, que aunque disminuya la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer tiende a disminuir, siendo las contribuciones más importantes en las edades senescentes (Albizu- Campos, 2002).

Se hace necesario tener en cuenta los factores que influyen en este comportamiento, relacionados con los cambios en los estilos de vida, el control del medio ambiente y la eliminación de factores de riesgos, y así como el diagnóstico y tratamiento oportuno para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. Debería existir un mejoramiento de la calidad de vida de las personas, del estado de salud de la población en general y una

³¹ Las principales causas de muerte son obtenidas del Sistema integrado de consultas demográficas (SICDEMO), sobre la base de RedAtam Webserver, del CEPDE-ONEI.

disminución de las causas de muerte por agresiones y accidentes, lo que permitiría un aumento de las relaciones de supervivencia.

Los indicadores de mortalidad estarían relacionados también con la disminución de las probabilidades de muerte del grupo de mujeres en edades reproductivas, en especial del grupo de 20-29 años. En la provincia predominan los tumores malignos en el grupo de mujeres en edades reproductivas. En el grupo de 20-29 años, la tercera causa de muerte está relacionada con las lesiones autoinfligidas, por lo que la labor preventiva es vital.

Para el caso de la mortalidad se supone que la esperanza de vida al nacer según sexo, y las relaciones de supervivencia obtenidas para el período de proyección de la población, serán las estimadas para el período 2017-2019.

3.3 Migración en la provincia de Granma hacia 2035

La variable Migración tiene una incidencia marcada en el cambio poblacional de la provincia, pues esta es la principal emisora de personas hacia otras provincias en el país. La interacción de la fecundidad adolescente y la migración es fundamental. El análisis de los elementos propuestos en el modelo que se presenta para analizar la interacción entre fecundidad adolescente y dinámica demográfica se reflejan en la Figura 1.1, no ha podido realizarse por falta de datos, sin embargo, pueden realizarse inferencias con la información aportada por la ONEI.

Para proyectar la variable migración hacia 2035 es requisito conocer el saldo migratorio por sexo y la estructura por edades de los migrantes.

Para ese año pudiera suponerse como una variante para la migración de la provincia que el saldo migratorio anual de los hombres y mujeres asumiera los valores que tenía durante el año 2019, previo a la COVID-19. Para el sexo masculino se reportaría un saldo migratorio total anual de -2 637 hombres y para las mujeres el saldo migratorio total es -2 995. El saldo de las mujeres de 15-49 años sería de -1 399 y el de las de 15-19 años, de - 277. La pérdida de población total sería un valor cercano a las 85 mil personas hacia 2035.

La estructura por edades de los inmigrantes y de los emigrantes, desde 2016, presenta una mayoría en los niños de 0-4 años. Se asume que la estructura que se emplea es la de la población emigrante que representa los mayores flujos migratorios para ambos sexos (ver Tabla 3.3). Hacia 2035 se prevee que siga el mismo comportamiento expulsor de población

de la provincia. Es importante destacar que la migración de la población femenina en edad reproductiva deja espacio a que disminuya la cantidad de mujeres que aportan al crecimiento poblacional a través de la reproducción en la provincia.

Tabla 3.3 Estructura relativa por edades de los emigrantes según sexo (%). Granma 2019

Grupos de edades	Masculino	Femenino
De 0 a 4 años	22	23
De 5 a 9 años	7	6
De 10 a 14 años	5	6
De 15 a 19 años	6	9
De 20 a 24 años	3	4
De 25 a 29 años	7	7
De 30 a 34 años	10	7
De 35 a 39 años	7	6
De 40 a 44 años	7	6
De 45 a 49 años	8	6

	Masculino	Femenino
De 50 a 54 años	6	6
De 55 a 59 años	4	4
De 60 a 64 años	3	3
De 65 a 69 años	2	2
De 70 a 74 años	2	2
De 75 a 79 años	1	1
De 80 a 84 años	0	1
De 85 años y más	1	1
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de SICDEMO, Redatam WEBserver, (CEPDE-ONEI, 2021)

3.4 Principales tendencias de las variables demográficas responsables del cambio poblacional para la provincia de Granma, 2020-2035

En este epígrafe se presentan las principales hipótesis de las variables demográficas e indicadores necesarios para aplicar el Método de los Componentes, con el software Spectrum, programa de proyecciones de población de las Naciones Unidas, que se encuentra en el Anexo 3.3. La proyección de población se realiza para un mediano plazo, es decir, para 15 años³² (Pujol, 1985).

Hipótesis de fecundidad

En el capítulo anterior se presenta la evolución de la tasa global de fecundidad (TGF), las tasas específicas de fecundidad por edades y el peso relativo de las mismas en el período 2015-2020 de la provincia de Granma. Estos indicadores se tienen en cuenta para simular las posibles tendencias de las mismas hacia el año 2035. Este período se toma como referencia para el trazado de las hipótesis sobre el nivel y estructura de la fecundidad de la provincia Granma hacia el 2035.

Las hipótesis de la variable fecundidad para la provincia Granma hacia el 2035 se comporta de la siguiente manera:

³² Se establece este tiempo el aconsejado a niveles subnacionales, ya que los movimientos migratorios son mayores que a nivel nacional y largos períodos pueden afectar las hipótesis que se simulan.

- La hipótesis 1 se combina de la variante 1 del nivel de fecundidad y una reducción de la tasa de fecundidad adolescente hasta el valor de la media del país durante el año 2020, lo que demandaría una determinada estructura de la fecundidad (ver Tabla 3.1).
- La hipótesis 2 se combina con la variante 2 del nivel de fecundidad y una reducción de la tasa de fecundidad adolescente hasta el valor de la media del país en el 2020, con su respectiva estructura (ver Tabla 3.1).
- La hipótesis 3 se combina de la variante 3 del nivel de fecundidad y una reducción de la tasa de fecundidad adolescente como el valor de la media del país en el 2020 y la estructura de la fecundidad que conlleva dicha reducción (Ver Tabla 3.1). Si disminuyera el peso relativo de las tasas de 15-19 años deberían moverse el resto de los pesos por grupos etarios, en especial en los grupos de 20-39 años.

Hipótesis de la Mortalidad

Para obtener las relaciones de supervivencia es necesario llevar a cabo el procedimiento planteado por Farnós (2017), con la conformación de hojas de trabajo en EXCEL para hacer los cálculos que faltan, con el objetivo de obtener dichas relaciones de supervivencia. A partir de los sobrevivientes $l_{(x)}$, existe la posibilidad de obtener cualquier función de una Tabla de Mortalidad, aplicando algoritmos clásicos demográficos. El caso más complejo lo constituye determinar los valores de la función $L(x,1)$, cantidad de personas entre las edades (x) y $(x+1)$, en la “población estacionaria” de una Tabla de Mortalidad, y de ahí calcular las relaciones de supervivencia por edades simples (Farnós, 2017, p. 14) (ver Anexo Metodológico 4).

Para ello, se trabaja con la tabla de mortalidad estimada, que presenta los valores de esperanza de vida ajustados por BESTFT por sexo cuya esperanza de vida al nacer es de 80,52 años para las mujeres y 76,96 años para los hombres, y las relaciones de supervivencia obtenidas a partir del procedimiento aplicado (ver Anexos 3.4 y 3.5).

Hipótesis de la Migración

Se asumirá que, en el período de proyección de la población hasta el 2035, el saldo migratorio de la provincia para mujeres y para hombres permanecerá constante, se

emplean los valores de 2019. Es decir, se emplean las mismas cifras de saldo migratorio anual por sexo en todo el período. De igual manera se supone que la estructura por edades se mantiene constante para todo el período 2020-2035, en este caso por ser las que predominan, se escoge la estructura de los emigrantes (ver Tabla 3.3)

Insumos necesarios para realizar proyecciones de población

Entre los insumos necesarios para realizar la proyección de población se encuentra la población media por sexo y edades simples de la provincia de Granma en el año 2020, año que se escoge como base o partida para realizar las proyecciones de población (ver Anexo 3.6).

La relación por sexo al nacer de la provincia en el año 2020 es de 106 nacimientos masculinos por 100 nacimientos femeninos, este es un insumo básico para trabajar con la proyección.

A partir de las hipótesis de las variables demográficas, fecundidad, mortalidad y migración, y la información de la provincia de Granma, se realizan combinaciones de las mismas para mostrar que pasaría en ese territorio si las hipótesis que se proponen ocurriesen hacia 2035 (ver Tabla 3.4). Para proyectar la población se emplea el módulo DEMPROJ del software Spectrum (The Futures Group Internacional, 2005-2007) y se da entrada a los indicadores demográficos que necesita el software para realizar la proyección, de acuerdo al modelo de Naciones Unidas.

A continuación, se presentan los posibles escenarios demográficos para la provincia Granma hacia el horizonte de 2035. Por lo tanto, se decide mostrar una mayor reducción de la fecundidad adolescente, por lo cual el cambio en la estructura de la fecundidad es mayor. Los escenarios demográficos tienen su eje central en las hipótesis de fecundidad propuestas con antelación. En estos escenarios se simula la evolución demográfica futura de los granmenses hacia 2035, si se cumplen las hipótesis establecidas.

Tabla 3.4 Escenarios demográficos hacia 2035 Granma

	Hipótesis por variables demográficas
--	---

<p>Escenario 1</p>	<p><i>Fecundidad:</i> Tasa global de fecundidad de 1,63 hijos por mujer y estructura relativa correspondiente si se logra alcanzar tasa de fecundidad adolescente de 51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años.</p> <p><i>Mortalidad:</i> Esperanza de vida al nacer (80,52 años para las mujeres y 76,96 años para los hombres) y relaciones de supervivencia constantes en el período para ambos sexos</p> <p><i>Migración:</i> Saldos migratorio total anual (-2 637 hombres y mujeres el -2 995) y estructura de los migrantes constantes para ambos sexos (Ver Tabla 3.3)</p>
<p>Escenario 2</p>	<p><i>Fecundidad:</i> Tasa global de fecundidad de 1,79 hijos por mujer y estructura relativa correspondiente si se logra alcanzar tasa de fecundidad adolescente de 51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años</p> <p><i>Mortalidad:</i> Esperanza de vida al nacer (80,52 años para las mujeres y 76,96 años para los hombres) y relaciones de supervivencia constantes en el período para ambos sexos</p> <p><i>Migración:</i> Saldos migratorio total anual (-2 637 hombres y mujeres el -2 995) y estructura de los migrantes constantes para ambos sexos (Ver Tabla 3.3)</p>
<p>Escenario 3</p>	<p><i>Fecundidad:</i> Tasa global de fecundidad de 1,96 hijos por mujer y estructura relativa correspondiente si se logra alcanzar tasa de fecundidad adolescente de 51,5 nacimientos por mil mujeres de 15-19 años</p>

	<p><i>Mortalidad:</i> Esperanza de vida al nacer (80,52 años para las mujeres y 76,96 años para los hombres) y relaciones de supervivencia constantes en el período para ambos sexos</p> <p><i>Migración:</i> Saldos migratorio total anual (-2 637 hombres y mujeres el -2 995) y estructura de los migrantes constantes para ambos sexos (Ver Tabla 3.3)</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

Escenarios Demográficos de la provincia de Granma, 2020-2035

En este epígrafe se muestran los resultados de la proyección de la población granmense donde se simula lo que puede ocurrir en la provincia si se cumplen las hipótesis planteadas. Para los tres escenarios que se presentan se analizan el resultado de la proyección en cuanto a: población total, la población en edad reproductiva, los nacimientos por grupos de edades, la edad media de la fecundidad, la relación niños-mujer, resultados que tienen incidencia directa en la fecundidad. Además, se analiza el grado de envejecimiento que tendría la provincia luego de proyectada la población.

La población en la provincia, si se cumplen las hipótesis planteadas, reducirá su cuantía. En el Escenario 1, en más de 96 mil personas; en el Escenario 2, en casi 90 mil y en el Escenario 3, en un valor cercano a los 79 mil efectivos (ver Figura 3.1).

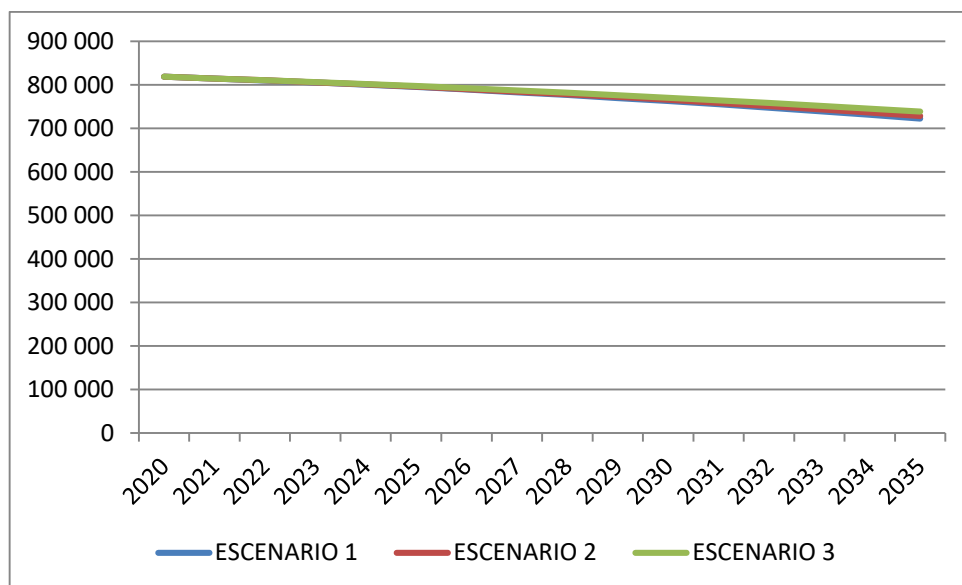


Figura 3.1 Población total según escenarios. Granma 2020-2035

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

En la Tabla 3.5 se presentan, para los tres escenarios, cómo las mujeres en edad reproductiva disminuirán en la misma cuantía y variará el peso que representan dentro de la población total por escenario. Al interior de la población en edad reproductiva se apreciaría una disminución en el peso relativo de las adolescentes de 15-19 años respecto al total. Las mujeres de 20-24 años, de 30-34 años, 35-39 años y de 40-44 años aumentarían su representatividad para el 2035 con respecto al año 2020. En las mujeres de 25-29 años y en las de 45-49 años también se pudiera apreciar una disminución, en este último grupo es donde ocurre una mayor reducción, aproximadamente un 2,5%. Pudiera existir una mayor concentración en las edades mayores de 30 años.

Tabla 3.5 Estructura relativa de la población femenina en edad reproductiva (%). Granma 2020 y 2035

Grupo de Edades \ Año	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
2020	13,3	13,2	13,6	14,5	13,1	13,1	19,1	100,0
2035	11,2	14,3	12,5	15,2	15,0	15,4	16,5	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

Los nacimientos por grupos de edades pueden obtenerse a partir de las tasas específicas de fecundidad por edad obtenidas, y al tener la población femenina proyectada por grupo de edades. Los nacimientos totales proyectados se reducen en el año 2035 para todos los escenarios (ver Figura 3.2). En la Tabla 3.6 se representa el peso relativo de los nacimientos por grupos de edades al final del período de proyección. Se aprecia lo que pasaría si se logra la reducción en el número de nacimientos en el grupo etario de 15-19 años, y el movimiento en el resto de los grupos de edades.

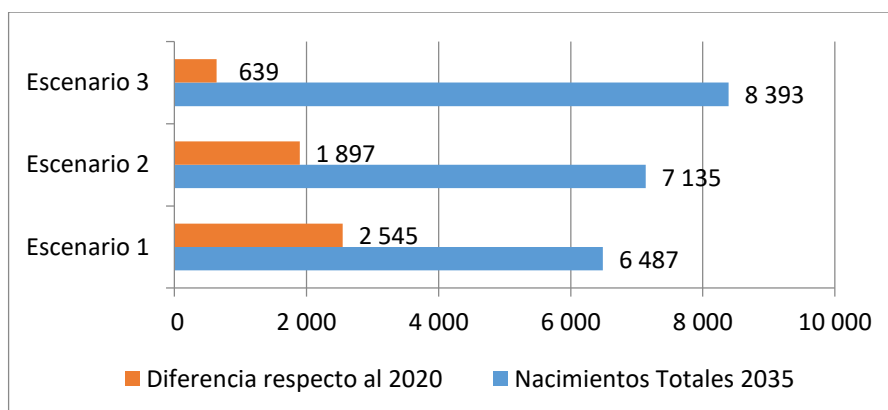


Figura 3.2 Nacimientos totales según escenarios. Granma 2035

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

Tabla 3.6 Peso relativo de los nacimientos según escenarios(%). Granma 2035

Grupos de edades	Año 2020	ESCENARIO 1	ESCENARIO 2	ESCENARIO 3
15-19	20,1	9,1	8,3	7,1
20-24	29,6	35,5	35,8	36,3
25-29	24,9	25,2	25,5	25,8
30-34	17,0	19,7	19,9	20,2
35-39	7,1	8,9	9,0	9,1
40-44	1,2	1,5	1,5	1,5
45-49	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

En la figura 3.3 se presenta un resumen de las mujeres en edad fértil por escenarios, según su peso relativo. La población en edad reproductiva disminuye en 42 433 mujeres en edad reproductiva en los tres escenarios, alcanza un total de 144 290. Variará la representatividad según población total por escenario como se puede apreciar en la figura 3.3.

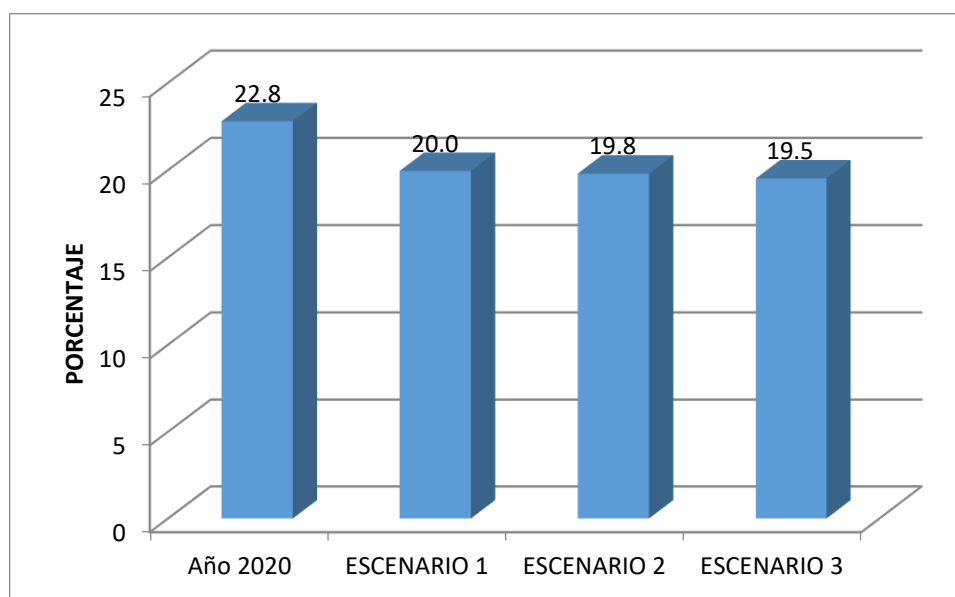


Figura 3.3 Peso relativo de la población femenina de 15-49 años respecto a la población total según escenarios. Granma 2020-2035

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

La tasa de reemplazo de la población femenina para el año 2035 será de 0,66, por lo que saldrán más personas de la edad reproductiva de las que entrarán. Aunque este valor es mayor que el reportado en el año 2020, de 0,59, no se logrará el reemplazo de la población en edad reproductiva.

La razón de niños-mujer en el año 2020 es de 227,2 niños de 0-4 años por cada mil mujeres de 15-49 años. Para el año 2035, según los escenarios propuestos, esta relación pudiera disminuir a 210 niños por cada mil mujeres en edad reproductiva para el escenario 1; aumentaría a 230 en el escenario 2 y en el escenario, 3 hasta 270 menores de 5 años por mil mujeres en edad reproductiva.

La tasa de crecimiento natural en la provincia hacia el año 2035 disminuiría y pasaría de ser positiva a ser negativa, es decir que los nacimientos son menores que las

defunciones y el comportamiento estará dado por la cantidad de nacimientos que ocurrirán en la provincia (ver Figura 3.4)

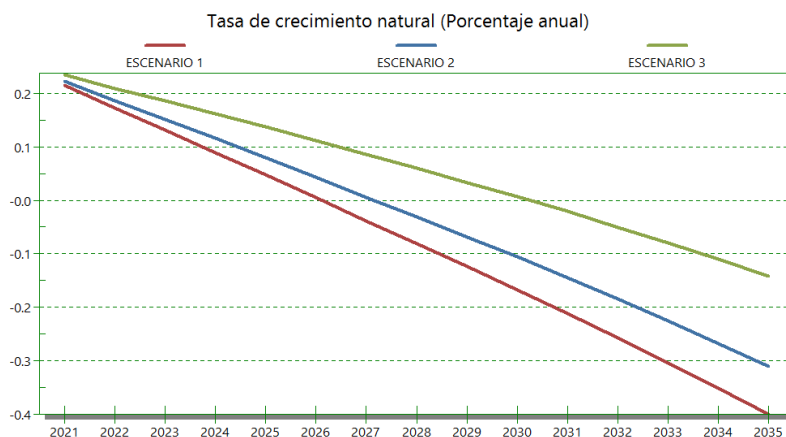


Figura 3.4 Tasa de crecimiento natural según escenarios

Fuente: Spectrum, Demproj

La edad media de la fecundidad para el año 2035 proyecta un valor de 26,1 años para el escenario 1; de 26,3 años para el escenario 2 y de 26,4 años para el escenario 3. En el año 2020 la edad media de la fecundidad fue de 25,7 años, por lo que se apreciará un aumento para el 2035, como consecuencia de la reducción del peso relativo de las tasas de fecundidad del grupo de 15-19 años, esperándose un cambio en las tasas en el resto de los grupos de edades. La cúspide de fecundidad permanecerá temprana pero con una tendencia a la dilatación al aumentar las tasas específicas en el grupo de 25-29 años. Si se analiza el grado de envejecimiento en la provincia hacia 2035, se proyecta que la población de 60 años y más alcance un valor por encima del 32% del total de población (ver Figura 3.5).

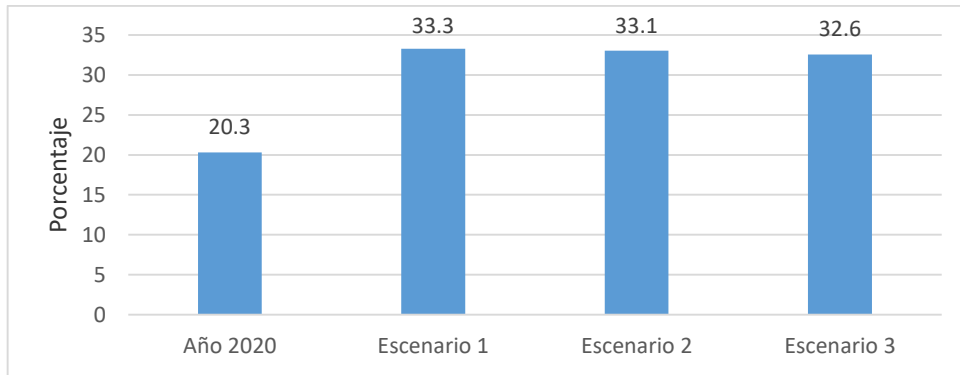


Figura 3.5 Grado de envejecimiento. Granma 2035

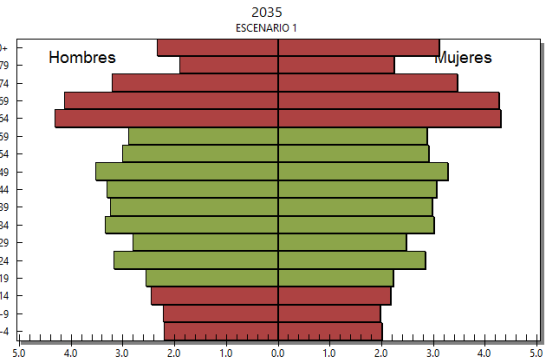
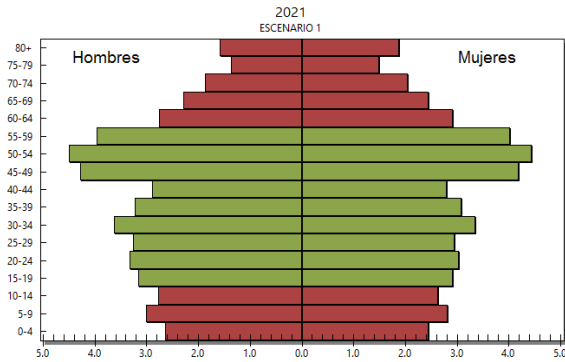
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

Un resumen de la distribución por edad y sexo de la población proyectada lo constituyen las pirámides de población. Para el año 2035 se aprecia un estrechamiento de la base de la pirámide para los escenarios 1 y 2 (ver Figura 3.6 B y C). En el escenario 3 la base de la pirámide será mayor que la del año inicial de la proyección, pues se acerca el nivel de reemplazo de la población (ver Figura 3.6 D). La población de 60 años y más pasa a ser aproximadamente un tercio del total de la población (ver Figura 3.6)

A)

B)

Población por edad y sexo (Porcentaje)



B)

D)

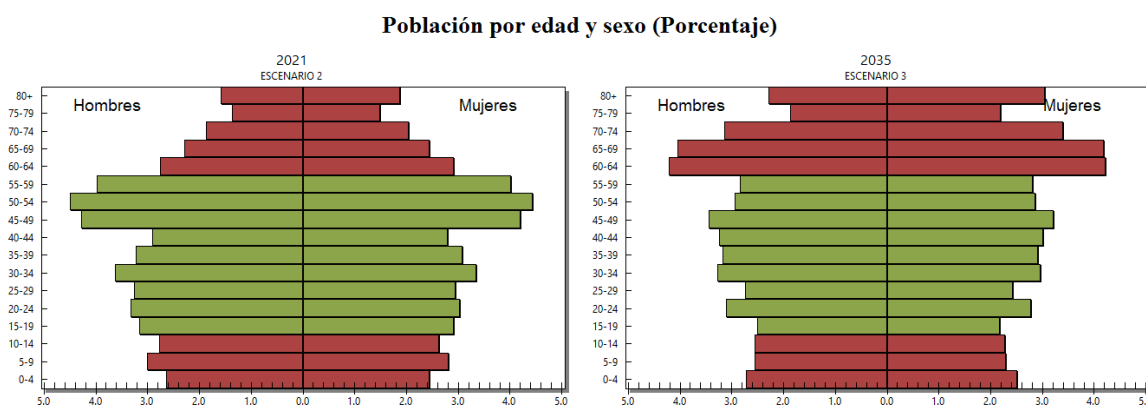


Figura 3.6 Pirámides de población según los escenarios propuestos Granma 2035.
Fuente: *Spectrum DEMPROJ*

Nótese que si se cumplen las hipótesis propuestas, la población proyectada de la provincia de Granma, para el año 2035, debe disminuir. La población femenina en edad reproductiva disminuirá también en el territorio y se concentrará en las edades mayores de 30 años. Los nacimientos totales disminuirán en cada escenario. La menor disminución de los nacimientos ocurrirá en el escenario 3, donde se asumirá que se logra un valor cercano al reemplazo de la población. La edad media de la fecundidad aumentará en cada escenario. La razón de niños-mujer varía en dependencia de los escenarios.

En los tres escenarios se comprueba que las hipótesis de la fecundidad estarán guiadas por el nivel de la fecundidad propuesto y no por la estructura por edades de la fecundidad. Sin embargo, la reducción de la fecundidad adolescente deberá alcanzarse en el país pues es una cuestión social, política y humanitaria del estado cubano. Los adolescentes deberán contar con el apoyo de las instituciones, de las familias, del grupo de amigos. Reducir el embarazo adolescente es un reto en momentos en que la población por grupos de edades tiende a descender por la baja fecundidad sostenida en el tiempo y por los procesos migratorios que presenta la provincia. La nueva estructura demográfica tenderá al envejecimiento más acelerado de la población granmense.

3.5 Interacción fecundidad adolescente y dinámica demográfica en Granma, 2015- 2035.

Para el desarrollo de esta sección se aplica el modelo propuesto para analizar la interacción entre fecundidad adolescente y dinámica demográfica (capítulo 1, figura 1.1), en el cual se trabaja la dinámica demográfica como la interrelación entre las variables demográficas clásicas y los contextos sociales y económicos, con un enfoque de género y derechos, la salud sexual y reproductiva en armonía con el medio ambiente y en el cual se incluye la comunicación como eje transversal para el desarrollo. A continuación, se exponen los tres niveles de análisis social.

Nivel macro social

El país se encuentra en una difícil situación económica y en la región oriental se incrementan las dificultades (Instituto Nacional de Investigaciones Económicas (INIE) y CEPAL, 2004). Esta situación, agudizada a partir del año 2019, en la que incide negativamente la pandemia por COVID-19 y el recrudecimiento del bloqueo desde Estados Unidos, influye en el funcionamiento de la sociedad. Particularmente, la provincia de Granma posee un desarrollo socioeconómico que hace más complejo el funcionamiento social y de la calidad de vida de la población. El índice de desarrollo humano provincial evidencia que Granma es la segunda provincia con menor valor (CIEM-PNUD, 2021). En el informe económico presentado a la Asamblea Nacional del Poder Popular se confirma un bajo crecimiento económico que afecta a toda la población en el país. Además se señala que a lo social hay que darle alta prioridad, ampliar y perfeccionar la atención a las personas, familias y comunidades en situación de vulnerabilidad (Gil, 2023).

Este contexto complejiza la situación social de la población granmense, al deteriorarse las condiciones socioeconómicas de vida de las familias e incrementarse las desigualdades sociales. En el período de análisis se mantienen y crecen las diferencias socioeconómicas referidas por Molina (2017), en cuanto al poder adquisitivo -recurrente en las familias en las que el embarazo adolescente es no esperado y no deseado en la mayoría de los casos-, condiciones de las viviendas, zona de residencia, entre otras. El

confinamiento por la COVID-19 repercutió negativamente en el funcionamiento familiar, y existieron afectaciones de manera especial en niños y adolescentes.

Los encuentros internacionales marcan una agenda que sirven de soporte y guía para el logro de metas en función de un mayor desarrollo para los países. Cuba, con indicadores cumplidos según las metas hacia 2030, muestra el desarrollo social alcanzado y sostenido, sin embargo, aún existen otros en los que hay que continuar la labor, como por ejemplo el Indicador 3.7.2 (ODS 3), que menciona de manera explícita el llamado a la reducción de la fecundidad adolescente, según lo acordado de conformidad con los Programas de Acción de El Cairo y Beijing.

Estas reuniones internacionales promueven el aumento de la educación integral de la sexualidad para lograr la disminución del embarazo adolescente, la igualdad de género y el aumento de la información referente a estos temas por parte de las mujeres y adolescentes. En ocasiones, el embarazo adolescente es producto de violencia de género, que termina en una violación de los derechos de las menores. En los objetivos y medidas de los diferentes documentos no se refleja la incidencia de la fecundidad adolescente en la dinámica demográfica de los países.

En el contexto nacional, en los Lineamientos de la Política Económica y Social, aprobados en el 6to, 7mo y 8vo Congreso del PCC, 144, 119 y 90, respectivamente, aparecen reflejados las necesidades más imperiosas de la dinámica demográfica cubana y se aprecia su evolución en el tiempo.

En el año 2014 se aprueba la política relacionada con la dinámica demográfica, la cual se actualiza en el 2022. En 2020 se indica, por el Primer Ministro Manuel Marrero, la creación de grupos provinciales y municipales para la implementación de la Política para la atención a la dinámica demográfica (GADD), y de los Observatorios Demográficos (OD). Esta política permite un análisis más integral sobre la atención a la dinámica demográfica, lo que implica una mejor comprensión del escenario demográfico cubano y de sus territorios y promueve un cambio de mentalidad para su correcta y sistemática aplicación. La implementación de la misma pasa por diferentes factores objetivos y subjetivos, lo que hace que en los territorios no tengan el mismo nivel de desarrollo de su ejecución. En cuanto a la fecundidad, entre los desafíos se

encuentra la reducción del embarazo y fecundidad adolescente, y entre las medidas elevar la educación integral de la sexualidad, disminuir los abortos, fortalecimiento del PAMI, entre otros (Consejo de Ministros, 2022).

En Granma se evidencian dificultades identificadas en los intercambios con profesionales de la provincia en las visitas realizadas como parte de la implementación Política de Atención a la Dinámica Demográfica, tales como: déficit y deterioro de las viviendas, con la alimentación, alta demanda de círculos infantiles y poca oferta de los mismos, elevado costo de las canastillas, entre otros. Falta integración entre las instituciones y organismos para trabajar el tema de la fecundidad adolescente y se realizan llamados para el trabajo conjunto y la interinstitucionalidad (CEDEM, 2019-2023).

En el país existen, además, otras políticas y programas sociales, en ministerios cuyos objetivos están relacionados con la atención a la dinámica demográfica y la fecundidad adolescente (MINSAP, MINED, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, entre otros). Particularmente, el Programa Nacional de Salud para la atención integral en la adolescencia, del Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2000), según evaluación realizada. no logra con efectividad el carácter intersectorial y limita la articulación armónica de educación y empleo, fundamentalmente vinculando la prevención con la atención (González Y, 2014); el programa actualmente se encuentra en proceso de actualización. Por su parte, el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) tiene dentro de sus objetivos la atención integral al adolescente y la prevención del embarazo en estas edades; pero se necesita que pueda ser implementado de manera eficiente y con un fuerte enfoque multisectorial.

Por su parte, el Programa de Prevención Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), con sus diferentes actores, aboga por la atención a la adolescencia y prevención del embarazo adolescente. Una de sus metas es disminuir los problemas sociales que afectan a menores, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo, en el cual una de sus acciones es incrementar las tareas profilácticas para disminuir el embarazo en la adolescencia. Este ministerio trabaja de conjunto con las principales instituciones y organizaciones de masas del país: salud, educación, FMC, CDR, entre otros, y esta

integralidad debe aunar a los implicados. Granma, y Cuba en general, necesitan de esta integración y que sea efectiva (MTSS, 2020).

Hacia 2035, una fortaleza en este camino es el recién aprobado “Programa Nacional para el Adelanto de las Mujeres”, según Decreto presidencial 198/2021 (Presidencia de la República, 2021). En el área de trabajo No. 6 Salud Sexual y Reproductiva propone excelentes objetivos, la preparación de actores para la realización de un Programa de Maternidad y Paternidad Responsables, elemento que llama al respeto e igualdad de género, lo cual constituye un avance en estos temas. Que la mujer tenga la descendencia que desee, en el momento en que lo desee, tributa al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

El Programa Nacional de Educación y Salud Sexual (PRONESS), coordinado por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), es una plataforma intersectorial y con participación de la sociedad civil que tiene como objetivo articular las estrategias y acciones relativas a la Educación Integral de la Sexualidad (EIS), a los niveles nacional, provincial, municipal y comunitario, con enfoque de género y de derechos. La efectividad y los mecanismos de evaluación de estos programas, desarrollados por más de tres décadas, presentan dificultades, así como requieren de una extensa producción y distribución de materiales informativos mediante recursos comunicacionales (Quintana, 2010).

Actualmente el CENESEX coordina la elaboración de la Política para la EIS, en la cual se tiene como principales destinatarios a los especialistas de salud, de educación, comunicadores sociales, representantes de la sociedad civil y actores sociales comunitarios. En esta estrategia son fundamentales los enfoques de género, de diversidad, curso de vida y derechos humanos, en los que se interactúe para lograr la transformación social y el cambio cultural. El embarazo en la adolescencia es tema prioritario y, aunque existen programas nacionales y sectoriales para prevenirlo, debe considerarse la EIS como recurso imprescindible para los tomadores de decisiones políticas y actores sociales (Alfonso y Perdomo, 2022; Cano, 2023). La aprobación de esta estrategia potenciará el trabajo desde una mirada más inclusiva, con aterrizaje a las

comunidades, las cuales serán receptora de las acciones realizadas en las escuelas e instituciones implicadas en el proceso.

En el año 2021 se aprobó la Resolución No. 16 del Ministerio de Educación, que actualizó el programa de educación integral de la sexualidad, con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos, que había sido aprobado en 2011, pero su implementación en el Sistema Nacional de Educación está detenida en estos momentos (MINED, 2021). Este programa apuesta por la mejora continua de la educación para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, rige de manera positiva cómo puede el personal de educación preparar a los niños, adolescentes y jóvenes para el logro de sus ideales reproductivos en edades oportunas. Se espera que para 2035 ya esté implementado correctamente y sean visibles los resultados, profesores sensibilizados con la educación en SSR y disminución del embarazo adolescente, en particular en la provincia de Granma.

Molina (2019) plantea que al analizar los datos se aprecia que no hay correspondencia con las políticas y acciones establecidas en los programas destinados relacionados con la salud sexual y reproductiva para la adolescencia en el país, y la efectividad que estos alcanzan.

Desde el punto de vista ambiental, la Tarea Vida, plan de Estado para el enfrentamiento al cambio climático, tiene entre las ciudades costeras amenazadas por la subida paulatina del mar a Manzanillo y Niquero; así como la existencia de zonas costeras desprotegidas con intrusión salina en la provincia de Granma (Ministerio de Ciencia, tecnología y Medio Ambiente (CITMA), 2017). Las medidas de adaptación al cambio climático que se tomen para proteger a la población, pueden suponer el traslado de viviendas hacia otros espacios, lo que va a modificar la dinámica familiar y el tamaño de las poblaciones en el lugar de origen y en el de destino. Hacia 2035 las condiciones ambientales cambiarán por las afectaciones del cambio climático, pero el cuidado del medio ambiente permitirá mitigar los efectos negativos y de la contaminación, lo que contribuye al mantenimiento del funcionamiento estructural de los municipios, un mejor acceso a los servicios de salud, en especial los de salud sexual y reproductiva y a una mejor calidad de vida individual y colectiva.

Se visualizan también factores desde el punto de vista cultural e identitario como la pérdida del sentido de la cubanía y de las tradiciones y patrones culturales. Aunque en la provincia de Granma se realiza la Fiesta de la Cubanía, predominan las acciones con prevalencia de patrones urbanos por encima de patrones rurales, en un territorio con alto grado de ruralidad. De décadas anteriores se mantiene el patrón cultural patriarcal que atribuye la tarea de la educación y cuidados a las mujeres, particularmente cuando se trata de la educación de la sexualidad (Castro, 2002).

Se conoce que el contexto socioeconómico cubano tiene particularidades que lo ponen en desventajas con respecto a otros países, pero a la vez tiene fortalezas, ancladas fundamentalmente en el sector de la salud, educación y trabajo, que le permitirían actuar frente al embarazo adolescente. Sin embargo, estas no son aprovechadas efectivamente de manera que tengan un impacto en la disminución del fenómeno. Hacia 2035 deben implementarse nuevas estrategias, teniendo en cuenta los programas existentes y las buenas prácticas identificadas en el contexto internacional, particularmente en América Latina y el Caribe. Implementar estrategias en los territorios con mayor desventaja socioeconómica y heterogeneidad social, con una alta fecundidad adolescente, reta el pensamiento científico y gubernamental.

En los Observatorios Demográficos, tanto provinciales como municipales, en el horizonte 2035, deben continuar implementándose tareas fijas de seguimiento y control a la fecundidad adolescente. Los organismos implicados deben integrarse, llegar a un consenso para presentar resultados, monitorear y controlar las actividades en las que participen todos. Cada territorio tiene que ser capaz de, a partir de la caracterización sociodemográfica, en las que se amplíen las características de la fecundidad y la fecundidad adolescente, proponer acciones concretas.

Una reanimación y recuperación de la situación socioeconómica, una implementación efectiva de las políticas y programas sociales, mayor educación ambiental de la población y la apropiación e interiorización de valores identitarios de los territorios contribuirían, hacia 2035, a una mayor prevención del embarazo adolescente y con ello a una reducción del mismo.

*Nivel meso social**Instituciones de Salud*

Existen dificultades en la provincia estudiada en relación con la cantidad de especialistas preparados para la atención integral al adolescente, lo que dificulta el acceso, en algunos municipios, a las consultas de salud sexual y reproductiva, así como la sistematicidad y permanencia de las mismas. Este es un espacio que, de conjunto con las consultas de ginecología infanto- juvenil, debería recuperarse. La regionalización de los servicios continúa afectando la accesibilidad a los mismos por parte de las adolescentes. En entrevistas a funcionarios de la Dirección Provincial de Salud y del MINSAP, plantean que en el período de análisis se incrementa el déficit en cuanto a la disponibilidad de métodos anticonceptivos en la provincia (Figueredo, 2021; Santacruz, 2023). El acceso a los mismos se dificulta por parte de las adolescentes al no poder asistir a los centros de salud en los que puedan adquirirlos y a la no existencia de condones en los centros dedicados ese efecto: farmacias, centros gastronómicos, etcétera. Se mantienen las dificultades detectadas en investigaciones anteriores (Rodríguez Gómez, 2006; Rojo et al., 2015; Molina, 2017).

El abastecimiento de métodos anticonceptivos desempeña un importante rol. Investigaciones anteriores (Rodríguez Gómez, 2013; Molina, 2017; Quintana, 2017), constataron que el no uso de métodos contraceptivos o su empleo inadecuado y discontinuo, marcan el crecimiento del embarazo adolescente, en momentos que eran de fácil acceso. En la actualidad, la escasez de métodos anticonceptivos enciende las alertas pues genera escenarios complejos. Lamentablemente, muchas adolescentes utilizan las regulaciones menstruales y los abortos voluntarios para regular su fecundidad, algo que, a la larga, puede afectar su salud reproductiva.

Los servicios relacionados con la educación integral de la sexualidad de la provincia analizada presentan dificultades, se necesita de una recuperación de profesionales y recursos materiales para un mejor funcionamiento. La regionalización de los servicios tiene que estar en la agenda de los tomadores de decisiones. En particular, en los espacios rurales apartados, la falta de atención a los adolescentes y mujeres en edad reproductiva y el limitado acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a

métodos anticonceptivos, incide en la toma de decisiones sobre la permanencia en la localidad, por lo que muchas de estas personas deciden migrar de la zona rural a la urbana en busca de mejor atención de salud. Las consultas de ginecología infanto-juvenil deben estar presentes en cada municipio y acercarse a las comunidades.

En la medida en que se conoce la importancia de preparar geriatras y gerontólogos para atender los efectos del proceso de envejecimiento demográfico, se debe lograr también preparar profesionales en distintas áreas del conocimiento para atender al adolescente, respondiendo al cuidado de las futuras generaciones que serán el sustento productivo y reproductivo del país, las provincias y los municipios.

Aunque se ha avanzado a la hora de reconocer la fecundidad adolescente como un problema social en reuniones de corte científico, aun existen especialistas preparados que lo siguen considerando solo un problema de salud. El sistema de salud pública recibe las consecuencias de una ineficiente educación de la sexualidad, desde todos los ámbitos. Se espera que hacia 2035 esa problemática sea comprendida, en su integralidad, desde todos los espacios sociales involucrados en su prevención y atención. No debe recaer solamente en el médico de la familia la responsabilidad de la educación integral de la sexualidad; este debe estar preparado para atenderla, pero con el apoyo de otros profesionales de diferentes perfiles.

Instituciones educativas

En intercambio con profesionales de la educación en el territorio estudiado se identifica que aun es insuficiente el seguimiento y control de casos vulnerables por parte de los docentes, guías base y demás personal de los centros, en los distintos niveles educativos. Se declara insuficiente la preparación de los docentes en temas de prevención del embarazo adolescente, las relaciones con la familia y el género. Igualmente, aunque existen los programas y acciones metodológicas por niveles educativos, se debe trabajar desde la primera infancia en la formación de nuevos estilos, conocimientos y normas de conducta; así como evaluar los objetivos con profundidad para cada nivel educativo, realizar más intervenciones y dar un seguimiento a los programas desde lo metodológico, para que luego estos sean evaluados sistemáticamente en los órganos técnicos y de dirección de cada centro (Rodríguez Zamora, 2021). Se reafirma lo

planteado por Quintana (2017, p.113) de que continúa “el déficit de preparación de los profesionales de salud y educación para incidir en las cuestiones relacionadas con la educación y salud sexual; así como la ausencia de la educación integral de la sexualidad en los currículos de estudios universitarios de estos perfiles”.

En Granma, una de las causas de baja escolar es el embarazo de las adolescentes y esto incide en la disminución del índice de retención escolar de la provincia, como pudo apreciarse en el Capítulo 2. La reincorporación de las madres adolescentes a las actividades escolares es un reto que atañe tanto a las instituciones educativas, como a la comunidad y la familia. Como plantean Alfonso y Perdomo (2022), la labor del tutor de las adolescentes desempeña un rol vital en la retención escolar. La preparación de los profesionales de la educación es cada vez más decisiva para la educación sexual y reproductiva. La mayor parte de las adolescentes que fueron madres en la provincia refieren dedicarse a los quehaceres del hogar. Esta es una reserva laboral con la que cuenta la provincia, pero no podrá ser utilizada para su desarrollo socioeconómico si no se reincorporan a los estudios, en caso de ser posible, o a centros labores, al trabajo por cuenta propia y otras formas de gestión económica, lo que contribuiría al aumento de la tasa de actividad económica femenina y a la autonomía económica de estas mujeres.

La necesidad de perfeccionar y promover el programa de educación sexual, no solo debe ser para niños, adolescentes y jóvenes, este debe revitalizarse desde los profesores en las escuelas (MINED, 2021), como bien se señala en el documento desde el trabajo educativo-preventivo con las familias, los trabajadores sociales, las funcionarias de la Federación de Mujeres Cubana (FMC). La educación que se necesita no es solo para la adolescente, es también para su pareja; la igualdad y equidad de género debe lograrse. Este principio del área de la salud sexual y reproductiva del programa de educación integral de la sexualidad, con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos de atención, llama la atención de crear ambientes atrayentes para las adolescentes, las familias, que estén encaminados a la reducción de las relaciones sexuales tempranas, el embarazo en la adolescencia y el aborto (MINED, 2021). El Código de las Familias establece el límite de edad de 18 años para que las adolescentes contraigan nupcias en el país (Ministerio de Justicia (MINJUS), 2022), lo cual constituye una fortaleza que

preserva sus derechos, aunque se conoce que en estas edades predominan las uniones consensuales por encima del matrimonio formalizado, algo que no se puede evitar del todo con la nueva norma jurídica aprobada en 2022.

Organizaciones sociales

La labor de las organizaciones de masas en el país, desempeña un rol fundamental para el tema de la prevención. Desde el actuar de la FMC en el territorio, se destaca el trabajo con las instituciones de educativas y de salud y el apoyo de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR); de las instituciones culturales y deportivas y del Ministerio del Interior. Aunque se señala que el trabajo que se realiza es insuficiente y este es un asunto que requiere la atención de todos los actores de la sociedad, no solo de Salud Pública, Educación y la familia (Pérez Pacheco, 2021).

Desde el accionar de la Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social, la Comisión Provincial de Prevención analiza de manera intersectorial el embarazo adolescente. El desabastecimiento de métodos anticonceptivos imposibilita implementar las estrategias de prevención desde las cuales sería más factible y eficiente educar, no solamente en función de los riesgos del embarazo en la adolescencia y la necesidad de la comunicación en la familia, sino en la educación referente a los métodos anticonceptivos, debido a la baja percepción de riesgo existente en la población adolescente (Martínez, 2021).

Desde los espacios culturales se realizan presentaciones cinematográficas, proyecciones de documentales, presentaciones danzarias, espectáculos, exposiciones artesanales, presentaciones de libros, exposiciones de artes plásticas; algunas son transmitidas a través del canal Video Crisol, para la recreación de los adolescentes (Lobaina, 2021).

Las organizaciones sociales deben cumplir su cometido social, al igual que los sindicatos; estos últimos deben ser promotores de acciones para la prevención del embarazo adolescente, para que sus trabajadores puedan transmitir las ideas en su hogar y sus comunidades.

Familia

La familia, institución fundamental para el desarrollo de las adolescentes, ha sido nombrada en el diálogo con los expertos como ente indispensable e influyente en el

actuar de los adolescentes. El bajo control familiar sobre las actividades y educación en materia de salud sexual y reproductiva incide en la fecundidad adolescente, como principal desarticulación de la fecundidad granmense. La influencia de la red familiar es fundamental para que los adolescentes –en particular las muchachas- concienticen la necesidad de ser responsables en cada una de sus relaciones sexuales y de usar medios de protección para evitar embarazos, ITS y VIH/sida. La preparación de la familia en estos asuntos es fundamental para que llegue un mensaje adecuado a los adolescentes, algo que actualmente no está ocurriendo como debiera (Molina, 2017; Rodríguez Zamora, 2021; Marín, 2021). Se señala como obstáculo el incumplimiento del rol familiar de los tutores legales de los adolescentes, que impide ejecutar acciones con garantías (Pérez Pacheco, 2021).

Se asume que se mantiene el resultado de investigaciones anteriores sobre la familia, la situación social del desarrollo de la adolescente y la resistencia a la disminución de la alta fecundidad adolescente (Molina, 2017; Molina y Dujarric, 2017), al resaltar la unión consensual como patrón que siguen las adolescentes en el territorio como un comportamiento aprobado por las familias y repetido entre generaciones. El uso de medios anticonceptivos debe transmitirse desde el seno familiar pues su promoción desde edades tempranas incide en un comportamiento reproductivo responsable de los adolescentes. Sin embargo, no ocurre de esta manera, pues existen fallos en el uso del método anticonceptivo, lo que denota la persistencia de un patrón familiar relacionado con la salud sexual y reproductiva que se repite de generación en generación, de abuelas a madres y de madres a hijas. Se aprecian los mismos comportamientos en cuanto a los patrones intergeneracionales, culturales, la influencia de la familia, desigualdades de género, pues no hay elementos que establezcan una mejora de la situación imperante en períodos anteriores.

La familia, no importa la edad de sus miembros, debe capacitarse en temas de salud sexual y reproductiva. Hacia 2035 se espera una familia más preparada y educada en los temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, capaz de guiar a la adolescente a tomar sus propias decisiones, con un comportamiento preventivo y reproductivo acorde

a la edad. Una mirada inclusiva hacia todos los integrantes del núcleo familiar debe formar parte de la atención integral a la adolescente.

Grupos de amigos

El grupo de amigos es vital en la relación entre adolescentes. Entre ellos la comunicación es más viable. Actualmente en los grupos faltan adolescentes líderes que promuevan la prevención del embarazo adolescente y las ITS. Existen dificultades para preparar adolescentes como promotor par³³ en el territorio. Los expertos de la provincia señalan que los adolescentes no se sienten identificados con los programas que se implementan y tienen desconocimiento de las principales acciones que se realizan (Rodríguez Zamora, 2021; Madrigal, 2021).

Buscar en las escuelas y barrios adolescentes líderes, que pueden transmitir los mensajes para la reducción de los embarazos tempranos, es una de las principales acciones en busca de un cambio hacia 2035. Inicialmente es necesario capacitarlos y sensibilizarlos con los temas, que los concienticen, ya que ello puede definir un determinado comportamiento en las adolescentes.

La accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, a los métodos anticonceptivos, a una correcta educación en materia de SSR, desde la escuela, la familia y la comunidad; el trabajo integrado de las organizaciones sociales y de los grupos de amigos consciente permitiría, hacia el horizonte 2035, el logro de la reducción de la fecundidad adolescente.

Los elementos planteados en los niveles macro y meso social propician el desarrollo de conductas que complejizan la situación de las adolescentes en la provincia de Granma, quienes tienen que tomar decisiones que repercuten en su futuro reproductivo, lo cual influye de manera particular en la dinámica demográfica del territorio. Expertos aseguran que los adolescentes en la provincia, sobre todo las muchachas, no se sienten

³³ “Generalmente la educación de pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. La educación de pares se utiliza para propiciar cambios a nivel individual, tratando de modificar conocimientos, actitudes, creencias, comportamientos de una persona, sin embargo, también puede producir cambios a nivel de grupos o social, modificando las normas y estimulando la acción colectiva”(MINSAP, 2019,p. 48)

partícipes de los procesos que se desarrollan para educarlos en SSR, por lo que asumen los patrones de sus antecesores y las decisiones que toman están influenciadas por el contexto familiar (Figueredo, 2021). Esto no solo ocurre a la hora de decidir la continuidad del embarazo, sino desde el momento de decidir cuándo iniciar las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y o la opción de interrumpir el embarazo.

Nivel micro social

En el nivel micro social se hace referencia a los comportamientos individuales relacionados con los eventos demográficos y sus particularidades, según las características de los grupos de edades. Ya en este nivel los comportamientos reproductivos de las adolescentes están condicionados por los factores económicos, sociales, culturales y políticos que se manifiestan en el territorio y estos, a su vez, se modifican.

Molina (2017) describe los elementos que conforman las desarticulaciones fundamentales que se producen en la situación social del desarrollo de las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes en un estudio realizado en el municipio de Campechuela, en Granma, y se constató, además, la presencia de estas desarticulaciones en otros estudios de casos realizados en municipios de la provincia (Quintana et al., 2012).

Las principales desarticulaciones son la deserción escolar, que coloca a las adolescentes en tareas relacionadas con los quehaceres del hogar y el cuidado de los hijos; con limitación de sus espacios y tiempos para el ocio y la recreación. Con relación a la comunicación, no se satisfacen las necesidades de relaciones íntimas personales con amigos y el grupo; se reducen las redes de interacción social, limitándose aún más la comunicación y se acorta la distancia comunicativa con la familia, no por un fortalecimiento de los vínculos, sino por el apoyo en el cumplimiento del rol materno de la adolescente. Otra desarticulación es el embarazo no deseado y la continuidad del mismo; el nacimiento del primer hijo, inicio temprano de la nupcialidad (en unión consensual) y, con ello, la formación de familias a edades muy tempranas y sin preparación para ello. Se produce una pérdida de intereses cognoscitivos, intelectuales y espirituales, así como un pobre desarrollo del pensamiento abstracto, que no permite a las adolescentes tener un desarrollo perspectivo, capaz de representarse las consecuencias de sus actos. Los intereses, necesidades y motivos tienen

una dimensión temporal inmediata y restringida a su nuevo rol de madre. La autovaloración es inestable e inexacta con pobreza de contenido, como resultado de este proceso, se asume un nuevo rol: la maternidad (Molina, 2017, p. 121).

Además, se identifica la ausencia de negociación en el inicio de las relaciones sexuales y sobre el uso de métodos anticonceptivos; la participación diferenciada en los eventos (exposición al coito, anticoncepción, continuidad o interrupción de la gestación), la maternidad como destino en las mujeres, y la diferenciación sexual del trabajo.

En este espacio, al mantenerse las condiciones de vida de las familias granmenses y no existir elementos modificadores que puedan transformar el comportamiento reproductivo de las adolescentes, se reproduce la influencia de la familia en la toma de decisiones reproductivas, teniendo en cuenta las condicionantes y motivaciones económicas, sociales y de superación personal que posean. (Rodríguez Gómez, 2006; Molina, 2017; Quintana, 2017)

Todas las desarticulaciones descritas condicionan el proceso de toma de decisiones en esta etapa de la vida, el cual se caracteriza por un nivel de regulación externa, ausencia de un fin consciente y de un motivo relacionado con la maternidad y de intenciones reproductivas; tampoco hay un comportamiento protector ante el riesgo. Esto justifica la importancia de la labor de prevención y la necesidad de la educación integral de la sexualidad para la transformación del comportamiento reproductivo adolescente hacia el 2035, en espera de que pudiera ocurrir una disminución de la fecundidad adolescente.

Interacción de la fecundidad adolescente con las variables demográficas

La fecundidad y la fecundidad adolescente interaccionan; la segunda se inserta dentro de la primera y se resiste a disminuir a pesar que la fecundidad total –del país y de la provincia- va en descenso. La interacción entre la fecundidad de las adolescentes y el resto de las mujeres del período fértil determinará el nivel de la fecundidad del territorio. La fecundidad adolescente representa la quinta parte del total de la fecundidad en la provincia de Granma. Existe un inicio temprano de las relaciones sexuales, de la primera unión y el empleo del aborto como medio de regulación de la fecundidad (Gran, 2005; Gran et al., 2013). El uso inadecuado y discontinuado de los métodos anticonceptivos conlleva a los embarazos no deseados en las adolescentes, comportamiento que ha

variado respecto a etapas anteriores (Molina, 2017; Rodríguez Vignoli, 2017). En la provincia, el número de interrupciones de embarazos es elevado y puede afectar la salud de la adolescente.

El aumento de los abortos, de los niños bajo peso al nacer de madres adolescentes, del inicio temprano de las relaciones sexuales, se mantiene que la fecundidad adolescente es mayor en aquellas que poseen menor grado de estudios y refieren referirse a los quehaceres del hogar. (Rodríguez Gómez, 2006; Molina, 2018)

Luego de la decisión tomada de continuar con el embarazo, la interacción de la fecundidad adolescente con la mortalidad y migración en la provincia, pasa a desempeñar un foco de atención para el estudio.

La morbimortalidad posee un comportamiento preocupante en el territorio. Si bien la mortalidad materna en el grupo adolescente en la provincia es de las más bajas del país: en el período 2015-2020 se presentaron tres muertes maternas adolescentes de las 16 ocurridas (MINSAP, 2016-2021); estos fallecimientos influye sobre las familias granmenses, pues la pérdida de una madre adolescente complejiza el funcionamiento familiar, en primer lugar por la pérdida de una persona joven y, en segundo, al quedar un recién nacido desprovisto de la atención materna tan necesaria para su desarrollo posterior. Se reportan niños con bajo peso al nacer de madres adolescentes así como defunciones fetales y neonatales, como se expresó en el capítulo 2. Una disminución de la fecundidad adolescente incidiría en menos episodios de mortalidad infantil y materna, logrando aumentar la relación de supervivencia del grupo etario de 15-19 años y de 0 años. También disminuiría la presencia de niños con bajo peso al nacer de madres adolescentes (Arriaga et al., 2010; Cabezas, 2002; Camacho, 2016; García y Lucero, 2019; Sánchez y Montoya, 2019; Subiria y Hurtado, s/f; Herbozo, 2021)

La migración en la provincia es un elemento de interés, al ser expulsora de población. Aunque la mayor parte de las adolescentes inmigrantes provienen de provincias de alta fecundidad adolescente no es posible, con la información captada, reconocer cuáles de las que fueron madres en el período son inmigrantes. Sin embargo, pudiera suponerse que los territorios hacia los que se dirigen las adolescentes y sus familias reciben el impacto de la fecundidad de estas mujeres.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, desde la Fiscalía Provincial se advierte que las acciones que, en el orden preventivo, se realizan no son suficientes ni efectivas, lo que ocurre en la generalidad de los municipios de la provincia. En esta problemática confluyen varios elementos, a la vez que se señala que existe poca comunicación y control familiar de los padres hacia los hijos, los adolescentes son más liberales en cuanto a la sexualidad y las relaciones sexuales y buscan poca orientación sobre el tema; también ha incidido la falta de preservativos y otros medios anticonceptivos (Marín, 2021).

La diferencia de edad de las adolescentes y sus parejas evidencia que ellas pueden ser víctimas de violencia de género, tanto por sus parejas como por sus familias, lo que puede influir en la decisión de unión consensual o matrimonio.

Se aprecia la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. La educación en este sentido no es efectiva, al igual que no lo es el acceso a los servicios de planificación familiar y a los métodos anticonceptivos.

El cumplimiento de los programas aprobados para la reducción del embarazo en la adolescencia, a partir de la educación integral de la sexualidad, debe contribuir a aumentar la autonomía corporal de la adolescente, al conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que le permitirá la toma de decisiones no acerca de continuar o no el embarazo, sino de cuándo iniciar las relaciones sexuales por decisión propia, cómo iniciarlas (con protección o no), con qué frecuencia y con quién. Su comportamiento reproductivo estará influenciado por estas decisiones, romperá los esquemas de la reproducción temprana heredados de generaciones anteriores, no se verá afectada la situación social de su desarrollo y podrá continuar con su proceso de formación, lo que le permitirá disfrutar de las posibilidades escolares y laborales acorde con su edad.

Cuando la adolescente sea capaz de tomar sus decisiones reproductivas, puede llevar al lugar de destino de la migración –en caso de practicarla- patrones reproductivos que la distingan de generaciones anteriores y no tendrá la necesidad de asumir un embarazo para poder establecerse en el lugar de llegada: Igualmente, le permitirá ser autónoma y

no ser víctima de violencia de género, pues estará empoderada y será conocedora de sus derechos.

En estos aspectos, la comunicación es fundamental y urge difundir mensajes precisos, que logren sensibilizar a la adolescente granmense y a sus familias para la prevención del embarazo adolescente. El periódico provincial **La Demajagua** ha presentado resultados de eventos científicos realizados sobre la prevención del embarazo adolescente en el territorio. El telecentro CNCTV Granma y la emisora radial provincial CMKX Radio Bayamo reproducen estas informaciones. Sin embargo, estos medios de difusión masiva deberían ser divulgadores de otros mensajes comunicativos para promover la educación integral de la sexualidad, la prevención del embarazo adolescente; o sobre la planificación familiar en general, no solamente reproductores de resultados de eventos. De igual manera, las emisoras municipales pudieran influir en esta divulgación que se realiza en determinados programas, ocasionalmente y que llega a la familia granmense.

Hay que adaptarse a las vías de comunicación que los adolescentes utilizan hoy en día y, como bien se enmarca en los estándares de calidad en los servicios, hacer al adolescente partícipe de las decisiones y acciones que se desarrollen. El uso de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones es la ruta clave para llamar la atención de los adolescentes y sus familias. Los mensajes deben ser correctos, dinámicos y asequibles a la población, en dependencia de los grupos etarios. Debe capacitarse a periodistas, realizadores audiovisuales, locutores, para que logren sensibilizar y transformar el pensamiento de las adolescentes y sus familias. La educación sobre temas de población debe esmerarse en esta etapa decisiva, verla como parte del proceso y no como mera divulgación de reuniones o resultados. La comunicación pudiera contribuir a la toma de conciencia para la creación de espacios amigables con la adolescencia.

De esta manera se describe la interacción de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica de la provincia a partir de la interacción de las variables demográficas, y los enfoques de género y derechos, el análisis de la salud sexual y reproductiva, apoyado en los elementos del capítulo 2 y la perspectiva ambiental y comunicacional. Se

evidencia la multidireccionalidad de la misma, pues interacciona con todos estos elementos mencionados.

La fecundidad adolescente interacciona con la dinámica demográfica de los territorios en múltiples direcciones, incide en la estructura de la población, a través de los nacimientos y los eventos adversos de mortalidad materno infantil y de la estructura de la población femenina en edad reproductiva. No puede dejar de mencionarse que el 45% de las mujeres que emigran en la provincia son mujeres en edad reproductiva, lo que atenta contra la estabilidad de las mujeres en el período fértil, encargadas de cumplir el rol reproductivo.

En este caso, la proyección de la población se realiza para el mediano plazo (15 años), en la medida en que aumente el tiempo de proyección, la cuantía de mujeres para entrar a la edad reproductiva se reducirá, al producirse menos nacimientos en los años anteriores y la pérdida de esta población por la migración. La población que entrará a la edad reproductiva, en el grupo de 15-19 años para el año 2035, ya nació. Se hace necesario, entonces, la preparación y capacitación de este grupo de mujeres para un mejor ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, una situación de salud óptima, una mayor permanencia en los centros escolares, niveles educativos acordes a la edad, entre otras condiciones. Así, es imprescindible una familia y una sociedad que respondan a las necesidades y contextos necesarios para garantizar una mejor calidad de vida en este grupo poblacional.

La provincia de Granma presenta potencialidades para trabajar en este objetivo, debido al apoyo de las principales autoridades en el territorio, la existencia del Observatorio Demográfico provincial y la preparación de sus profesionales. El conocimiento de las características de su población en el mediano plazo le permitirá el trazado de estrategias de desarrollo territorial, con una correcta planificación de los recursos humanos para definir qué otros recursos le son necesarios para mejorar la calidad de vida y de las condiciones socioeconómicas de su población. La interacción de la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica es multidireccional, como se ha referido, por lo cual todos los factores de la sociedad deben aportar y trabajar de manera integrada para mejorar de la calidad de vida de la población en Granma hacia 2035.

Vale destacar que, para la implementación de la Política de Atención a la Dinámica Demográfica y para el enfrentamiento a uno de sus mayores desafíos, la fecundidad adolescente, no solo basta el deseo y la intención, sino la voluntad y la sensibilidad para buscar salidas a los problemas que se presentan, relacionados con este problema social. La ausencia de una estrategia integral para enfrentar el embarazo adolescente desde la citada Política debe ser solucionada. Desde los resultados de esta investigación se contribuye a una propuesta de recomendaciones para la prevención del embarazo adolescente para la provincia de Granma, hacia el 2035.

Propuestas para la acción encaminadas a la prevención del embarazo adolescente la provincia de Granma

En el 2017 se realizó la *Propuesta para contribuir a la prevención del embarazo adolescente en Cuba*, la cual contiene principios, componentes y recomendaciones a tener en cuenta en la creación de las estrategias para prevenir el embarazo adolescente (Molina, 2017). Los elementos que posee esta propuesta están acordes con la evolución de la política social del país. La presente investigación no ve a la fecundidad adolescente como un fenómeno aislado, sino como un desafío declarado en la Política para la Atención a la Dinámica Demográfica; teniendo que cuenta que la misma hace un llamado a trabajar los temas con integralidad en las subcomisiones creadas.

Se ratifican los supuestos metodológicos de Molina (2017) para la elaboración de una propuesta para contribuir a la prevención del embarazo adolescente. Estos son:

Principios:

- Inclusión de los adolescentes y sus familias en todas las etapas de la elaboración y ejecución de estrategias, programas y políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Inclusión de la perspectiva de género y de derechos
- Interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la gestión social de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes
- Intersectorialidad, participación social y comunitaria.
- Territorialidad y autonomía en la gestión de la sexual y reproductiva

Componentes:

- Política social y sectorial
- Investigación
- Capacitación
- Educación en población

Esta propuesta de recomendaciones para la prevención del embarazo adolescente se centrará en la elaboración de estrategias integrales a nivel provincial y municipal, en correspondencia de las características del territorio, de la población menor de 20 años, y el comportamiento de la fecundidad adolescente, sus diferenciales y determinantes. Para ello, cada organismo debe presentar su plan de acción para el enfrentamiento a este problema social, de manera que puedan integrarse a esta única propuesta, lo que aportará una mirada integral, intersectorial, multidisciplinaria y con responsabilidad colectiva. Se estructura, teniendo en cuenta dos niveles: macro social y meso social.

Macro social

Gobierno provincial y municipales

- Establecer estrategias para evitar el flujo emigratorio del territorio y de las zonas rurales.
- Insertar el tema de la fecundidad adolescente dentro de la Estrategia de Desarrollo Territorial, como problema social del territorio.
- Integración del Observatorio de Igualdad de Género, el Observatorio Social y Laboral con los Observatorios Demográficos, en función de la prevención del embarazo adolescente y la atención a adolescentes en situación de vulnerabilidad.
- Monitorear, en las reuniones del GADD; y de los Observatorios los planes de acciones de los organismos para disminuir la fecundidad adolescente de las estrategias que se propone elaborar. Las acciones fundamentales deben ir dirigidas a:

Dirección provincial y municipales de Educación:

- Implementación y cumplimiento de la Resolución 16/2021 u otra resolución o disposición que responda a la educación de la sexualidad en la escuela.
- Disminución de la deserción escolar.

Dirección provincial y municipales de Salud Pública:

- Revisar la organización de los servicios para adolescentes, particularmente los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Tener en cuenta en la distribución de los recursos relacionados con la salud sexual y reproductiva el comportamiento de los niveles de fecundidad adolescente en los municipios, por ejemplo, los métodos anticonceptivos, ultrasonidos y servicios de regulación menstrual.

Dirección provincial y municipales de Trabajo y seguridad social:

- Priorizar la atención a comunidades, familias, niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad.
- Potenciar el valor del trabajador social y el impacto de este en la labor preventiva del embarazo adolescente

Dirección provincial y municipales de Justicia:

- Revisar la posibilidad de proponer al MINJUS un marco jurídico que proteja a la menor de 18 años en relación a la tenencia de relaciones sexuales con adultos, que además se corresponda con el Código de las Familias, en función de prevenir las uniones consensuales en las muchachas menores de 18 años con parejas mayores de edad.

Fiscalía provincial y municipales

- Establecer alianzas con otros organismos del territorio para el trabajo de prevención con las familias y adolescentes en situación de vulnerabilidad.

- Revisar y controlar el cumplimiento de artículos, disposiciones o normativas jurídicas que protejan los derechos de las y los adolescentes que pudieran estar relacionadas con el embarazo adolescente.

Meso social

- Garantizar la disponibilidad y acceso a los servicios y recursos que posibiliten el ejercicio de los derechos sexuales de las y los adolescentes.
- Cumplimiento de los Estándares de Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en los municipios de la provincia tal y como lo establece la Metodología establecida para ellos
- Lograr que en todos los municipios de la provincia existan y se logre la estabilidad en los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, la consulta de atención integral al adolescente, de ginecología – infanto juvenil en la atención primaria de salud, los clubs de adolescentes y su correspondencia con las necesidades de la población adolescente.
- Preparación de especialistas en la atención integral al adolescente
- Establecer una Línea de ayuda para las adolescentes relacionada con los temas de salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

- La interacción que se establece entre la fecundidad adolescente y la dinámica demográfica es multidireccional y sistémica. Los niveles de análisis social (macro-meso-micro) permiten establecer la interacción entre ambas y con las variables demográficas. En la provincia de Granma, desde el nivel macro social se aprecia un deterioro de la situación socioeconómica, una baja efectividad de las políticas y programas sociales para prevenir el embarazo adolescente, pérdida de valores identitarios de los territorios. Desde el nivel meso social es posible identificar dificultades con la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, a los métodos anticonceptivos, a una correcta educación en materia de SSR, desde la escuela, la familia y la comunidad. Estas acciones condicionan en el nivel micro social, el proceso de toma de decisiones en cuanto a la reproducción de las adolescentes, se caracteriza por un nivel de regulación externa, ausencia de un fin consciente y no hay intenciones reproductivas, tampoco hay un comportamiento protector ante el riesgo.
- La fecundidad adolescente, el cual es un problema social en nuestro país y en la provincia de Granma, necesita de la integración de las instituciones gubernamentales, científicas y sociales para prevenir la fecundidad adolescente, pues esta impacta en la mortalidad infantil, la mortalidad materna, los niños con bajo peso al nacer, el patrón reproductivo de las generaciones precedentes, el comportamiento de los determinantes próximos de la fecundidad y en la migración de las zonas de elevada fecundidad adolescente.
- La dinámica demográfica de la provincia Granma se caracteriza por ser territorio emisor de población, con una estructura por edades envejecida, alto grado de ruralidad, aumento de la mortalidad infantil y elevada esperanza de vida al nacer, de fecundidad por debajo del reemplazo poblacional y elevada fecundidad adolescente en el tiempo. Persiste un patrón de fecundidad temprano en la provincia de Granma.
- Los diferenciales de la fecundidad adolescente se distinguen por ser mayor en el grupo de mujeres de 15 a 19 años que residen en la zona rural, en el grupo con vínculo

conyugal, en el grupo de mujeres con 0-6 años de estudio y en el grupo de mujeres dedicadas a quehaceres del hogar. Las madres adolescentes en el período analizado se caracterizan por residir en la zona urbana, tener grado de escolaridad de enseñanza secundaria concluida, tener vínculo conyugal (casada o unida) y dedicarse a los quehaceres del hogar.

- El análisis de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente mostró que de las adolescentes encuestadas la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es 15 años; la edad a la primera unión de 15,3 años; más del 80% han utilizado métodos anticonceptivos, predominando el uso del condón masculino; aumento de las tasas de aborto en la provincia y en el caso de las regulaciones menstruales aumenta el peso relativo de las adolescentes respecto al total.
- Hacia el 2035, una recuperación de la economía, un incremento de la educación y los servicios en salud sexual y reproductiva con incidencia directa en las adolescentes, permitiría una reducción de la fecundidad adolescente y el cambio en el resto de las tasas de fecundidad por edad.
- Una mirada a la población hacia el 2035 con la reducción del nivel de fecundidad adolescente permitirá una disminución de la población femenina en edad reproductiva, una disminución de los nacimientos, el envejecimiento de la estructura por edades, entre otros, así como se verificaría la factibilidad del modelo propuesto.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados alcanzados se recomienda:

- Realizar investigaciones sobre la fecundidad adolescente según el modelo propuesto en las que se incluya el grupo de menores de 15 años.
- Realizar investigaciones focalizadas en el estudio de la Migración interna y la fecundidad adolescente en la provincia.
- Presentar a las autoridades de la provincia los escenarios demográficos creados de la población hacia 2035. Utilizar los insumos y resultados de la proyección de la población granmense para la planeación estratégica de la provincia
- Implementar en los territorios las Propuestas para la acción encaminadas a la prevención del embarazo adolescente la provincia de Granma

Ministerio de Salud Pública

- Incluir en el Certificado de defunciones del menor de un año, la edad de la madre para un mejor trabajo con la interacción mortalidad y fecundidad adolescente.
- Incluir en la base de datos de nacimientos lugar de origen y tiempo de residencia en el lugar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. En J. Kuhl, & J. Bergman, Action control. From cognition to behavior (7-39). Berlin Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
2. Alarcón Argota, I, R., et al. (2009). "Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia Influence " Revista Cubana de Enfermería. 25(1-2): 1-14.
3. Albizu- Campos, JC y Jiménez Araya,T(1997) Inequidad reproductiva y retos demográficos. La Habana, CEDEM
4. Albizu-Campos, J. C. (2002). Mortalidad y Sobrevivencia en Cuba en los noventa. Tesis Doctoral, Centro de Estudios Demográficos de La Universidad de La Habana. La Habana. Cuba.
5. Albizu-Campos, J. C. (2009). "La fecundidad en Cuba. Viejas interrogantes y algunas respuestas." Novedades en Población 5: 42-123.
6. Albizu-Campos, J. C. (2017) La dinámica demográfica. Cursos de Análisis demográfico. CEDEM, La Habana
7. Alfonso de Armas, M, Rodríguez, G. La evolución demográfica cubana: una mirada desde las teorías transicionales. ¿Dónde estamos?. Novedades en población; 12 (24):13p http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782016000200001
8. Alfonso de Armas, M. (2009). La singularidad de una segunda transición demográfica en Cuba. Tesis Doctoral. CEDEM. La Habana, Universidad de La Habana
9. Alfonso Fraga, J.C.(2006) El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. Revista Cubana de Salud Pública, 32 (1), la Habana
10. Alfonso Rodríguez, AC y Perdomo, AB. (2022) EIS: hacia su consolidación en los entornos virtuales en Cuba. Boletín digital de Educación Integral en Sexualidad para América Latina y el Caribe. Boletín 19.
11. Almas, I. and E. Freddi (2019). "Saving and Bequest in China: An Analysis of Intergenerational Exchange." Article in Economica
12. Álvarez Castaño, VH (2015) Distribución territorial y determinantes de la fecundidad adolescente en Colombia. Notas de Población N° 101, julio-diciembre de 2015 ,págs. 79 -107
13. Álvarez, L, & Salomón, A., N. (2012). El aborto en adolescentes en un contexto legal. Revista Cubana de Salud Pública, Vol.38.
14. Álvarez, L. (1982). La tendencia de la fecundidad en Cuba. Ciudad de La Habana:, Instituto de Desarrollo de la Salud. MINSAP.
15. Álvarez, L., Calero, R., JL, & León, D., EM;. (2006). Salud sexual y reproductiva desde el punto de vista del varón. Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 32.
16. Ariza, M. and O. de Oliveira (2001). "Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición." Papeles de población 28: 10.
17. Arriaga-Romero, C, Valles-Medina,A, Zonana-Nacach, A, Menchaca-Díaz, R (2010) Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecobstétricas y neonatales. Gac Méd Méx Vol. 146 No. 3, 2010

- Avances y brechas en el mercadeo social del condón en La Habana. *Revista Salud Pública*, 41(3), 476-486.
18. Balbo, N., & Mills, M. (2011). The influence of the family network on the realization of fertility intentions. *Vienna Yearbook of Population Research*, 9, 179-206.
 19. Barbón Pérez, O. G. (2011). "Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente." *Ciencia y enfermería* 17: 19-25.
 20. Barros, D., Otilia Z. (2002). *ESCENARIOS DEMOGRAFICOS DE LA POBLACION DE CUBA. PERIODO 2000 - 2050*. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana. Doctor.
 21. Barroso, M. and G. Pressiani (2011). Embarazo adolescente entre 12 y 19 años *FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS LICENCIATURA EN ENFERMERIA SAN MARTIN*, Universidad de Cuyo Licenciatura: 48.
 22. Becker , G. S. (1993). *A treatise on the family*. Cambridge, Massachusetts: First Harvard University Press paperback edition.
 23. Benítez, M. (2002). *Cambios sociodemográficos de la familia cubana en la segunda mitad del siglo XX*. Tesis Doctoral. La Habana: CEDEM.
 24. Binstock, G y Pantelides, EA(2006) *La Fecundidad Adolescente Hoy: Diagnóstico Sociodemográfico*. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile
 25. Blake, J. and K. Davis (1956). "Social structure and fertility: An analytical framework." *Economic development and cultural change* 4.
 26. Bombino, C., Yenisei and L. Quintana, Livia (2013). "Maternidad adolescente. Estudio de casos en Barinas, Venezuela, 2012." *Revista Sexología y Sociedad*; 19(2): 85-101
 27. Bombino, Y. and L. Quintana (2013). "Maternidad adolescente. Estudio de casos en Barinas, Venezuela, 2012." *Sexología y Sociedad* (2): ISSN 1682-0045. V 19(2): 85-101.
 28. Bongaarts, J, & Watkins, S. (1996). Social Interactions and Contemporary fertility transitions. *Population and Development Review*, 22(4), 639-682.
 29. Bongaarts, J. and G. Feeney (1998). "On the Quantum and Tempo of Fertility." *Population and Development Review* 24(2): 271-291.
 30. Bongaarts, J.(2002). The End of the Fertility Transition in the Developed World. *Population and Development Review*, 28 (3): 419
 31. Bongaarts. J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and development review*, 4, 105-132.
 32. Bravo, J. (1992), "Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿Qué relevancia tiene el enfoque difusionista?", *Notas de Población*, año XX, N° 56, Santiago, CELADE.
 33. Cabella , W. and M. Nathan (2018). *Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe*. UNFPA.
 34. Cabezas Cruz, E (2002) Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002;28(1):5-10
 35. Caffé, Sonja, Plesons, M , Camacho, AM, Brumana, L, Abdool, SN , Huaynoca, S, Mayall, K, Menard-Freeman, L, de Francisco Serpa, L, Gomez Ponce de Leon, R and

- Chandra-Mouli, V (2017) Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reproductive Health* (2017) 14:83. DOI 10.1186/s12978-017-0345-y
36. Camacho, AM (2013) El Embarazo Adolescente en América Latina y El Caribe. Evidencias, oportunidades y desafíos. Simposio internacional celebrando una década de esfuerzos conjuntos para mejorar la salud de las mujeres y niños. Medellín
 37. Camacho, AM (2015) Conocimientos actuales y lecciones aprendidas para la prevención del embarazo adolescente. Washington D.C. 12 de Noviembre del 2015
 38. Camacho, AV (2019) El Embarazo adolescente en América Latina y el Caribe: después de una década progresos y desafíos. UNFPA- LACRO
 39. Camacho, AV (2020) Diálogo intergeneracional sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes. III Foro Internacional 2020 ORAS CONHU- - COMISCA- - SICA
 40. Camacho, AV (2020) La continuidad de los servicios de salud para adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva en la época de pandemia por la COVID-19. UNFPA- LACRO
 41. Camisa, Z. C. (1982). Introducción al estudio de la fecundidad. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
 42. Canales A, y Lerner S, (Compiladores)(2003) Desafíos teóricos-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio. México.
 43. Canales, R, Corcuera ,S, Elizondo, A, Gutiérrez, I y Urbina, D(2011) Fecundidad y crecimiento económico en México. *Revista Estudiantil de Economía*. Vol. III Núm. 1
 44. Castellón, C (1994) Cuba: dinámica de población y desarrollo. Centro Latinoamericano de Demografía.
 45. Castro, M. D. and M. E. López (2014). EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto. La Paz, Bolivia, CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS y UNFPA.
 46. Castro, T. y Rosero -Bixby , L. (2011). Maternidades y fronteras la fecundidad de las mujeres inmigrantes en España. *Revista Internacional de Sociología*, Monográfico: La inmigración en España: perspectivas innovadoras, pp. 105-137.
 47. Catasús, S., et. al.(1975). “Evolución estimada de la fecundidad en Cuba, 1900-1950”. CEDEM, UH. La Habana, 1975.
 48. CEDEM (2009) La población de Cuba hoy. Editorial CEDEM
 49. CEDEM (2011). Informe final proyecto: Trayectorias reproductivas y condiciones socioeconómicas de vida: una mirada al interior de familias granmenses. Editorial CEDEM.
 50. CEDEM (2012) Características sociodemográficas de la población cubana. Editorial CEDEM
 51. CEDEM (2014-2019) Informe de las visitas de Monitoreo a las provincias cubanas como parte del proyecto 2014-2019 UNFPA-PADIT. CEDEM
 52. CEDEM (2017) Informe Final proyecto fecundidad adolescente en Guamá. CEDEM

53. CEDEM (2020-2023) Informe de las visitas de Monitoreo a las provincias cubanas, como parte de la Comisión Gubernamental para la atención a la dinámica Demográfica. 2020-2023. CEDEM.
54. CEDEM, ONE, FNUAP, MINSAP, UNICEF (1995). Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. La Habana.
55. Centro de Estudios Demográficos CEDEM (1976) La población de Cuba. CICRED Series, Editorial de Ciencias Sociales, Instituto Cubano del Libro.
56. CEPAL (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Santiago de Chile
57. CEPAL (2018). Proyecto de primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/3). Santiago.
58. CEPDE-ONEI (2014) LA ESPERANZA DE VIDA. 2011-2013. Cálculos para Cuba y Provincias por sexo y edades. La Habana, Cuba
59. CEPDE-ONEI (2015) Interfase. Provincia y Municipios 2014. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
60. CEPDE-ONEI (2016) Anuario Demográfico de Cuba 2015. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
61. CEPDE-ONEI (2016-2023) Interfase. Provincia y Municipios 2015-2022. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
62. CEPDE-ONEI (2017) Anuario Demográfico de Cuba 2016. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
63. CEPDE-ONEI (2018) Anuario Demográfico de Cuba 2017. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
64. CEPDE-ONEI (2019) Anuario Demográfico de Cuba 2018. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
65. CEPDE-ONEI (2020) Anuario Demográfico de Cuba 2019. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
66. CEPDE-ONEI (2021) Anuario Demográfico de Cuba 2020. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
67. CEPDE-ONEI (2022) Anuario Demográfico de Cuba 2021. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba
68. CEPDE-ONEI (2023) Anuario Demográfico de Cuba 2022. Centro de estudios de población y Desarrollo- Oficina Nacional de Estadísticas e Información. La Habana. Cuba

69. Chackiel, J. (2004). "La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000*" Papeles de población 41: 10-58.
70. Chackiel, J. (2006). "América Latina: ¿hacia una población decreciente y envejecida? ." Papeles de población 50: 37-70.
71. CIEM-PNUD (2021) Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Cuba 2019. Ascenso a la raíz. La perspectiva local del desarrollo humano en Cuba. PNUD.
72. Coale, A. (1973). The demographic transition. International Population Conference, International Union for the Scientific Study of Population. 1.
73. Coale, A. J., P. Demeny and B.Vaughan;(1983): Regional Model Life Tables and Stable Population, Second Edition. New York, Academic Press.
74. Colectivo de autores (2011). Lecturas de la realidad Juvenil Cubana a principios del siglo XXI.
75. Colectivo de autores (2016). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. INFORME DE CONSULTA TÉCNICA. Washington, D.C., Estados Unidos de América, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
76. Colectivo de autores. (2018). Dinámicas de la población, territorio y desarrollo local en Cuba. Editorial CEDEM.
77. Collado, A. "Distribución espacial de la fecundidad adolescente en la Gran Área Metropolitana de Costa Rica."
78. Consejo de Ministros (2022) Política para la atención a la Dinámica demográfica. La Habana, Cuba.
79. Contreras Rincón, J. S., et al. (2017). Intervenciones para la Prevención de Embarazo en Adolescentes: Revisión Sistemática, Facultad de Enfermería Bucaramanga Universidad De Santander (UDES)
80. Cristiá, S (2017) Fecundidad en la provincia de Santiago de Cuba: una mirada por subgrupos de edades y edades simples (2008-2012). Novedades en Población, No.26 • julio-diciembre de 2017, pp. 119-133
81. Cristiá, S (2018) Fecundidad adolescente en el municipio Guamá. (2003 - 2012). Novedades en Población, No.28 • julio-diciembre de 2018, pp. 240-251
82. Cruz, F (2020) Las uniones tempranas y el embarazo en adolescentes. Desafíos y compromisos con la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Responsable del Grupo de Trabajo para la Salud Adolescente del Ministerio de Salud Pública (MINSAP)
83. Cruz, H., Jeddú., et al. (2007). "Anticoncepción en la adolescencia." Endocrinología 18(1).
84. Da Silva, A. R. (2014). Embarazo en Adolescentes Análisis de Situación en el Hospital Los Andes, El Alto – La Paz – Bolivia. Trabajo descriptivo de investigación durante la rotación de Internado Rotatorio en Hospital Los Andes de la ciudad de El Alto – La Paz – Bolivia.
85. Davia, M. Á. and N. Legazpe (2013). "Factores determinantes en la decisión de tener el primer hijo en las mujeres españolas." Papeles de población 75: 1-30.

86. de fecundidad por edad (1895-2040). *Revista Latinoamericana de Población*. Año 11, Número 20, Primer semestre, enero a junio de 2017.
87. De Jesús, R., David. and A. González, E. (2014). "Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente." *Sexualidad, Salud y Sociedad* 17: 98-123.
88. Decker, M. R., et al. (2017). "Early adolescent childbearing in low- and middle-income countries: associations with income inequity, human development and gender equality " *Health Policy and Planning*, 32: 277–282.
89. Del Pino, J. A. (2005). "Integración de modelos en la explicación de la fecundidad." *Cuadernos Geográficos* 36: 105-124.
90. Del Risco, O, Peñate, AI, Semanat, R, Pérez, M (2016). "Dialogando con adolescentes y jóvenes. Miradas a sus dinámicas familiares y de pareja. ." *Sexología y Sociedad* 22(1): 49 -67.
91. Devolder, D y Bueno,X (2011) Interacciones entre fecundidad y migración. Un estudio de las personas nacidas en el extranjero y residentes en Cataluña en 2007. *Documents d'Anàlisi Geogràfica* 2011, vol. 57/3 441-467
92. Di Cesare, M. (2007). "Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe." *Serie Población y Desarrollo, CEPAL* 72: 1-72.
93. Di Cesare, M. (2015). *Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas. UNFPA-ECLAC Annual Work Plan 2014*
94. Di Cesare, M. and J. Rodríguez Vignoli, J (2006). "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia." *Papeles de población* 048: 107-140.
95. Díaz, A., Pamela. Johanna. and C. S. Fajardo Quispe (2021). "El embarazo en la adolescencia desde la perspectiva actual en COVID-19." *Revista Cubana de Pediatría* 93(2).
96. Díaz, L., Evelio. and B. Oroza, Rebeca. (2018). "La cuestión migratoria y el problema demográfico en Rusia. Su evolución histórica." *Novedades en Población* 28: 231-239.
97. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y UNICEF Cuba (2020). *Cuba Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2019. Informe de resultados de la encuesta. La Habana, Cuba: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP.*
98. Dirección Provincial de Educación Granma (2016-2021) *Datos sobre el movimiento de alumnos FORMULARIO 221-IMAE-1, 2015-2020 (2016-2021)*
99. Dirección Provincial de Salud Pública Granma (2021) *Servicios, consultas y recursos humanos profesionales dedicados a la salud sexual y reproductiva.*
100. Dujarric, G (2020). "Mujeres de 30 años y más en Cuba. Algunas características de su fecundidad en el período 2005-2016." *Revista Novedades en Población* 16: 23-45.
101. Dujarric, G y Molina, M (2019) *Embarazo adolescente y su expresión en el contexto familiar. Estudio de caso en los municipios Campechuela y San Miguel del Padrón. No.28 • julio-diciembre de 2018, pp. 207-213*

102. Fanta, J. y Abeldaño, A. (2017) Niveles subnacionales de la fecundidad adolescente en países de América Latina: análisis de las desigualdades reproductivas. IV Seminario Internacional Desigualdad y movilidad social en América Latina, Argentina.
103. Farnós, A. (1985a). La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos en Cuba. CEDEM. La Habana, Universidad de La Habana. Tesis doctoral.
104. Farnós, A. (1985b). La Transición demográfica en Cuba. Los Roles económicos y sociales de las mujeres. En Hernández Castellón et al. (1985) Algunas Características de la reciente evolución de la fecundidad en Cuba (27-36). Serie Monográfica
105. Farnós, A. (2016). Elaboración de tablas modelo de mortalidad propias. Su uso en proyecciones de población. Aplicaciones de
106. Farnós, A. (2017). Santiago de Cuba: Proyecciones de población utilizando
107. Fígoli, M. G. B. and L. L. Rodríguez Wong (2003). "El camino hacia la estabilización demográfica y el proceso de envejecimiento en América Latina: una ilustración a partir de algunos países seleccionados." Papeles de población 35: 31-45.
108. Figueredo Fonseca, M, Fernández Núñez, D, Hidalgo Rodríguez, M, Rodríguez Reúna, R, Álvarez Paneque, T (2019) Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. CMF # 37. Niquero. Multimed 2019; 23(4)
109. Figueredo, N (2021) Entrevista realizada a expertos de la provincia de Granma. Salud Provincial
110. Figueroa-Perea, J. G. (2010). "Generación de datos sobre comportamientos reproductivos de varones en México." Papeles de población 65.
111. Fishbein, M, & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading Massachusetts: Addison-Wesley.
112. Fleitas, R. (2000). La identidad femenina en madres adolescentes. Psicología. La Habana Universidad de La Habana Tesis Doctorado: 204.
113. Gálvez, E., Maydel., et al. (2016). "El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad." Revista Cubana de Medicina General Integral 35(2): 280-289.
114. García Hermida, MI; Lucero Arcos, GP (2019) Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Revista Eugenio Espejo, vol. 13, núm. 1, 2019. Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador
115. García Quiñones, Rolando (1994). "La transición demográfica: reivindicación vs teoría alternativa. Papeles de Población." Papeles de población 3: 3-12. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México
116. Gil, A(2023) Informe económico a la Asamblea Nacional de Poder Popular. La Habana , Cuba
117. Gómez T, Salazar L, Bequer L, Molina O, Alfonso A, Rodríguez M (2014). El bajo peso al nacer: comportamiento de algunos factores asociados. Rev Latin Perinat.; 17 (1): 30-35.
118. González Soto, N (2005) Cuba. Estructura de la fecundidad en los noventa. CEDEM - Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana

119. González, H (2000) Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. Revista Frontera Norte, Vol. 12, número 23. El Colegio de la Frontera Norte México
120. González, H (2005) Evolución del embarazo adolescente en el Contexto sociodemográfico de Cuba. Condicionantes e Implicaciones. Papeles de Población, Número 046. Pp. 123-144. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México
121. González, H. (1999) Aspectos sociodemográficos del embarazo adolescente en Cuba. Tesis Doctoral. El Colegio de la Frontera Norte
122. González, M, Martínez, LA, Roig, I, Zamora León,I, García, C, Piquet, N (2018) Trayectoria reproductiva de mujeres adolescentes en Consultorio No. 8Policlínico No. 2 Manzanillo. Multimed 2018; 22(6)
123. González, R., Martínez, A, Martínez, A, Martínez, O y Mariño, E (2016) Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes. Multimed. Revista Médica. 20(1). Granma.
124. González, Y. (2014). Evaluación del Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente. La Habana, La Habana, Cuba.
125. Gran Álvarez, M. A. (2005). Interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. La Habana: ECIMED.
126. Gran Álvarez, MA; Torres Vidal, RM; López Nistal, LM; Pérez Leyva, ME (2013) Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 39, 2013, pp. 822-835. Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba
127. Granados, M. d. P. (1989). Técnicas de proyecciones de población de áreas menores. Aplicación y evaluación. Métodos para proyecciones subnacionales de población. Bogotá, Centro Latinoamericano de Demografía. No.42: 314.
128. Grande, R. and A. del Rey (2017). "La fecundidad de las mujeres latinoamericanas y caribeñas en España: ¿adaptación, mantenimiento o interrupción?*" Papeles de población 19: 92-64.
129. Guerrero Núñez, J. (2020). "Disminución desigual de las tasas de fecundidad en adolescentes de 32 países de la Región de las Américas, 1960-2019." Rev Panam Salud Publica 44.
130. Guerrero, N. (2009). " La salud reproductiva en la juventud cubana. ." Última Década 31: 73-88.
131. Guerrero, N. and M. Pérez (2013). "¿Qué preceptos teóricos y metodológicos deben sustentar el estudio y la educación integral de la sexualidad en adolescentes y jóvenes? ." Sexología y Sociedad 19(1): 17-30.
132. Guimarães AM, Luiz de Souza H, Gurgel R, Dória ML, de Oliveira E(2013). Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight?. Rev Saúde Pública; 47(1):11-9. Brasil.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/wvqVHkXmQbdhnp5Djsf9NPQ/?lang=en>.
133. Gupta, Neeru y Leite, Iuri de Costa (1999), "Adolescent fertility behavior: trends and determinants in northeastern Brazil", International Family Planning Perspectives, Vol. 25, N° 3, septiembre.

134. Herbozo, S (2021) Relación entre mortalidad materna y embarazo en adolescentes en Perú: estudio poblacional según ENDES 2015-2019. Trabajo académico de segunda especialidad. Universidad de San Martín de Porres.
135. Hernández Sampieri, R., et al. (2006). Metodología de la investigación México DF 2006. Cuarta Edición.
136. Hernández Castellón, R (1985). Cuba: la evolución de la fecundidad en las últimas décadas. En Hernández Castellón et al. (1985) Algunas características de la reciente evolución de la fecundidad en Cuba. CEDEM, UH, La Habana. Serie Monográfica
137. Herrera, L. (2005). Patrón y nivel de la sobrevivencia fetal en Cuba. 1998-2002. Tesis Doctoral, CEDEM, Universidad de La Habana, La Habana.
138. Herrera, L. (2012). Las Trayectorias Reproductivas en el Contexto Familiar en la Ciudad de Manzanillo, Provincia de Granma, Cuba. Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes. Vol. 8, 37 -49
139. Ibáñez, J (1993) Dinámica demográfica e industrialización en Cuba. CELADE.
140. INIE y CEPAL. (2004). Política social y reformas estructurales: Cuba a principios del siglo XXI. La Habana, Cuba.
141. Jiménez Fiol, MJ.(2021) Mujer y sociedad cubana. Retos hacia la equidad de género. En Diaz y Álvarez (2021) Mujeres en Cuba. Una Revolución en marcha. (21-35). Editorial de la Mujer
142. Lagarde, M(1996) "El género", fragmento literal: 'La perspectiva de género', en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. horas y HORAS, España, 1996, pp. 13-38.
143. Lesthaeghe, R. e van de Kaa, D.(1986) Twee Demographische transitities? En Lesthaeghe, R.; van de Kaa, D. (editors) Groei of Krimp. Annual Book issue of Mens en Maatschappij, Deventer (Netherlands): Van Loghum-Slaterus, pp. 9-24, 1986
144. Lesthaeghe, R. J. and P. Willems (1999). "Is Low Fertility a Temporary Phenomenon in the European Union." Population and Development Review 25: 211-228.
145. Lobaina, D (2021) Entrevista realizada a expertos de la provincia de Granma. Cultura
146. López Gómez, A. y Varela Petito, C. (coord.) (2016) Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas. Montevideo: UNFPA, UDELAR.
147. López-Gómez Alejandra., et al. (2021). "Desarrollo de una política pública integral de prevención del embarazo en adolescentes en Uruguay." Rev Panam Salud Publica 45,: 45 -93.
148. Madrigal, D (2021). Entrevista realizada a expertos de la provincia de Granma. Universidad de Granma
149. Malcolm, AL (2020) El varón adolescente ante el aborto, embarazo y el parto. Multimed. Revista Médica. Granma. 24(3)
150. Malcolm, AL y Rodríguez, AR (2015) Aborto provocado en la adolescencia. Multimed. Revista Médica. Granma. 19(4), pp. 5-18
151. Marín, AC (2021) Entrevista realizada a expertos de la provincia de Granma. Fiscalía Provincial
152. Martes-Camargo, P. M. (2015). "Análisis de la fecundidad adolescente en Colombia, 2010." Papeles de población 85: 141-176.

153. Martínez, AR (2021) Entrevista realizada a expertos de la provincia de Granma. Trabajo y Seguridad social
154. Medina, M y Fonseca, MC (2005) Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad. Desarrollo y Sociedad. Primer Semestre de 2005
155. Miller, W. (2011). Comparing the TPB and the T-D-I-B framework. Vienna Yearbook of Population Research, 9, 19-29.
156. Minchung, H., et al. (2018). "Demographic change and long-term growth in China: Past developments and the future challenge of aging." Rev Dev Econ 22: 928–952.
157. Ministerio de CITMA (2017) Tarea Vida, para el enfrentamiento al Cambio climático
158. Ministerio de Educación (2021) Programa de educación integral de la sexualidad, con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos. La Habana
159. Ministerio de Salud Pública (1998) Programa para la reducción del bajo peso al nacer. <http://files.sld.cu/aps/files/2011/07>
160. Ministerio de Salud Pública (2000) Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar
161. Ministerio de Salud Pública (2014) Base de datos de nacimientos de 1990-2012
162. Ministerio de Salud Pública. (2015). Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Departamento Materno Infantil. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médica.
163. Ministerio de Salud Pública. (2021). Anuario Estadístico de Salud. Cuba 2020 La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.
164. MINJUS (2022) Código de las Familias. La Habana, Cuba
165. Miró G, C. (2003). "Transición demográfica y envejecimiento demográfico." Papeles de población 35: 9-28.
166. Molina Cintra, M (2019). "La fecundidad adolescente desde una perspectiva de género, cerrar la brecha." Revista Novedades en Población 15: 130-136.
167. Molina Cintra, M. (2017). "Fecundidad adolescente: apuntes actuales." Revista Novedades en Población 13: 94-109.
168. Molina Cintra, M. (2017). La fecundidad adolescente en Cuba a partir de 1990. La familia como espacio de influencia. Tesis Doctoral. CEDEM. La Habana Universidad de La Habana.
169. Molina, M (2020) Las uniones tempranas y el embarazo adolescente. Desafíos en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Presentación Estado de la Población Mundial 2020, Cuba
170. Molina, M (2021) Tendencias de la fecundidad adolescente en Cuba hasta el 2020. Novedades en Población, 17 (34). <http://www.novpob.uh.cu>
171. Morgan, P., & Bachrach, C. (2011). Is the Theory of Planned Behaviour an appropriate. Vienna Yearbook of Population Research, 9, 11-18.
172. MTSS (2020) Programa de Prevención Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La Habana
173. Naciones Unidas (1982): Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Division de Población. Model Life tables for developing Countries, (ST/ESA/SER.A/77). New York,

- <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/manual/model/index.shtml>
174. Naciones Unidas (1995a) Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. New York.
 175. Naciones Unidas (1995b) Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China.
 176. Naciones Unidas (2015) "Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe." UNFPA
 177. Naciones Unidas (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. LC/G.2681-P/Rev.3.
 178. Naciones Unidas; 1990 y 2013: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. MORTPAK and MORPAK-LITE Upgrades: Version 3.0 of the United Nations Software Package for Mortality Measurement. (ST/ESA/SER.A/117). New York. Versión 4.3, del año 2013: MORTPAK FOR WINDOWS en <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/mortpak.shtml>
 179. Oficina Nacional de Estadísticas e Información (2020) Educación. Resumen del curso escolar 2018/2019 e inicio del curso escolar 2019/2020. La Habana, Cuba
 180. ONEI Granma (2014) Población femenina por grupo de edades de Granma según diferentes características según el Censo de Población y Viviendas 2012. Granma
 181. Olinto Rueda, J. (1989). Las proyecciones subnacionales de población y la planificación del desarrollo. Métodos para proyecciones subnacionales de población. Bogotá, Colombia.
 182. Organización Mundial de la Salud OMS (2017). Metas mundiales de nutrición 2025 Documento normativo sobre bajo peso al nacer. https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbwt/es/
 183. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPS-OMS (2018) Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030.
 184. Palma Cabrera, Y. (2016) El embarazo adolescente en un contexto de alta inmigración. Notas de Población N° 103, julio-diciembre de 2016 , págs. 9-27
 185. Pantelides, E. A. (2004). "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina." Notas de Población XXXI(78): 7-34.
 186. Pantelides, EA (s/f) Evolución de la Fecundidad en la Argentina. Centro de estudios de la Población y Centro Latinoamericano de Demografía
 187. Peláez, J (2007) Aborto en adolescentes: ¿quién toma la decisión? Revista Sexología y Sociedad. Año 13, No. 33
 188. Peláez, J (2008) Anticoncepción de emergencia en adolescentes: nuestra experiencia. Revista Sexología y Sociedad. Año 14, No. 37
 189. Peláez, J (2016) El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.42 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2016

190. Pérez Pacheco (2021) Entrevista realizada a expertos de la provincia de Granma. FMC
191. Presidencia de la República (2021) Programa Nacional para el Adelanto de las Mujeres”, según Decreto presidencial 198/2021. La Habana, Cuba
192. Pujol, J. M. (1989). Proyecciones de población a nivel nacional. Método de los componentes. Método de proyecciones subnacionales de población. Bogotá.
193. Quilodrán, J. (2000). "Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio. ." Papeles de POBLACIÓN 6(25).
194. Quintana, L. (2017). Cuba: fecundidad y toma de decisiones en torno a la reproducción. Miradas en contexto.
195. Quintana, L., Bombino, Y., Molina, M.; Rodríguez Gómez, G., Peñalver N., Vega Y., Ávila, N. (2012). Proyecto Piloto Prevención y atención del embarazo adolescente: Estudios de casos Cuba y Venezuela. 2012. Caracas: s/p.
196. Quintana, P., C (2013). "Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia." *Pediatría Integral* XVII(3): 171-184.
197. Regueiferos M, Favier R, Chacón N, Simonó AM, Parsons (2011). Incidencia de bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes. *Revista Información Científica*, [revista en Internet]] [aprox. 9p] vol. 72, núm. 4, octubre-diciembre, Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. 2011 <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/703>
198. Reyes-Pablo, A. E., et al. (2015). "Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes de México (2008-2012): estratificación y priorización de municipios con alto riesgo." *Ginecol Obstet Mex* : 83: 760-769.
199. Rincón, Manuel (1984), Estimaciones y proyecciones de población, Serie B, No. 1010, CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía–División de Población de la CEPAL), pp. 1-79
200. Rodríguez Gómez, G (2013). De lo Individual a lo social. Cambios en la fecundidad cubana. Editorial CEDEM
201. Rodríguez Gómez, G. (2006). La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana. La Habana. Tesis Doctoral.
202. Rodríguez Javiqué, D, Molina, M (2016) Fecundidad adolescente en Cuba: algunas reflexiones sobre su comportamiento por provincias y zonas de residencia. Año XII , No.23 • enero-junio de 2016, pp 78-96
203. Rodríguez Javiqué, D. (2016). La fecundidad de las cubanas en Estados Unidos en el período 2000-2014. Un acercamiento desde la Demografía. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana. Tesis Doctoral.
204. Rodríguez M., J. (2021). Estrategias de comunicación en salud para intervenir factores psicosociales asociados a los embarazos no deseados en los adolescentes de Valledupar, 2020. Facultad de Medicina, Universidad CES. Especialización en Promoción y Comunicación para la Salud.
205. Rodríguez Vázquez, B, García, A., Valdés, R., Sánchez, R., Martínez, A.(2004) Misoprostol para aborto precoz en la adolescencia. *Revista de Ciencias médicas de Pinar del Río*. 8(2)

206. Rodríguez Vignoli, J , Di Cesare, M y Páez, K (2017) Reproducción temprana. Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. CEPAL - Serie Población y Desarrollo N° 117
207. Rodríguez Vignoli, J. (2003). La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Seminario “La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?”. CEPAL. Santiago de Chile, Chile.
208. Rodríguez Vignoli, J. (2005), “Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política”, Revista de la CEPAL, N° 86 (LC/G.2282-P/E), Santiago de Chile, agosto
209. Rodríguez Vignoli, J. (2008). Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial? III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina
210. Rodríguez Vignoli, J. (2009), Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción, Madrid: OIJ.
211. Rodríguez Vignoli, J. (2014), «Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización», en Cavenaghi, S. y Cabella, W. (eds.), Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones, n.º 3, Río de Janeiro: ALAP.
212. Rodríguez Vignoli, J. (2017). "Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes." *Notas de Población* 104: 119-144.
213. Rodríguez Vignoli, J. y Cobos, MI (2014) Fecundidad adolescente, unión y crianza: un nuevo escenario en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 8, núm. 15, julio-diciembre, 2014, pp. 35-64. Asociación Latinoamericana de Población. Buenos Aires, Organismo Internacional
214. Rodríguez Vignoli, J. y M. Hopenhayn (2007), “Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos”, *Desafíos*, N° 4, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
215. Rodríguez Vignoli, J. y Roberts, A. (2020), El descenso de la fecundidad adolescente en Chile. Antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades. Serie de Estudios INJUV, Volumen 12. Santiago: INJUV.
216. Rodríguez Vignoli, J., Roberts, A., Sadler, M. (2021) Logros, pendientes y desafíos en torno al descenso de la fecundidad adolescente en Chile. En *Problemáticas y desafíos de las juventudes en Chile. Evidencias desde las Encuestas Nacionales de Juventud*. Departamento de Planificación y Estudios. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud.
217. Rodríguez Zamora, P (2021) Entrevista realizada a expertos de la provincia de Granma. Educación Provincial
218. Rodríguez, LM, Romero, P, Andrade, M, Velázquez, M, Rodríguez R(2005). Prevalencia de bajo peso al nacer y factores asociados. *Ginecol Obstet Mex* ;73:132-6.2005
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6281>

219. Rojas, P., Ayo, P., Jorge, A., Sotolongo, I., Hernández, J, Najarro, A. (2008) efectividad del misoprostol para el aborto en el primer trimestre del embarazo en adolescente. *Medisur*, 6(1)
220. Rojo, N., Bolaños, M., Hernández, N., Rodríguez, N., Suárez, N., & Molina, I. (2015).
221. Roque, B., Taily. , et al. (2021). Análisis del embarazo en la adolescencia a nivel mundial. actualización. Segundo Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas en Granma. CIBAMAR. Granma.
222. Sacco, N y Andreozzi, L (2017) Proyecciones y retroproyecciones probabilísticas de las tasas de fecundidad por edad (1895-2040) *Revista Latino-americana de Población*. Año 11, Número 20. Primer semestre, 2017
223. Saino, M. and C. Díaz (2021). "Transición demográfica y variaciones de las componentes demográficas en el período intercensal 2001 -2010 en Argentina. Un análisis por regiones socioeconómicas construidas." *Astrolabio*. Nueva época 1-43.
224. Salgado Selema, G, Rodríguez Sánchez, PM, López Aballe, M , Batista Tamayo, ES(2021) Intervención neuropsicológica para la modificación de la conducta de riesgo sexual y de la función reproductiva en adolescentes. *Multimed* 2021; (25)2: e2275
225. Salles, V. (2003). El debate micro-macro: dilemas y contextos. En Canales A, Lerner S, et al., *Desafíos teóricos-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*. México.
226. Sánchez, MR y Montoya, YA (2019) Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México. *Boletín CONAMED*, Vol. 5, No. 25
227. Santacruz, M (2021) Entrevista realizada a expertos de Salud pública. MINSAP
228. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D, et al.(2018) Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e27. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>
229. Santelli, J. S., et al. (2017). "Global Trends in Adolescent Fertility, 1990e2012, in Relation to National Wealth, Income Inequalities, and Educational Expenditures." *Journal of Adolescent Health* 60 161-168.
230. Sanz, A, y Blanco, J (2022) LA población infantil y adolescente en España. Dinámicas demográficas recientes. *Revista Política y Sociedad*, Vol. 59, No. 3, e85368
231. Semanat, Raida., et al. (2015). "Mirada a los adolescentes y jóvenes cubanos en el contexto familiar." *Sexología y Sociedad* 21(2): 208 -223.
232. Serrano, A. y Concepción, L. (2014) Misoprostol en la inducción del aborto temprano. *Correo Científico Médico*, 18(4), 700-708.
233. Siegel S., Jacob and Swanson, David S., eds., (2004). *The methods and materials of Demography*. Elsevier Academic Press (London). ISBN: 0-12-641955-8. 835p.
234. Sobotka Tomáš (2008) Overview Chapter 6 The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe. *DEMOGRAPHIC RESEARCH. VOLUME 19, ARTICLE 8, PAGES 171-224.* <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/8/> DOI: 10.4054/DemRes.2008.19.8 software demográfico.

235. Stern, C. (2004), "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México", Papeles de Población, No.39, 129-158.
236. Subiria, G. y Hurtado, R (S/f) Mortalidad materna en adolescentes. X CONGRESO INTERNACIONAL SALUD Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES Construyendo juntos más oportunidades
237. Testa, M. R., Sobotka, T., & Morgan, P. (2011). Reproductive decision-making: towards improved theoretical, methodological and empirical approaches. Vienna Yearbook of Population Research, 9, 1-9.
238. The Futures Group International (2005 y 2007). DEMPROJ Versión 4, Un Programa Computarizado para Calcular Proyecciones de Población. Sistema SPECTRUM de Modelos de Política. <http://www.futuresinstitute.org/spectrum.aspx>
239. Tobar, F. (s/f) La anomalía del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. UNFPA-. LACRO.
240. Trinquete Díaz, D. E. and S. Paz Martin (2018). "Fecundidad, género y comunicación: (Des) articulaciones en medios de prensa cubanos." Alcance 7: 185-216.
241. Tuirán, R (2002) Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México. In: La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional. México. Instituto de Investigaciones sociales de la UNAM p.119-167
242. Tuirán, R. (1996). Comunicación en población y procesos de difusión. Revista DemoS, (9), 25 – 26. <http://dx.doi.org/10.22201/%256677>
243. Ullman, H (2013) La maternidad adolescente en el contexto de la migración internacional: el caso de Costa Rica. Notas de Población, Año XL. N° 97 , p. 35-68 CEPAL
244. UNFPA (2014) Estándares de calidad: servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Latinoamérica y el Caribe. Diagnóstico de situación de la implementación.
245. UNFPA (2019) Estado de la Población Mundial. Swop-2019
246. Uriguen García, A. C., et al. (2019). "Embarazo en la adolescencia: ¿La nueva "epidemia" de los países en desarrollo?" AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 38(3): 232-245.
247. Vallin, J (1991) La demografía. Copyright Editions La Découverte, 1, place Apul-Painlevé, 75005 Paris
248. van de Kaa, D.(1987) Europe's Second Demographic Transition. Population Bulletin 42, No. 1, March, 1987
249. Varela, C (2005) La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay. Revista Salud Problema - Nueva Epoca/Ao 4/Número 6. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco (UAM) – México Junio de 1999. Documento de Trabajo N° 68 Junio 2005
250. Varela, C, De Rosa, C, Doyenart, MJ, Lara, C (2016) Aportes Embarazo adolescente. Documento elaborado por el Equipo del Núcleo Interdisciplinario ASDer. Facultad de Ciencias Sociales – Udelar. 26 de julio de 2016
251. Vieira Pinto (1975) La demografía como ciencia. CELADE

252. Waldvogel G., B (1989). Parámetros demográficos proporcionales: una alternativa para aplicar el "método de los componentes", para proyectar la población de áreas pequeñas. Métodos para Proyecciones Subnacionales de Población. Bogotá, Colombia.
253. Welte, C (1997) Demografía I. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM
254. Welte, C (2000). "Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México." Papeles de población 6: 43-87.

Anexos

Anexo Metodológico 1

Se realiza un análisis de los diferenciales de las tasas de fecundidad adolescente según situación conyugal, nivel escolar y ocupación, a través del cálculo de tasas. Para realizar este proceder matemático, es necesario contar con la población expuesta al riesgo de presentar los eventos, en este caso la población femenina de 15-19 años con las características de los diferenciales³⁴. Para ello fue necesario determinar la población media de la provincia Granma por sexo y edad que en el período de 2015-2020 presentara las características según los diferenciales mencionados. Se utilizó la estructura obtenida a partir del Censo de Población y Viviendas 2012, y trasladada al 30 de junio del 2012, de la población granmense por sexo, edad y según las características de los diferenciales que fueron recopilados de la provincia por el cuestionario censal. Se asume que la estructura obtenida se mantiene en el período, por lo que se realiza la multiplicación de dicha estructura con la población media femenina por grupos de edades para los años desde 2015 hasta el 2020.

³⁴ El agrupamiento de las características de los diferenciales es la siguiente; para Nivel escolar se agrupan en las que poseen de 0-6 años de estudios y las que poseen 7 y más años de estudio; para la ocupación se agrupan entre las ocupadas en la economía, las estudiantes, las que se dedican a los quehaceres del hogar y las que se encuentran en otra situación de ocupación (pensionadas, desocupadas, entre otras) y para la situación conyugal las solteras, las casadas junto a las unidas o acompañadas y las que se encuentran en otra situación conyugal (viuda, divorciada)

Anexo Metodológico 2

En el caso de la Mortalidad es necesario conocer la esperanza de vida al nacer por sexo $e_0(x)$ y las relaciones de supervivencia $P(x)$. Estas se obtienen a partir de las defunciones promedio por sexo y grupos quinquenales de edad obtenidas a partir de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información para el período 2017-2019. Para la obtención de las tablas se utiliza el software MORTPAK versión 4.3, elaborado por la División de Población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2013) y se sigue el procedimiento establecido por Farnós (2016).

Se parte de construir una Tabla de Mortalidad abreviada, que contenga la estructura de la mortalidad por grupos quinquenales de edad y sexo de un determinado territorio, esto es posible a partir del empleo del módulo LIFTB. Además, es posible estimar las relaciones de supervivencia por grupos quinquenales de edad $P(x,n)$. Se determinan las probabilidades de muerte (xq_n) según sexo.

Anexo Metodológico 3

El procedimiento consiste en elaborar Tablas Modelos de Mortalidad propias de un país o territorio con la utilización de información confiable y evitar el uso de Tablas Modelos Clásicas como las de Naciones Unidas (1982) y las de Coale, Demeny y Vaughan(1983). Estas tablas modelos propias son utilizadas como datos de entrada para programas útiles para proyectar la población a partir de computadoras personales. (Farnós, 2016)

Al tener creada la Tabla Abreviada de Mortalidad en el módulo LIFTB, posteriormente, se utiliza el módulo MATCH, que permite elaborar una familia de tablas modelos de mortalidad a partir de una estructura y nivel de la mortalidad que se considere confiable para el territorio en estudio. Luego con el módulo ICM se obtienen estimaciones de las probabilidades de morir $[q(x,1)]$ y cantidad de personas a una edad exacta $[l(x)]$ por edades simples hasta los cinco años, al tener las probabilidades de muerte de 0-1 años, de 1-4 años y de 5-9 años.

Luego con el módulo UNABR, se produce una Tabla de mortalidad por edades simples. Útil para obtener las relaciones de supervivencia por edades simples $P(x,1)$, las que se asocian a una esperanza de vida al nacer, de una Tabla de Mortalidad, fundamentales para la proyección de la población.

En la investigación que se realiza se aprecia que existen irregularidades en la provincia en cuanto a las curvas de mortalidad a partir de las probabilidades de muerte estimadas por el módulo LIFTB. Para el caso de los hombres la curva de mortalidad presenta discrepancias en su comportamiento respecto a las curvas de los modelos habituales. Por lo general en las poblaciones en el grupo de 5-9 años se observan las menores probabilidades de muerte (Jaspers, 2015), sin embargo, en la provincia esto ocurre en los grupos de 1-4 y de 10-14 años.

Se comprueba por las estadísticas oficiales que las principales causas de muerte en este grupo etario son los tumores malignos (CEDDE-ONEI, 2016-2021). Se establece comunicación con los funcionarios del Programa de Atención Materno Infantil de la Dirección Provincial de Salud de la provincia de Granma y se confirma que en este grupo etario son los tumores malignos las principales causas de muerte. Para el caso de las mujeres, es en el grupo de 1-4 años que se observan las menores probabilidades de muerte de la provincia. Al igual que los hombres, las mujeres en las etapas iniciales de la vida no presentan el patrón clásico de las probabilidades de muerte. (Ver Figura Anexo 1)

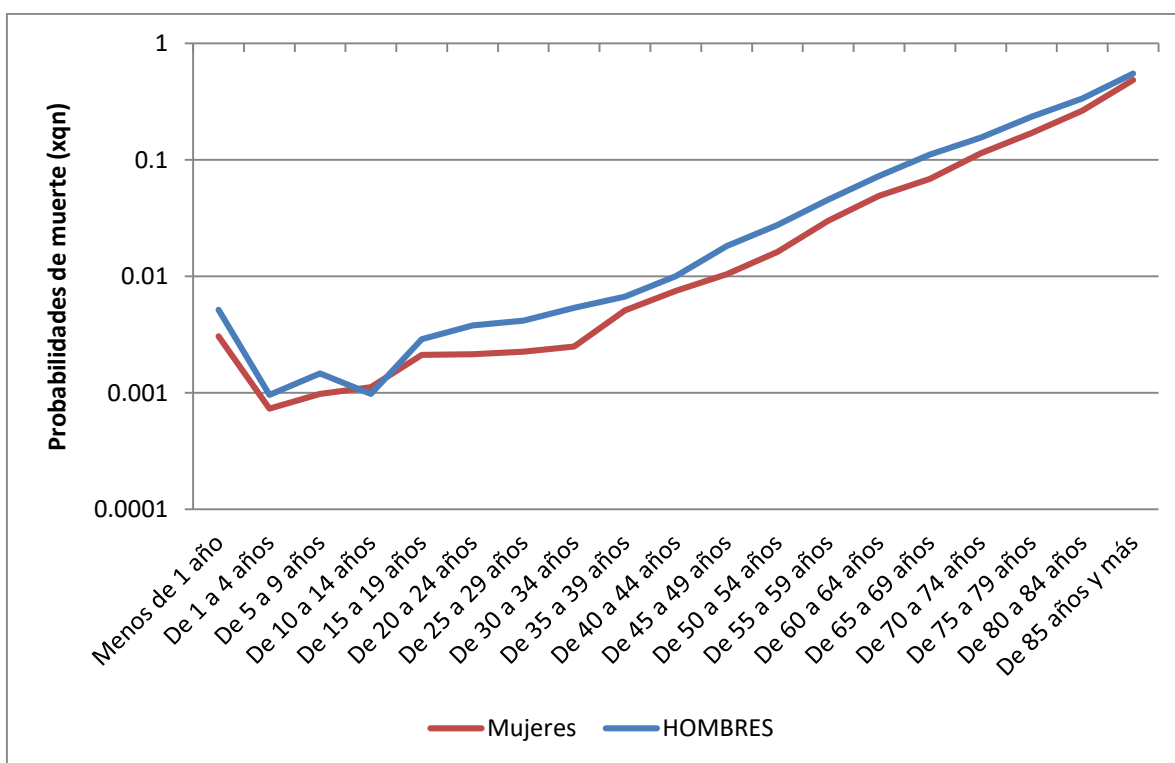


Figura Anexo 1 Probabilidades de muerte (x_{qn}) según sexo. Granma, 2017-2019

Fuente: Elaboración propia a partir de las probabilidades de muerte obtenidas del empleo de módulo LIFTB para Granma, 2017-2019

Por las razones anteriores, fue necesario realizar un ajuste de las probabilidades de muerte a partir del empleo del módulo BESTFT. Este módulo busca, a partir de componentes principales o los procedimientos de los mínimos cuadrados, el modelo que mejor se ajuste a una o más probabilidades de muerte $q(x,n)$ dadas como dato de entrada. El nivel de estos nuevos modelos viene determinado por el ajuste más cercano a los datos de entrada antes de que se apliquen las regresiones de mejor ajuste. En este caso se podrá introducir el patrón promedio de mortalidad que se usará como modelo. En este caso se utilizará como modelo las probabilidades de muerte para ambos sexo de la provincia Granma para el período 2011-2013, estimadas por la ONEI (CEPDE-ONEI, 2014). Además, se introducen las probabilidades de muerte estimadas en el módulo LIFTB para cada sexo. Se escogen las probabilidades de muerte obtenidas para dos componentes, esto significa que se hacen ajustes sobre la base del modelo para tener en cuenta las diferencias observadas por debajo de la edad de 5 años (Naciones Unidas, 1983).

La esperanza de vida al nacer ajustadas con el módulo BESTFT para el período 2017-2019 es de 76,92 años para los hombres y 80,7 años para las mujeres. Tanto para los hombres como para las mujeres se aprecia una reducción de la esperanza de vida al nacer en el período 2017-2019 respecto al período 2011-2013, último período en el que fue estimada la esperanza de vida al nacer, y publicados sus valores por grupos de edades y provincias por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI, 2014) (ver Tabla 3.2).

Anexo Metodológico 4

Para la obtención de las relaciones de supervivencia a introducir en el DEMPROJ se trabaja con las probabilidades estimadas con el BESTFT. Luego estas probabilidades estimadas y la esperanza de vida al nacer son introducidas en el módulo MATCH, lo que permite la elaboración de una familia de tablas modelos de mortalidad propias(TMMP) abreviadas de la provincia. Se suponen aumentos de la esperanza de vida de 0,5 años para hombres y mujeres, pues no se esperan variaciones en la esperanza de vida en el mediano y corto plazo. Se obtiene un total de seis familias de tablas modelos propias, tres para los hombres y tres para las mujeres.

Luego se determinan las probabilidades de morir por edades simples con el uso del módulo ICM, para los menores de 5 años, para cada familia de tablas modelos por sexo. Para finalizar con el módulo UNABR, se obtienen por edades simples las tasas centrales de mortalidad, $m(x,1)$; las probabilidades de morir, $q(x,1)$; los sobrevivientes a la edad exacta x , $l(x)$; y la Esperanza de Vida a la edad exacta x , $E(x)$, de cada familia de Tablas modelos de mortalidad propias de la provincia. Estos elementos son necesarios para posteriormente determinar las relaciones de supervivencia por edades simples.

Para obtener las relaciones de supervivencia es necesario llevar a cabo el procedimiento planteado por Farnós (2017), con la conformación de hojas de trabajo en EXCEL para hacer los cálculos que faltan, con el objetivo de obtener dichas relaciones de supervivencia. A partir de los sobrevivientes $l(x)$, existe la posibilidad de obtener cualquier función de una Tabla de Mortalidad, aplicando algoritmos clásicos demográficos. El caso más complejo lo constituye determinar los valores de la función $L(x,1)$, cantidad de personas entre las edades (x) y $(x+1)$,

en la “población estacionaria” de una Tabla de Mortalidad, y de ahí calcular las relaciones de supervivencia por edades simples. (Farnós, 2017, p. 14)

En las hojas de trabajo en EXCEL se determinan con la función de sobrevivientes $l(x)$ por edades simples para cada familia de tablas que se obtuvo del módulo UNABR, la función $L(x)$ tiempo vivido entre las edades $x; x+n-1$ y la función $T(x)$ tiempo vivido entre las edades $x; w$. Con estas funciones obtenidas y la información sobre la esperanza de vida del módulo UNABR, se determinan funciones para el grupo abierto final, en este caso es de 80 y más años.

Al obtener las relaciones de supervivencia por edades simples, se elaboran los ficheros CUSTOM para cada sexo. La elaboración de los mismos requiere el trabajo en WORDPAD, para hacer estos ficheros rígidos, de manera que no se pueda mover la información de lugar. Los custom originales que trae el software SPECTRUM son modificados con las relaciones de supervivencia por edades simples obtenidas, siguiendo lo planteado por Farnós (2016, p.24-25). Estos ficheros son necesarios para introducir en la proyección de la población en el módulo DEMPROJ del SPECTRUM como insumo de la mortalidad, pues aportan las relaciones de supervivencia necesarias para proyectar.

Anexo 2.1 Medidas de la fecundidad. Granma 2015-2020

No.	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1.	<i>Nacimientos</i>	10 400	9 587	9 109	9 090	9 220	9 032
2.	<i>Tasa bruta de natalidad (nacimientos por mil habitantes)</i>	12.4	11.5	11.0	11.0	11.2	11.0
3.	<i>Tasa general de fecundidad (por mil mujeres de 15-49 años)</i>	50.2	47.3	45.9	46.8	48.4	48.4
4.	<i>Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)</i>	1.93	1.81	1.75	1.77	1.80	1.79
5.	<i>Tasa bruta de reproducción (hijas por mujer)</i>	0.93	0.87	0.84	0.86	0.88	0.87
6.	<i>Edad media de la fecundidad (años)</i>	25.7	25.7	25.7	25.7	25.7	25.7
7.	<i>Relación niños-mujer(menor de 5 años por mil mujeres de 15-49 años)</i>	251.4					227.2

Fuente: Elaboración propia a partir de Anuarios Demográficos e Interfase, Provincia y Municipios (CEPDE-ONEI, 2015-2020)

Anexo 2.2 Tasas específicas de fecundidad adolescente. Cuba y sus territorios. 2015-2020

Provincias	Tasas específicas de fecundidad adolescente (nacimientos por mil mujeres de 15-19 años)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CUBA	52,5	50,0	52,0	54,6	52,3	51,5
Pinar del Río	45,5	45,7	46,5	49,5	47,9	47,6
Artemisa	51,4	49,7	48,6	52,8	54,5	48,7
La Habana	34,3	32,5	34,8	40,6	38,0	36,4
Mayabeque	43,0	45,1	45,0	50,7	50,8	50,7
Matanzas	44,7	47,6	48,0	50,1	45,9	41,6
Villa Clara	41,3	38,9	41,1	44,6	39,4	39,2
Cienfuegos	46,3	47,4	47,1	46,8	44,7	47,3
Sancti Spíritus	53,9	47,4	49,3	52,4	48,7	46,5
Ciego de Ávila	53,6	56,7	56,1	60,7	50,2	49,3
Camagüey	62,7	54,4	63,2	62,0	54,2	57,3
Las Tunas	67,9	55,7	66,3	69,3	62,6	62,2
Holguín	64,5	64,1	65,5	66,4	66,4	62,9
Granma	71,5	67,2	66,6	68,8	73,9	73,0
Santiago de Cuba	62,3	58,9	59,9	60,6	58,9	60,3
Guantánamo	67,6	60,2	64,6	59,7	58,4	59,8

Fuente: Elaboración propia a partir de Interfase Provincia y Municipio(CEPDE-ONEI, 2021)

Anexo 3.1. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edades (nacimientos por mil mujeres del grupo de edad)

Grupos de edades	Tasas específicas de fecundidad por grupos de edades (nacimientos por mil mujeres del grupo de edad)	
	Reducción hasta el valor reportado por Cuba en el 2020	Aumento hasta el valor reportado por Granma en 1990
15-19 años	51,5	102,4
20-24 años	108,7	108,7
25-29 años	88,5	88,5
30-34 años	56,8	56,8
35-39 años	26,0	26,0
40-44 años	4,3	4,3
45-49 años	0,1	0,1
Total	335,92	386,82
<u>Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)</u>	<u>1,68</u>	<u>1,93</u>

Anexo 3.2 Tasas específicas de fecundidad por edad según escenarios demográficos propuestos. Granma, 2020-2035

Escenario 1																
Grupos de edades	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
15-19	73,0	71,6	70,1	68,7	67,3	65,8	64,4	63,0	61,5	60,1	58,7	57,2	55,8	54,4	52,9	51,5
20-24	108,7	108,4	108,2	107,9	107,7	107,4	107,2	106,9	106,7	106,4	106,2	105,9	105,7	105,4	105,2	104,9
25-29	88,5	88,3	88,1	87,9	87,6	87,4	87,2	87,0	86,8	86,6	86,4	86,2	85,9	85,7	85,5	85,3
30-34	56,8	56,7	56,5	56,4	56,3	56,1	56,0	55,9	55,7	55,6	55,5	55,3	55,2	55,1	54,9	54,8
35-39	26,0	25,9	25,9	25,8	25,8	25,7	25,6	25,6	25,5	25,5	25,4	25,3	25,3	25,2	25,2	25,1
40-44	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
45-49	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
$\Sigma f(x)$	357,4	355,3	353,2	351,1	349,0	346,9	344,8	342,7	340,7	338,6	336,5	334,4	332,3	330,2	328,1	326,0

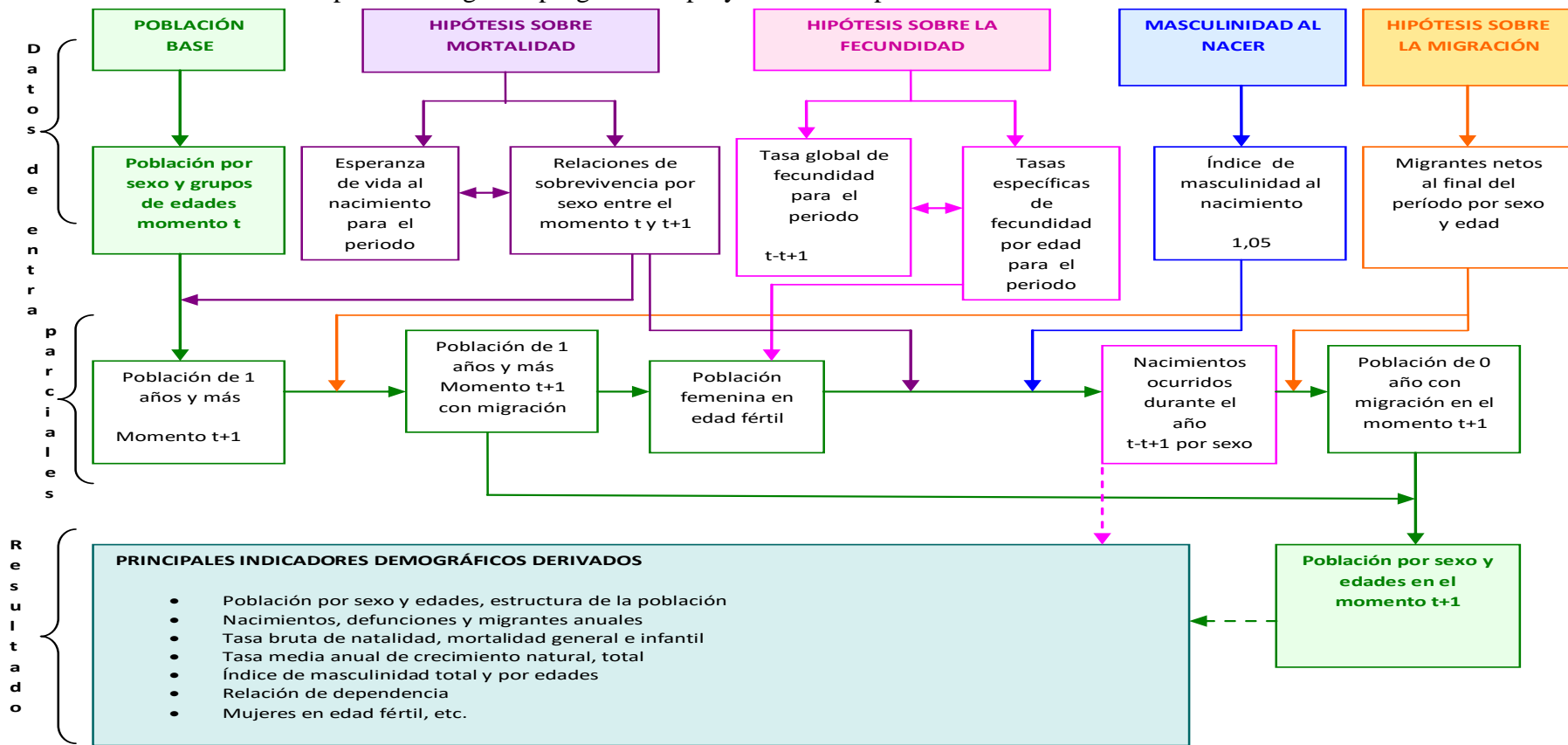
Escenario 2																
Grupos de edades	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
15-19	73,0	71,6	70,1	68,7	67,3	65,8	64,4	63,0	61,5	60,1	58,7	57,2	55,8	54,4	52,9	51,5
20-24	108,7	109,3	109,8	110,4	111,0	111,6	112,1	112,7	113,3	113,9	114,4	115,0	115,6	116,2	116,7	117,3

25-29	88,5	89,0	89,4	89,9	90,3	90,8	91,3	91,7	92,2	92,6	93,1	93,6	94,0	94,5	94,9	95,4
30-34	56,8	57,1	57,4	57,7	58,0	58,3	58,6	58,9	59,2	59,5	59,8	60,1	60,4	60,7	61,0	61,3
35-39	26,0	26,1	26,3	26,4	26,5	26,7	26,8	26,9	27,1	27,2	27,3	27,5	27,6	27,7	27,9	28,0
40-44	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
45-49	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
$\Sigma f(x)$	357,4	357,4	357,5	357,5	357,5	357,6	357,6	357,6	357,7	357,7	357,7	357,8	357,8	357,8	357,9	357,9

Escenario 3

Grupos de edades	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
15-19	73,0	71,6	70,1	68,7	67,3	65,8	64,4	63,0	61,5	60,1	58,7	57,2	55,8	54,4	52,9	51,5
20-24	108,7	110,9	113,1	115,2	117,4	119,6	121,8	124,0	126,1	128,3	130,5	132,7	134,9	137,0	139,2	141,4
25-29	88,5	90,3	92,0	93,8	95,6	97,3	99,1	100,9	102,6	104,4	106,2	107,9	109,7	111,5	113,2	115,0
30-34	56,8	57,9	59,1	60,2	61,4	62,5	63,6	64,8	65,9	67,1	68,2	69,3	70,5	71,6	72,8	73,9
35-39	26,0	26,5	27,0	27,6	28,1	28,6	29,1	29,6	30,2	30,7	31,2	31,7	32,2	32,8	33,3	33,8
40-44	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
45-49	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
$\Sigma f(x)$	357,4	361,6	365,7	369,9	374,1	378,3	382,4	386,6	390,8	395,0	399,1	403,3	407,5	411,7	415,8	420,0

Anexo 3.3. Método de los componentes según el programa de proyecciones de población de las Naciones Unidas



Anexo 3.4 Tabla de Mortalidad Propia (TMP) de las mujeres para la provincia Granma, 2017-2019

Predicted $q(x,n)$ values extrapolated to age 100+ based on two component fit											Summary table	
Age	$m(x,n)$	$q(x,n)$	$l(x)$	$d(x,n)$	$L(x,n)$	$S(x,n)$	$T(x)$	$e(x)$	$a(x,n)$			
0	0.00314	0.00313	100000.	313.	99706.	0.99661	8052378.	80.524	0.059	$q(0,5)=$	0.00373	
1	0.00015	0.00060	99687.	60.	398600.	0.99921	7952673.	79.776	1.519	$q(15,20)=$	0.00920	
5	0.00018	0.00090	99627.	90.	497912.	0.99887	7554073.	75.823	2.500	$q(15,35)=$	0.03113	
10	0.00027	0.00136	99538.	135.	497349.	0.99839	7056161.	70.889	2.500	$q(15,45)=$	0.07776	
15	0.00039	0.00195	99402.	194.	496546.	0.99788	6558812.	65.983	2.603	$q(30,40)=$	0.17447	
20	0.00045	0.00224	99208.	222.	495493.	0.99775	6062266.	61.106	2.532	$q(60,20)=$	0.33964	
25	0.00046	0.00228	98986.	226.	494376.	0.99753	5566773.	56.238	2.543			
30	0.00055	0.00276	98760.	273.	493154.	0.99663	5072397.	51.361	2.624			
35	0.00083	0.00415	98488.	409.	491492.	0.99471	4579243.	46.496	2.683			
40	0.00134	0.00670	98079.	657.	488890.	0.99115	4087750.	41.678	2.709			
45	0.00230	0.01144	97422.	1115.	484562.	0.98502	3598860.	36.941	2.714			
50	0.00384	0.01904	96307.	1834.	477306.	0.97598	3114298.	32.337	2.692			
55	0.00601	0.02965	94474.	2801.	465841.	0.96318	2636993.	27.912	2.670			
60	0.00921	0.04509	91673.	4134.	448689.	0.94410	2171151.	23.684	2.660			
65	0.01419	0.06865	87539.	6010.	423607.	0.91419	1722462.	19.676	2.656			
70	0.02242	0.10649	81530.	8682.	387258.	0.86542	1298855.	15.931	2.651			
75	0.03673	0.16899	72847.	12310.	335142.	0.78487	911597.	12.514	2.637			
80	0.06235	0.27094	60537.	16402.	263045.	0.66798	576455.	9.522	2.583			
85	0.10165	0.40469	44135.	17861.	175709.	0.52619	313410.	7.101	2.482			
90	0.15839	0.55736	26274.	14644.	92456.	0.37878	137701.	5.241	2.343			
95	0.23283	0.70111	11630.	8154.	35021.	0.22597	45245.	3.890	2.163			
100	0.33999	...	3476.	3476.	10224.	...	10224.	2.941	2.941			
First entry of $S(x,n)$ is for survivorship of 5 cohorts of birth to age group 0-4 = $L(0,5) / 500000$												
Second entry of $S(x,n)$ is for $S(0,5) = L(5,5) / L(0,5)$												
Last entry of $S(x,n)$ is $S(95+,5) = T(100) / T(95)$												

Fuente: MORTPAK LITE

Anexo 3.5 Tabla de Mortalidad Propia (TMP) de los hombres para la provincia Granma, 2017-2019

Predicted q(x,n) values extrapolated to age 100+ based on two component fit											
Age	m(x,n)	q(x,n)	l(x)	d(x,n)	L(x,n)	S(x,n)	T(x)	e(x)	a(x,n)	Summary table	
0	0.00412	0.00410	100000.	410.	99612.	0.99539	7696657.	76.967	0.054	q(0,5)=	0.00528
1	0.00030	0.00118	99590.	118.	398083.	0.99880	7597045.	76.283	1.641	q(15,20)=	0.01870
5	0.00021	0.00107	99472.	106.	497096.	0.99874	7198962.	72.371	2.500	q(15,35)=	0.05188
10	0.00029	0.00145	99366.	144.	496470.	0.99810	6701866.	67.446	2.500	q(15,45)=	0.11639
15	0.00051	0.00255	99222.	253.	495528.	0.99684	6205396.	62.541	2.700	q(30,40)=	0.24242
20	0.00076	0.00381	98969.	377.	493961.	0.99538	5709868.	57.694	2.657	q(60,20)=	0.43313
25	0.00109	0.00546	98592.	538.	491681.	0.99374	5215906.	52.904	2.625		
30	0.00141	0.00701	98054.	687.	488603.	0.99250	4724225.	48.180	2.577		
35	0.00161	0.00802	97366.	781.	484936.	0.99111	4235623.	43.502	2.573		
40	0.00203	0.01011	96585.	976.	480623.	0.98729	3750687.	38.833	2.641		
45	0.00323	0.01605	95609.	1535.	474514.	0.97892	3270063.	34.203	2.700		
50	0.00547	0.02700	94074.	2540.	464511.	0.96585	2795549.	29.716	2.693		
55	0.00861	0.04218	91534.	3861.	448646.	0.94815	2331039.	25.466	2.662		
60	0.01298	0.06299	87673.	5523.	425385.	0.92195	1882393.	21.471	2.649		
65	0.02006	0.09577	82151.	7868.	392183.	0.88201	1457008.	17.736	2.639		
70	0.03099	0.14430	74283.	10719.	345910.	0.82203	1064825.	14.335	2.620		
75	0.04876	0.21812	63564.	13865.	284350.	0.73544	718915.	11.310	2.586		
80	0.07619	0.32060	49700.	15934.	209121.	0.62231	434566.	8.744	2.529		
85	0.11543	0.44489	33766.	15022.	130139.	0.49511	225445.	6.677	2.424		
90	0.16815	0.57805	18744.	10835.	64433.	0.36759	95306.	5.085	2.297		
95	0.23423	0.70143	7909.	5548.	23685.	0.23283	30873.	3.904	2.141		
100	0.32851	...	2361.	2361.	7188.	...	7188.	3.044	3.044		
First entry of S(x,n) is for survivorship of 5 cohorts of birth to age group 0-4 = L(0,5) / 500000											
Second entry of S(x,n) is for S(0,5) = L(5,5) / L(0,5)											
Last entry of S(x,n) is S(95+,5) = T(100) / T(95)											

Fuente: MORTPAK LITE

Anexo 3.6. Población media por sexo y edades simples. Granma, 2020

Edad	Hombres	Mujeres	Edad	Hombres	Mujeres
Menosde1año	4.607	4.368	41años	4.519	4.340
1año	4.572	4.353	42años	4.623	4.498
2años	4.157	3.858	43años	5.243	5.199
3años	4.067	3.699	44años	5.904	5.896
4años	4.543	4.199	45años	6.576	6.547
5años	4.856	4.509	46años	7.234	7.147
6años	5.000	4.711	47años	7.765	7.547
7años	5.203	4.928	48años	7.649	7.354
8años	5.164	4.894	49años	7.427	7.138
9años	4.925	4.710	50años	7.446	7.263
10años	4.712	4.510	51años	7.437	7.454
11años	4.520	4.325	52años	7.428	7.423
12años	4.269	4.089	53años	7.202	7.210
13años	4.268	3.965	54años	7.039	7.105
14años	4.613	4.240	55años	6.992	6.989
15años	4.956	4.614	56años	6.758	6.802
16años	5.424	5.061	57años	6.253	6.389
17años	5.528	5.204	58años	5.651	5.789
18años	5.338	4.987	59años	5.250	5.492
19años	5.595	5.047	60años	4.884	5.167
20años	5.577	5.131	61años	4.445	4.648
21años	5.344	5.070	62años	4.171	4.402
22años	5.335	4.884	63años	4.029	4.346
23años	5.276	4.755	64años	4.008	4.303
24años	5.241	4.728	65años	3.910	4.166
25años	5.115	4.652	66años	3.855	4.143
26años	5.139	4.665	67años	3.766	4.029
27años	5.422	4.936	68años	3.513	3.682
28años	5.769	5.354	69años	3.423	3.603
29años	6.213	5.843	70años	3.303	3.497
30años	6.401	5.920	71años	3.081	3.383
31años	6.099	5.595	72años	3.059	3.411
32años	5.609	5.186	73años	2.884	3.178
33años	5.501	5.036	74años	2.630	2.878
34años	5.682	5.322	75años	2.480	2.674
35años	5.389	5.179	76años	2.329	2.534
36años	5.213	5.007	77años	2.293	2.404
37años	5.321	5.082	78años	2.013	2.128
38años	4.953	4.755	79años	1.864	2.066
39años	4.711	4.510	80años y más	12560	14889
40años	4.744	4.534			

Anexo Documental 1 Entrevista a expertos



El Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) de la Universidad de La Habana realiza investigaciones sobre la Dinámica demográfica en todo el país, capacita y asesora metodológicamente a los territorios fortaleciendo las capacidades de los mismos. Por más de una década ha realizado estudios en la provincia Granma, especialmente dedicados a la fecundidad y la fecundidad adolescente al ser la provincia con mayores tasas de fecundidad adolescente en el país.

En nuestro país existen Programas de Educación Integral de la Sexualidad, en los que se tiene en cuenta a los adolescentes, los mismos son ejecutados por varias instituciones (Salud Pública, Educación, CENESEX, Trabajo y Seguridad Social, entre otras); sin embargo, las tasas de fecundidad adolescente aumentan en los territorios al igual que su peso relativo (%). Actualmente, de conjunto con el Observatorio Demográfico de la provincia Granma se desarrolla la investigación: *La fecundidad adolescente en Granma y sus territorios*. La finalidad de la investigación es crear una estrategia de intervención comunitaria para reducir la fecundidad adolescente (a través de la disminución del embarazo adolescente), por lo que se necesita de su colaboración para el desarrollo de la investigación.

¡Gracias por su colaboración!

Nombre y apellidos: _____

Institución: _____

Sea usted tan amable de responder las siguientes preguntas, desde su quehacer profesional:

- 1- ¿A qué cree usted se debe el aumento de las tasas de fecundidad adolescente en el país?
- 2- ¿Considera usted suficientes las acciones que se desarrollan a partir de los programas que se ejecutan? Argumente
- 3- Desde su punto de vista, ¿cuáles son los principales logros y deficiencias de la ejecución de los programas existentes?
- 4- Por regiones del país existen diferencias en cuanto a la incidencia de la fecundidad adolescente, la región oriental presenta los mayores valores ¿a qué elementos usted atribuye este fenómeno?
- 5- ¿Cree usted que la manera de comunicar estos programas a los adolescentes pudiera estar afectando el resultado de disminuir la fecundidad adolescente? Argumente
- 6- ¿Puede comentar si la integración entre instituciones para la realización de actividades pudiera estar afectando la ejecución de los programas?
- 7- ¿Qué acciones, elementos, pautas usted propondría para atenuar la fecundidad de las adolescentes?

Puede agregar otros elementos de su interés que puedan contribuir a la investigación

Anexo Documental 2 Entrevista a expertos del territorio granmense



El Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) de la Universidad de La Habana realiza investigaciones sobre la Dinámica demográfica en todo el país, capacita y asesora metodológicamente a los territorios fortaleciendo las capacidades de los mismos. Por más de una década ha realizado estudios en la provincia Granma, especialmente dedicados a la fecundidad y la fecundidad adolescente al ser la provincia con mayores tasas de fecundidad adolescente en el país.

Actualmente, de conjunto con el Observatorio Demográfico de la provincia Granma desarrolla la investigación: *La fecundidad adolescente en Granma y sus territorios*. La finalidad de la investigación es crear una estrategia de intervención comunitaria para reducir la fecundidad adolescente, por lo que se necesita de su colaboración para el desarrollo de la investigación.

¡Gracias por su colaboración!

Nombre y apellidos:

Institución:

Cargo:

Municipio:

Sea usted tan amable de responder las siguientes preguntas, desde su quehacer profesional:

- 1- ¿Conoce usted la situación de la fecundidad adolescente en su municipio? *Puede tener en cuenta los siguientes elementos las tasas de fecundidad de las adolescentes, percepción del riesgo de embarazo, uso de métodos anticonceptivos, deserción escolar, abortos provocados, comunicación entre la adolescente y la familia, entre otros.*
- 2- ¿En qué consisten los programas para la atención a la fecundidad adolescente en su territorio?
- 3- ¿Cuáles son las principales actividades que se han desarrollado para atender la fecundidad adolescente?
- 4- ¿Cuáles son los resultados obtenidos de las acciones realizadas?
- 5- ¿Cuáles son los principales logros y deficiencias detectadas para atender la fecundidad adolescente?
- 6- ¿Se realiza el seguimiento a las muchachas que han presentado episodios de fecundidad adolescente?
- 7- ¿Puede comentar sobre la interrelación con otras instituciones para la realización de actividades para atender la fecundidad adolescente?...
- 8- ¿Qué acciones usted propondría para atenuar la fecundidad de las adolescentes en su territorio?